



Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia

Brazilian Journal of Geriatrics and Gerontology

Volume 19. Número 5. set.-out./2016

ISSN 1809-9823

UnATI
UERJ

Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Reitor / *Rector*
Ruy Garcia Marques
Vice-reitor / *Vice-rector*
Maria Georgina Muniz Washington

Universidade Aberta da Terceira Idade
Diretor / *Director*
Renato Peixoto Veras
Vice-diretora / *Vice-director*
Célia Pereira Caldas

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/PROTAT

R454 Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia = Brazilian Journal of Geriatrics
and Gerontology. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Universidade Aberta
da Terceira Idade, Centro de Referência e Documentação sobre Envelhecimento.-
Rio de Janeiro, v. 19, n. 5 (set./out 2016).

v. 19, n.5, set./out. 2016, 164p.

Quadrimestral 2006 – 2010; Trimestral 2011 – 2015; Bimestral 2016 –
Resumo em Português e Inglês.

Continuação de Textos sobre Envelhecimento 1998-2005 v. 1 – v. 8.
ISSN 1809-9823

1. Envelhecimento 2. Idoso 3. Geriatria 4. Gerontologia

CDU 612.67(05)

CRDE/ UnATI/SR-3/UERJ

Projeto Gráfico e Capa / *Graphical Project and Cover*: Carlota Rios

Revisão / *Review*: Ana Silvia de Azevedo Gesteira / Luiz Antonio Costa Tarcitano

Diagramação e Arte Final / *Layout*: Mauro Corrêa Filho



Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia

Brazilian Journal of Geriatrics and Gerontology

Volume 19. Número 5. setembro-outubro/2016. 164p

Editor / Editor

Renato Peixoto Veras

Editores Associados / Associated Editors

Célia Pereira Caldas

Kenio Costa de Lima

Editor Executivo / Executive Editor

Raquel Vieira Domingues Cordeiro

Grupo de Assesores / Editorial Advisory Board**Alexandre Kalache** – Centro Internacional de Longevidade Brasil / International Longevity Centre Brazil (ILC BR). Rio de Janeiro-RJ - Brasil**Anabela Mota Pinto** – Universidade de Coimbra. Coimbra - Portugal**Anita Liberalesso Néri** – Universidade Estadual de Campinas. Campinas-SP – Brasil**Annette G. A. Leibing** – Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro-RJ – Brasil**Candela Bonill de las Nieves** – Hospital Universitario Carlos Haya. Málaga - Espanha**Carina Berterö** – Linköping University. Linköping – Suécia**Catalina Rodriguez Ponce** – Universidad de Málaga. Málaga – Espanha**Eliane de Abreu Soares** – Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro-RJ – Brasil**Emílio H. Moriguchi** – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre-RS – Brasil**Emílio Jeckel Neto** – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Porto Alegre-RS – Brasil**Evandro S. F. Coutinho** – Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro-RJ – Brasil**Guita Grin Debert** – Universidade Estadual de Campinas. Campinas-SP – Brasil**Ivana Beatrice Mânica da Cruz** – Universidade Federal de Santa Maria. Santa Maria-RS – Brasil**Jose F. Parodi** - Universidad de San Martín de Porres de Peru. Lima – Peru**Lúcia Helena de Freitas Pinho França** – Universidade Salgado de Oliveira. Niterói-RJ - Brasil**Lúcia Hisako Takase Gonçalves** – Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis-SC – Brasil**Luiz Roberto Ramos** – Universidade Federal de São Paulo. São Paulo-SP – Brasil**Maria da Graça de Melo e Silva** – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Lisboa – Portugal**Martha Pelaez** – Florida International University. Miami-FL – EUA**Mônica de Assis** – Instituto Nacional de Câncer. Rio de Janeiro-RJ – Brasil**Raquel Abrantes Pêgo** - Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social. México, D.F.**Ricardo Oliveira Guerra** – Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal-RN – Brasil**Úrsula Margarida S. Karsch** – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo-SP – Brasil**X. Antón Alvarez** – EuroEspes Biomedical Research Centre. Corunã – Espanha**Normalização / Normalization**

Maria Luisa Lamy Mesiano Savastano

Gisele de Fátima Nunes da Silva

Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia é continuação do título *Textos sobre Envelhecimento*, fundado em 1998. Tem por objetivo publicar e disseminar a produção científica no âmbito da Geriatria e Gerontologia, e contribuir para o aprofundamento das questões atinentes ao envelhecimento humano. Categorias de publicação: Artigos originais, Revisões, Relatos, Atualizações e Comunicações breves. Outras categorias podem ser avaliadas, se consideradas relevantes.

The Brazilian Journal of Geriatrics and Gerontology (BJGG) succeeds the publication Texts on Ageing, created in 1998. It aims to publish and spread the scientific production in Geriatrics and Gerontology and to contribute to the deepening of issues related to the human aging. Manuscripts categories: Original articles, Reviews, Case reports, Updates and Short reports. Other categories can be evaluated if considered relevant.

Colaborações / ContributionsOs manuscritos devem ser encaminhados ao Editor Executivo e seguir as “Instruções aos Autores” publicadas no site www.rbgg.com.brAll manuscripts should be sent to the Editor and should comply with the “Instructions for Authors”, published in www.rbgg.com.br**Correspondência / Correspondence**Toda correspondência deve ser encaminhada à Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia através do email revistabgg@gmail.comAll correspondence should be sent to Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia using the email revistabgg@gmail.com**Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**

UERJ/UnATI/CRDE

Rua São Francisco Xavier, 524 – 10º andar - bloco F - Maracanã

20 559-900 – Rio de Janeiro – RJ, Brasil

Telefones: (21) 2334-0168 / 2334-0131 r. 229

E-mail: revistabgg@gmail.com - crderbgg@uerj.brWeb: www.scielo.br/rbggSite: www.rbgg.com.br**Indexação / Indexes**

SciELO – Scientific Electronic Library Online

LILACS – Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde

LATINDEX – Sistema Regional de Información em Línea para Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

DOAJ – Directory of Open Access Journals

REDALYC - Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal

PAHO - Pan American Health Organization

Free Medical Journals

Cabell's Directory of Publishing Opportunities

The Open Access Digital Library

UBC Library Journals

Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia é associada à

Associação Brasileira de Editores Científicos

Sumário / Contents

EDITORIAL/EDITORIAL

- A PRÁTICA REGULAR DE ATIVIDADES FÍSICAS
E O ENVOLVIMENTO SOCIAL DA PESSOA IDOSA 721
The regular performance of physical activity and the social involvement of elderly persons
Paulo Farinatti

ARTIGOS ORIGINAIS/ORIGINAL ARTICLES

- ESTUDO COMPARATIVO DO PERFIL DE SAÚDE BUCAL
EM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS NO BRASIL E EM BARCELONA, ESPANHA 723
Comparative Study of the Oral Health Profile of Institutionalized Elderly Persons in Brazil and Barcelona, Spain
Daniela Mendes da Veiga Pessoa, Glòria Pérez, Marc Mari-Dell'Olmo, Marco Cornejo-Ovalle, Carme Borrell, Grasiela Pinveçam, Kenio Costa de Lima
- HIV/AIDS EM IDOSOS: ESTIGMAS, TRABALHO E FORMAÇÃO EM SAÚDE 733
HIV/aids among the elderly: stigmas in healthcare work and training
Júnia Brunelli Casséte, Leandro César da Silva, Ezequiel Elias Azevedo Alves Felício, Lissa Araújo Soares, Rbariany Alves de Moraes, Thiago Santos Prado, Denise Alves Guimarães
- O CUIDADO PALIATIVO A IDOSOS
INSTITUCIONALIZADOS: VIVÊNCIA DOS AJUDANTES DE AÇÃO DIRETA 745
Palliative Care for Institutionalized Elderly Persons: Experience of Caregivers
Matilde Sampaio Carvalho, José Carlos Amado Martins
- PERFIL DE IDOSOS PNEUMOPATAS ADMITIDOS
EM CENTRO DE REABILITAÇÃO PULMONAR 759
Profile of Pneumopathic Elderly Persons Admitted to a Pulmonary Rehabilitation Center
João Simão de Melo-Neto, Ana Elisa Zuliani Stroppa-Marques, Fabiana de Campos Gomes
- DESENVOLVIMENTO DE UM PROGRAMA DE TREINO COGNITIVO PARA IDOSOS 769
Development of a cognitive training program for the elderly
Mariana Teles Santos Golino, Carmen Elvira Flores-Mendoza
- ADIPOSIDADE CENTRAL EM IDOSAS DE UMA UNIDADE GERONTO-GERIÁTRICA 787
Central adiposity among elderly women in a gerontology-geriatric unit
Marla Caroline Martins de Souza, Soraya Silva Nóbrega, Marília Tokilko Oliveira Tomiya, Ilma Kruze Grande de Arruda, Alcides da Silva Diniz, Maria Conceição Chaves de Lemos
- SENSIBILIDADE GUSTATIVA DE ADULTOS E IDOSOS 797
Taste sensitivity of adults and elderly persons
Luisa Neumann, Bianca Coletti Scharen, Fernanda Scherer Adami
- INCAPACIDADE FUNCIONAL E FATORES ASSOCIADOS EM IDOSOS
APÓS O ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL EM VITÓRIA – ES, BRASIL 809
Functional disability and associated factors in elderly stroke survivors in Vitória, Brazil
Júlia Fabres do Carmo, Elizabete Regina Araújo Oliveira, Renato Lirio Morelato
- PERFIL DO ESTILO DE VIDA DE LONGEVOS 819
Profile of lifestyle of older elderly persons
Marilza Amaral Henrique de Souza, Elias Ferreira Porto, Eduardo Luiz de Souza, Kathleen Ingrid da Silva

Sumário / Contents

FATORES ASSOCIADOS À INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL DE MULHERES IDOSAS NO MUNICÍPIO DE CUIABÁ/MT	827
Factors associated with the functional independence of elderly women in the city of Cuiabá <i>Idilaine de Fátima Lima, Rosemeiry Capriata de Souza Azevedo, Annelita Almeida Oliveira Reiners, Ageo Mario Cândido da Silva, Luciane Cegati de Souza, Natália Arango de Almeida</i>	
AVALIAÇÃO AUDITIVA PERIFÉRICA E CENTRAL EM IDOSOS	839
Peripheral and central auditory assessment in among the elderly <i>Alessandra Giannella Samelli, Carla Gentile Matas, Camila Maia Rabelo, Fernanda Cristina Leite Magliaro, Natália Paião Luiz, Lidiane Dias Silva</i>	
ESTRATÉGIAS DE CUIDADO BUCAL PARA IDOSOS COM DOENÇA DE ALZHEIMER NO DOMICÍLIO	851
Home-based oral healthcare strategies of elderly people with Alzheimer's disease <i>Alessandra Martins Ferreira Warmling, Silvia Maria Azevedo dos Santos, Ana Lúcia Schaefer Ferreira de Mello</i>	
EXERCÍCIO DA SEXUALIDADE EM PESSOAS IDOSAS E OS FATORES RELACIONADOS	861
The exercise of sexuality among the elderly and associated factors <i>Danielle Lopes de Alencar, Ana Paula de Oliveira Marques, Márcia Carrera Campos Leal, Júlia de Cássia Miguel Vieira</i>	
IDENTIFICAÇÃO DE PRESCRIÇÃO INAPROPRIADA EM AMBULATÓRIO DE GERIATRIA UTILIZANDO OS CRITÉRIOS STOPP E START	871
Identification of inappropriate prescribing in a Geriatric outpatient clinic using the Criteria Stopp Start <i>Andressa Stella Kuhn Correia da Rosa, Bruna Polanski Costa, Cássia Pinheiro Kapper, Gabriela Graça Soder Dalmas, Lissie Lunardi Sbroglia, Lucas Andreis, Melissa Agostini Lampert</i>	

A prática regular de atividades físicas e o envolvimento social da pessoa idosa

The regular performance of physical activity and the social involvement of elderly persons

O envelhecimento das populações é a face mais visível da melhoria das condições gerais de vida. Esse fenômeno deve ser comemorado e, logicamente, acompanhado de intervenções que assegurem a integração dos idosos na sociedade. Neste contexto, advogam-se iniciativas que busquem preservar a qualidade, o significado e o direito à vida nas idades avançadas, a fim de garantir que o aumento da esperança de vida enseje, concomitantemente, esforços para o preenchimento desses anos com senso de autorrealização e propósito. Assim, encarando-se o envelhecimento populacional como uma oportunidade a ser aproveitada e não apenas como um problema a ser sanado, há certo consenso no sentido de que devam ser estimuladas políticas e iniciativas voltadas para o desenvolvimento material e espiritual desse grupo.

Com base nestas premissas, a Organização das Nações Unidas endossou, no início dos anos 1980, um *Plano Internacional de Ação Relativo ao Envelhecimento*, amplo conjunto de princípios e estratégias que realçam a necessidade de promover o envelhecimento bem-sucedido. As recomendações contidas nesse plano foram posteriormente confirmadas com a publicação dos *Princípios das Nações Unidas para as Pessoas Idosas*. Os 18 princípios propostos agrupam-se em torno de cinco linhas mestras acerca do estatuto dos idosos nas sociedades: a) independência; b) participação; c) cuidados; d) autorrealização; e) dignidade. Busca-se realçar a velhice como fruto de um processo continuado, ou seja, continuação e não o fim da vida, bem como sua dimensão social.

O *Plano Internacional* das Nações Unidas deixa claro que um dos principais caminhos para atingir esses objetivos está na manutenção da capacidade de participação dos idosos, aumentando o potencial para satisfazerem suas ambições pessoais. Conceitos como *‘esperança de vida ativa’* ou *‘envelhecimento bem-sucedido’* vieram colocar em evidência a necessidade de se atribuir aos idosos um papel importante no seio de suas comunidades. A integração do idoso estaria, por sua vez, estreitamente associada à sua capacidade de realizar objetivos e aspirações pessoais. Considerada a multidisciplinaridade dessas questões, não é de estranhar que tenham atraído a atenção de várias áreas de conhecimento.

Uma das frentes de atuação propostas que vem experimentando rápida evolução remete ao estudo das modificações das capacidades de desempenho físico e cognitivo com a idade, tidas como componentes importantes da manutenção da autonomia. Além disso, acumulam-se investigações sobre como tais capacidades poderiam ser preservadas através da adoção de modos de vida ativos, em geral, e da prática do exercício físico, em particular. De fato, as evidências de que vida fisicamente ativa pode contribuir para a melhoria das funções físicas, mentais e sociais da pessoa que envelhece acumulam-se, podendo-se mesmo afirmar que são fartas.

Assume-se que o grande desafio, no que diz respeito ao futuro dos programas voltados à promoção da saúde da população idosa, não seria continuar a fazer crescer a esperança de vida, mas melhorar sua qualidade. Isso pressupõe preservar a capacidade de realização das atividades cotidianas ao longo dos anos; portanto, do envolvimento social da pessoa idosa, para o que a prática de atividades físicas pode, definitivamente, contribuir.

No entanto e apesar dessa ampla aceitação, há que se reconhecer que o acesso a oportunidades que envolvam o idoso com atividades físicas ainda é limitado. Ora, o simples consenso sobre os efeitos benéficos da atividade física não é suficiente para aumentar a participação dos idosos – a prevalência do sedentarismo entre indivíduos com mais de 60 anos de idade é evidente e preocupante. É preciso, então, investimento para identificar, analisar e intervir nas barreiras que se colocam na adesão dos idosos à prática de atividades físicas. Um melhor entendimento sobre essas questões permitirá a elaboração de políticas públicas eficazes visando educação continuada, suporte social, estratégias de informação e *marketing* e, evidentemente, incremento das oportunidades de acesso e envolvimento social dos idosos por meio das atividades físicas.

No Brasil, ainda são poucas as informações disponíveis sobre o envolvimento dos idosos em atividades físicas regulares, sejam elas orientadas ou espontâneas. Um exame superficial dos estudos disponíveis revela, ainda, que essas informações encontram-se demasiadamente localizadas em pequenas regiões do país e que são conflituosas em relação à possível prevalência de atividades físicas pelas pessoas idosas. No entanto, esses poucos estudos colocam os níveis de sedentarismo do idoso brasileiro em torno de alarmantes 80-90%!

Adicionalmente, constata-se que a literatura carece de informações sobre o que se tem, efetivamente, feito em âmbito nacional para oferecer oportunidades de engajamento em atividades físicas espontâneas ou supervisionadas aos idosos. Os dados acerca das modalidades de atividades e características dos programas de atividades físicas nas diferentes regiões do país são, francamente, insuficientes para um planejamento consciente do que se possa chamar de política para a promoção de atividades físicas por parte dessa população. Estudos voltados ao tema são, portanto, bem-vindos e necessários.

Em suma, há muito que se fazer no que tange a políticas públicas que permitam, em prazo médio e longo, aumentar o envolvimento dos idosos brasileiros com a prática regular de atividades físicas. Pesquisadores afeitos à temática podem, certamente, contribuir com esse esforço, desenvolvendo investigações que levem a um melhor entendimento do estágio atual dessa prática, bem como na elaboração de estratégias que se mostrem eficazes em termos de adesão e impacto na funcionalidade e qualidade de vida de idosos com características clínicas, sociais, econômicas e culturais diversas.

Mãos à obra!

Paulo Farinatti
Vice-Diretor
UnATI-UERJ

Estudo Comparativo do Perfil de Saúde Bucal em Idosos Institucionalizados no Brasil e em Barcelona, Espanha

Comparative Study of the Oral Health Profile of Institutionalized Elderly Persons in Brazil and Barcelona, Spain

Daniela Mendes da Veiga Pessoa¹
Glòria Pérez²
Marc Mari-Dell'Olmo³
Marco Cornejo-Ovalle⁴
Carme Borrell³
Grasiela Piuvezam⁵
Kenio Costa de Lima⁶

ARTIGOS ORIGINAIS / ORIGINAL ARTICLES

Resumo

Objetivo: Comparar o perfil de saúde bucal de idosos institucionalizados no Brasil e em Barcelona, Espanha, segundo gênero e país de residência. **Métodos:** Foi realizado estudo do tipo *cross-seccional*, em indivíduos de 65 anos e mais (n=1.440), residentes na Região Sanitária de Barcelona, Espanha e no Brasil. Foram realizados dois levantamentos epidemiológicos para averiguar as condições de saúde bucal em idosos do Brasil (em 2008) e de Barcelona-ES (em 2009). Foram estudadas as seguintes condições com seus respectivos indicadores: doença periodontal (CPI), perda dentária (edentulismo e edentulismo funcional) e cárie dentária (CPO-D). A amostra foi estratificada pelo gênero e país dos idosos. Foram realizadas Regressão de Poisson Bivariada e Multivariada para a obtenção das Razões de Prevalência Ajustadas (RPa) com seus respectivos Intervalos de Confiança com 95% de significância (IC95%). **Resultados:** Em Barcelona-ES, homens e mulheres tiveram uma alta prevalência de doença periodontal em relação aos idosos brasileiros: homens: cálculo (RPa:1,5; IC:1,08-2,19) e bolsa periodontal (RPa:2,05; IC:1,43-2,93). Mulheres: cálculo (RPa:2,4; IC:1,77-3,24) e bolsa periodontal (RPa:3,2; IC: 2,29-4,53). Em Barcelona-ES foi encontrada uma baixa prevalência de edentulismo (RPa:0,49; IC:0,37-0,65) e edentulismo funcional (RPa:0,49; IC: 0,40-0,60) entre os homens. Resultados semelhantes foram observados entre as mulheres, com uma baixa prevalência de edentulismo (RPa:0,49; CI:0,41-0,58) e edentulismo funcional (RPa:0,42; CI:0,30-0,49). **Conclusões:** Foi observada uma precária condição de saúde bucal entre homens e mulheres idosos em ambos os países, sendo que os idosos de Barcelona-ES tiveram uma pior condição periodontal e os idosos brasileiros tiveram uma maior perda dentária.

Palavras-Chave: Idosos.
Saúde Bucal. Saúde de Idosos
Institucionalizados.

¹ Universidade do Estado do Rio Grande do Norte, Departamento de Odontologia. Caicó, Rio Grande do Norte, Brasil.

² Agência de Salut Pública de Barcelona. Centro de Investigación Biomédica en Red (CIBER) Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP). Barcelona, Espanha.

³ Centro de Investigación Biomédica en Red (CIBER) Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP). Agência de Salut Pública de Barcelona, Espanha.

⁴ Universidade do Chile, Faculdade de Odontologia. Santiago, Chile. Agência de Salut Pública de Barcelona. Barcelona, Espanha.

⁵ Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Departamento de Saúde Coletiva. Natal, Rio Grande do Norte, Brasil.

⁶ Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Departamento de Odontologia. Natal, Rio Grande do Norte, Brasil.

Abstract

Objective: To compare the oral health profile of institutionalized elderly persons in Brazil and in Barcelona, Spain, by gender and country of residence. **Methods:** A cross-sectional study was performed of individuals aged 65 years and above (n=1,440), resident in the health region of Barcelona and in Brazil. Two surveys and exams relating to the oral health status of institutionalized elderly persons in Brazil (in 2008) and in Barcelona, Spain (in 2009) were carried out. Periodontal disease, tooth loss and dental caries were analyzed, considering age and cognitive ability. The sample was stratified by gender and country. Bivariate and multivariate Robust Poisson Regression models were used to obtain adjusted Prevalence Ratios (aPR), and a 95% confidence interval (95%CI) was employed. **Results:** In Barcelona, men and women had a higher prevalence of periodontal illness: Men - calculus (aPR:1.5; CI:1.08-2.19) and pocket (aPR:2.05; CI:1.43-2.93) results. Women - calculus (aPR:2.4; CI:1.77-3.24) and pocket (aPR:3.2; CI:2.29-4.53) results. In Barcelona there was a lower prevalence of edentulism (aPR:0.49; CI:0.37-0.65) and functional edentulism (aPR:0.49; CI:0.40-0.60) among men. The same results were found among women with a lower prevalence of edentulism (aPR:0.49; CI: 0.41-0.58) and functional edentulism (aPR:0.42; CI: 0.30-0.49). **Conclusions:** A poor state of oral health of men and women was observed in both countries, with the elderly from Barcelona having worse periodontal health and the elderly from Brazil having greater tooth loss.

Keywords: Older People.
Oral Health. Health of
Institutionalized Elderly.

INTRODUÇÃO

A população mundial de idosos crescerá nos próximos anos, particularmente nos países em desenvolvimento. No Brasil, a população idosa com 65 anos e mais atingirá mais de quarenta e oito milhões de pessoas em 2050, representando 22,7% da população.¹ Já na Europa, o crescimento da população de idosos ocorreu gradualmente. Na Espanha, algumas projeções populacionais demonstram que a população idosa chegará a 28% em 2040.²

Devido ao envelhecimento da população, as autoridades de saúde em todo o mundo se deparam com uma crescente demanda por melhorias nos cuidados à saúde, incluindo os cuidados relacionados aos problemas de saúde bucal.³ Neste contexto, a melhoria da saúde bucal dos idosos tornou-se uma prioridade para o Programa Global de Saúde Oral da OMS (Organização Mundial da Saúde).⁴

Tanto o perfil de saúde bucal como os serviços assistenciais em odontologia variam entre países e entre regiões de um mesmo país.⁵ Na Espanha, onde o Serviço Nacional de Saúde fornece cuidados em saúde universais, os serviços odontológicos excluem procedimentos restauradores e focam em exodontias e na prevenção.⁶ Na Região Autônoma

da Catalunha, cuja capital é a cidade de Barcelona, os programas odontológicos dão ênfase à população infantil e às pessoas com deficiência (únicos grupos a terem acesso aos procedimentos restauradores) e as ações de bochechos fluoretados se reduzem aos escolares do ensino fundamental.⁷ Neste contexto, a população idosa encontra-se alijada da atenção odontológica pública.

No Brasil, o Sistema Único de Saúde fornece à população cuidados universais tanto no nível básico como especializado. No entanto, apenas 37% da população tem acesso a esse serviço.⁸ Em relação aos idosos brasileiros, observou-se que entre os que possuíam dentes, o uso de serviços odontológicos foi de 26,6% e entre os desdentados, de 10,4%, indicando que o uso de serviços odontológicos foi menor entre os que mais necessitavam.⁹ Com vistas a ampliar a inserção da saúde bucal no SUS, foi lançada, em 2004, a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) – “Brasil Sorridente”.¹⁰ Embora dentre seus pressupostos estejam a qualificação da Atenção Primária em Saúde e a garantia da integralidade das ações, do mesmo modo que na Espanha, a política “Brasil Sorridente”, também não destina ações em saúde bucal específicas para os idosos. Tais fatos trazem consequências para a saúde bucal desse grupo populacional.

Foram observados os efeitos físicos e sociais de má saúde bucal em idosos, como a diminuição do desempenho de mascar, limitação na escolha de alimentos, perda de peso, desnutrição, problemas de comunicação, baixa autoestima e bem-estar e uma maneira negativa de interagir com a vida cotidiana.^{3,11} A insatisfação com a estética está diretamente ligada à ausência de dentes e é essencial para desencadear sentimentos negativos de autoestima entre os indivíduos, tendo efeito sobre as relações sociais.¹²

Com relação aos idosos institucionalizados, a literatura mostra que síndromes geriátricas estão associadas com o risco de admissão para instituições de longa permanência.¹³ Portanto, as pessoas idosas institucionalizadas representam o grupo mais vulnerável devido à sua maior fragilidade, tendo um pior estado de saúde do que os idosos não institucionalizados. Essa situação é agravada pela falta de cuidados de saúde nas instituições.¹⁴ Uma série de estudos têm demonstrado que a saúde bucal de idosos institucionalizados é caracterizada pela alta perda dentária, pela falta de cuidados preventivos regulares para os problemas bucais específicos e pela falta de tratamento odontológico.¹⁵⁻¹⁷ Neste contexto, a disponibilidade de dados sobre a condição de saúde bucal de idosos institucionalizados de diferentes países é essencial para a vigilância da saúde bucal,⁴ além de indicar ações específicas destinadas a melhorar a qualidade de vida dessas pessoas. Portanto, o objetivo do presente estudo foi comparar o perfil de saúde bucal de idosos com idades de 65 anos e mais, residentes em instituições de longa permanência do Brasil e de Barcelona, Espanha, em 2008 e 2009, respectivamente, segundo gênero e país de residência, com fins de compreender as distintas realidades.

MÉTODO

Foram seguidos os critérios Strobe na preparação deste manuscrito. O presente estudo não tem a intenção de comparar os dados em base nacional e sim comparar as realidades dentro das Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI) nos dois países.

Para tanto, foi realizado um estudo transversal com idosos institucionalizados com 65 anos e mais nas regiões de saúde de Barcelona, Espanha e no Brasil em 2009 e 2008, respectivamente. Os dados foram coletados a partir de ambas as pesquisas nas quais realizaram-se exames clínicos das condições de saúde bucal dos indivíduos. O desenho desses inquéritos foi previamente descrito,¹⁸⁻²⁰ no entanto, um resumo é fornecido abaixo.

A seleção da amostra da pesquisa realizada com idosos provenientes de ILPI brasileiras, no ano de 2008, foi baseada na população de idosos residentes em instituições públicas e privadas de 11 municípios de médio e grande porte, escolhidos aleatoriamente e que pertenciam a cada uma das cinco regiões geográficas brasileiras. As cidades de cada região foram selecionadas aleatoriamente a partir dos seguintes critérios: 1) municípios com mais de 100.000 habitantes com uma população de idade maior ou igual a mediana encontrada em cada região geográfica; 2) instituições que fossem legalmente registradas. Um total de 1.412 indivíduos foram selecionados, dos quais 1.192 (84,4%) participaram da pesquisa. Indivíduos com menos de 65 anos foram excluídos do presente estudo. O número total de pessoas idosas brasileiras incluídas foi de 1.018.

A seleção da amostra dos idosos de 65 anos e mais da região sanitária de Barcelona-ES, deu-se a partir de 1.300 idosos com perfil para residir em 46 ILPI (de caráter público ou filantrópico) da referida região no ano de 2009. Dessas, 2 ILPI não aceitaram participar do estudo. A amostra de conveniência incluiu idosos de 25 ILPI pesquisadas durante o tempo destinado ao trabalho de campo. Foram incluídos 422 idosos na pesquisa.²⁰

Finalmente, a população incluída no presente estudo foi de 1.440 pessoas com 65 anos e mais.

O estudo realizado no Brasil foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (protocolo nº 0033.0.051.000-06.). O estudo realizado em Barcelona, Espanha, foi aprovado pelo Comitê de Ética Clínica do Instituto Municipal d'Assistència Sanitaria (Barcelona, Espanha) (IMAS) (protocolo nº. 2008/3666/I).

Os exames bucais dos indivíduos incluídos no estudo foram realizados de acordo com a metodologia proposta pela OMS.²¹

No Brasil, a coleta de dados foi realizada por cinco dentistas calibrados com valores de Kappa de entre 0,71 e 0,89. Em Barcelona, na Espanha, um único dentista realizou a coleta de dados com valores de Kappa intraexaminador entre 0,85 e 1,00.

As variáveis dependentes foram: 1) uso de prótese superior (uso de algum tipo de prótese na arcada superior - sim/não); 2) uso de prótese inferior (uso de algum tipo de prótese na arcada inferior - sim/não); 3) necessidade de prótese superior (necessidade de algum tipo de prótese na arcada superior - sim/não); 4), necessidade de prótese inferior (necessidade de algum tipo de prótese no arco inferior sim/ não); 5) edentulismo (ausência total de dentes naturais - sim/não); 6) edentulismo funcional (existência de menos de vinte dentes - sim/não); 7) Índice Periodontal Comunitário (CPI) categorizadas como: CPI cálculo (sextante da boca, cuja a pior condição foi a presença de cálculo para cada indivíduo sim/não), CPI bolsa (sextante da boca, cuja a pior condição periodontal foi a presença bolsa periodontal para cada indivíduo sim/não), CPI Sextante excluído (pessoas idosas com todos os sextantes excluídos).²⁰ O CPI não foi caracterizado como sangramento à sondagem devido à baixa prevalência para essa categoria.

As variáveis independentes foram: 1) idade: variável contínua em anos, 2) capacidade cognitiva: condições cognitivas adequadas, de acordo com o diagnóstico médico - sim/não.^{19, 20}

As variáveis de estratificação foram país de residência e sexo. Foi realizada a análise descritiva de todas as variáveis. Análises bivariada e multivariada de Poisson com modelos de regressão

robusta foram usadas para a obtenção das razões de prevalência bruta (RP) e ajustada (RPa) com seus respectivos intervalos de confiança de 95% (IC95%). No modelo multivariado, todas as variáveis com $p < 0,05$ na análise bivariada foram incluídas no modelo de regressão, assim como outras variáveis conceitualmente plausíveis.²⁰ Por conseguinte, as variáveis de ajuste foram a idade e a capacidade cognitiva.

RESULTADO

Havia mais mulheres do que homens nas pesquisas de ambos os países 57,3% no Brasil e 68% em Barcelona, Espanha. A média de idade das pessoas idosas em Barcelona foi maior do que a média do Brasil (Tabela 2). Em termos de saúde bucal, houve mais dano causado pela cárie entre os participantes do Brasil, onde os valores médios do CPO-D, número de dentes perdidos, edentulismo e edentulismo funcional foram significativamente mais elevados do que em Barcelona, Espanha. No que diz respeito à reabilitação da saúde bucal, os idosos residentes em ILPI brasileiras utilizavam mais próteses superiores e tinham maior necessidade de próteses inferiores do que idosos de Barcelona, Espanha. A doença periodontal foi mais prevalente entre idosos de Barcelona, Espanha (Tabela 1).

No modelo multivariado (Tabela 3), observou-se que os homens de Barcelona, Espanha tiveram uma maior prevalência de cálculo dentário e de bolsas periodontais e menor prevalência de perda dentária total e parcial do que os homens no Brasil. As mulheres idosas residentes em ILPI de Barcelona, Espanha tiveram uma maior prevalência de necessidade de prótese superior, presença de cálculo dentário, de bolsas periodontais e menor prevalência de uso de prótese superior, perda de dentes parcial e perda dentária total do que as mulheres idosas do Brasil.

Tabela 1. Descrição das condições de saúde bucal através das variáveis categóricas dos idosos intitucionalizados de 65 anos e mais, estratificados por sexo e país de residência. Brasil, 2008; Barcelona, Espanha, 2009.

Variáveis Categóricas		Sexo									
		Homens					Mulheres				
		Brasil		Barcelona		p*	Brasil		Barcelona		p*
n	%	n	%	n	%		n	%			
Uso de Prótese Superior	não	315	71,8	102	76,7	0,262	305	51,8	177	64,6	<0,001
	sim	124	28,2	31	23,3		284	48,2	97	35,4	
Udo se Prótese Inferior	não	371	84,5	109	82,0	0,482	427	72,5	208	75,9	0,289
	sim	68	15,5	24	18,0		162	27,5	66	24,1	
Necessidade de Prótese Superior	não	124	28,2	36	27,5	0,864	279	47,4	98	36,6	0,003
	sim	315	71,8	95	72,5		310	52,6	170	63,4	
Necessidade de Prótese Inferior	não	73	16,6	32	24,6	0,039	159	27,0	80	29,9	0,387
	sim	366	83,4	98	75,4		430	73,0	188	70,1	
Edentulismo	não	202	46,0	96	72,2	<0,001	41	7,0	173	62,0	<0,001
	sim	237	54,0	37	27,8		548	66,2	106	33,3	
Functional Edentulismo	não	69	15,7	78	58,6	<0,001	41	7,0	173	62,0	<0,001
	sim	370	84,3	55	41,4		548	93,0	106	38,0	
CPI Cálculo	não	362	82,5	98	73,7	0,025	519	88,1	206	73,8	<0,001
	sim	77	17,5	35	26,3		70	11,9	73	26,2	
CPI Bolsa	não	376	85,6	97	72,9	0,001	540	91,7	205	73,5	<0,001
	sim	63	14,4	36	27,1		49	8,3	74	26,5	
CPI Sextantes Excluídos	não	161	36,7	76	57,1	<0,001	138	23,4	158	56,6	<0,001
	sim	278	63,3	57	42,9		451	76,6	121	43,4	
Capacidade Cognitiva	não	210	47,8	76	57,1	0,060	325	55,2	145	51,2	0,274
	sim	229	52,2	57	42,9		264	44,8	138	48,8	

*Teste do Qui-Quadrado com nível de significância de 95%

Tabela 2. Descrição das condições de saúde bucal e idade através das variáveis quantitativas dos idosos institucionalizados de 65 anos e mais, estratificados por sexo e país de residência. Brasil, 2008; Barcelona, Espanha, 2009.

Variáveis Quantitativas	Homens						
	Brasil			Barcelona			p*
	n	Mediana	P 25-P75	n	Mediana	P 25-P75	
Índice CPO-D	439	32	27-32	133	24	11-32	<0,001
Número de dentes cariados	439	0	0-2	133	1	0-4	0,001
Número de dentes restaurados	439	0	0-0	133	0	0-0	0,423
Número de dentes perdidos	439	32	24-32	133	27	20-32	0,001
Número de dentes presentes	439	0	0-8	133	8	0-20	<0,001
Idade do indivíduo	439	77	71-83	132	81	73-82	0,006
Variáveis Quantitativas	Mulheres						
	Brasil			Barcelona			p*
	n	Mediana	P 25-P75	n	Mediana	P 25-P75	
Índice CPO-D	589	32	31-32	279	25	12-32	<0,001
Número de dentes cariados	589	0	0-0	279	0	0-4	<0,001
Número de dentes restaurados	589	0	0-0	279	0	0-0	0,569
Número de dentes perdidos	589	32	29-32	279	29	19-32	<0,001
Número de dentes presentes	589	0	0-3	279	7	0-20	<0,001
Idade do indivíduo	589	79	73-85	278	83	76-87	<0,001

*Teste de Mann-Whitney com nível de significância de 95%

Tabela 3. Razões de Prevalência das condições de saúde bucal de idosos institucionalizados com idade de 65 anos e mais de acordo com o sexo no Brasil (2008) em Barcelona, Espanha (2009).

Variáveis Dependentes	Homens				País (Referência Brasil)			
	n	RP*	95%CI	<i>p</i>	RP†	95%IC	<i>p</i>	
	Uso de Prótese Superior	571	0,825	0,586-1,162	0,271	0,860	0,615-1,202	0,377
Uso de Prótese Inferior	571	1,165	0,763-1,778	0,479	1,211	0,793-1,851	0,376	
Necessidade de Prótese Superior	569	1,011	0,896-1,140	0,863	0,996	0,883-1,124	0,952	
Necessidade de Prótese Inferior	568	0,904	0,813-1,006	0,064	0,898	0,806-1,001	0,052	
Edentulismo	571	0,515	0,387-0,687	<0,001	0,490	0,366-0,655	<0,001	
Edentulismo Funcional	571	0,491	0,399-0,603	<0,001	0,490	0,399-0,603	<0,001	
CPI Cálculo	571	1,500	1,058-2,128	0,023	1,541	1,084-2,191	0,016	
CPI Bolsa	571	1,886	1,315-2,705	0,001	2,050	1,435-2,930	<0,001	
CPI Sextante Excluído	571	0,677	0,549-0,834	<0,001	0,653	0,530-0,805	<0,001	

Variáveis Dependentes	Mulheres				País (Referência Brasil)			
	n	RP*	95%CI	<i>p</i>	RP†	95%IC	<i>p</i>	
	Uso de Prótese Superior	863	0,734	0,613-0,879	0,001	0,699	0,586-0,835	<0,001
Uso de Prótese Inferior	863	0,876	0,684-1,122	0,294	0,793	0,620-1,014	0,065	
Necessidade de Prótese Superior	857	1,025	1,070-1,357	0,002	1,237	1,101-1,390	<0,001	
Necessidade de Prótese Inferior	857	0,961	0,876-1,054	0,397	0,989	0,903-1,084	0,814	
Edentulismo	868	0,503	0,422-0,600	<0,001	0,490	0,411-0,583	<0,001	
Edentulismo Funcional	868	0,408	0,351-0,475	<0,001	0,419	0,300-0,487	<0,001	
CPI Cálculo	868	2,202	1,639-2,958	<0,001	2,396	1,774-3,236	<0,001	
CPI Bolsa	868	3,188	2,288-4,442	<0,001	3,220	2,288-4,531	<0,001	
CPI Sextante Excluído	868	0,566	0,492-0,652	<0,001	0,554	0,482-0,638	<0,001	

*Razão de Prevalência Bruta † Razão de Prevalência ajustada pela idade e capacidade cognitiva

DISCUSSÃO

O presente estudo foi o primeiro a comparar as condições de saúde bucal dos indivíduos idosos institucionalizados 65 anos e mais do Brasil e Barcelona, Espanha. Brasil e Espanha são países com distintos padrões de envelhecimento e cuidados em saúde bucal. Em geral, os idosos institucionalizados em ambos os países têm condições precárias de saúde bucal.

Em ambos os países, os homens e as mulheres idosos institucionalizados tinham altos níveis de perda dentária. A institucionalização de pessoas idosas é em si considerada um fator de risco para a perda do dentário,¹⁷ no entanto, deve notar-se que a saúde bucal dessa população é uma consequência dos danos acumulados ao longo da vida e reflete o modelo de atenção à saúde bucal adotado em ambos os países, que se caracteriza pelo acesso limitado a serviços de atenção em saúde bucal e uma abordagem fundamentalmente mutiladora no atendimento odontológico.^{20,22}

Assim, verificou-se que a perda dentária é um importante problema de saúde pública nos países investigados. Isso implica aumento da demanda por serviços de reabilitação em saúde bucal para esse grupo populacional. Observou-se também que a maior prevalência de necessidade de prótese superior está entre as idosas de Barcelona, Espanha. Isso revela a falta de reabilitação entre as mulheres, que também é causada pela falta de políticas públicas de saúde voltadas para a população institucionalizada.

No caso do Brasil, a prestação de cuidados em saúde bucal é historicamente caracterizada pela baixa complexidade, principalmente de caráter curativo e mutilador e acesso restrito à população. Na maioria dos municípios, os programas foram conduzidos para crianças em idade escolar com idades entre 6-12 anos e mulheres grávidas. Os adultos e idosos só tinham acesso aos serviços de pronto atendimento e tratamento mutilador.²³⁻²⁶ Esse modelo de atenção em saúde bucal existiu no Brasil até 2004, quando o país implementou a Política Nacional de Saúde Bucal, intitulado "Brasil Sorridente", pela qual foram implementadas ações individuais e coletivas, visando à promoção,

prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação nos níveis primário e secundário de atenção em saúde bucal.²⁷

Embora tenha havido uma expansão gradual das intervenções na política de saúde bucal, modelos hegemônicos ou modelos de odontologia privada, focados na doença, ainda prevalecem no Brasil.²⁴ Em um estudo de caso sobre processo de implementação da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) – “Brasil Sorridente” – nos municípios do Departamento Regional de Saúde de Araraquara, São Paulo, Brasil, foi verificado que os municípios ainda encontram dificuldades em implantar os pressupostos da PNSB, pois foi observada a tendência da manutenção do modelo centrado na doença devido à grande demanda reprimida, às cobranças com relação à produção de procedimentos e à formação profissional tecnicista e clínica.²⁵ Portanto, pode-se afirmar que essa nova política de saúde não teve um efeito sobre as pessoas idosas do presente estudo, indicando a necessidade de estudos futuros para avaliar o impacto do "Brasil Sorridente" nesse grupo.

Na Espanha, os estudantes têm o direito ao atendimento odontológico público básico, relacionado à prevenção e à restauração da dentição permanente, com restrições. Cada uma das 17 regiões (comunidades autônomas) em que o país está dividido pode fornecer esses serviços de forma diferente, com financiamento público e provisão pública e privada do serviço.²⁸ Esse modelo de prestação de assistência odontológica é focado na população infantil e centrado na cura das doenças bucais em detrimento da prevenção e promoção da saúde bucal nas outras faixas etárias, o que também pode gerar desigualdades, já que a prestação de tais serviços é financiado pelo setor privado e disponível apenas para aqueles que podem pagar. Assim, a saúde bucal na Espanha é a única área que não tem uma cobertura completa pelo Sistema Nacional de Saúde. O atendimento odontológico para população adulta permanece apenas paliativo e a reabilitação de dentes perdidos devido às doenças bucais não é coberta, ainda que parcialmente subsidiado, pelo sistema de saúde.⁷

De acordo com o presente estudo, os idosos institucionalizados de Barcelona, Espanha têm uma

maior prevalência da doença periodontal do que aqueles do Brasil. Entre as mulheres de Barcelona, Espanha, a prevalência de cálculo é o dobro e a de bolsa periodontal é o triplo da prevalência das mulheres idosas do Brasil. Isso é causado pela maior presença de dentes permanentes em indivíduos idosos de Barcelona, Espanha, pois há uma maior prevalência de edentulismo e edentulismo funcional no Brasil. A presença de bolsas periodontais pode levar a infecções, mobilidade dentária, sensibilidade cervical e alterações estéticas, revelando a necessidade de tratamento odontológico para idosos institucionalizados e indicam a falta cuidados em higiene bucal nas instituições de longa permanência para idosos. A literatura mostra que os cuidadores não realizam adequada higiene bucal nos idosos institucionalizados, devido à ausência de protocolos, à falta de conhecimento sobre práticas de higiene bucal e à falta de formação adequada.¹⁴

O presente estudo tem uma série de limitações. Deve-se notar que o desenho transversal não permite a análise da relação causa-efeito entre as variáveis estudadas. Além disso, o número limitado de variáveis explicativas comuns a ambos os questionários justifica a ausência de variáveis

socioeconômicas no estudo. No entanto, as variáveis dependentes analisadas podem explicar as condições objetivas da condição de saúde bucal de idosos institucionalizados em ambos os países. Outro ponto forte do estudo é a comparação entre o estado de saúde bucal de idosos institucionalizados em dois ambientes sociais e econômicos diferentes, bem como de diferentes sistemas de saúde de assistência odontológica.

CONCLUSÃO

O presente estudo conclui que os indivíduos idosos institucionalizados com idades de 65 anos e mais, residentes no Brasil e Barcelona, Espanha, possuem uma má condição de saúde bucal, causada por uma alta prevalência de perda dentária total e parcial entre os idosos do Brasil e de doença periodontal entre os idosos de Barcelona. Os resultados indicam que, independentemente do país estudado, a saúde bucal de idosos institucionalizados é vulnerável. O conhecimento dessa situação pode ajudar com a reorientação das políticas de saúde voltadas a essa população, com foco na manutenção da saúde bucal e melhorias de qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Primeiros resultados definitivos do Censo 2010 [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2012 [acesso em 03 set 2012]. Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br>.
2. Institut d'Estadística de Catalunya [Internet]. Catalunya: IDESCAT; 2012 [acesso em 6 set 2012]. Disponível em: <http://www.idescat.cat/cat/poblacio/poblestructura.html>
3. Petersen PE, Kandelman D, Arpin S, Ogawa H. Global oral health of older people- call for public health action. *Community Dent Health* 2010;27(4 Suppl 2):257-67.
4. Petersen PE. Priorities for research for oral health in the 21st century: the approach of the WHO Global Oral Health Programme. *Community Dent Health* 2005;22(2):71-4.
5. Petersen PE, Yamamoto T. Improving the oral health of older people: the approach of the WHO Global Oral Health Programme. *Community Dent Oral Epidemiol* 2005;33(2):81-92.
6. Bravo M, Cortés J, Casals E, Llena C, Almerich-Silla JM, Cuenca E. Basic oral health goals for Spain 2015/2020. *Int Dent J* 2009;59:78-82.
7. Cortés M FJ, Cerviño FS, Blanco GJM, Simón S F. Informe sobre los Servicios de Salud Bucodental en España. Situación de las Comunidades Autónomas, 2013. RCOE, *Rev Ilustre Cons Gen Col Odontól Estomatol Esp* 2014;19(Supl. 1):12-42.
8. Bordín D, Fadel CB. Pact for health in Brazil: a descriptive analysis of the progression of oral health indicators. *Rev Odontol UNESP* 2012;41(5):305-11.
9. Martins AMEBL, Barreto SM, Pordeus IA. Uso de serviços odontológicos entre idosos brasileiros. *Rev Panam Salud Pública* 2007;22(5):308-16.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal [Internet]. Brasília, DF: 2004. [acesso em 12 Jul 2016]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/diretrizes_da_politica_nacional_de_saude_bucal.pdf

11. Gil-Montoya JA, Subirá C, Ramón JM, González-Moles MA. Oral health-related quality of life and nutritional status. *J Public Health Dent* 2008;68(2):88-93.
12. Moimaz SAS, De Almeida MEL, Lolli LF, Garbin CAS, Saliba NA. Envelhecimento: análise de dimensões relacionadas à percepção dos idosos. *Rev Bras Geriatr Gerontol* 2009;12(3):361-75.
13. Wang SY, Shamliyan TA, Talley KM, Ramakrishnan R, Kane RL. Not just specific diseases: systematic review of the association of geriatric syndromes with hospitalization or nursing home admission. *Arch Gerontol Geriatr* 2013;57(1):6-26.
14. Cornejo-Ovalle M, Costa -de-Lima K, Pérez G, Borrell C, Casals-Pedro E. Oral Health care activities performed by caregivers for institutionalized elderly in Barcelona-Spain. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2013;18(4):641-9.
15. World Health Organization. Oral health in aging societies: integration of oral health and general health: Report of a meeting convened at the WHO Centre for Health Development in Kobe, Japan, 1-3 June 2005. Japan2005. Geneva: WHO; 2006.
16. Pizarro V, Ferrer M, Domingo-Salvany A, Benach J, Borrell C, Puigvert J, et al. Dental health differences by social class in home-dwelling seniors of Barcelona, Spain. *J Public Health Dent* 2006;66(4):288-91.
17. Eustaquio-Raga MV, Montiel-Company JM, Almerich-Silla JM. Factors associated with edentulousness in an elderly population in Valencia (Spain). *Gac Sanit* 2013;27(2):123-7.
18. Piuvezam G, De Lima KC. Factors associated with missing teeth in the Brazilian elderly institutionalised population. *Gerodontology* 2013;30(2):141-9.
19. Piuvezam G, De Lima KC. Self-perceived oral health status in institutionalized elderly in Brazil. *Arch Gerontol Geriatr* 2012;55(1):5-11.
20. Cornejo M, Perez G, De Lima KC, Casals-Pedro E, Borrell C. Oral Health-Related Quality of Life in institutionalized elderly in Barcelona (Spain). *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2013;18(2):285-92.
21. World Health Organization. Oral Health surveys:basic methods. Geneve: WHO; 1998.
22. Islas-Granillo H, Borges-Yañes SA, Lucas-Rincón SE, Medina-Solís CE, Casanova-Rosado AJ, Márquez-Corona ML, et al. Edentulism risk indicators among Mexican elders 60-year-old and older. *Arch Gerontol Geriatr* 2011;53(3):258-62.
23. Chaves SCL. Oral health in Brazil: the challenges for dental health care models. *Braz Oral Res* 2012;26:71-80.
24. Soares CLM. Constructing public oral health policies in Brazil: issues for reflection. *Braz Oral Res* 2012;26:94-102.
25. Aquilante AG, Aciole GG. Construindo um “Brasil Sorridente”?: Olhares sobre a implementação da Política Nacional de Saúde Bucal numa região de saúde do interior paulista. *Cad Saúde Pública* 2015;31(1):82-96.
26. Dutra CESV, Sanchez HF. Organização da atenção à saúde bucal prestada ao idoso nas equipes de saúde bucal da Estratégia Saúde da Família. *Rev Bras Geriatr Gerontol* 2015;18(1):179-88.
27. Pucca GA Junior, De Lucena EHG, Cawahisa PT. Financing national policy on oral health in Brazil in the context of the Unified Health System. *Braz Oral Res* 2010;24:26-32.
28. Widström E, Eaton KA. Oral healthcare systems in the extended European union. *Oral Health Prev Dent* 2004;2(3):155-94.

Recebido: 17/01/2016

Revisado: 11/07/2016

Aprovado: 18/08/2016

HIV/aids em idosos: estigmas, trabalho e formação em saúde

HIV/aids among the elderly: stigmas in healthcare work and training

Júnia Brunelli Cassette¹
Leandro César da Silva¹
Ezequiel Elias Azevedo Alves Felício¹
Lissa Araújo Soares¹
Rhariany Alves de Moraes¹
Thiago Santos Prado¹
Denise Alves Guimarães¹

Resumo

Atualmente, no cenário mundial e no Brasil, registra-se um aumento do número de diagnósticos de HIV/aids em idosos. Este artigo apresenta resultados de uma pesquisa qualitativa que buscou analisar a atuação de profissionais de saúde em idosos com diagnóstico de HIV/aids em um serviço público de saúde. Foram entrevistados os nove profissionais que compõem um serviço público de assistência especializada em HIV/aids de um município de porte médio de Minas Gerais. As falas foram submetidas à análise de conteúdo e a análise dos resultados permite afirmar que, na percepção dos profissionais de saúde, os principais impactos do diagnóstico de HIV/aids estão vinculados ao isolamento, solidão, preconceito, medo da revelação do diagnóstico e desaceleração ou interrupção das práticas sexuais. Os profissionais relatam sobrecarga de trabalho e sobrecarga psíquica, dificuldades em abordar aspectos da sexualidade e práticas sexuais com idosos e admitem compartilhar alguns estereótipos e preconceitos vinculados ao HIV/aids e à sexualidade da pessoa idosa. Pela análise dos resultados, pode-se concluir que os estigmas e preconceitos vinculados ao HIV e à sexualidade da pessoa idosa estão intimamente presentes no processo de trabalho dos profissionais entrevistados, impactam o tratamento e interferem nos processos de saúde e adoecimento. A discussão sobre esses aspectos deve compor as ações de formação em saúde.

Abstract

The number of HIV/AIDS diagnoses among the elderly is currently increasing both in Brazil and on a global level. The present article describes the results of a qualitative study which aimed to assess the role of health professionals on elderly patients diagnosed with HIV/AIDS receiving treatment via the public health service. Nine professionals who made up a specialized HIV/AIDS service in a medium-sized city in the state of Minas Gerais were interviewed. Their statements were subjected to content analysis, and the results suggested that according to the perceptions of the health professionals, the main impacts of the diagnosis of HIV/AIDS are linked to isolation, loneliness, prejudice, fear of revealing the diagnosis and the decrease or interruption of sexual practices. The

Palavras-chave:

Envelhecimento. HIV.
Estigma Social. Formação
Profissional.

Keywords:

Aging. HIV.
Social Stigma. Professional
Training.

¹ Universidade Federal de São João Del Rei, Campus Centro-Oeste, Curso de Medicina. Divinópolis, MG, Brasil.

professionals reported being overburdened both psychologically and in terms of workload, having difficulty addressing aspects of sexuality and sexual practices with the elderly, and admitted to possessing certain stereotypes and prejudices related to HIV/AIDS and the sexuality of the elderly. Through results analysis, it was concluded that the stigma and prejudice related to HIV and the sexuality of the elderly are intimately present in the work processes of the professionals interviewed, impacting on the treatment of such individuals and interfering with their health and illness processes. The discussion of these aspects should be included in health training strategies.

INTRODUÇÃO

Vivemos um momento em que as infecções por HIV (Human Immunodeficiency Virus) avançam em números absolutos no Brasil¹ e no mundo. Conforme exemplo demonstrado no estudo epidemiológico ATHENA, um país como a Holanda que terá um aumento da média de idade de 43,9 para 56,6 anos; estima-se que o número de pacientes infectados pelo HIV com idade superior a 50 anos passará de uma proporção de 28% em 2010 para 73% em 2030.² O número de casos de aids em idosos no Brasil cresceu vertiginosamente nos últimos anos, sendo que entre 1980-2001 o número de pessoas com mais de 60 anos com diagnóstico de aids foi de 5.410 e entre 2002-2014 foi de 17.861. Esses dados apontam que no período de 21 anos houve uma variação média de 257,61 casos por ano, enquanto no período subsequente de 12 anos essa variação subiu para 1.488,41 casos por ano, o que corresponde a uma variação de 577,77%.³

O Brasil coloca-se em destaque em relação ao envelhecimento populacional, tendo entre 1950 e 2025 um aumento esperado de 15 vezes o número de idosos, se comparado à década de 1950.⁴ As alterações da composição da população lançam um desafio para a sociedade em geral, mas principalmente, para os profissionais de saúde: lidar com o processo de envelhecimento e com as pessoas idosas, associando longevidade à qualidade de vida, considerando tanto mudanças de caráter econômico e sanitário, quanto no âmbito social, incluindo a sexualidade como um direito do idoso.^{5,6}

Ao longo da história da humanidade, sexualidade e preconceito se apresentam interligados. O preconceito em relação à vivência da sexualidade no idoso remonta à repressão existente na sociedade

frente à sexualidade ao longo de vários séculos, associando-a somente a fins reprodutivos.^{7,8,9} Apesar do desempenho sexual dos idosos se beneficiar atualmente com os avanços científicos e tecnológicos, aumento da expectativa de vida e melhorias na qualidade de vida, crescem também as preocupações com as infecções por doenças sexualmente transmissíveis nessa faixa etária.^{10,11} Ao mesmo tempo, percebe-se a permanência de estereótipos e preconceitos vinculados ao mito da assexualidade do idoso.^{5,7,8}

Neste sentido, dentre o conjunto de estereótipos e transformações que acompanham o processo de envelhecimento atualmente, destaca-se sua possibilidade de associação com o diagnóstico soropositivo para HIV, quadro que deve ser analisado também em seu potencial de estigmatização¹², seus efeitos sobre a identidade dos indivíduos, dos grupos e das relações sociais, além de suas repercussões específicas nos processos de saúde e adoecimento. O estigma é uma construção social, que nasce na relação entre os indivíduos e os estereótipos sociais e que define de forma simbólica ou concreta os territórios de normalidade.¹³ Ultrapassar os limites definidos para o que seja considerado como normalidade social pode promover a discriminação, acompanhada de acusação, isolamento, rejeição e a adoção de medidas punitivas e corretivas, tanto por parte dos sujeitos ditos “normais”, quanto por parte dos próprios sujeitos estigmatizados. O estigma atribui a um indivíduo ou grupo, determinado caractere que norteia toda sua rede de relações pessoais e quando internalizado, domina as referências de si mesmo, seus sentimentos e até mesmo atitudes, gerando culpa, vergonha, raiva, confusão e desorganização da identidade.^{14,15}

Em relação à infecção por HIV, o indivíduo soropositivo pode ser incluído no estereótipo do “aidético” e passa a ser percebido como alguém que pertence aos erroneamente denominados grupos de risco,^{14,15} carregando todo o peso moral dessa classificação. Além disso, a realidade de ser idoso e viver com o HIV/aids se coloca como uma realidade muitas vezes surpreendente, impensada e de difícil aceitação, uma vez que contraria os estereótipos especificamente vinculados aos idosos, principalmente relacionados às concepções de assexualidade nesse momento da vida.

Em relação às especificidades da atuação dos profissionais de saúde que se deparam com a realidade dos pacientes que vivem com HIV/aids, a literatura aponta que estes têm que lidar com questões como: medo; insegurança em ter que lidar com uma notícia geradora de sofrimento e sem reversibilidade; estigmas e preconceitos relacionados ao HIV/aids que atrelam a doença à drogadição e hábitos sexuais socialmente questionáveis; questões vinculadas ao sofrimento e geradas pela exclusão social da pessoa atendida e as angústias associadas à finitude da vida.^{16,17}

Essa realidade desafia o profissional de saúde cotidianamente a empreender críticas e reflexões acerca de suas práticas. Neste sentido, esta investigação poderá auxiliar no dimensionamento da complexidade do trabalho em saúde e nos diferentes aspectos que impactam o cotidiano desses profissionais, inclusive na relação entre as práticas de saúde e os estereótipos sobre a doença e a sexualidade das pessoas idosas que vivem com HIV/aids. Ressalta-se ainda a importância de que tais aspectos sejam considerados, tanto para o planejamento das políticas públicas voltadas para a promoção da saúde da pessoa idosa, quanto para as políticas e estratégias de formação e educação permanente em saúde.^{18,19}

Neste sentido, esta pesquisa buscou, de forma geral, analisar a atuação de profissionais de saúde com idosos HIV positivos em um serviço público de saúde. De forma específica, buscou-se identificar a percepção de tais profissionais acerca dos impactos desse diagnóstico; as especificidades dessa atuação, suas dificuldades e desafios.

MÉTODO

Admitindo-se a complexidade, especificidades e a abrangência multidisciplinar do campo da Saúde, este estudo caracteriza-se como uma pesquisa qualitativa, de caráter exploratório.²⁰ Foram considerados todos os profissionais de saúde diretamente envolvidos no atendimento de pacientes idosos acompanhados em um serviço público de assistência especializada em IST (Infecções Sexualmente Transmissíveis) e aids em um município de porte médio do estado de Minas Gerais, sendo este, referência para os 55 municípios de sua região. De acordo com os registros do DATASUS, o serviço acompanhava 726 pacientes com HIV/aids no ano de 2012, sendo que 40 pacientes tinham idade acima de 60 anos, o que corresponde a 8,26% dos pacientes atendidos pelo serviço.²¹

Esta pesquisa considerou o universo dos profissionais que compõem o SAE – Serviço de Assistência Especializada do município, uma vez que todos foram convidados a participar da pesquisa e aceitaram o convite. Foram conduzidas entrevistas semiestruturadas com todos os nove profissionais de saúde que nele atuam, sendo, três homens e seis mulheres, distribuídos nas áreas de medicina, enfermagem, farmácia, psicologia e assistência social; sete deles ocupam cargo de nível superior e dois ocupam cargo de nível médio. No período de fevereiro a outubro de 2012, foram realizadas entrevistas individuais semiestruturadas, as quais foram gravadas, transcritas e submetidas à análise de conteúdo, seguindo-se o referencial de análise temática ou categorial definido por Bardin.²² Na análise, os conteúdos foram agrupados considerando-se sua ocorrência no conjunto de falas dos entrevistados e a proximidade temática dos núcleos de sentido que emergiram das mesmas. Os conteúdos das falas analisadas foram organizados em 3 categorias: 1) a percepção dos profissionais de saúde sobre os impactos do diagnóstico de HIV/aids no idoso; 2) o atendimento a pacientes idosos soroconvertidos; 3) dificuldades dos profissionais no cotidiano de trabalho. Foi adotado como principal referencial teórico de análise as discussões de Goffman sobre o processo de estigmatização e seus impactos

para a identidade e socialização dos indivíduos, bem como as discussões que consideram esse referencial para analisar os impactos da epidemia de HIV/aids.^{13-15,19}

O projeto foi aprovado mediante parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São João Del Rei, Campus Centro-Oeste (CEP-UFSJCCO, nº 006/2011). Foram resguardadas todas as questões éticas e os profissionais de saúde entrevistados manifestaram formalmente sua concordância mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADO E DISCUSSÃO

Antes de apresentar e discutir cada uma das categorias de análise, é importante ressaltar que a temática do estigma e do preconceito perpassa todas elas. Essa temática está presente na perspectiva dos estereótipos socialmente construídos em relação à doença e à sexualidade dos idosos, na perspectiva do preconceito dos próprios idosos consigo mesmos e com sua nova condição de saúde e na perspectiva dos estigmas e preconceitos dos próprios profissionais de saúde em relação à realidade do HIV/aids e da sexualidade da pessoa idosa. Neste sentido, é possível afirmar que o entrelaçamento entre envelhecimento e HIV/aids apresenta-se como uma categoria que demonstra seu potencial estigmatizante em duas vertentes que se associam: pelos atributos que produzem efeito de descrédito no sujeito e que são ligados à doença^{19,23,24} e pelas incongruências que o diagnóstico de HIV/aids apresenta em relação ao estereótipo que se tem da pessoa idosa, especialmente como aquela vivendo em um momento assexuado da vida.^{7,8}

Os resultados e discussões apresentados a seguir seguem as categorias de análise anteriormente mencionadas e em cada uma delas são discutidas as especificidades da questão do estigma e preconceitos vinculados à realidade do envelhecimento associado ao diagnóstico de HIV/aids.

A percepção dos profissionais de saúde sobre os impactos do diagnóstico de HIV/aids no idoso

Nesta categoria são apresentadas e discutidas as percepções dos profissionais de saúde sobre os impactos do diagnóstico de HIV/aids para o idoso; incluindo-se as subcategorias: 1) mudanças nas relações afetivas com familiares, amigos e companheiros; 2) mudanças no convívio social e nas práticas sexuais; 3) o preconceito e suas implicações no tratamento.

De forma geral, todos os profissionais de saúde entrevistados declaram perceber algum tipo de impacto em relação ao diagnóstico de HIV/aids para os idosos com os quais mantêm contato no serviço de saúde. Os impactos mais frequentemente mencionados pelos profissionais de saúde estão vinculados à tristeza; negação do diagnóstico; solidão; isolamento social; afastamento de pessoas, grupos e atividades cotidianas; surpresa, vergonha e constrangimento por ter adquirido o vírus nessa faixa etária; incredulidade em relação ao diagnóstico e a ansiedade em relação ao possível preconceito a ser enfrentado caso as pessoas saibam de sua condição de soroconvertidos.

Destaca-se que, entre os profissionais de saúde envolvidos no cuidado ao paciente idoso com HIV/aids, os profissionais de medicina, enfermagem, serviço social e psicologia chamam mais a atenção para o impacto do anúncio do diagnóstico ao paciente e a necessidade de um suporte multiprofissional para apoiá-lo, o que pode ser identificado pelas falas a seguir:

“Primeira coisa tristeza, né. Tem muitos que choram, muitos são introspectivos, às vezes a gente tem que é (...) interromper a consulta, pedir um suporte ao profissional de psicologia e depois de alguns momentos retomar a consulta. Então a tristeza. Outra coisa, surpresa. Ele se surpreende, porque ele não espera o resultado positivo nunca”. Med. 2

“E elas se sentem, assim, tipo valendo nada, tipo assim, um trapo. Elas sentem que o mundo acabou, diz que elas não vão viver”. Serv. Social

Neste sentido, se afastam de amigos, vizinhos e colegas de trabalho com o objetivo de manter o sigilo sobre sua condição de saúde, uma vez que têm muito medo de sofrer discriminação e preconceitos.

Explicam que a família dos pacientes, muitas vezes, não aceita o fato do idoso ter uma vida sexual ativa, o que é revelado com o diagnóstico de HIV/aids. Muitos familiares inclusive se surpreendem ou duvidam do diagnóstico por imaginarem que seria impossível a transmissão do vírus por via sexual nessa faixa etária.

Com exceção de um dos profissionais de saúde que relata manter um contato bastante restrito e puramente técnico com os pacientes, sem desenvolver com eles maior vínculo, os demais percebem um conjunto de prejuízos na vida social dos idosos soropositivos, tais como isolamento, afastamento das atividades laborativas, religiosas e de lazer. Avaliam que todos estão prioritariamente vinculados ao medo de sofrer preconceito e discriminação. Percebem, para muitos idosos, um impacto financeiro relacionado aos gastos com transporte ao serviço de saúde ou pela tentativa de melhoria da alimentação. Esses impactos podem ser exemplificados pelas falas a seguir:

“Muitos não revelam isso pro convívio social. E alguns colocam para nós que isso até tem afastado do convívio social. Que é uma preocupação que a gente tem. Porque, às vezes, eles colocam “Olha eu frequentava é (...) a igreja é (...), o forró no final de semana, eu não vou mais ao forró.” “Mas por que você não vai?”, “É que eu fico preocupado de surgir algum comentário, e algum amigo descobrir o que eu tenho”. Med. 2

Neste sentido, vale destacar ainda a percepção de um profissional da Psicologia que analisa que os idosos com diagnóstico de HIV/aids sentem que estão sendo julgadas pelo olhar do outro, mesmo quando o outro não tem conhecimento do diagnóstico:

“Normalmente a tendência é afastar um pouco, né, de atividades, se tiver, esportiva, atividade social. Tem

alguns que assim, na atividade social, eles acham que só porque ela tem ou ele tem, só das pessoas olharem não saber que ela tem ou que ele tem. Lógico, deve estar envolvido aí a questão pessoal deles mesmos, de como eles se veem agora com o HIV. Porque do mesmo modo que a gente fala do preconceito que a sociedade tem com o paciente, o paciente também tem um preconceito dele com ele mesmo. É como se fosse assim uma coisa quase que mágica, né. No sentido que agora eles vão saber que “eu tenho vida sexual, às vezes além, eles vão achar que eu tenho vida promíscua”. Psi. 1

O profissional que relata manter um contato mais restrito com os pacientes afirma não perceber mudanças na vida social dos idosos, por acreditar que eles estão em uma fase “estagnada” da vida, por serem aposentados e terem pouca atividade física. Tal perspectiva de análise demonstra, por parte desse profissional de saúde, uma visão estereotipada e generalizada a respeito do que representa ser idoso e da própria velhice, vinculadas à inatividade e à decadência.^{5,8}

Dentre os nove profissionais do serviço entrevistados, oito percebem prejuízos à sexualidade e práticas sexuais nos idosos após o diagnóstico de HIV/aids, principalmente expressos pela interrupção ou desaceleração destas. Observam que as maiores dificuldades estão vinculadas ao uso de preservativos, medo de contaminar alguém e medo de que os novos parceiros se assustem com sua condição de sorosconvertidos. Alguns avaliam que para os homens o diagnóstico leva a uma desaceleração da vida sexual e para as mulheres, representa o fim dessas práticas.

As mudanças percebidas pelos profissionais entrevistados na vida social, sexualidade e práticas sexuais dos idosos sorosconvertidos, podem ser exemplificadas na fala a seguir:

“Eu já tive assim oportunidade, quando eu tô fazendo orientação, é, de conversar e isso ficou claro num senhor que ele hoje prefere ficar em casa. E ele é só... e ele num sei se ele é separado, ele não tem companheira. Então ele fala que a vida dele é muito triste, porque nessa fase da vida dele como é que ele vai arrumar uma outra pessoa,

tendo ele este diagnóstico? Então ele fala que ele prefere ficar em casa assistindo televisão e que... Ele falou assim: “como que eu vou ficar sozinho em casa sem tomar uma cervejinha, sem fumar? É o que me restou, não restou mais nada” Então, é difícil a gente cobrar isso deles, né? Porque eles se sentem sozinhos”. Farm. 1

Destaca-se que um profissional relata não perceber mudanças nas práticas sexuais dos idosos soroconvertidos, uma vez que não aborda tais questões com os mesmos, apesar de ser responsável também pela orientação quanto ao uso do preservativo. Além disso, outros dois profissionais mencionam que não tocam diretamente nesse assunto com idosos, por acharem esse tema de difícil abordagem ou por acharem que não é relevante para sua atuação profissional. Mencionam ainda que essa temática, quando aparece, é por iniciativa do idoso.

Apesar de diferentes graus de envolvimento dos profissionais de saúde com os idosos atendidos pelo serviço de saúde, todos os profissionais entrevistados declaram perceber que os pacientes sofrem discriminação por sua condição de soroconvertidos e que fazem o possível para que ninguém conheça seu diagnóstico devido ao medo de sofrer preconceito. Enfatizam ainda que os preconceitos em relação ao HIV/aids ocorrem por parte do próprio paciente, de outras pessoas do convívio social, mas, muitas vezes, dentro da própria família, como se pode exemplificar com o relato a seguir:

“Olha no início, quando o paciente chega, é muito importante, fazer o acolhimento da família também, porque às vezes o preconceito vai começar em casa mesmo, né, por ignorância, né porque as pessoas são preconceituosas mesmo. Não é a questão da idade, às vezes os filhos são muito mais esclarecidos, muito mais jovens e são mais preconceituosos ainda. E, então, é, esse trabalho de orientar, né. Eles pensam que tem que separar as coisas do paciente em casa, né, isso é muito comum essa pergunta, muito! Aí separam roupa de cama, talheres, sabonete, num quer deixar o paciente usar o...muda a rotina da pessoa dentro de casa, né, e aí a gente tem que fazer um trabalho assim de esclarecimento continuo “não é assim que se passa o vírus”, né, pra que ele sofra menos, porque se começa na família é pior ainda né?! Então esse preconceito ele ainda é muito comum, muito frequente, eles sofrem muito com isso, né”. Psi. 2

Destacam-se as observações feitas pelos profissionais das áreas de enfermagem, medicina e psicologia a respeito da associação entre o diagnóstico, os preconceitos vinculados à doença, os prejuízos ao tratamento e a intensificação do sofrimento. O tratamento, como enfrentamento da doença, também implica sua afirmação e pode gerar tanto a rememoração dos preconceitos sofridos como também levar a situações que dificultam a ocultação do diagnóstico, como a guarda e o manuseio dos medicamentos. Essas questões são bastante interligadas e discutidas por esses profissionais e podem se repercutir na adesão ao tratamento, como exemplificado na fala a seguir:

“Com essa minha experiência eu acho que uma das grandes dificuldades é o preconceito. Porque o tratamento em si tem dado resultado, o tratamento tem mostrado que ele é efetivo quando o paciente assume, né, que tem o HIV, e assume o tratamento, independente se ele tá na hora ou não de tomar o medicamento. Mas, o que acontece: às vezes, pelo próprio preconceito, tanto social, as pessoas criam situações de evitação e, às vezes, estar num tratamento faz com que isso venha à tona. Esse sentimento de ser rejeitado, isso vem à tona. Então às vezes, é preferível não vir [ao serviço de saúde], talvez magicamente eu consiga ignorar esse preconceito, e aí eu não vou sentir esse preconceito, eu não vou me sentir incomodado com isso, então é preferível não tratar ou coisa assim. Tem esse aspecto. Então o preconceito é um dificultador muito grande para o tratamento em si. Porque as pessoas se escondem, e se escondem fatalmente deixarão de vir ao tratamento porque o tratamento é uma situação de elas terem que fazer o enfrentamento. Aí vem essa questão do preconceito deles com eles mesmos, também. Então, quer dizer, lógico que está aí essa questão de assumir a postura, admitir e, ao admitir, então eu me responsabilizar pelo tratamento. E o preconceito, acho que ele atrapalha um pouco esse processo, né, de fluir mais”. Psi. 1

Estudos apontam que os soroconvertidos vivenciam depressão, culpa, vergonha, raiva, medo, rejeição, isolamento, diminuição drástica dos intercursos sexuais ou até mesmo a ausência destes.²⁵ Esses aspectos abordados, tanto na literatura científica, quanto nas reflexões expressas pelos profissionais, ajudam a pensar a complexidade da promoção da saúde, as especificidades do trabalho em saúde e os atuais desafios que se colocam àqueles que atuam junto a pessoas vivendo com HIV.

Esses aspectos estão intimamente associados aos processos de estigmatização, aos estereótipos sociais, preconceitos e suas repercussões para a saúde dos indivíduos. O processo de estigmatização se reflete tanto na maneira como o sujeito se percebe, quanto no conjunto das relações interpessoais que estabelece. Para as pessoas que vivem em condição estigmatizante, o contato com as pessoas que transitam nos territórios de normalidade tem o potencial de gerar muitas dificuldades e por isso o esforço para evitar contatos e manter a condição estigmatizante em segredo.¹⁴ A partir disso é possível depreender que a compreensão desse processo de estigmatização e suas repercussões torna-se fundamental para o adequado manejo dos idosos HIV positivos e de suas famílias.

O atendimento a pacientes idosos soroconvertidos

Nessa categoria são apresentadas as percepções dos profissionais de saúde em relação ao atendimento de idosos com HIV/aids, suas primeiras experiências com esses pacientes; especificidades no atendimento aos idosos HIV positivo e os desafios no atendimento dos mesmos.

Cinco profissionais de saúde, responderam que quando começaram a atuar no serviço de referência para atendimento de IST/aids já esperavam receber pacientes idosos, visto que acreditam que a transmissão do vírus poderia acontecer em várias situações e que as práticas sexuais fazem parte da vida de pessoas idosas. Outros quatro profissionais do serviço, tanto aqueles de grau de escolaridade de nível médio quanto de nível superior, revelaram que não esperavam receber idosos no serviço, seja porque não esperavam que os idosos fossem tão ativos sexualmente ou porque associavam o HIV/aids com os antigos “grupos de risco”, que não incluíam os idosos. No entanto, ao relatarem suas primeiras experiências com idosos HIV positivo, seis profissionais de saúde, tanto de escolaridade de nível médio ou de nível superior e incluindo alguns daqueles que haviam mencionado que esperavam receber pacientes idosos com HIV/aids, relataram surpresa e dificuldade em acreditar no diagnóstico de HIV/aids em pessoas idosas, por causa dos próprios preconceitos, referências

culturais particulares e ideias vinculadas aos grupos de risco. Essas diferentes reações são exemplificadas pelas falas seguiu:

“Eu esperava sim, [receber pacientes idosos HIV positivos] porque no meu conceito eu acredito que a sexualidade ela não acaba porque você é idoso, ela não tem data pra começar e não tem data pra terminar. Melhorou um tanto de coisa, né, pro idoso. Tem a questão do Viagra, tem a questão da informação, a melhora da qualidade de vida, tudo isso favorece um prolongamento da sexualidade. E se nós fizermos uma revisão dos nossos antepassados eles tinham sexualidade, né, com oitenta, com setenta”. Enf. 1

“Mas quando eu comecei a atender pessoas assim de 70, 80 anos eu me assustei um pouco, né? Eu não sabia que... que nível de atividade sexual essas pessoas, né, que... que esses encontros de terceira idade, né, geravam tantos contatos. Eles são sexualmente ativos e muitos, promíscuos. A promiscuidade também está nessa idade, né. Então esses grupos de encontros, esses bailes de terceira idade, né, as relações sexuais ocorrem com uma frequência, né, significativa. Então, assim, é... eu não tinha a percepção do nível de atividade sexual de pessoas dessa idade”. Med. 1

“Eu mudei muito a minha visão de ver o ser humano depois que eu vim pra cá, porque, é... é preconceito, mas a gente tinha uma imagem, né, entre aspas, de quem seria portador. Então, fiquei muito surpresa de ver pessoas, de índole né, que você considera que isso... jamais vai pensar que essa pessoa possa ser portador. Hoje em dia, eu falo muito isso pros meus filhos, a aparência não significa mais nada. Mais nada. Você achava que o portador do vírus ele taria já doente, seria aquela pessoa debilitada, é... ou seria homossexual ou trans...é... travesti, né? Você tinha aquele conceito antigo de que só aquele que tinha relação com o mesmo sexo é que corria o risco de pegar o vírus. Pois tá enganada, já, agora, igual tô te falando, aqui eu vi senhoras casadas que ficaram viúvas, mulheres jovens casadas que o marido é caminhoneiro, é... já vi jovem, moças bonitas que são portadoras do vírus, não quer dizer que já tenham aids, são só portadoras do vírus. E se ocê passar por elas na rua, cê jamais, nunca você vai imaginar que aquela pessoa tem um vírus que é contagioso, que pode contaminar milhares de pessoas, né”. Enf. 2

Dois profissionais entrevistados disseram não se lembrar dessas primeiras experiências e se recusaram a abordar essa discussão. Cabe ressaltar que as falas apresentadas demonstram o quanto os estereótipos e preconceitos podem estar arraigados

na percepção de profissionais de saúde em relação à sexualidade de pessoas idosas, atrelando-a inclusive a comportamentos promíscuos de forma muito abrangente, o que efetivamente não encontra confirmação na história de contaminação de pacientes idosos que frequentam o serviço de saúde pesquisado. Talvez a recusa dos profissionais em falar sobre esse assunto, esteja inclusive vinculada ao constrangimento de expor seus próprios preconceitos.

A partir de suas experiências, os profissionais analisam diferentes especificidades no atendimento ao idoso: 1) a necessidade do profissional de saúde ser mais atencioso com o idoso, tanto pela identificação que fazem do idoso com a figura do avô, quanto pela maior vulnerabilidade deste; 2) a necessidade de estar mais atento às dificuldades vinculadas à idade, tais como as dificuldades de enxergar, ouvir e compreender esquemas complexos de medicação; 3) a necessidade de usar uma linguagem mais simples, adequada e não técnica, devido ao baixo grau de escolaridade ou analfabetismo comum nessa população atendida pelo serviço; 4) a necessidade de ter mais habilidade para conversar com idosos sobre prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e práticas sexuais, seja pelas dificuldades dos próprios idosos ou dos profissionais de saúde com o tema; 5) as habilidades técnicas requeridas dos profissionais, pelo fato de o manejo do HIV/aids ser mais difícil nessa população em função das comorbidades e intercorrências médicas nessa idade.

Convergentes com as especificidades citadas, os desafios apontados pelos profissionais de saúde no atendimento a idosos HIV positivo são: 1) do ponto de vista da organização do trabalho em saúde, os profissionais mencionam que a sobrecarga de trabalho gera falta de tempo para que o atendimento seja mais apropriado para o idoso com suas especificidades; 2) do ponto de vista da educação em saúde e das ações de prevenção, enfatizam a necessidade de buscar uma maior adesão dos idosos ao uso de preservativos e ao esquema medicamentoso; 3) desenvolver estratégias para lidar de forma adequada com as dificuldades em abordar as questões vinculadas às práticas sexuais, seja pela falta de abertura para esse

tipo de diálogo; seja pelo grau de desinformação sobre o tema e também pelas dificuldades dos próprios profissionais em abordar esse assunto com os pacientes idosos 4) ter mais paciência com os idosos para prestar esclarecimentos a respeito do diagnóstico, tratamento e prevenção, considerando-se tanto as limitações de escolaridade da população atendida, quanto as possibilidades de que o HIV já possam ter acelerado distúrbios neuropsíquicos; 5) do ponto de vista da formação dos profissionais de saúde, a necessidade de promover constante atualização a respeito do manejo técnico do HIV/aids e suas comorbidades no envelhecimento.

Nas falas de todos os profissionais de saúde entrevistados, em maior ou menor grau de profundidade, é possível constatar a percepção da presença cotidiana dos estereótipos, dos estigmas e preconceitos em relação ao HIV/aids na realidade dos idosos e o impacto desses nos processos de saúde-adoecimento. No entanto, a percepção do impacto desses estereótipos, estigmas e preconceitos nas próprias reações dos profissionais diante do diagnóstico do idoso com HIV/aids, bem como o impacto dessas questões na prática profissional varia.

Essa variação parece não estar vinculada ao grau de escolaridade ou área de formação e sim ao tipo de vínculo estabelecido com o paciente; ao interesse e entendimento do profissional por uma abordagem mais ampliada da saúde e por suas oportunidades concretas em analisar e avaliar criticamente sua prática profissional em relação aos preconceitos que fazem parte da sociedade e que por isso, são também formadores de subjetividade. Neste sentido, considerando a formação profissional, as ações de educação permanente e as práticas de promoção de saúde, cabe destacar a importância de incluir a temática dos estereótipos, estigmas e preconceitos em sua relação com os processos de saúde-adoecimento. Além disso, é fundamental uma formação em saúde mais voltada para a reflexão e crítica acerca das práticas cotidianas em saúde.^{25,26}

Vale destacar que pesquisas apontam que tanto nas campanhas organizadas pelo poder público, quanto entre os profissionais de saúde estão presentes, em maior ou menor grau, as ideias de que somente algumas pessoas usam drogas, fazem

sexo e têm práticas sexuais que os expõem ao risco de contrair IST/aids e os idosos não estariam incluídos entre essas pessoas. Tal perspectiva influencia na solicitação de teste para o HIV, o que demonstra a dificuldade dos profissionais em abordar as questões vinculadas à sexualidade, sua adesão aos estereótipos e estigmas sociais e a repercussão nas possibilidades de tratamento, prevenção e promoção de saúde.^{25,27-30}

Dificuldades dos profissionais no cotidiano de trabalho

Nessa categoria são apresentadas as percepções dos profissionais de saúde em relação às dificuldades pessoais e profissionais de seu cotidiano de trabalho no serviço público de saúde e no atendimento aos idosos soroconvertidos.

À exceção de dois profissionais de saúde, um de nível médio e um de nível superior, os demais enfatizam que a principal dificuldade enfrentada em seu cotidiano de trabalho está na sobrecarga do serviço de saúde devido ao número insuficiente de profissionais para dar conta da demanda e também a sobrecarga psíquica do trabalho. Três profissionais das áreas de medicina e psicologia dão ênfase à questão da sobrecarga psíquica da realidade de atendimento aos idosos com HIV/aids devido ao fato de entrarem em contato cotidianamente com histórias pesadas, vidas sofridas, pessoas estigmatizadas e que convivem com o preconceito e discriminação. Afirmam ainda que outro elemento ligado à sobrecarga psíquica do trabalho está ligado às dificuldades em abordar a questão da sexualidade e das práticas sexuais com pacientes idosos, como pode ser exemplificado pela fala a seguir.

“O paciente com HIV ele é um paciente que necessita de uma energia nossa muito grande. Então se a gente não tiver muito bem equilibrado psicologicamente, não tiver um conhecimento pessoal muito grande, a energia entra como uma radiação imperceptível e vai destruindo a gente por dentro, entendeu? Também as histórias são muito pesadas, as histórias são muito tristes, né. Muitas vezes nós somos dentro de poucas pessoas em quem eles têm confiança pra poder dizer algumas coisas. Então, assim, a saúde mental dos trabalhadores que lidam com os pacientes com aids realmente é uma saúde mental que precisa de ter muito cuidado, entendeu?” Med. 1

A atuação dos profissionais de saúde no atendimento a pacientes que vivem com HIV/aids deve se estruturar considerando a necessidade de oferecer suporte e isso engloba a solidariedade, a educação em saúde e a transmissão de informações que evitem a discriminação. Somam-se a essas questões os sentimentos de impotência, frustração, incompetência e fragilidade que surgem dessa realidade profissional e a necessidade do profissional trabalhar os seus próprios tabus e preconceitos para que possa ajudar os pacientes a enfrentarem a situação de crise iniciada com o diagnóstico.^{16,17} Tais aspectos ajudam na compreensão da dimensão da sobrecarga psíquica mencionada pelos entrevistados desta pesquisa.

Vinculada a essa sobrecarga no trabalho, várias outras dificuldades profissionais foram levantadas pelos sete entrevistados que falaram sobre esse aspecto: 1) necessidade de criar um sistema de encaminhamento para as especialidades do próprio serviço de saúde; 2) os múltiplos vínculos empregatícios de algumas categorias profissionais; 3) dificuldade de fazer a busca ativa de pacientes não aderentes ao atendimento; 4) a necessidade de despir-se de preconceitos a cada dia e fazer um bom atendimento para os usuários; 5) a falta de reuniões semanais da equipe para discussão dos casos e do processo de trabalho; 6) a necessidade de reflexão com os pacientes sobre qualidade de vida e não quantidade de vida.

Como se pode perceber, o conjunto de dificuldades apontadas pelos profissionais de saúde demonstra uma precária organização do serviço, seja pelo número insuficiente de profissionais para atender à demanda, seja pela necessidade de melhorar fluxos e encaminhamento de pacientes, ou pela falta de estratégias de suporte ao profissional e à equipe do serviço de saúde que atende a uma realidade tão complexa.^{16,17,29,30} Além disso, cabe destacar que a aids trouxe inúmeras demandas que extrapolam o modelo biomédico de atuação em saúde, exigindo novos parâmetros para a formação e atuação profissional, pautados não somente no atendimento a demandas técnicas, mas aos aspectos psicossociais e necessidade de organização de um trabalho em equipes multidisciplinares.^{16,17}

Tratando-se de estudo desenvolvido com grupo restrito de profissionais, os conhecimentos gerados não devem ser generalizados para outros serviços. As pretensões da pesquisa conduzida relacionam-se ao estudo e à elucidação das especificidades da realidade de um serviço especializado em saúde. Sua relevância vincula-se às suas potencialidades em contribuir com o desenvolvimento de outros estudos que levam ao aprofundamento do tema, bem como contribuir para a análise de pontos de convergência e de divergência de outras realidades pesquisadas. Considerando-se ainda as possibilidades dos estudos quantitativos e qualitativos organizarem-se de forma complementar, as análises geradas poderão servir de base para o desenvolvimento de estudos posteriores e que busquem maior abrangência.

CONCLUSÃO

Uma vez que os estereótipos sociais e os preconceitos são elementos da cultura e, portanto, contribuem no processo de formação dos indivíduos e no conjunto de relações sociais, parece fundamental que tais discussões sejam incluídas ao longo do processo de formação em saúde, tanto na graduação quanto nas ações de formação permanente dos profissionais de saúde, com vistas a compreender a importância desses elementos nos processos de saúde e adoecimento e na promoção de saúde. A visão sobre a velhice e o envelhecimento; as temáticas da sexualidade e das práticas sexuais, especialmente em idosos, seguem como desafios para a atuação em saúde e promoção da saúde da pessoa idosa.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da saúde. Boletim epidemiológico: aids e DST ano II, nº 01. Brasília: 2013. [Acesso em 2014 mai 13] Disponível em URL: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2013/55559/_p_boletim_2013_internet_pdf_p__51315.pdf
2. Smit M, Brinkman K, Geerlings S, Smit C, Thyagarajan K, Sighem A., et al. Future challenges for clinical care of an ageing population infected with HIV: a modelling study. *Lancet Infect Dis* [Internet]. 2015. [Acesso em 2015 nov 22]; 15: 810–818. Disponível em URL: [http://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099\(15\)00056-0/abstract](http://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099(15)00056-0/abstract)
3. Brasil. Ministério da saúde. Boletim epidemiológico: aids e DST ano III, no 01. Brasília: 2014. [Acesso em 2015 nov 22]. Disponível em URL: <http://www.aids.gov.br/publicacao/2014/boletim-epidemiologico-2014>

Na percepção dos profissionais de saúde, o diagnóstico de HIV nos idosos traz uma desorganização das referências que os sujeitos têm de si, da maneira como organizam suas vidas e suas relações com outras pessoas e a conseqüente necessidade de reformulação de tais aspectos de suas vidas.

Além disso, percebem que o diagnóstico de HIV em idosos, em seu potencial estigmatizante, está vinculado às experiências de sofrimento do sujeito em relação à visão que tem de si e das formas como será percebido e julgado pelos outros; das possibilidades de tratamento e promoção de saúde.

Ressalta-se ainda que é fundamental para a promoção da saúde da pessoa idosa, não somente os investimentos em formação em saúde, como também na melhoria das condições de trabalho nos serviços públicos de saúde.

Por fim, cabe destacar que, pelas características específicas de pesquisas qualitativas, as análises empreendidas não buscam estabelecer generalizações em relação à complexidade da situação analisada, tampouco a pretensão de esgotar as discussões sobre os temas aqui abordados. Os resultados desta pesquisa podem contribuir na reformulação da organização do processo de trabalho em saúde, das práticas profissionais, sustentar ações de formação permanente, subsidiar políticas públicas sobre a promoção de saúde da pessoa idosa e lançar novos olhares aos problemas enfrentados. Enfatiza-se a necessidade de desdobramentos de estudos que consigam aprofundar na interferência dos estereótipos, estigmas e preconceitos nas práticas em saúde.

4. Closs VE, Schwanke CHA. A Evolução do Índice de Envelhecimento no Brasil, nas suas Regiões e Unidades Federativas no Período de 1970 a 2010: Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia [Internet]. 2012. [Acesso em 2012 out 28]; 15 (3): 443-458. Disponível em URL: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1809-98232012000300006&script=sci_arttext
5. Garcia GS, Lima LF, Silva JB, Andrade LDF, Abrão FMS. Vulnerabilidade dos idosos frente ao HIV/aids: tendências da produção científica atual no Brasil. DST - J Bras Doenças Sex Transm. [Internet]. 2012 [Acesso em 2014 out 15], 24(3):183-188; Disponível em URL: http://www.dst.uff.br/revista24-3-2012/7-Vulnerabilidade_idosos_aids.pdf
6. Batista AFO; Marques APO, Leal MCC, Marino JG, Melo HMA. Idosos: associação entre o conhecimento da aids, atividade sexual e condições sociodemográficas. Revista Bras. de Geriatria e Gerontologia [Internet]. 2011. [Acesso em 2013 nov 11]; 14(1):39-48. Disponível em URL: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232011000100005
7. Risman, A. Sexualidade e terceira idade: uma visão histórico-cultural: Textos Envelhecimento [Internet]. 2005. [Acesso em 2010 set 27]; 8(1): 89-115. Disponível em URL: http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S15175928200500100006&lng=pt&nrm=iso
8. Almeida, T, Lourenço, ML. Reflexões: conceitos, estereótipos e mitos acerca da velhice: Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano [Internet]. 2009 [Acesso em 2010 set 26]; 6(2): Disponível em URL: http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232007000100008&lng=pt&nrm=iso
9. Silva VXL, Marques APO, Lyra-da-Fonseca JLC. Considerações sobre a sexualidade dos idosos nos textos gerontológicos: Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia [Internet]. 2009. [Acesso em 2012 out 28]; 12(2): 295-303. Disponível em URL: http://www.crde-unati.uerj.br/img_tse/v12n2/pdf/art_12.pdf
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento. Brasília: 2010. [Acesso em 2014 mai 13] Disponível em URL: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_pessoa_idosa_envelhecimento_v12.pdf
11. Halter JB, Ouslander JG, Tinetti M, Studenski S, High K, Asthana S, et al. Hazzard's geriatric medicine and gerontology. 6.ed. New York: McGraw Hill Medical, 2009.
12. Silva LC, Felício EEEA, Casséte JB, Soares LA, Moraes RA, Prado TS, et al. Envelhecimento e HIV/aids: contribuições da psicologia social ao ensino e pesquisa em saúde. CONVIBRA SAUDE [Internet]. 2013. [Acesso em 2013 out 23]; 1 (1) 1-12. Disponível em URL: http://www.convibra.com.br/upload/paper/2013/59/2013_59_5813.pdf.
13. Goffman E. Estigma – Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. 4 ed. Rio de Janeiro: LTC Editora; 1988.
14. Guimarães, R, Ferraz, AF. A interface aids, estigma e identidade — algumas considerações: Revista Mineira de Enfermagem [Internet]. 2002. [Acesso em 2012 out 28]; 6(2):77-85. Disponível em URL: http://www.enf.ufmg.br/site_novo/modules/mastop_publish/?tac=Vol._6_n%BA_1%2F2_jan._%2Fdez._2002
15. Casaes, NRR. Suporte social e vivência de estigma: um estudo entre pessoas com HIV/AIDS. [dissertação de mestrado] [internet]. Salvador: Universidade Federal da Bahia, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas; 2007 [Acesso em 2012 fev 28]; Disponível em: <http://www.pospsi.ufba.br>
16. Fonseca, JFAMF da; Figueiredo, MA de C. Vivência profissional: subsídios à atuação em HIV/Aids: Revista Paidéia [Internet]. 2009. [Acesso em 2012 jun 13]; 19(42): 67-76. Disponível em URL: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-863X2009000100009
17. Shimma E, Nogueira-Martins MCF, Nogueira-Martins LA. The experience of infectologists faced with death and dying among their patients over the course of the AIDS epidemic in the city of São Paulo: qualitative study. São Paulo Medical Journal [Internet]. 2010. [Acesso em 2011 mar 03]; 128(2): 74-80. Disponível em URL: <http://www.scielo.br/pdf/spmj/v128n2/a06v1282.pdf>
18. Ceccim, RB; Carvalho, Y. Formação e Educação em Saúde: aprendizados com a Saúde Coletiva. In: Akerman, M, organizador. Tratado de Saúde Coletiva. 2 ed. São Paulo: Hucitec; 2012. p. 149-182.
19. Monteiro S, Villela WV. Organizadoras. Estigma e saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/FAPERJ; 2013.
20. Minayo, MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.12.ed. São Paulo: Hucitec; 2010.
21. Banco de Dados do Serviço de Assistência Especializada, SAE [Internet]. Divinópolis-MG: Prefeitura Municipal de Divinópolis: 2012. [Acesso em 2013 out 04]. Disponível em URL: <http://www.divinopolis.mg.gov.br/portal/noticia.php?id=10238>
22. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2010.

23. Parker R, Aggleton P. Estigma, discriminação e AIDS. Coleção ABIA: Cidadania e direitos 2001; 1: 9-17.
24. Camargo BV, Barbará A, Bertoldo RB. Concepção pragmática e científica dos adolescentes sobre a AIDS: Psicologia em Estudo [Internet]. 2007. [Acesso em 2010 nov 27]; 12(2):277-84. Disponível em URL: <http://www.scielo.br/pdf/pe/v12n2/v12n2a08>
25. Freitas, MRI, Gir E, Rodrigues ARF. Compreendendo a sexualidade de indivíduos portadores de HIV-1: Revista da Escola de Enfermagem USP [Internet]. 2000. [Acesso em 2010 nov 27]; 3(3): 258-263. Disponível em URL: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v34n3/v34n3a06>
26. Guimarães, DA; Silva, ES. Formação em ciências da saúde: diálogos entre saúde coletiva e a educação para a cidadania. Revista Ciência & Saúde Coletiva [Internet]. 2008. [Acesso em 2010 nov 04]. Disponível em URL: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500029&lng=pt&nr m=iso&tlng=pt
27. Melo HMA, Leal MCC, Marques APO, Marino JG. O conhecimento sobre aids de homens idosos e adultos jovens: um estudo sobre a percepção desta doença: Ciência & Saúde Coletiva [Internet]. 2012. [Acesso em 2011 05 mar] 17(1): 43-53. Disponível em URL: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n1/a07v17n1.pdf>
28. Driemeier M, Andrade SMO, Pontes ERJC, Paniago AMM, Cunha RV. Vulnerability to AIDS among the elderly in an urban center in central Brazil. Clinics [Internet]. 2012. [Acesso em 2011 05 mar] 67(1). Disponível em URL: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S180759322012000100004&script=sci_arttext
29. Garcia GS, Lima LF, Silva JB, Andrade LDF, Abrão FMS. Vulnerabilidade dos idosos frente ao HIV/aids: tendências da produção científica atual no Brasil: DST - Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis [Internet]. 2012. [Acesso em 2014 mai 11]; 24(3):183-188. Disponível em URL: http://www.dst.uff.br/revista24-3-2012/7-Vulnerabilidade_idosos_aids.pdf
30. Santos AFM, Assis M. Vulnerabilidade das idosas ao HIV/AIDS: despertar das políticas públicas e profissionais de saúde no contexto da atenção integral: revisão de literatura: Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia [Internet]. 2011. [Acesso em 2014 jan 21]; vol.14, n.1, pp. 147-157. Disponível em URL: <http://revista.unati.uerj.br/pdf/rbagg/v14n1/v14n1a15.pdf>

Recebido: 10/07/2015

Revisado: 22/11/2015

Aprovado: 08/07/2016

O Cuidado Paliativo a Idosos Institucionalizados: Vivência dos Ajudantes de Ação Direta

Palliative Care for Institutionalized Elderly Persons: Experience of Caregivers

Matilde Sampaio Carvalho¹
José Carlos Amado Martins²

ARTIGOS ORIGINAIS / ORIGINAL ARTICLES

Resumo

O número de idosos institucionalizados em estruturas residenciais cada vez é maior, sendo locais onde vários tipos de cuidados são prestados. Cuidados estes prestados por ajudantes de ação direta que, muitas vezes sem o saberem, estão a desenvolver ações paliativas e, assim, acompanham o idoso até à morte. O objetivo deste estudo foi investigar como a doença terminal e a morte são vivenciados pelos ajudantes de ação direta. Esta investigação foi desenvolvida através de um estudo exploratório-descritivo, qualitativo com uma abordagem fenomenológica, seguindo os passos de Giorgi. A amostra foi de nove indivíduos, que laboram em estruturas residenciais, tendo-se recolhido os dados através de uma entrevista semiestruturada. Após a análise dos achados, foram definidas oito categorias: a relação com o idoso; as experiências positivas; os sentimentos positivos; as experiências negativas; os sentimentos negativos; as estratégias; consequências e formação, categorias essas que ainda foram divididas em subcategorias. Conclui-se que os ajudantes de ação direta demonstram sentir grandes dificuldades em lidar com o sofrimento em fim de vida. Tal não os impede de gostarem do que fazem, referindo vários aspetos positivos nas suas relações com os idosos. A necessidade de criar mais apoios para esses profissionais, seja a nível de formação ou a nível de apoio psicológico, também se mostrou fundamental nessa área em concreto dos cuidados paliativos, pois só assim se sentirão mais capacitados e confiantes para desempenharem as suas funções, trazendo um maior benefício para os idosos.

Abstract

The number of elderly persons institutionalized in residential facilities that provide various types of care is increasing all the time. Care is provided by caregivers who, often unknowingly, are delivering palliative care, and in doing so, are accompanying the elderly persons to their death. The aim of the present study was to investigate how terminal illness and death are experienced by caregivers. A qualitative explorative-descriptive study was carried out, featuring a phenomenological approach, in accordance with Giorgi. The sample was comprised of nine individuals who worked in residential

Palavras-Chave: Cuidadores. Instituição de Longa Permanência para Idosos. Idoso. Cuidados Paliativos.

Keywords: Caregivers. Homes for the Aged. Elderly. Palliative Care.

¹ Universidade do Porto, Faculdade de Medicina. Porto, Portugal.

² Universidade do Porto, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra, Portugal.

facilities, with data collected through a semi-structured interview. Following data analysis, eight categories were defined: relationship with the elderly person; positive experiences, positive feelings, negative experiences, negative feelings, strategies, consequences and training. These categories were then divided into subcategories. It can be concluded that the caregivers experienced great difficulty when dealing with suffering at the end of life. This did not prevent them from enjoying their work, and a number of positive aspects of their relationships with the elderly were mentioned. The need to provide more support for these professionals, whether through further training or the level of psychological support provided, is also fundamental in this area of palliative care, as only in this way will individuals feel more able and confident about performing their tasks, bringing greater benefit for the elderly persons.

INTRODUÇÃO

A população com idade igual ou superior a 65 anos, em Portugal, representava em 2001, cerca de 16,5% no total da população, em 2013 chegou aos 19,9%. Essa evolução tornou Portugal o quarto país com maior proporção de pessoas idosas no seio da União Europeia. Em 2013, por cada 100 jovens existiam 136 idosos, sendo que a estimativa para 2053 seja de 296 idosos para cada 100 jovens.¹

A longevidade das populações, acompanhada das várias alterações sociais e familiares, levanta a preocupação com os cuidados prestados em fim de vida aos idosos residentes em instituições.

“O envelhecimento é, (...) um fenômeno positivo, quer para os indivíduos, quer para as sociedades, sendo testemunha dos progressos realizados pela humanidade em termos económicos, sociais e biomédicos, na base dos quais se desenvolveram as políticas públicas de acesso generalizado da população aos cuidados de saúde”.²

Com o envelhecimento surge inevitavelmente um declínio funcional, progressivo e irreversível, à medida que se perde funcionalidades em diversas áreas não se voltará à condição inicial. Com esse declínio surge a principal consequência, a fragilidade, uma condição de risco para o organismo. Um idoso não sofre de qualquer doença explícita, mas o risco dela surgir está aumentado quando comparado com uma pessoa mais jovem.³

Muitos dos nossos idosos envelhecem em boas condições de autonomia e independência, mas o risco de desenvolvimento de doenças aumenta com a idade. À medida que a idade avança, um

crescente número de idosos confrontar-se-á com problemas acrescidos de autonomia e irá depender cada vez mais dos outros.²

Quando a independência fica comprometida, é necessário recorrer à rede social, que pode advir de uma rede informal, constituída por amigos, familiares, vizinhos ou de uma rede formal. A rede formal irá prestar serviços que a rede informal não tem capacidade, e poderão ser prestados por instituições governamentais, instituições particulares de solidariedade social e ainda instituições particulares.

As instituições que acolhem os idosos são designadas de estruturas residenciais (ER), “Considera-se estrutura residencial para pessoas idosas, o estabelecimento para alojamento coletivo, de utilização temporária ou permanente, em que sejam desenvolvidas atividades de apoio social e prestados cuidados de enfermagem”.⁴

Quando um idoso é institucionalizado, são os ajudantes de ação direta (AAD), termo utilizado em Portugal para referenciar a profissão de quem cuida de idosos em estruturas residenciais, que por norma mais tempo estão com o idoso, que muitas vezes substituem a família que está ausente e é inevitável que laços se criem! Esses profissionais têm como principal tarefa acompanhar o idoso contribuindo para lhes assegurar todas as necessidades básicas, desde prestação de cuidados de higiene, alimentação, companhia, tratamento de roupas, assegurar a toma de medicação prescrita.

Durante a permanência nessas instituições, os idosos passam muitas vezes de um estado de independência para uma dependência total, a

sua fragilidade aumenta e alguns acabam por se encontrar em situação terminal. Cabe assim aos AAD prestarem ações paliativas aos idosos, quer estejam preparados ou não para esta realidade.

Os AAD devem possuir formação profissional na área, manter a sua integridade física, estabilidade e equilíbrio emocional, ter competências técnicas, éticas e morais. Está incumbido de estabelecer relações de confiança, de dignidade, ser capaz de assumir responsabilidades, deve estar motivado e mostrar empatia pelos idosos.⁵

Sendo esses profissionais os que estão na primeira linha de cuidados ao idoso, considerou-se pertinente perceber como é que esse grupo lida com a aproximação e a morte dos idosos a seu cargo. Conhecer as vivências dos AAD, as experiências e seus contributos poderá ajudar a melhorar as respostas ao idoso. Na literatura é frequente encontrar estudos que contemplam cuidadores informais, idosos ou enfermeiros, mas com esses profissionais, as informações são muito escassas. A questão orientadora para este estudo foi a seguinte: de que forma a doença terminal e a morte são vivenciadas pelos AAD nas instituições de idosos?

MÉTODO

Estudo exploratório-descritivo, de natureza qualitativa, com abordagem fenomenológica. Para realizar a abordagem fenomenológica foi seguido o processo interpretativo de Giorgi que se descreve por setes passos: 1º Ler a descrição inteira da experiência para um sentido do todo; 2º Rerler a descrição; 3º Identificar as unidades de transição da experiência; 4º Clarificar e elaborar o significado relacionando os constituintes uns com os outros e com o todo; 5º Refletir nos constituintes segundo a linguagem concreta de cada participante; 6º Transformar a linguagem concreta em linguagem ou conceitos científicos; 7º Integrar e sintetizar a compreensão numa estrutura descritiva do significado da experiência.⁶ Esse processo interpretativo expressa as possibilidades que o método fenomenológico tem de acesso ao mundo vivido. É um modelo adequado às ciências humanas, sociais e de saúde quando importa o

contexto da vivência do sujeito e o homem como protagonista.⁷

O estudo foi realizado com AAD de três ER do norte de Portugal, com o propósito de se conseguir vivências ricas e densas do fenómeno. Em termos de características das instituições, apresentavam números de cuidadores e idoso semelhantes, sendo as três instituições particulares de solidariedade social. Existia uma lista de ER a quem se poderia dirigir o pedido para o estudo mas na terceira, com o nono participante a saturação dos achados foi atingido.

A amostra é do tipo intencional, selecionando-se indivíduos com conhecimento do fenómeno em estudo, que o viveram e com capacidade para partilhar o seu conhecimento.⁶ Os 9 indivíduos que integraram o estudo tinham como critérios de inclusão, serem maiores de idade (com idade igual ou superior a 18 anos), exercem funções na área a mais de dois anos, estarem integrados numa instituição com mais de 20 clientes e acederem livremente à participação no estudo. Como critérios de exclusão, foram considerados os participantes que não reunissem todos os parâmetros dos critérios de inclusão. A sua escolha foi aleatória, no dia da recolha de dados foi pedido à direção técnica a colaboração de três AAD, não tendo sido feita, por parte do investigador, qualquer intervenção na escolha.

Utilizou-se a entrevista aberta com guião semiestruturado. As questões, ao serem de resposta aberta, permitem que o participante fique livre para responder como entender, sem que tenha de escolher respostas predeterminadas.⁸

O guião teve apenas uma questão norteadora: “Ao longo do tempo que aqui trabalha e tem cuidado de idosos em situação terminal... como tem sido essa experiência?” A questão norteadora foi colocada apenas para orientar a entrevista, não se fechando em si mesma,⁹ e tendo uma série de tópicos que se esperava que viessem a ser abordados: o significado que os AAD atribuem aos cuidados paliativos (CP); o relacionamento com o idoso que sabe que está em fase terminal, se fala com ele sobre isso ou se afasta; sentimentos associados ao cuidar do idoso em situação terminal; o envolvimento

das famílias dos AAD; o apoio emocional que a estrutura residencial presta quando ocorre a morte de um idoso. O guião de entrevista foi validado junto de um investigador experiente e um pré-teste foi realizado com uma participante. Como nesse pré-teste não surgiram dúvidas ao entrevistado, esta foi incluída no estudo.

As entrevistas aconteceram nos meses de janeiro e fevereiro de 2013. As entrevistas foram agendadas mediante a disponibilidade das ER e dos seus profissionais. Antes de iniciar a entrevista, os participantes foram informados sobre o estudo e da necessidade de se proceder à gravação áudio da entrevista, da voluntariedade da sua participação e da garantia de sigilo e anonimato da informação colhida. Foi utilizado documento escrito para obtenção do consentimento.

A gravação foi realizada através de um programa denominado *Cool Edit Pro 2.1 Portable*. Após a gravação as entrevistas foram transcritas na íntegra para o *Microsoft Office Word* não tendo sido referido de que participante se tratava ou a que instituição pertencia.

Os participantes são todos do sexo feminino, nas ER que se visitou não havia nenhum AAD do sexo masculino. A idade variou entre os 32 anos e os 55 anos, estando a maioria das participantes (cinco) na década dos 30-40 anos. Cinco participantes são casadas, duas solteiras, uma divorciada e uma viúva. O tempo de exercício profissional e o tempo de instituição são coincidentes e variam entre os 4 e os 32 anos. A maioria das participantes (quatro), trabalham há 11 anos na estrutura residencial; as restantes, à 4, 13, 17, 32 anos.

Para a obtenção dos achados e seguindo o método de Giorgi, foi necessário ler a descrição inteira, isto é, as entrevistas realizadas, de modo a obter um sentido de todo.

De seguida foi necessário reler várias vezes, procurando compreender e identificar quais seriam as unidades de transição das experiências relatadas pelos participantes. Após analisar a transcrição

foi possível aglomerar os dados semelhantes. Essa aglomeração de ideias foi organizada por categorias, sendo cada uma dessas categorias, as unidades de transição da experiência. Esse agrupar de informação permite aos investigadores descobrirem significados de acordo com o que os investigadores observaram e registaram.⁶

A investigação foi precedida de parecer da Comissão de Ética da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, que foi favorável (Parecer N° 123-11-2012) e posterior autorização da direção das ER envolvidas.

DISCUSSÃO

A análise das entrevistas foi realizada através do método de Giorgi, onde foi realizado uma leitura de todas as descrições, todas as entrevistas, para se conseguir alcançar o sentido do todo, sendo por isso necessário compreender a linguagem de todas as entrevistadas. De seguida foi necessário reler várias vezes para se conseguir identificar as unidades significativas. Essas unidades são constitutivas e não apenas elementos isolados, é feito uma interpretação por parte do investigador, vários investigadores podem analisar de maneira diferente o mesmo conjunto de dados. Após essa fase, foi necessário transformar a linguagem das AAD em linguagem apropriada, com ênfase no fenómeno em estudo. Esse passo permite chegar às categorias que estão descritas nos achados.⁷

Dessa análise surgiu uma categoria central: a relação com o idoso terminal, isto é, como se caracteriza a relação dos AAD com os idosos em estado terminal. Implícito a essa categoria surgiram mais cinco categorias, as experiências e sentimentos positivos, as experiências e sentimentos negativos, as estratégias, as consequências e a formação.

De modo a apresentar uma visão geral dos achados da investigação, de seguida é apresentado na figura 1 as várias categorias que surgiram da análise das vivências de forma a melhor compreender a essência do fenómeno.

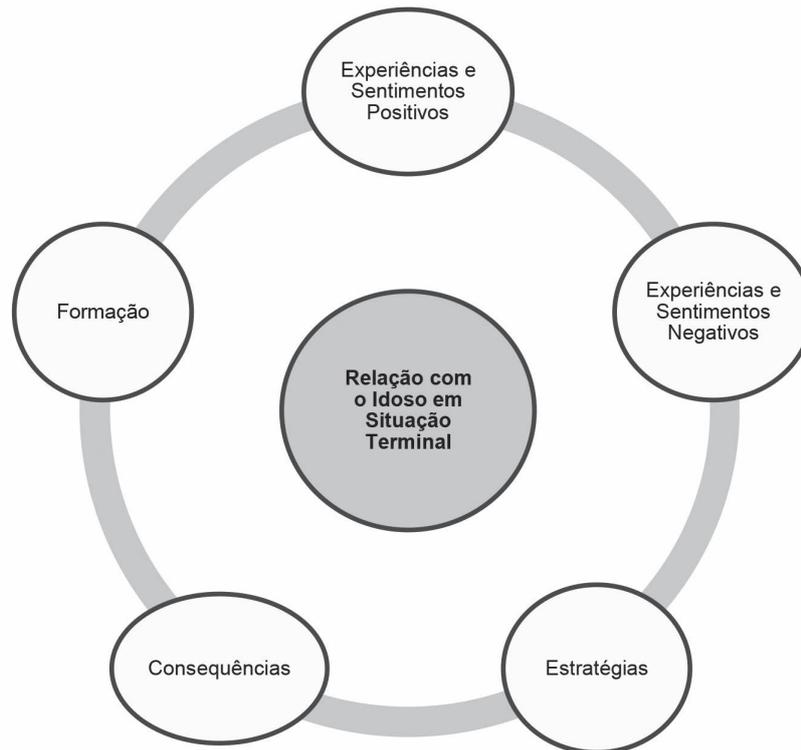


Figura 1. Análise do fenômeno: Vivências dos ajudantes de ação direta perante a doença e morte dos idosos nas estruturas residenciais.

Apresentada a estrutura global do fenômeno, passa-se à apresentação e discussão de cada categoria.

Relação com o Idoso terminal

A relação com o idoso terminal é considerada pelas AAD como algo muito intenso mas ao mesmo tempo algo que lhes dá muita satisfação. Nessa categoria surgiram 14 subcategorias: o outro vulnerável, a ajuda, a atenção, o conforto, o cuidado, o respeito pela pessoa, a igualdade, a personalização, a presença, a satisfação das necessidades, o toque, a subjetividade, a proteção e a motivação.

O outro vulnerável: O recurso à institucionalização sucede por norma em situações em que os idosos necessitam de grande apoio, não implicando que se encontrem em fase terminal mas padecendo de várias morbilidades: “(...)

ela tinha todas as doenças e mais algumas que se possa imaginar (...) E6, “(...) eles estão tão debilitados (...)” por isso procuram na instituição apoio na sua vulnerabilidade.

No cuidado ao outro é necessário ter consciência da sua real vulnerabilidade, tem de existir uma relação entre o ser que cuida e o que necessita de ser cuidado, em que o protagonista é o ser vulnerável que necessita de ajuda e não o ser que cuida.⁵ Quando o indivíduo fica doente experimenta um conjunto de sentimentos complexos e de difícil compreensão na vida quotidiana. Com a doença emerge a fragilidade e a vulnerabilidade da condição humana, pois certas questões fogem de controlo, a manutenção do estado de saúde, a independência e autonomia, a vida deixa de ser livre e passa a ter condicionamentos.¹⁰

Os profissionais ao empregarem os seus cuidados, estes têm de ser promotores de morte

digna, ao acompanhamento multidimensional do idoso e família, demonstrando preocupação e especificação nos cuidados prestados ao idoso que se encontra frágil e vulnerável dada a situação em que se encontra.¹¹

Os AAD ao tomarem consciência da debilidade em que o idoso se encontra vão ter que saber adequar a sua postura para o ajudar da melhor forma.

A ajuda dada por esses profissionais traduz-se de tudo quererem fazer para ajudar os idosos, sendo central a tentativa aliviar o seu sofrimento, seja este físico, psicológico ou espiritual: “(...) aliviar um bocadinho o sofrimento dele (...)” E4, mesmo tendo consciência que por vezes não conseguem fazer com que ele desapareça.

Quando se trata de um doente em fase terminal, ao prestar ajuda, o doente irá viver mais serenamente possível até ao momento da sua morte. Ajudar não implica que exista uma presença constante, mas sim uma presença atenta, o cuidador tem de ter uma atitude de escuta, de empatia e de congruência¹²: “(...) minimizar o sofrimento mesmo ao mínimo (...)” E2.

A atenção dispensada ao ser humano numa situação de doença: “para além de ser uma questão de solidariedade humana, constitui um imperativo ético para todas as profissões da saúde”.¹³

A necessidade de dar mais atenção aos idosos mais doentes depreende-se por considerarem que os idosos mais doentes necessitam de mais cuidados, portanto, das suas presenças com mais frequência. A autora Ramos,¹¹ no estudo que efetuou, constatou que os profissionais apresentam uma atenção especial aos doentes em fase terminal, bem como às famílias. Constatou que existia uma maior preocupação com a humanização e sensibilização nas atitudes tomadas. Consideram importante para o conforto do idoso doente a necessidade de prestar-lhes mais atenção.

Essa atenção é justificada pelas participantes com o facto de muitos idosos já não se conseguirem exprimir eficazmente e, portanto, muitas vezes não solicitam algo que estejam a precisar: “(...) principalmente os que não falam e que não se exprimem (...)” E5. É preciso estar lá verdadeiramente para

o doente: “(...) é muito importante fazermos uma carícia, uma palavrinha, uma brincadeira, cantar alguma coisa, algo que é importante.” E7.

Conscientes que muitas vezes não conseguem aliviar o sofrimento físico dos idosos doentes, vêm no conforto uma potencial ajuda. O conforto que dão pode ser a nível físico, mas o mais relatado pelas participantes refere-se à presença humana, do idoso poder sentir que estão ali para ele: “(...) o simples facto de estarmos presentes já os conforta (...)” E4. “(...) tentar posicioná-los da melhor forma para eles estarem o mais confortável possível (...)” E9.

Nessa etapa em que já não existe um cuidado para curar o doente o cuidado tem de ser direcionado para o seu conforto, por gestos muitas vezes simples.¹⁴

As AAD entrevistadas referiram que o cuidado que prestam ao idoso nessa fase inclui hidratação, alimentação e posicionamentos. Acompanhar, promover as suas capacidades e ajudar a ser na sua individualidade são integrantes do cuidado.¹⁰ “(...) temos o máximo de cuidado (...) quer a nível físico, quer psicológico.” E1.

Cuidar de pessoas em fim de vida, requer cuidados humanizados, cuidados que não são estandardizados e que resultam da aprendizagem mútua e contínua de quem cuida e de quem é cuidado.¹⁵

O ato de cuidar é visto pelo AAD como uma técnica que tem como objetivo suprimir as necessidades do idoso que está em progressiva incapacidade e, assim, esperam melhorar a saúde com o próprio ato de cuidar. No cuidado prestado expressa-se também uma atitude, onde a responsabilidade, o compromisso, a disponibilidade, o respeito e a paciência estão presentes.¹⁶

Numa fase em que o indivíduo está numa situação tão frágil, o respeito, a dignidade do ser humano não devem ser esquecidos, não são só os cuidados técnicos que os idosos carecem, também requerem um tratamento humano e respeitador da sua dignidade enquanto ser humano. Isso mesmo foi transmitido pelas participantes do estudo: “(...) até ao último suspiro é uma pessoa que está ali (...)” E1.

No estudo de Munn *et al.*,¹⁷ o respeito da pessoa doente também é referido. Nesse estudo foi referido que o reconhecimento da personalidade do indivíduo que está em final de vida é importante para a qualidade de vida de morrer numa ER. As AAD do presente estudo também fazem referência à importância de olhar para o idoso como alguém que tem que ter qualidade de vida até ao fim “(...) *é um idoso não é um farrapo é um idoso, nós temos que dar o máximo a eles* (...)” E8.

As AAD referem tratar todos os idosos de igual modo, sejam idosos com doença terminal ou não, considerando o idoso em fase terminal como merecedor da mesma atenção e consideração.

O investimento de tempo e dedicação é feito do mesmo modo para todos os idosos: “(...) *nós temos que ter os idosos todos como igual* (...)” E5, “(...) *os cuidados e carinhos têm que ser de igual forma* (...)” E6.

É referido no estudo a importância de conhecer cada idoso, pois mediante o idoso que têm à frente, o tipo de cuidados que vão oferecer é personalizado: “(...) *depende de pessoa para pessoa* (...)” E3, “*Depende da pessoa a gente também vai conhecendo o tipo de personalidade pessoa* (...)” E1.

No estudo efetuado por Ferreira,¹⁸ foi possível constatar que a singularidade de cada idoso é tida em conta pelos seus entrevistados. Esse é um aspeto importante, pois muitos cuidadores, e a população de um modo em geral, consideram a população idosa como unos, não vendo o idoso como ser único e heterogêneo que possui os seus próprios gostos, desejos, anseios e potencialidades.

Também o autor Fonseca³ refere a importância da personalização, refere a importância de evitar a normalização, prestar a cada idoso um cuidado adequado face aos problemas específicos que apresenta, respeitando as suas características pessoais e, sobretudo, não impor a todos eles uma abordagem semelhante só porque têm necessidades aparentemente idênticas.

As AAD referiram que algo que sentem que podem fazer pelos seus idosos é estarem presentes, sentem que a sua presença é benéfica para os idosos, muito mais do que cuidados básicos de

conforto que possam prestar: “(...) *sentir que a gente que está presente que não estão sozinhos, (...)*” E4, “(...) *é tentar estar o mais tempo possível para que ele se sinta acompanhado* (...)” E7.

A presença, juntamente com a capacidade de escuta ou mesmo o respeito pelo silêncio do doente, podem ser essenciais a ponto de ajudar o doente em sofrimento a encontrar um novo sentido de vida.¹⁵ Esse estar presente ajuda a diminuir os temores de morrer sozinho, garantindo presença humana.¹⁹

Uma das grandes vertentes no cuidado prestado ao idoso é a satisfação das suas necessidades. As entrevistadas expressam essa preocupação no exercício da sua profissão, uma considera as necessidades fisiológicas bastante importantes: “(...) *eu acho que é isso que eles precisam mesmo é comer bem, beber bem* (...)” E8, “(...) *achamos sempre que eles precisam sempre de mais alguma coisa* (...)” E6.

No estudo de Vieira *et al.*¹⁶ os participantes referiram dirigir muitos dos seus cuidados para a execução de atividades direcionadas ao atendimento das necessidades básicas dos idosos, com vista a promover a sua saúde. Atribuem a necessidade de cuidado com base na condição de saúde apresentada, mediante o quadro clínico executam esta ou aquela tarefa que pensavam que iria satisfazer o idoso.

O toque é referido no estudo como um meio de confortar o idoso. Dar a mão é visto como uma boa terapêutica para o conforto dos idosos: “(...) *às vezes dar a mão que já é um conforto* (...)” E3. “(...) *sou uma pessoa de... do toque eu gosto muito do toque, (...)*” E9.

O toque implica uma entrada no espaço pessoal e imediato do outro, da pessoa que se vai cuidar. Na profissão de AAD, tal como na enfermagem, as mãos são muito utilizadas, os AAD para cuidarem dos seus idosos têm de tocar diariamente nos idosos. O toque intencional conforta e contribui para uma relação calorosa entre o cuidador e o cuidado. Quem está num estado débil, sente-se reconfortado com o toque do cuidador, pois este está a dispensá-lo um pouco da sua atenção, do seu tempo.²⁰

As AAD referiram que o cuidado que prestam difere de idoso para idoso, prestam um cuidado subjetivo, isto é, têm os mesmos princípios de atuação mas, sendo seres humanos diferentes entre si, é óbvio que o modo como se relacionam e logo a sua atuação seja sempre diferente de idoso para idoso. Fernandes¹⁰ afirma que a forma como cada cuidador cuida é única, pois traduz a relação interpessoal criada com o idoso, exige uma postura reflexiva, em que deve ser tudo ponderado tendo em conta uma conduta ética, moral, profissional, social e pessoal. No estudo efetuado por Vieira *et al.*¹⁶ os participantes também relatam essa subjetividade no cuidar. Pois recorrem aos seus sentimentos para cuidar como amor, compaixão, dó e afeto, que inconscientemente influenciam o exercício da profissão: “(...) depende também, não somos todos iguais, cada um leva a sua, na sua maneira de ser (...)” E3.

A proteção é algo intuitivo. As AAD referiram que apesar de algumas vezes os idosos estarem em sofrimento não falam sobre a doença e a proximidade da morte. Referem que assim evitam um sofrimento maior ao tocar no assunto, tendo esperança que este caia em esquecimento, consideram que essa é uma das melhores formas de proteger.

Para isso, adotam estratégias persuasivas, encontram temas de conversa que sejam animadores, criam melhoras que não irão existir: “(...) que não há de ser nada, que vai melhorar, dou-lhe exemplos de casos que também já se passaram e que as pessoas melhoraram (...)” E2, “(...) não confrontá-lo assim verdadeiramente com a realidade (...)” E1.

Também os familiares de doentes referem a importância de proteger e poupar o doente a mais sofrimento psicológico, referindo que a revelação do seu prognóstico lhes traz mais angústia depressão e sofrimento.²¹

As AAD referiram várias vezes não falarem de morte com os seus idosos.

Para as AAD, é importante tentarem motivar os idosos, dar-lhes ânimo para que não entrem em desespero com o seu estado de saúde: “(...) a

nossa função aqui é tentar até ao fim com que a pessoa não desista de viver (...)” E1, “(...) *dizer uma brincadeira, fazê-los rir, (...)*” E9. Assim, empenham-se em dar entusiasmo, encorajar o idoso para que o desânimo não se apodere dele, tentando por isso satisfazer as necessidades de estima e de autorrealização do idoso.

Experiências e Sentimentos Positivos

Dos benefícios que se pode tirar ao trabalhar com os idosos, as AAD referiram que tentam sempre dar o seu melhor nos cuidados que prestam aos idosos: “(...) *nós tentamos, sei lá, apoiá-los da melhor forma (...)*” E5, “(...) *fazer o melhor que posso, o melhor que sei, (...)*” E4. Fazendo o melhor que podem e sabem, as participantes ficaram com o sentimento de dever cumprido.

Quando o profissional sente que tem um bom desempenho nos seus cuidados, o fato de sentir satisfação profissional pode até funcionar como estratégia de suporte para o alívio do stress.²²

As AAD afirmaram que num momento em que se apercebessem que o idoso está numa situação de grande fragilidade, têm tendência para se aproximarem ainda mais deles: “(...) *consigo aproximar mais porque vejo que é o fim da pessoa, (...)*” E1, “(...) *entendendo, tornando-nos muitas vezes vá lá amigos próximos, (...)*” E2.

Consideram de extrema importância continuar ou até aumentar o contacto, para que o idoso não se sinta desprezado, isolado ou sozinho.

Com o passar dos anos, as AAD vão se sentindo mais preparadas para atuar e agir nas mais diversas situações: “(...) *mais dura para enfrentar certas situações (...)* com os anos de profissão, hoje em dia, já me sinto uma pessoa até com um bocado de sangue frio (...)” E5. Consideram que as experiências enriquecem e ajudam a melhorar, a crescer, tornando-as por isso mais seguras no exercício da profissão.

Gómez²³ descreve que para se ser um cuidador, tem de existir um investimento, uma grande preparação e disponibilidade.

O afeto, geralmente associado à relação familiar, surge também na relação entre AAD e idoso: “(...) *eles acabam por ser a nossa família (...)*” E1, “(...) *realmente o nosso calor é o melhor.*” E7.

Das vivências recolhidas registou-se uma satisfação por cuidar de idosos muito grandes, genuína, que leva à criação de laços de afetividade com os idosos. Sendo uma estrutura residencial por norma uma instituição onde não existe grande rotatividade nem de funcionários nem de clientes, é normal que esses laços sejam criados. Poderá até se registar um laço mais forte com aquele idoso que faz lembrar, recordar um familiar.

A afetividade que surge nessas relações pode ser justificada, de por vezes, da perceção de carência do idoso, que se deve à falta de atenção da família do mesmo. Esse envolvimento afetivo, por norma, irá provocar um maior sofrimento do profissional quando o idoso partir.²⁴

Devido aos laços fortes criados entre cuidadores e idosos, é compreensível que as AAD nutram sentimentos de carinho pelos idosos que cuidam. Muitas vezes, o carinho transmitido pelos cuidados até pode ser visto como um sinal de recompensa pelas vidas duras que tiveram, pelo abandono que possam sentir pela família.

Neste caso em que os idosos se encontram doentes, o carinho é visto como uma terapêutica em algumas situações: “(...) *penso que melhor que um medicamento, melhor do que a alimentação, é realmente o carinho (...)*” E7, “(...) *essas pessoas precisam de carinho, principalmente, de carinho (...)*” E5.

O carinho aliado à tolerância é visto por profissionais de saúde como um requisito fundamental para a boa relação de profissional/idoso. O cuidado e o carinho que é dado na relação com o idoso é fundamental para prevalecer a sensação de dever cumprido dos profissionais. O carinho é fator preponderante numa relação humanizada, contudo o profissional nunca pode esquecer o seu papel enquanto cuidadores num contexto institucional.²⁴

Experiências e Sentimentos Negativos

As AAD referem dificuldade nos cuidados que prestam. As dificuldades sentidas são várias, mas a interação com o idoso em fase terminal é das principais causas apontadas: “(...) *é muito difícil lidar com esse tipo de idosos (...)*” E5, “(...) *custou-me muito, muito por acaso custou.*” E9. No estudo efetuado por Barbosa *et al.*,²⁵ também a interação com o idoso em fase terminal foi apontado como uma dificuldade. Para além disso, no estudo de Barbosa *et al.*²⁵ foi ainda referido como dificuldades a falta de tempo, a escassez de recursos humanos, o impacto emocional e físico, a dificuldade de organização, o planeamento de atividades, a interação com a família dos idosos, o pouco envolvimento da família na dinâmica da instituição, a interação e comunicação com o idoso, o desconhecimento da doença, o lidar com distúrbios comportamentais.

Outras dificuldades sentidas por AAD registadas na literatura são: o cansaço, o stress, a preocupação, a ansiedade, o aparecimento de doenças/sintomas, as alterações do quotidiano e as variações da autoestima, prejudicando os cuidados prestados e a qualidade de vida.²⁶

A acumulação de várias tarefas e talvez o número reduzido de AAD nas instituições também pode ser um entrave à prestação de cuidados. Algumas participantes consideram que a falta de tempo muitas vezes compromete os cuidados que prestam, pois gostariam de passar muitas vezes mais tempo com o idoso e não conseguem “(...) *falta-nos tempo para dedicarmos mais tempo a essas pessoas (...)*” E5, “(...) *temos pouco tempo para estar com eles, (...)*” E1.

Também foi referido como experiência negativa a inexperiência sentida no início da profissão ou mesmo em situações complicadas. “(...) *ao princípio custava-me (...) porque me estava a habituar, não estava habituada (...)*” E1. Num estudo de Marshall *et al.*,²⁷ é referido pela equipa que certos membros evitam cuidar de idosos em fim de vida, alegando falta de conhecimento e experiência na área. Pois o motivo pode ser simplesmente ser-lhes difícil lidar com

os idosos em situação terminal, como também referido pelas AAD neste estudo.

Cuidar de idosos em situação terminal traz sofrimento, pois as AAD criam laços com os idosos e ao vê-los a sofrer também elas confessaram que era penoso assistir ao sofrimento não podendo em algumas vezes ajudar. Muito desse sofrimento está relacionado com a impotência sentida ao ver o outro sofrer e nada puder fazer para aliviar o seu sofrimento: “(..) *um bocado também penoso ver as pessoas sofrerem (..)*” E4. O sofrimento é algo que acompanha o ser humano, de uma forma ou de outra aparece no percurso da vida de qualquer pessoa, como consequência da fragilidade do ser biológico e da sensibilidade como seres psicológicos.¹²

A frustração é algo que muitas vezes é sentida pelas AAD deste estudo: “(..) *nós não conseguimos fazer muito (..)*” E6, “(..) *e não há nada que a gente possa fazer, (..)*” E5.

Em idosos com patologias demenciais, essa frustração também é sentida, devendo-se à incapacidade que sentem ao tentar interagir com os idosos, a compreender as suas necessidades, o não saber muitas vezes como ultrapassar situações difíceis.²⁵

A tristeza também está presente nos cuidados prestados, pelo presenciar do sofrimento e da morte: “*Fico triste (..) é muito difícil, chego à casa e penso na mesma na pessoa (..)*” E1, “(..) *marca um bocadinho e que nos faz assim mais tristes (..)*” E4. Relataram que em certos dias no trabalho, este é triste e deprimente.

Casmarrinha,²¹ ao estudar familiares de doentes terminais, também registou a tristeza que estes sentiam, ao temer o dia da morte do parente. Embora os familiares entrevistados afirmassem sentir tristeza, referiram que à frente do doente, tentavam esconder esse sentimento. A tristeza que sentiam advinha da consciencialização das consequências reais da doença, do luto antecipado que tinham de fazer.²¹

Estratégias

Numa profissão bastante exigente como essa, é crucial haver partilha, entreajuda entre AAD, existir espírito de equipa, sendo beneficiada toda a equipa, bem como os próprios idosos, que recebem melhores cuidados.

Esta ajuda entre colegas pode ser através de opiniões sobre um caso: “(..) *eu gosto de ir sempre acompanhada (..) para nós darmos uma ideia uma a outra (..)*” E8, “(..) *tentar explicar, ajudar, acho que era importante.*” E9.

Nas experiências recolhidas, foi possível ver reforçado que a colaboração que existe entre a equipa promove aprendizagem entre os profissionais. A interajuda, bem como o bom ambiente laboral podem influenciar a qualidade de vida do AAD e a qualidade do serviço prestado ao idoso. O trabalho em equipa é visto pelos AAD como um fator protetor para evitar situações de perturbação, tanto a nível físico como a nível emocional.¹⁸ Parece²⁸ afirma que o trabalho em equipa possibilita momentos de reflexão sobre as diversas situações e aspetos que se deve ter em conta, assim será possível planear e delinear em conjunto estratégias de intervenção adequadas a cada momento.

O apoio familiar sentido pelas AAD é algo considerado de bom, pois sabem que têm na família um apoio sempre presente e compreendem que o trabalho que possuem é bastante desgastante a nível emocional. “(..) *tenho uma família que me apoia nisso (..) sabem que o nosso trabalho, para além de ser físico, é muito mais emocional.*” E9, “(..) *eu chego a casa e conto ao meu marido (..)*” E6.

Fernandes,¹⁰ no estudo que efetuou, caracterizou o apoio familiar como um suporte para o indivíduo, pois conhecem o seu familiar de forma mais profunda, sabendo o que fazer para ajudá-lo.

Foi referido neste estudo o benefício de criar momentos de debate como meio de troca de experiências: “(..) *haver mais debates mesmo do grupo*

entre colegas porque isso ia- nos ajudar muito (...)” E9. Para as AAD seria mais proveitoso ouvir quem se sente mais à vontade com o assunto e quem já conviveu de perto com situações complicadas.

Criar espaços de contacto para troca de experiências entre os elementos da equipa multidisciplinar que prestam cuidados em fim de vida, seria algo benéfico.²⁸

Consequências

A experiência adquirida com os anos de serviço é considerado pelas participantes como uma mais-valia. Tornou-as profissionais mais capazes, mais seguras e maduras nas suas ações: *“Passamos por fases muito más e a vida ensina-nos a preparar-nos (...)*” E8, *“(...) a gente com o tempo vai aprendendo, (...)*” E1.

A experiência permite adquirir competências no exercício da atividade, que resultam do vivido ao longo do tempo e da interação com os colegas.²⁵

A experiência adquirida com o trabalho e a interação estabelecida com os restantes colegas AAD, são vistas por alguns profissionais como suficiente para colmatar a falha de currículo académico para o desempenho das funções profissionais inerentes à profissão.²⁶

Foi referido pelas AAD que é quase impossível não levar algumas preocupações para casa: *“(...) levamos às vezes assim alguma coisa para casa (...)*” E2, *“(...) é difícil desligar (...) não há um botãozinho (...)*” E4. Parece²⁸ refere que os profissionais que assistem a mortes, apesar de saberem que estas fazem parte do ciclo natural da vida, muitas vezes transportam essas mortes para o seu dia a dia. Quando ocorre uma morte, o profissional muitas vezes imagina o que poderia ser a morte de um familiar seu, sendo essa experiência assustadora e afetando muitas vezes o seu quotidiano.

A experiência profissional no cuidado a idosos leva a que AAD consigam, embora refiram não ser fácil, separar a vida profissional da vida pessoal, não permitindo, deste modo, que o emprego influencie a qualidade de vida.¹⁸

Formação

Consideram importante ter instrução nessa área, referem a importância de saber, de aprender e de ter conhecimento. Apesar de muitos AAD serem admitidos nas ER sem qualquer tipo de formação, reconhecem a importância do aperfeiçoamento das técnicas, o aprender de novos conceitos e formas de atuar perante situações específicas, assumindo que é uma mais-valia para o dia-a-dia de cuidado ao idoso, sendo este um aspeto potenciador de melhoria da sua profissão e satisfação pessoal: *“(...) ter a preparação própria para saber que estamos aqui para cuidar (...)*” E1, *“(...) haver mais formações, haver mais informação (...)*” E9.

Num estudo efetuado por Ribeiro *et al.*²⁹ é afirmado que os AAD com mais escolaridade possuíam maior capacidade para auxiliar os idosos em situações mais complexas, como o auxílio na toma de medicação, no recebimento e na transmissão de orientações técnicas. Com esta maior capacitação, o idoso iria ser favorecido na manutenção da sua autonomia e bem-estar.

A formação também pode ser vista, segundo os AAD, como um meio de prevenção, em concomitância com outros fatores, do aparecimento de *burnout*.¹⁸ A mesma autora refere que, seja como meio preventivo ou não, a formação deve ser uma prioridade das instituições, principalmente, ao grupo dos AAD. Essa formação deverá ter como objetivo, distanciando-se de temas específicos como os CP, tema explorado neste estudo, a sensibilização da importância do bom relacionamento interpessoal entre funcionários e idosos.

Relativamente ao conhecimento nessa área, as participantes referiram já ter realizado várias formações em que os CP são abordados, na teoria não é um tema desconhecido: *“(...) já tive várias formações acerca disso.”* E1, *“(...) eu agora estou a tirar formações sobre isso, (...)*” E9.

Castanheira,³⁰ no estudo que realizou, concluiu que na sua maioria as AAD tinham formação em geriatria e que, ao longo da sua carreira

profissional, tinham oportunidade de ter uma formação contínua. Muitas das formações em geriatria foram posteriores ao início da carreira. A falta de formação inicial nessa área laboral pode ser justificada pela maioria dos AAD por não terem inicialmente como objetivo, a médio e longo prazo, desempenharem esse tipo de trabalho.

Relembrar é considerado como benéfico. Realizar atualizações dos conhecimentos, verificar técnicas que mudaram e aprender novas coisas é apoiado por vários autores, é reconhecido que é benéfico que as instituições promovam essas formações e, quando não tiverem capacidade de o fazerem, facilitem a participação dos seus trabalhadores nelas, incentivando-as. “(...) gostaria de relembrar e atualizar porque há sempre coisas, experiências novas (...)” E3.

A formação contínua é sentida pelos AAD como útil, pois facilita as tarefas que têm que desempenhar.³⁰

Os serviços de CP estão inseridos na Rede de Cuidados Continuados Integrados dirigidos a toda a população. Não existe, portanto, uma articulação especial com a resposta social de ER. A oferta de CP no país ainda não chega a todos que necessitam, existem as equipas hospitalares, unidades de internamento e equipas de apoio domiciliário de CP. Estas últimas é que poderão ser o apoio que as ER tanto precisam, para poder existir apoio externo nos cuidados prestados. Beneficiaria tanto os idosos como os AAD, pois teriam uma menor sobrecarga quando se sentirem impotentes com o sofrimento dos idosos. No plano de Estratégias para o Desenvolvimento do Programa Nacional de CP é referido o objetivo de proporcionar CP a todos os doentes que se encontrem institucionalizados, melhorando para isso a interligação a nível local com as entidades que prestam apoio a fim de haver um levantamento das necessidades em CP. É ainda objetivo do programa facilitar a acessibilidade das equipas de CP às respetivas entidades e cursos de formação em CP a cuidadores e trabalhadores desses serviços.³¹

Limitações

Apesar da riqueza dos achados, estes não permitem generalizações, sendo válidos para o grupo e contexto estudados.

A bibliografia nesta área de estudo é escassa, isto é, a maioria dos estudos encontrados estão dirigidos para familiares, para enfermeiros e para os idosos, mas raramente se encontram dirigido a AAD.

Aquando da realização das entrevistas, notou-se que as AAD não estão habituadas a serem ouvidas e a gravação foi fator intimidador. Certamente, esse foi o motivo para algumas das respostas serem bastante sucintas e com pouco conteúdo face às questões colocadas.

CONCLUSÃO

As participantes transmitiram ter uma forte relação com os idosos, pautada por momentos intensos, alguns menos bons resultantes do sofrimento dos idosos. Para as AAD é difícil falar de morte, pois tentam proteger o idoso ao máximo, promovendo a esperança e reduzindo o sofrimento. Para tal, são essenciais a presença, o toque, o apoio e o não afastamento.

Ao conviverem com essas situações, surgem sentimentos como medo, tristeza, frustração, mas também o afeto, o carinho e orgulho no papel que desempenham.

Para colmatar as dificuldades contam com o espírito de equipa criado entre profissionais, tirando dúvidas com colegas que já passaram por situações semelhantes. O apoio familiar também é algo importante.

Relativamente às consequências, valorizam a experiência, as recordações de idosos já falecidos, o levar os problemas para casa.

As vivências transmitidas foram riquíssimas tendo sido atingidos os objetivos inicialmente propostos.

A profissão de AAD é já bastante representativa no mercado de trabalho em virtude do crescente fenômeno do envelhecimento humano. Por esse motivo, esses profissionais devem merecer a nossa atenção em futuros estudos.

Mais investigação deve ser desenvolvida nessa área, com foco nas dificuldades das AAD, pelo potencial de utilidade para programas de formação.

Ainda relativamente à formação, não deve ser descurado o stress e o desgaste emocional

que os AAD são alvo e investir em programas de formação que também foquem essas áreas.

A relação entre os AAD e os idosos pode também ser foco para investigação e formação.

Melhorar as respostas das AAD aos idosos é dignificar os cuidados que lhes são prestados e, em última análise, é melhorar o futuro de cada um de nós.

REFERÊNCIAS

1. Carrilho M. A Situação demográfica recente em Portugal. *Rev Est Demogr* [Internet] 2015 [acesso em 16 jun 2016];(54):57-107. Disponível em: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=210786633&PUBLICACOESmodo=2
2. Cabral M, Ferreira P, Silva P, Jerónimo P, Marques T. *Processos de Envelhecimento em Portugal*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos; 2013.
3. Fonseca AM. *Cuidados e demência na terceira idade: manual prático*. Amares: ADRAVE; 2014.
4. Portugal. Ministério da Solidariedade e da Segurança Social. Portaria 67/2012, de 21 de março de 2012. Define as condições de organização, funcionamento e instalação das estruturas residenciais para pessoas idosas. *Diário da República*, nº 58, Série I.
5. Fernandes S. *Vivências em lares: diversidade de percursos em estudo de caso* [dissertação na Internet]. Porto: Universidade Portucalense Infante D. Henrique; 2010 [acesso em 20 jun 2016]. Disponível em: <http://hdl.handle.net/11328/219>
6. Streubert HJ, Carpenter DR. *Investigação qualitativa em enfermagem: avançando o imperativo humanista*. 2ª ed. Loures: Lusociência; 1999.
7. Andrade C, Holanda A. Apontamentos sobre a pesquisa qualitativa e pesquisa empírico-fenomenológica. *Est Psicol* [Internet] 2010 [acesso em 22 fev 2016];27(2):259-68. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v27n2/a13v27n2.pdf>
8. Fortin MF. *O processo de investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência; 1999.
9. Freitas S. *A pesquisa fenomenológica em psicologia*. In: Baptista MN, Campos DC. *Metodologias de pesquisa em ciências: análise quantitativa e qualitativa*. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos Editora; 2007. P.209.
10. Fernandes IMR. *Quando o enfermeiro se torna doente: acedendo à experiência vivida* [tese na Internet]. Lisboa: Universidade de Lisboa; 2012 [acesso em 11 fev 2015]. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10451/7423>
11. Ramos RCGB. *O idoso institucionalizado em fase terminal* [dissertação na Internet]. Porto: Universidade do Porto; 2014 [acesso em 22 jun 2016]. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10216/78783>
12. Pacheco S. *Cuidar a pessoa em fase terminal*. Loures: Lusociência; 2002.
13. Gameiro MGH. *O sofrimento na doença*. Coimbra: Quarteto Editora; 1999.
14. Frias C. *A aprendizagem do cuidador e a morte, um desígnio do enfermeiro em formação*. Loures: Lusociência; 2003.
15. Alvarenga MIC. *A comunicação na transferência dos cuidados curativos para os cuidados paliativos* [tese na Internet]. Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa; 2008 [acesso em 23 mai 2013]. Disponível em <http://hdl.handle.net/10451/1114>
16. Vieira CPB, Gomes EBF, Fialho AVM, Silva LF, Freitas MC, Moreira TMM. *Concepções de cuidado por cuidadores formais de pessoas idosas institucionalizadas*. *REME Rev Min Enferm* [Internet] 2011 [acesso em 05 dez 2015];15(3):348-55. Disponível em: http://www.enf.ufmg.br/site_novo/modules/mastop_publish/files/files_4e8da8407cc5a.pdf

17. Munn J, Zimmerman S, Hanson L, Williams C, Sloane P, Clipp E, et al. Measuring the quality of dying in long term care. *J Am Geriatr Soc* [Internet] 2007 [acesso em 27 nov 2015];55(9):1371-9. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17915342>.
18. Ferreira MEM. Ser cuidador: um estudo sobre a satisfação do cuidador formal de idosos [dissertação na Internet]. Bragança: Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Bragança; 2012 [acesso em 20 jun 2015]. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10198/7936>
19. Waldrop D, Kirkendall A. Comfort Measures: a qualitative study of Nursing Home- Based End-of-Life Care. *J Palliat Med* [Internet] 2009 [acesso em 12 nov 2015];12(8):719-24. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19586390>
20. Catita P. As representações sociais dos enfermeiros do serviço de urgência face ao doente idoso [tese na Internet]. Lisboa: Universidade Aberta de Lisboa; 2008 [acesso em 24 jun 2016]. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.2/701>
21. Casmarrinha M. Familiares do doente oncológico em fim de vida dos sentimentos às necessidades [tese na Internet]. Porto: Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar; 2008 [acesso em 23 fev 2015]. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10216/7169>
22. Batista P. Stress e Coping nos enfermeiros dos cuidados paliativos em oncologia [tese na Internet]. Porto: Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar; 2008 [acesso em 19 out 2015]. Disponível em: <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/19398/2/Paula%20Batista%20Mestrado%202008.pdf>
23. Gómez J. Impacto de um programa de relaxamento na percepção do stress nos cuidadores formais de um Lar do Concelho de Águeda [Dissertação na Internet]. Porto: Instituto Politécnico do Porto, Escola Superior de Tecnologia de Saúde do Porto; 2010 [acesso em 26 fev 2015]. Disponível em: http://recipp.ipp.pt/bitstream/10400.22/729/1/DM_JanethGomez_2010.pdf
24. Marques C. O Burnout nos ajudantes de ação direta que trabalham em lares residenciais para idosos no distrito de Viseu [dissertação na Internet]. Viseu: Universidade Católica Portuguesa; 2013 [acesso em 31 jan 2016]. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.14/13585>
25. Barbosa A, Cruz J, Figueiredo D, Marques A, Sousa L. Cuidar de idosos com demência em instituições: competências, dificuldades e necessidades percebidas pelos cuidadores formais. *Psicol Saúde Doenças* [Internet] 2011 [acesso em 18 dez 2012];12(1):119-29. Disponível em: <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/psd/v12n1/v12n1a08.pdf>
26. Colomé I, Marqui A, Jahn A, Resta D, Carli R, Winck M, Nora T. Cuidar de idosos institucionalizados: características e dificuldades dos cuidadores. *Rev Electr Enferm* [Internet] 2011 [acesso em 22 abr 2015];13(2):306-12. Disponível em: <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/9376/9637>
27. Marshall B, Clark J, Sheward K, Allan S. Staff perceptions of End-of-Life Care in aged residential care: a New Zealand perspective. *J Palliat Med* [Internet] 2011 [acesso em 09 jan 2016];14(6):688-95. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21495851>
28. Parece A. Vivências dos enfermeiros relativamente a cuidados post mortem em unidades de medicina [dissertação na Internet]. Lisboa: Universidade de Lisboa, Faculdade de Medicina; 2010 [acesso em 02 fev 2014]. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10451/2432>
29. Ribeiro M, Ferreira R, Ferreira E, Magalhães C, Moreira A. Perfil dos cuidadores de idosos nas instituições de longa permanência de Belo Horizonte. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet] 2008 [acesso em 02 mar 2016];13(4):1285-92. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232008000400025>
30. Castanheira C. Auxiliar de Acção Directa: um estudo sobre traços de personalidade, valores e satisfação profissional [dissertação na Internet]. Lisboa: Universidade de Lisboa; 2013 [acesso em 12 mar 2016]. Disponível em: http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/10398/1/ulfpic046340_tm.pdf
31. Portugal. Serviço Nacional de Saúde, Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados. Estratégia para o Desenvolvimento do Programa Nacional de Cuidados Paliativos: Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados 2011 –2013 [Internet]. Lisboa: SNS; 2010 [acesso em 20 dez 2015]. Disponível em: http://www.arslvt.min-saude.pt/uploads/document/file/668/cuidadospaliativos_1-1-2011.pdf

Recebido: 10/09/2015

Revisado: 31/05/2016

Aprovado: 26/07/2016

Perfil de idosos pneumopatas admitidos em centro de reabilitação pulmonar

Profile of Pneumopathic Elderly Persons Admitted to a Pulmonary Rehabilitation Center

João Simão de Melo-Neto¹
Ana Elisa Zuliani Stroppa-Marques²
Fabiana de Campos Gomes³

ARTIGOS ORIGINAIS / ORIGINAL ARTICLES

Resumo

Introdução: Pneumopatias são definidas como grupo de doenças respiratórias. Centros de fisioterapia surgem como tratamento convencional que contribui para prevenir e tratar variadas condições pulmonares. **Objetivo:** Caracterizar idosos com pneumopatias admitidos para reabilitação pulmonar. **Métodos:** A amostra foi composta por 84 pacientes admitidos para reabilitação pulmonar no departamento de fisioterapia cardiopulmonar de uma clínica escola. Pacientes com diagnóstico de doença pulmonar e idade ≥ 60 anos foram incluídos no estudo. As seguintes variáveis foram analisadas: sexo, idade, estado civil, profissão, diagnóstico médico, queixa principal, doença associada, e fatores de risco cardiovascular. **Resultados:** A pneumopatia mais comum foi doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) (26,2%). Mulheres mostraram maior associação com asma [Odds Ratio (OR)=5,875; $p=0,010$]. Dispneia foi a queixa principal mais prevalente na população (50%). Entre as queixas principais, dificuldade de deambular foi mais associada com homens (OR=2,85; $p=0,055$). Acidente vascular cerebral (AVC) foi a doença principal mais associada com pneumopatias (12,1%). Mulheres tiveram maior associação com outras doenças (OR=5,34, $p=0,068$), especialmente, quando apresentaram mais que dois quadros simultaneamente com a pneumopatia (OR=2,32, $p=0,041$). Entre os fatores de risco, a inatividade física (OR=3,33), o consumo de álcool (OR=0,046) e o histórico de tabagismo (OR=3,00) foram significativamente associados ao sexo masculino, enquanto depressão (OR=5,67) ao feminino. Mulheres apresentaram 3,28 mais associação entre alergias e pneumopatias que os homens ($p=0,013$). A prática de atividade física foi mais associada com o sexo feminino (OR=3,89; $p=0,03$). Osteoporose foi mais prevalente em mulheres idosas com doença pulmonar (OR=10,75; $p<0,0001$), e também significativamente, enquanto associada ao histórico de tabagismo (OR=4,31; $p=0,009$). **Conclusão:** O diagnóstico, a queixa principal e a doença associada mais frequentes foram DPOC, dispneia e AVC, respectivamente. Idosas apresentam maior associação com diagnóstico de asma brônquica e mais doenças associadas à pneumopatia. Sedentarismo, dificuldade de deambular, etilismo e histórico

Palavras-chave: Perfil de Saúde. Pneumopatias. Epidemiologia.

¹ Faculdade Ceres - FACERES, Departamento Morfofuncional. São José do Rio Preto, SP, Brasil.

² Instituto Municipal de Ensino Superior de Catanduva - IMES – Catanduva. Catanduva, SP, Brasil.

³ Universidade Estadual Paulista - UNESP, Departamento de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Marília, SP, Brasil.

Correspondência/Correspondence

João Simão de Melo-Neto

E-mail: joaosimao03@hotmail.com

de tabagismo são mais associados ao sexo masculino, enquanto que depressão, presença de alergias, prática de atividade física e osteoporose, ao feminino. Assim, os resultados demonstram que esses idosos apresentam características específicas.

Abstract

Introduction: Pneumopathies are defined as a group of respiratory diseases. Physiotherapy centers are a conventional treatment option which can help prevent and treat various pulmonary conditions. *Objective:* To characterize elderly persons with pneumopathies admitted for pulmonary rehabilitation. *Methods:* 84 elderly persons were admitted for pulmonary rehabilitation. Patients diagnosed with pulmonary disease and aged ≥ 60 years were included in the study. The following variables were analyzed: gender, age, marital status, profession, medical diagnosis, main medical complaint, associated diseases, and cardiovascular risk factors. *Results:* The most common lung disease is chronic obstructive pulmonary disease (COPD) (26.2%). Women showed a greater association with asthma [odds ratio (OR)=5.875; $p=0.010$]. Dyspnea was the most prevalent main complaint among this population (50%). Among the main complaints, difficulty walking was more associated with men (OR=2.85; $p=0.055$). Strokes were the main disease most commonly associated with pneumopathies (12.1%). Women had a greater association with other diseases (OR=5.34, $p=0.068$), especially when two diseases were presented simultaneously with lung disease (OR=2.32, $p=0.041$). Among the risk factors, physical inactivity (OR=3.33), alcohol consumption (OR=0.046) and history of smoking (OR=3.00) were significantly associated with men, while depression (OR=5.67) was significantly associated with women. Women exhibited a 3.28 greater association between allergies and pneumopathies than men ($p=0.013$). The practice of physical activity was more associated with women (OR=3.89; $p=0.03$). Osteoporosis was more prevalent among elderly women with pulmonary disease (OR=10.75; $p<0.0001$), and was also significantly associated with a history of smoking (OR=4.31; $p=0.009$). *Conclusion:* The most frequent diagnosis, main complaint and associated disease were COPD, dyspnea and strokes, respectively. Elderly woman exhibited a greater association with the diagnosis of bronchial asthma, and more diseases associated with lung disease. Physical inactivity, difficulty walking, and a history of alcohol consumption and smoking are more associated with men, while depression, the presence of allergies, regular physical activity and osteoporosis are more associated with women. Thus, the results demonstrate that these individuals have specific characteristics.

Key words: Health Profile.
Lung Diseases. Epidemiology.

INTRODUÇÃO

A expectativa de vida dos indivíduos vem aumentando significativamente nos últimos anos, com isso, objetiva-se um envelhecimento saudável, bem sucedido e com qualidade de vida. Entretanto, disfunções relacionadas ao envelhecimento afetam esses indivíduos, sendo necessário o aperfeiçoamento de tratamentos e maior conhecimento sobre esta população.¹

Pneumopatas são definidas como um conjunto de afecções do sistema respiratório, seja infecções agudas, doenças pulmonares crônicas, pleurais ou malignidades do trato respiratório.² Trata-se de uma das principais causas de morbimortalidade

mundial, sendo que no Brasil representa aproximadamente 16% das internações.³ Além disso, tem sido observado que os pacientes com doença pulmonar admitidos para reabilitação são principalmente idosos.⁴

Dentro deste contexto, centros de fisioterapia respiratória surgem como tratamento convencional que contribui para evitar e tratar diversas condições pulmonares, tais como obstrução do fluxo aéreo, hipersecreção pulmonar, alterações na ventilação pulmonar, descondicionamento físico e dispnéia. Entretanto, são escassos estudos que caracterizam idosos pneumopatas atendidos em centro de reabilitação pulmonar.⁴

Pesquisas visando caracterizar populações distintas são essenciais e de extrema importância, pois proporcionam conhecimentos relevantes sobre esses indivíduos e possibilitam que diretrizes nacionais sejam desenvolvidas ou reorganizadas visando suprir as necessidades particulares da população específica.⁴

Desta forma, o presente trabalho tem como objetivo caracterizar idosos com pneumopatias admitidos em um centro de reabilitação pulmonar.

MÉTODO

Estudo retrospectivo e não randomizado, com caráter exploratório de prontuários de pacientes idosos com doenças pulmonares. A amostra foi composta por 84 pacientes admitidos para reabilitação pulmonar, no setor de Fisioterapia Cardiorrespiratória de uma clínica escola da cidade de São José do Rio Preto, no período de março de 2002 a dezembro de 2010. Os pacientes com diagnóstico médico de pneumopatia e idade ≥ 60 anos foram incluídos na pesquisa. Durante a admissão na clínica escola, os pacientes são submetidos à triagem e encaminhados ao setor de Fisioterapia Cardiorrespiratória. Foram excluídos os pacientes que apresentaram a ficha admissional incompleta.

Para coleta de dados foi elaborada uma ficha específica baseada em dados integrados à ficha de triagem. As seguintes variáveis foram analisadas: sexo, idade, estado civil, profissão, diagnóstico médico, queixa principal, doenças associadas e fatores de risco cardiovasculares apresentados pelos pacientes. Os fatores de risco cardiovasculares analisados foram: diabetes *mellitus* (DM), hipertensão arterial sistêmica (HAS), sedentarismo (ausência de atividade física regular), etilismo (ingestão constante de álcool relatada pelo paciente), depressão (com uso de medicamentos) e histórico de tabagismo (“sim”, “não”, “passivo”

e “ex-tabagista”). Analisaram-se, ainda, presença de alergias, prática de atividade física regular (\geq três vezes/semana), locomoção dependente e diagnóstico médico de osteoporose.

Para análise dos dados foram utilizadas estatísticas descritiva e inferencial. Os resultados descritivos foram expressos em média, desvio padrão (\pm), frequências absoluta e relativa. Foram utilizados os testes: teste *t* não pareado, corrigido por Welch, para comparar a idade entre homens e mulheres e verificar a similaridade entre os grupos e Odds ratio (OR), entre as variáveis com teste Qui-quadrado. Foi considerado como nível de significância $p \leq 0,05$. A análise estatística foi realizada no programa InStat (versão 3.0; GraphPad, Inc., San Diego, CA, USA).

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Moléstias Cardiovasculares – IMC/SP, sob o protocolo n. 015.08.010. Os dados foram catalogados apenas com código de registro, visando preservar a privacidade dos pacientes.

RESULTADO

A amostra estudada foi composta por 84 pacientes (49 homens e 35 mulheres), com idade mediana de 72 (60-94) anos. A amostra demonstrou similaridades em relação à faixa etária, conforme a tabela 1. Cerca de 61% dos idosos são casados e 56% aposentados (Tabela 1). Homens tiveram maior associação ao fato de serem casados (OR=2,97; $p=0,009$) e aposentados (OR=2,05; $p=0,055$).

Com relação ao diagnóstico médico, cinco pacientes apresentaram duas pneumopatias associadas (Tabela 2). A doença pulmonar mais frequente foi DPOC (26%). Mulheres apresentaram maior associação com asma brônquica (OR= 5,875; $p=0,010$).

Tabela 1. Faixa etária/ estado civil/ profissão dos idosos portadores de pneumopatias. São José do Rio Preto, SP, 2012.

Faixa Etária	Masculino n=49 (%)	Feminino n=35 (%)	Total n=84 (%)
60-69 anos	18 (36,7)	12 (34,3)	30 (35,7)
70-79 anos	16 (32,7)	18 (51,4)	34 (40,5)
≥80 anos	15 (30,6)	05 (14,3)	20 (23,8)
Média de idade (anos)	73,71±8,33	72,14±7,97	p=0,194
Estado Civil			
Casado/ União estável	35 (71,4)	16 (45,7)	51 (60,7)
Divorciado	03 (6,1)	03 (8,6)	06 (7,1)
Solteiro	02 (4,1)	03 (8,6)	05 (6)
Viúvo	09 (18,4)	13 (37,1)	22 (26,2)
Profissão			
Aposentado	31 (63,3)	16 (45,7)	47 (55,9)
Construção Civil	03 (6,1)	-	03 (3,6)
Do lar	-	12 (34,3)	12 (14,2)
Doméstica	-	02 (5,7)	02 (2,4)
Empresário	02 (4,1)	-	02 (2,4)
Lavrador	03 (6,1)	01 (2,9)	04 (4,8)
Motorista	02 (4,1)	-	02 (2,4)
Professor	-	02 (5,7)	02 (2,4)
Outros *	08 (16,3)	02 (5,7)	10 (11,9)

* Profissões distintas que apresentam apenas um evento na sua categoria.

Tabela 2. Diagnóstico médico/ queixa principal dos idosos portadores de pneumopatias. São José do Rio Preto, SP, 2012.

	Masculino n=49 (%)	Feminino n=35 (%)	Total n=84 (%)
Diagnóstico Médico			
Asma	02 (4,1)	06 (17,1)	08 (9,5)
Atelectasia	01 (2)	01 (2,9)	02 (2,4)
Bronquiectasia	01 (2)	04 (11,4)	05 (6)
Câncer no pulmão	03 (6,1)	01 (2,9)	04 (4,8)
DPOC	14 (28,6)	08 (22,9)	22 (26,2)
Fratura de costelas	02 (4,1)	01 (2,9)	03 (3,6)
Hipoventilação pulmonar	14 (28,6)	05 (14,3)	19 (22,6)
Lobectomia	01 (2)	01 (2,9)	02 (2,4)
Pneumonia	08 (16,3)	06 (17,1)	14 (16,7)
Outros ^a	06 (12,2)	04 (11,4)	10 (11,9)

continua

Continuação da Tabela 2

	Masculino n=49 (%)	Feminino n=35 (%)	Total n=84 (%)
Total de eventos	52	37	89
Queixa Principal			
Cansaço	09 (18,4)	04 (11,4)	13 (15,5)
Dificuldade para deambular	11 (22,4)	03 (8,6)	14 (16,7)
Dispnéia	24 (49)	18 (51,4)	42 (50)
Lombalgia	03 (6,1)	04 (11,4)	07 (8,3)
Parestesia	02 (4,1)	01 (2,9)	03 (3,6)
Secreção	07 (14,3)	01 (2,9)	08 (9,5)
Tosse	07 (14,3)	06 (17,1)	13 (15,5)
Outros ^b	11 (22,4)	14 (40)	25 (29,8)
Total de eventos	74	51	125

a=Diagnósticos médicos que apresentam apenas um evento por categoria; b=Queixas principais que apresentam menos que três eventos por categoria.

Dispnéia foi a queixa principal mais prevalente nessa população (50%). Cerca de 29 indivíduos apresentaram duas queixas associadas e seis indivíduos apresentaram três, totalizando 125 queixas. Dentre as queixas principais, a dificuldade para deambular foi mais associada aos idosos do sexo masculino (OR=2,85; $p=0,055$).

Acidente vascular cerebral (AVC) foi a principal doença associada nesses pneumopatas (12%) (Tabela 3). Cerca de 26 idosos apresentaram duas doenças associadas a pneumopatia e seis apresentaram três, totalizando 89 doenças associadas. Mulheres demonstram ter maior associação de outras doenças (OR=5,34; $p=0,068$), especialmente quando apresentam mais que duas patologias associadas à pneumopatia (OR=2,32; $p=0,041$).

Com relação aos fatores de risco, o sedentarismo foi apresentado em 85,7% dos indivíduos, seguido por histórico de tabagismo (66,7%) (Tabela 4). Dentre os fatores de risco, o sedentarismo, o etilismo e o histórico de tabagismo foram significativamente mais associados ao sexo masculino; enquanto a depressão, ao feminino (Tabela 4).

O histórico de tabagismo, presença de alergia, locomoção dependente, prática de atividade física e osteoporose estão dispostos na tabela 5. Mulheres apresentam 3,28 mais associações de alergias a pneumopatias que homens ($p=0,013$). A prática de atividade física foi mais associada ao sexo feminino (OR=3,89; $p=0,03$). Osteoporose foi mais prevalente em mulheres idosas com doença pulmonar (OR=10,75; $p<0,0001$), sendo também significativa quando associada ao tabagismo (OR=4,31; $p=0,009$).

Tabela 3. Doenças associadas apresentadas pelos idosos portadores de pneumopatias. São José do Rio Preto, SP, 2012.

	Masculino n=49 (%)	Feminino n=35 (%)	Total n=84 (%)
Doenças associadas			
Arritmia cardíaca	03 (6,1)	02 (5,7)	05 (6)
Acidente vascular cerebral (AVC)	09 (18,4)	02 (5,7)	11 (13,1)
Enxaqueca	01 (2)	03 (8,6)	04 (4,8)
Reumatismo	02 (4,1)	03 (8,6)	05 (6)
Fibromialgia	-	04 (11,4)	04 (4,8)
Gastrite	02 (4,1)	04 (11,4)	06 (7,1)
Lombalgia	04 (8,2)	04 (11,4)	08 (9,5)
Hipotireoidismo	01 (2)	03 (8,6)	04 (4,8)
Parkinson	03 (6,1)	03 (8,6)	06 (7,1)
Outras*	21 (42,9)	15 (42,9)	36 (42,9)
Total de eventos	46	43	89

* Doenças associadas que apresentam menos que três eventos por categoria.

Tabela 4. Fatores de risco apresentadas pelos idosos portadores de pneumopatias. São José do Rio Preto, SP, 2012.

Fatores de risco	Masculino (n=49)	Feminino (n=35)	Total (n=84)	OR	p (χ^2)
Diabetes <i>Mellitus</i>	14 (28,6%)	05 (14,3%)	19 (22,6%)	2,40	0,061
Hipertensão arterial sistêmica (HAS)	27 (91,8%)	17 (48,6%)	44 (52,4%)	1,30	0,277
Sedentarismo	45 (53,6%)	27 (77,1%)	72 (85,7%)	3,33	0,029*
Etilismo	11 (22,4%)	03 (8,6%)	14 (16,7%)	3,09	0,046*
Depressão	07 (14,3%)	17 (48,6%)	24 (28,6%)	5,67	>0,001*
Histórico de tabagismo	36 (73,5%)	20 (57,1%)	56 (66,7%)	3,00	0,013*
Total de eventos	140	89	229		

OR=Odds Ratio - Nível de associação entre o sexo e fatores de risco; *Associação significativa ao sexo para a presença de fator de risco cardiovascular em idosos com pneumopatias, por meio do teste qui-quadrado (χ^2).

Tabela 5. Eventos apresentados pelos idosos-portadores de pneumopatias. São José do Rio Preto, SP, 2012.

	Masculino	Feminino	Total
Histórico de tabagismo			
Ex-tabagista	30	09	39
Fumante passivo	01	05	06
Fumante	05	06	11
Alergia	10	16	26
Poeira	04	08	12
Medicamentos	03	07	10
Outros	03	01	04
Locomoção dependente	09	05	14
Prática atividade física	09	04	13
Osteoporose	21	06	28

DISCUSSÃO

Previamente, observamos prevalência de pneumopatias em idosos.⁴ Com o envelhecimento populacional, identificam-se instalação e mudança do perfil de saúde da população brasileira, sendo mais prevalente as doenças crônicas e suas morbidades, desta forma, necessitando do uso direto dos serviços de saúde.⁵ Sendo assim, é fundamental estudar especificamente essa população, haja vista sua alta prevalência e os custos socioeconômicos.

A DPOC foi a pneumopatia mais prevalente e o histórico de tabagismo um dos principais fatores de risco, sendo este mais associado aos homens. Os mesmos resultados foram observados em indivíduos de diferentes faixas etária.⁴ Considerando a interação do tabagismo com doença pulmonar, o tabaco aumenta a chance de desenvolver DPOC, entretanto, existe a necessidade de susceptibilidade do indivíduo para que a condição patológica seja instalada.⁶ Na população brasileira, o número de morbimortalidade devido ao DPOC vem aumentando nos últimos vinte anos, sendo um cenário preocupante, visto que a doença é passível de prevenção, portanto, é fundamental investir contra o tabagismo.^{7,8}

A dispneia foi a queixa principal. Segundo a *American Thoracic Society*,⁹ esse termo refere-se ao desconforto respiratório com intensidade variada diagnosticado a partir de experiências subjetivas dos indivíduos. Tal queixa é provida de respostas comportamentais e fisiológicas, que são influenciadas pelo meio, psique e por fatores fisiológicos.⁹

Idosas apresentaram maior associação com diagnóstico de asma brônquica, assim como em outros relatos.¹⁰⁻¹³ O reconhecimento dessa condição patológica aprimora diagnóstico, notificações e otimiza testes diagnósticos para esses pacientes, além de reduzir erros durante a admissão.¹² Existe, predominantemente, associação entre asma e alergias em mulheres,¹⁴ justificando o resultado encontrado com maior associação entre os dois quadros clínico e o sexo feminino.

O sedentarismo foi o principal fator de risco cardiovascular apresentado pelos pacientes, sendo que homens apresentaram mais associação com o sedentarismo e com dificuldade de deambular, enquanto mulheres demonstraram maior prática de atividade física. A inatividade física é um fator característico de algumas doenças pulmonares, um fator de risco para que os sintomas se agravem

e, conseqüentemente, um marcador de condição de saúde.¹⁵ Dentro deste contexto, espera-se uma maior expectativa de vida nas idosas.

AVC foi a doença mais frequente nos pacientes admitidos para reabilitação pulmonar. Pneumopatias, como pneumonia e embolismo pulmonar, são complicações prevalentes pós-AVC, sendo diretamente relacionadas ao imobilismo.¹⁶ Portanto, a fisioterapia precoce no ambiente hospitalar é de fundamental importância.

A depressão esteve mais prevalente em idosas pneumopatas. Esse resultado também é observado na população idosa geral e estão relacionados ao declínio da função física e à má qualidade de vida.¹⁷ Outra doença crônica prevalente em mulheres é a osteoporose.¹⁷ Neste estudo, observou-se que a osteoporose foi também associada ao histórico de tabagismo, simultaneamente, assim como outra pesquisa.¹⁸ O tabagismo reduz a densidade mineral óssea, possivelmente, devido às modificações nos níveis de estradiol, de soro *parathyroid* e nos níveis de vitamina D que, conseqüentemente, alteram a absorção de cálcio no sistema digestório e a renovação das células ósseas.¹⁹

Durante o desenvolvimento da pesquisa, observamos que a análise a partir do levantamento de prontuário dificulta a execução da coleta, pois

leva a perda de indivíduos incluídos na pesquisa, devido a algumas falhas durante a avaliação admissional. Porém, os resultados demonstraram-se de extrema importância, principalmente pela escassez de estudos acerca da temática. Assim, sugerimos que estudos futuros, com caráter prospectivo e que avaliem a efetividade dos programas de prevenção e tratamento em idosos com base nos resultados desta pesquisa, sejam realizados.

CONCLUSÃO

O diagnóstico e a queixa principal mais frequentes foram DPOC e dispneia, respectivamente. Idosas apresentaram maior associação com diagnóstico de asma brônquica e mais doenças associadas à pneumopatia. AVC é a doença mais associada à doença pulmonar. Sedentarismo, dificuldade de deambular, etilismo e histórico de tabagismo são mais associados ao sexo masculino, enquanto depressão, presença de alergias, prática de atividade física e osteoporose ao feminino. Assim, este estudo chama atenção para a necessidade de investimentos em prevenção, promoção da saúde do idoso, novos protocolos de atendimento e aprimoramento dos tratamentos fisioterápicos que, certamente, resultarão em melhor qualidade de vida para esses pacientes.

REFERÊNCIAS

1. Chen PY, Wei SH, Hsieh WL, Cheen JR, Chen LK, Kao CL. Lower limb power rehabilitation (LLPR) using interactive video game for improvement of balance function in older people. *Arch Gerontol Geriatr.* 2012;55(3):677-82.
2. Serón P, Riedemann P, Sanhueza A, Doussoulín A, Villarroel P. Validación del Cuestionario de la enfermedad respiratoria crónica en pacientes chilenos con limitación crónica del flujo aéreo. *Rev. méd. Chile.* 2003;131(11).
3. Rosa AM, Ignotti E, Hacon SS, Castro HÁ. Análise das internações por doenças respiratórias em Tangará da Serra – Amazônia Brasileira. *J Bras Pneumol.* 2008;34(8):575-82.
4. de Melo Neto JS, Mendes AP, Aragão I, Alves AS, Correa PR, Romano EM. Perfil dos Pacientes Atendidos no Setor de Fisioterapia Cardiorrespiratório de uma Clínica Escola de São José do Rio Preto - SP. *Arquivos de Ciências da Saúde (FAMERP).* 2012;19:108-112.
5. Souza EA, Scochi MJ, Maraschin MS. Estudo da morbidade em uma população idosa. *Esc Anna Nery.* 2011;15(2):380-8.
6. Churg A, Cosio M, Wright JL. Mechanisms of cigarette smoke-induced COPD: insights from animal models. *Am J Physiol Lung Cell Mol Physiol.* 2008;294(4):L612-31.

7. Laizo A. Doença pulmonar obstrutiva crônica: Uma revisão. *Rev Port Pneumol*. 2009;15(6):1157-66.
8. de Melo Neto JS, Stroppa Marques AEZ, Gomes FC. Characterization of patients with COPD admitted in pulmonary rehabilitation center. *MTP&RehabJournal*. 2014;12:216-219.
9. American Thoracic Society. Dyspnea. Mechanisms, assessment, and management: a consensus statement. *Am J Respir Crit Care Med*. 1999;159(1):321-40.
10. Ray M, Sano M, Wisnivesky JP, Wolf MS, Federman AD. Asthma control and cognitive function in a cohort of elderly adults. *J Am Geriatr Soc*. 2015;63(4):684-91.
11. Moorman J, Rudd R, Johnson C, King M, Minor P, Bailey C, et al. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). National surveillance for asthma-United States 1980–2004. *MMWR Surveill Summ*. 2007;56:1-54.
12. Yáñez A, Cho SH, Soriano JB, Rosenwasser LJ, Rodrigo GJ, Rabe KF, et al. Asthma in the elderly: what we know and what we have yet to know. *World Allergy Organ J*. 2014;7(1):8.
13. Ponte EV, Stelmach R, Franco R, Souza-Machado C, Souza-Machado A, Cruz AA. Age is not associated with hospital admission or uncontrolled symptoms of asthma if proper treatment is offered. *Int Arch Allergy Immunol*. 2014;165:61-7.
14. Soriano JB, Visick GT, Muellerova H, Payvandi N, Hansell AL. Patterns of comorbidities in newly diagnosed COPD and asthma in primary care. *Chest*. 2005;128:2099-107.
15. Rohrer V, Schmidt-Trucksäss A. Impact of exercise, sport and rehabilitation therapy in asthma and COPD. *Ther Umsch*. 2014;71(5):295-300.
16. Kelly J, Hunt BJ, Rudd A, Lewis RR. Pulmonary embolism and pneumonia may be confounded after acute stroke and may co-exist. *Age Ageing*. 2002;31(4):235-9.
17. Corrao S, Santalucia P, Argano C, Djade CD, Barone E, Tettamanti M, et al. REPOSI Investigators. Gender-differences in disease distribution and outcome in hospitalized elderly: data from the REPOSI study. *Eur J Intern Med*. 2014;25(7):617-23.
18. Body JJ, Moreau M, Bergmann P, Paesmans M, Dekelver C, Lemaire ML. Absolute risk fracture prediction by risk factors validation and survey of osteoporosis in a Brussels cohort followed during 10 years (FRISBEE study). *Rev Med Brux*. 2008;29(4):289-93.
19. Shen GS, Li Y, Zhao G, Zhou HB, Xie ZG, Xu W, et al. Cigarette smoking and risk of hip fracture in women: A meta-analysis of prospective cohort studies. *Injury*. 2015. [Epub ahead of print]

Recebido: 16/07/2015

Revisado: 22/03/2016

Aprovado: 11/07/2016

Desenvolvimento de um programa de treino cognitivo para idosos

Development of a cognitive training program for the elderly

Mariana Teles Santos Golino¹
Carmen Elvira Flores-Mendoza²

ARTIGOS ORIGINAIS / ORIGINAL ARTICLES

Resumo

Introdução: Dentre as modalidades não farmacológicas de intervenção para idosos, o treino cognitivo apresenta-se como uma alternativa promissora para atenuar ou retardar os efeitos do envelhecimento sobre a cognição. **Objetivo:** Apresentar os procedimentos de desenvolvimento de um protocolo de treino cognitivo para idosos saudáveis em um contexto brasileiro. **Método:** Foram elaboradas tarefas cognitivas com foco na estimulação e ensino de estratégias voltadas para atenção, velocidade de processamento, memória episódica e memória de trabalho. As tarefas foram distribuídas em 12 sessões de treino individual, com frequência semanal e duração dos encontros de 90 minutos cada. Como medidas cognitivas para avaliar os efeitos do treino, foram utilizados cinco subtestes da Escala Wechsler de Inteligência para Adultos (WAIS-III). O protocolo foi testado em um grupo de 15 idosos: o grupo experimental (GE, n=7), com idade entre 70 e 82 anos (M=73,57, DP=4,11) e média de escolarização de 5,8 anos (DP=1,02); e o grupo controle (GC, n=8), com idade entre 69 a 77 anos (M=74,00, DP=4,58) e média de escolarização de 2,88 anos (DP=2,58). **Resultados:** O teste ANOVA revelou efeito de treino para três subtestes: Códigos [F(1)=5,40, p=0,03, $\eta^2_G=0,09$], Aritmética [F(1)=9,03; p=0,01, $\eta^2_G=0,004$] e Completar Figuras [F(1)=8,01; p=0,01, $\eta^2_G=0,19$]. Não foram observados efeitos de ganho para Raciocínio Matricial [F(1)=1,43, p=0,25] e Dígitos [F(1)=10,04, p<0,001]. **Conclusão:** Os resultados deste estudo piloto apontam para a importância de testar o impacto do programa desenvolvido em um ensaio clínico randomizado para verificar seus efeitos no desempenho mental de idosos. Conclui-se sobre a importância de uma maior divulgação, na literatura, dos procedimentos de construção das tarefas dos programas de treino cognitivo, bem como da formulação das estratégias de intervenção.

Palavras-chave: Idosos.
Cognição. Treino Cognitivo.

Abstract

Introduction: Plasticity in intellectual functioning has been the target of significant research investment. Among non-pharmacological interventions, cognitive training appears as a promising option for delaying the effects of aging on cognition. **Objective:** The present study describes the procedures of a cognitive training program for healthy Brazilian

¹ Universidade Federal da Bahia, Instituto Multidisciplinar de Saúde, Vitória da Conquista, Bahia, Brasil

² Universidade Federal de Minas Gerais, Laboratório de Avaliação das Diferenças Individuais, Minas Gerais, Brasil.

elderly persons (without diagnosis of dementia). *Method:* Cognitive tasks for the training of attention, processing speed, episodic memory and working memory were carried out. The program training was performed over 12 individual sessions, and included an Instruction Book, a Stimulus Book and Protocol Record. To assess the effects of training, five subtests of the WAIS-III test were used: Picture completion, Coding, Arithmetic, Matrix Reasoning and Digit Span. The cognitive training program was tested with 15 individuals, divided into an experimental group (EG), which received training, and a control group (CG). The EG was formed of seven participants, aged between 70 and 82 years ($M=73.57$, $SD=4.11$) and with an average schooling of 5.8 years ($SD=1.02$). The CG was formed by 8 participants, aged 69-77 years ($M=74.00$, $SD=4.58$), and who had an average schooling of 2.88 years ($SD=2.58$). *Results:* Repeated measures ANOVA revealed a training effect for three subtests: Coding: [$F(1)=5.40$, $p=0.03$, $\eta^2G=0.09$], Arithmetic [$F(1)=9.03$, $p=0.01$, $\eta^2G=0.004$] and Picture completion [$F(1)=8.01$, $p=0.01$, $\eta^2G=0.19$]. There were no gain effects for Matrix Reasoning [$F(1)=1.43$, $p=0.25$] and Digit Span [$F(1)=10.04$, $p<0.001$]. *Conclusion:* The results of this pilot study show the importance of testing the impact of cognitive training through a randomized clinical trial to verify its effects on the mental performance of older adults. The importance of greater disclosure in literature of the construction procedures involved in cognitive training tasks, as well as the formulation of intervention strategies, is highlighted.

Keywords: Elderly.
Cognition. Cognitive
Training

INTRODUÇÃO

No vasto campo das intervenções não farmacológicas para população idosa, uma das áreas que vem fortalecendo a produção científica nacional é a da intervenção cognitiva, na qual mecanismos cognitivos específicos são treinados em tarefas padronizadas, consistindo em uma maneira direta e experimentalmente controlada de investigar o grau de plasticidade no funcionamento intelectual durante o envelhecimento.¹ Um pressuposto subjacente às intervenções cognitivas é que a realização de exercícios mentais e o aprendizado de estratégias cognitivas têm o potencial de melhorar ou, pelo menos, preservar o funcionamento de determinado domínio. Outra premissa é que os efeitos da prática serão generalizados para além do contexto imediato da intervenção. A investigação do impacto de intervenções cognitivas no desempenho mental de idosos tem sido foco de interesse crescente na última década.²⁻⁵ Os principais resultados sugerem que intervenções adequadas produzem efeitos de aprendizagem, aumento de desempenho nas habilidades que foram alvo da intervenção e, mais raramente reportados, efeitos de generalização dos ganhos para contextos distintos da intervenção (como atividades cotidianas) e efeitos de transferência para habilidades cognitivas não

treinadas.⁶⁻¹⁰ Há evidências, também, de impacto positivo de tais intervenções no desempenho de idosos com declínio mental acentuado em decorrência de quadros demenciais, sugerindo a possibilidade de amenizar e/ou retardar os prejuízos cognitivos, embora o alcance das intervenções seja mais limitado em comparação com grupos não clínicos.¹¹⁻¹³

Em relação aos diversos tipos de intervenção cognitiva para faixa etária de idosos, o campo sofre com uma confusão no uso dos termos comumente utilizados para defini-los.^{14,15} A literatura utiliza diversos termos para descrever as técnicas de intervenção, sendo que os mais comumente utilizados são: estimulação cognitiva, treino cognitivo e reabilitação cognitiva. Contudo, apesar de muitas vezes serem usados como sinônimos, diferem quanto à metodologia empregada.¹⁶ A baixa concordância na utilização dos termos vem impondo barreiras nos estudos de metanálise, que se deparam com a tarefa de corrigir a classificação do tipo de intervenção reportada pelos autores. Neste sentido, um esforço de elaboração de um referencial taxonômico foi iniciado por Clare *et al* (2003) e, posteriormente, discutido e revisado por Belleville (2008), Mowszowski *et al.* (2010) e Bahar-Fuchs, Clare e Woods (2013). Com base neste trabalho de classificação, temos:^{17,18}

Estimulação Mental: também conhecido como *brain training*, refere-se à realização repetida de tarefas padronizadas, sendo muito comum no formato informatizado ou de games.¹⁹ É um tipo de intervenção bastante comum nas abordagens de viés neuropsicológico e vem sendo caracterizado pela comercialização de produtos no formato de jogos e games, por vezes disponibilizados em sites.* Uma característica marcante das intervenções do tipo *brain training* é a ausência de uma situação de aprendizagem estruturada e direcionada, já que esse tipo de intervenção tem como objetivo envolver o indivíduo em uma situação de esforço mental por meio da prática e repetição de tarefas. Por demandar pouco esforço de aprendizagem de estratégias, a estimulação mental vem sendo uma poderosa ferramenta para intervenção com grupos clínicos.²⁰

Treino cognitivo: essa modalidade de intervenção centra-se na prática guiada de um conjunto de tarefas padronizadas que refletem determinadas funções cognitivas, tais como memória, atenção, resolução de problemas, raciocínio, velocidade de processamento, dentre outros. Pode assumir o formato unimodal, voltado para o treino de uma habilidade específica (por exemplo, os treinos de memória episódica), ou multimodal, voltado para o treino de várias habilidades cognitivas. Os estímulos também podem ser do tipo “lápiz e papel” ou computadorizados. É comum, também, a inclusão de atividades da vida diária.^{21,22} A condução das atividades pode assumir a modalidade individual ou em grupo²³ ou ainda, pode ser facilitada por membros da família.²⁴ Diferencia-se da estimulação mental, pois acrescenta às tarefas cognitivas o ensino de estratégias para otimização do funcionamento mental.

Reabilitação cognitiva: esse tipo de intervenção destina-se a grupos clínicos e caracteriza-se tipicamente por envolver o paciente em uma gama de atividades gerais (incluindo a estimulação cognitiva) e discussões (comumente realizadas em grupos) e visam a melhoria geral do funcionamento cotidiano, cognitivo e social.²⁵ A reabilitação

tem como objetivo principal ajudar pacientes com demência em estágio inicial e moderada a aproveitarem ao máximo a sua memória e o funcionamento cognitivo, apesar das dificuldades que estão enfrentando.

No tocante aos treinos cognitivos, os mesmos podem assumir diferentes formatos, variando em relação 1) *Modalidade de condução*: sessões individuais ou coletivas; 2) *Habilidades-alvo*: intervenção multidomínio - delineada para estimular habilidades cognitivas de diferentes domínios - ou unimodal - quando as habilidades-alvo fazem parte de um mesmo domínio cognitivo; 3) *Formato dos estímulos*: do tipo “lápiz e papel” ou com tarefas computadorizadas; 4) *Medidas cognitivas*: As medidas podem cobrir as habilidades-alvo da intervenção (aquelas que se pretende intervir) para investigar os efeitos de transferência proximal (*near transfer*), ou as habilidades não-treinadas para investigar os efeitos de transferência distal (*far transfer*); 5) *Follow-up*: exames de acompanhamento a longo prazo para verificar os efeitos de durabilidade temporal da intervenção.

As evidências sobre a eficácia dos programas de intervenção cognitiva para idosos começou a despontar no cenário internacional na década de 1980 e focou, principalmente, na investigação da possibilidade de reverter o declínio relacionado à idade por meio de testes psicométricos cognitivos.²⁶⁻²⁸ Um dos estudos pioneiros de maior impacto foi o *Seattle Longitudinal Study – SLS*.²⁹ O quinto ciclo do SLS, em 1984, marcou a assunção de um importante papel do estudo, conduzido por Sherry Willis, que trouxe ao projeto o paradigma do treino cognitivo.²⁷

Na década seguinte, foi realizado um dos maiores ensaios clínicos randomizados de treino cognitivo para idosos, conhecido como *ACTIVE* (Advanced Cognitive Training for Independent and Vital Elderly) realizado entre abril de 1998 e dezembro de 2004, sob coordenação do New England Research Institute (NERI) e abrangendo seis áreas metropolitanas dos Estados Unidos.^{9,11,30,31} Cada grupo de intervenção recebeu 10 sessões de treino para uma das três habilidades cognitivas: 1) Treino de Memória Episódica (n=711); 2) Treino de

* Ex: <http://www.sharpbrains.com> e <http://www.luminous.br>

Raciocínio (n=705); e 3) Treino de Velocidade de Processamento (n=712). O grupo controle contou com 704 participantes. Foram conduzidos treinos de reforço (*booster*) de quatro sessões 11 e 35 meses após o treino original em 60% da amostra para cada um dos grupos de intervenção. Os resultados principais apontaram para um aumento em todas as habilidades treinadas em cada grupo ($p < 0,001$), com estabilidade temporal de dois e cinco anos. O acompanhamento de dez anos revelou efeitos de manutenção de ganho em habilidades treinadas apenas para os grupos de Raciocínio e Velocidade. O impacto dos programas de intervenção ainda não alcançou consenso na literatura internacional,^{2,32} porém, o extenso número de pesquisas possibilitou o início de trabalhos de metanálise e revisão

sistemática das evidências desde a década de 1990,³³ estendendo-se na última década.^{13,23,34-38}

No contexto brasileiro, os estudos sobre treino cognitivo para idosos foram iniciados no ano 2000 com o estudo do pesquisador Guilherme Wood.³⁹ Em uma revisão da literatura nacional, foram pesquisados, entre os janeiro de 1990 e julho de 2015 os termos (português e inglês): treino cognitivo, estimulação cognitiva, envelhecimento, idoso e brasileiro nas bases Scielo, PsycInfo e PubMed. Buscou-se também trabalhos de tese e dissertação disponíveis em bibliotecas digitais. Ao todo, foram identificados 21 estudos nacionais com desenho experimental. A relação dos estudos pode ser consultada no Quadro 1.

Quadro 1. Relação de estudos experimentais nacionais. Vitória da Conquista, BA, 2014.

Aramaki FO, Yassuda MS. Cognitive Training based on metamemory and mental images: follow-up evaluation and booster training effects. *Dementia and Neuropsychology*, 2011; 5(1): 48-53.

^{a,b}Brum PS. Treino de memória para idosos saudáveis e com comprometimento cognitivo leve: benefícios sobre parâmetros cognitivos (Dissertação). São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2012.

Carvalho FC, Neri A, Yassuda MS. Treino de Memória Episódica com ênfase em categorização para idosos sem demência e depressão. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 2010; 23(2): 317-323

^bChariglione IPF (2010). A influência de diferentes tipos de treinos cognitivos na memória de idosos institucionalizados (dissertação). Brasília (DF): Programa de pós-graduação em ciências do comportamento, Universidade de Brasília; 2010.

Chariglione IPF. Intervenções cognitivas para o aprimoramento da memória em idosos com envelhecimento cognitivo normal (Tese). Brasília (DF): Programa de Pós-Graduação em Ciências do Comportamento, Universidade de Brasília, 2014

^aIrigaray TQ, Filho IG, Schneider RH.. Efeitos de um treino de Atenção, Memória e Funções Executivas na cognição de idosos saudáveis. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 2010; 25(1): 188-202.

^bIrigaray TQ, Filho IG, Schneider RH. Efeitos de um treino de Atenção, Memória e Funções Executivas na cognição de idosos saudáveis. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 2010; 25(1): 188-202

Irigaray, T. Q., Schneider, R. H., & Gomes, I. (2004). Efeitos de um treino cognitivo na qualidade de vida e no bem-estar psicológico de idosos. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 24(4), 810-818.

^{a,b}Lasca VB. Treinamento de memória no envelhecimento normal: um estudo experimental utilizando a técnica de organização (Tese). São Paulo: Universidade Estadual de Campinas; 2003.

^bLima-Silva TB, Yassuda MS. Treino cognitivo e intervenção psicoeducativa para indivíduos hipertensos: efeitos na cognição. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 2010; 25(1): 30-40

Lima-Silva TB, Ordóñez TN, Santos GD, Fabricio AT, Aramaki FO, Almeida EB, et al Effects of cognitive training based on metamemory and mental images. *Dementia and Neuropsychology*, 2010; 4(2): 114-119.

^bLima-Silva TB, Oliveira ACB, Paulo DLV, Malagutti MP, Danzini VMP, Yassuda MS. Treino cognitivo para idosos baseado em estratégias de categorização e cálculos semelhantes a tarefas do cotidiano. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 2011; 14(1): 65-74.

^bOlchik MR. *Treino de memória: um novo aprender no envelhecimento* (Tese). Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2008.

^bOliveira TCG, Soares FC, Macedo LDD, Wanderley DL, Diniz P, Bento-Torres NVO, Picanço-Diniz CW. Beneficial effects of multisensory and cognitive stimulation on age-related cognitive decline in long-term-care institutions. *Clinical Interventions in Aging*, 2014;14(9): 309-321.

^bPaulo DLV, Yassuda MS. Elderly individuals with diabetes: adding cognitive training to psychoeducational intervention. *Educational Gerontology*, 2012; 38(4): 257-270.

^bSantos IB. *Oficinas de estimulação cognitiva em idosos analfabetos e com transtorno cognitivo leve* (Dissertação). Brasília (DF): Programa de Pós-Graduação em Gerontologia, Universidade Católica de Brasília; 2010

Silva HS, Yassuda MS. Memory Training for older adults with low education: mental images versus categorization. *Educational Gerontology*, 2009; 35(10): 890-905.

^bTeixeira-Fabrizio A, Lima-Silva TB, Kissaki PT, Vieira MG, Ordonez TN, Oliveira TB, et al. Treino cognitivo em adultos maduros e idosos: impacto de estratégias segundo faixas de escolaridade. *Psico-USF*, 2012; 17(1): 85-95.

^{a,b}Yassuda MS, Batistoni SST, Fortes AG, Neri AL. Treino de memória no idoso saudável: benefícios e mecanismos. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 2006; 19(3): 470-481.

^bZimmermann N, Netto TM, Amodeo MT, Ska B, Fonseca RP. Working memory training and poetry-based stimulation programs: are the differences in cognitive outcomes in healthy older adults? *NeuroRehabilitation*, 2014; 35(1): 159—170.

^{a,b}Wood GMO. *Efeitos do nível de auto-eficácia cognitiva percebida e de programas de treinamento cognitivo sobre a capacidade de memória de trabalho de indivíduos idosos* (dissertação). Belo Horizonte: Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal de Minas Gerais; 2000.

a=estudo reportou procedimentos de construção do protocolo de treino; b=estudo detalhou as tarefas cognitivas utilizadas no treino.

Esse início tardio em relação às pesquisas internacionais nos levou a um menor acúmulo de evidências sobre a eficácia das intervenções brasileiras e, naturalmente, a um número reduzido de protocolos de intervenção padronizados para nosso contexto. Ademais, constata-se que a divulgação dos procedimentos de construção das intervenções e a descrição das tarefas cognitivas utilizadas no treino é, por vezes, negligenciada. Dos 21 estudos nacionais revisados, apenas 5 trabalhos (23%) detalharam os procedimentos de construção das tarefas cognitivas e estratégias utilizadas ou indicaram as fontes de autoria do protocolo (no caso de uso de protocolos construídos por outros autores) (Quadro 1). Em relação à especificação das tarefas, 14 (66%) divulgaram com adequado nível de detalhamento as tarefas cognitivas e estratégias mnemônicas utilizadas na intervenção (Quadro 1).

Este artigo objetiva apresentar os procedimentos de desenvolvimento de um treino cognitivo para idosos, elaborado para o contexto brasileiro e detalhar as tarefas e estratégias de intervenção utilizadas. Objetiva-se, também, reportar os

resultados preliminares do protocolo de treino testado em um estudo piloto.

MÉTODOS

Desenvolvimento do Protocolo de Treino Cognitivo

No tocante aos procedimentos para desenvolvimento das tarefas do treino, optou-se, em primeiro lugar, por elaborar um protocolo original para o contexto brasileiro, ao invés de utilizar protocolos já construídos por outros autores. O que motivou essa primeira opção foi a lacuna, tanto na literatura nacional quanto internacional, de protocolos de treino multimodais do tipo “lápiz e papel” para idosos que sejam divulgados ou disponibilizados com adequado detalhamento para a comunidade acadêmica contendo, por exemplo, instruções de aplicação, estímulos e formulário de registro do desempenho dos participantes.

A primeira etapa consistiu em uma revisão dos estudos internacionais e nacionais sobre intervenção cognitiva para idosos, focando especialmente nos

ensaios clínicos randomizados e nos trabalhos de metanálise e de revisão sistemática da literatura para definir as escolhas sobre aspectos estruturais da intervenção. Essa primeira etapa resultou na decisão dos seguintes aspectos sobre o formato e estrutura do protocolo:

a) Modalidade individual *versus* coletiva: optou-se pela modalidade individual de condução das sessões de treino, posto que a maioria dos estudos brasileiros apresentam propostas de intervenção coletiva.³⁹⁻⁴¹ Portanto, há uma carência de evidências para treinos individuais, o que inviabiliza a comparação entre as duas modalidades. Apesar do argumento recorrentemente utilizado na literatura nacional de que o treino coletivo aumenta a motivação e adesão dos participantes,²³ há o contraponto de não ser possível delinear uma intervenção adaptada ao nível de habilidade individual em sessões coletivas de treino.

b) Intervenção multidomínio *versus* unimodal: optou-se por construir uma intervenção voltada para múltiplas habilidades, com uma grande diversidade de tarefas, com base em alguns achados que apontam para uma maior eficácia dos treinos multidomínio.^{42,43} Em contrapartida, em estudo de metanálise foi reportado um maior tamanho de efeito após a intervenção para o treino exclusivo em velocidade de processamento em comparação com o treino multidomínio.³⁴ Optou-se, na presente pesquisa, pelo desenvolvimento de um treino com foco nas habilidades de atenção concentrada, velocidade de processamento, memória episódica e memória de trabalho.

c) Estratégias mnemônicas: para as sessões destinadas ao treino de memória episódica, optou-se, em sua maioria, por estratégias compensatórias, devido à sua maior adequação ao público-alvo da pesquisa,¹² quais sejam: visualização mental, associação face-nome e associação de ideias. Uma estratégia classificada como restaurativa foi incluída no treino de memória por sua maior adequação às atividades de recordação de história: recuperação espaçada.¹²

d) Treino de atenção: optou-se por incluir exercícios de atenção anteriores ao treino de

memória, com base em achados que apontam um melhor aproveitamento do treino de memória quando precedido pelo treino de atenção (*pretraining*).⁴⁴

e) Formato “lápiz e papel” *versus* computadorizado: optou-se por construir tarefas do tipo “lápiz e papel” ao invés de informatizadas, posto que essas últimas podem funcionar como variáveis intervenientes, devido a eventuais dificuldades da população com tecnologia computadorizada.

f) Formato adaptado: optou-se por adotar um formato de intervenção adaptado em dois aspectos: 1) Nível de desempenho do participante: a realização das tarefas do protocolo foi condicionada ao desempenho cognitivo dos participantes, de forma a evitar cansaço e frustração decorrentes da realização de itens muito além do seu nível de habilidade; 2) Atividades cotidianas: algumas tarefas de memória episódica foram elaboradas de forma a aplicar as estratégias aprendidas a situações cotidianas individuais.

Após a definição sobre aspectos estruturais do protocolo, foram estipulados critérios gerais de intervenção, a serem conduzidos pelo aplicador durante a realização das tarefas. O estabelecimento dessas diretrizes teve como objetivo padronizar a aplicação da intervenção, com instruções específicas sobre como intervir para aumentar o desempenho na tarefa. Três diretrizes para condução das tarefas foram delineadas.

- Níveis de dificuldade: decidiu-se por elaborar itens organizados em três níveis de dificuldade: fácil, médio e difícil. Cada nível foi composto por cerca de três itens.
- Critérios de Interrupção: foram elaborados critérios de interrupção para o participante em relação aos três níveis de dificuldade, possibilitando ao programa um formato de aplicação adaptado ao grau de desempenho do participante. Essa mudança foi planejada com o intuito de se obter uma atenuação do efeito de cansaço nos participantes e um aumento da motivação e adesão ao programa.

- Número de tentativas: a maioria das tarefas apresenta itens classificados como “Segunda Tentativa” ou “Segunda Estimulação”. Esse conjunto de itens é precedido de um conjunto de intervenções (instruções sobre dicas e auxílios e/ou estratégias cognitivas) que visam ao aumento do desempenho na tarefa.

Finalmente, foi elaborado um conjunto de tarefas para cada habilidade-alvo do protocolo de treino, planejado para ser aplicado no decorrer de doze sessões. O Quadro 2 detalha, para cada domínio cognitivo treinado, as tarefas utilizadas, sua descrição e especificação quanto ao número de itens.

Quadro 2. Descrição das tarefas do treino cognitivo por sessão. Vitória da Conquista, BA, 2014.

Sessão 01			
Domínios Cognitivos	Tarefas	Descrição	Nº de itens
Atenção Concentrada e Velocidade de Processamento	Explicando a atenção	Informações ao participante sobre o que é a atenção, como esta habilidade afeta nossa rotina e como podemos melhorá-la.	/
	Jogo dos Sete Erros	Identificar diferenças entre duas figuras;	
	Labirintos	Preencher o caminho correto de labirintos, sem ultrapassar as linhas, com controle do tempo; Repetir um mesmo labirinto na metade do tempo gasto na primeira realização.	Fácil – 3 itens Médio – 3 itens Difícil – 3 itens
Sessão 02			
Domínios Cognitivos	Tarefas	Descrição	Nº de itens
Memorização de estímulos visuais	Figuras	Analisar uma figura e reproduzi-la com exposição; Analisar uma figura e, na ausência da mesma, reproduzi-la.	Fácil – 3 itens Médio – 3 itens Difícil – 2 itens
	Cinema	Assistir o curta-metragem “Solo” e responder às perguntas sobre a história e os personagens	1 item
Sessão 03			
Domínios Cognitivos	Tarefas	Descrição	Nº de itens
Atenção para estímulos auditivos e Memória Episódica	Estimulação Sonora	Identificar, no conjunto de várias palavras, aquela que está errada ou não existe.	10 itens
	Recontando Histórias	Ouvir atentamente uma história, dividida em trechos; Recontar a história parcialmente; Recontar a história completa.	Fácil – 3 itens Médio – 3 itens Difícil – 3 itens

continua

Continuação do Quadro 2

Sessão 04			
Domínios Cognitivos	Tarefas	Descrição	Nº de itens
Atenção Concentrada e Velocidade de Processamento	Busca Visual	Marcar o estímulo-alvo dentro de um conjunto de estímulos distratores, com controle de tempo; Repetir a tarefa na metade do tempo gasto na primeira realização.	Fácil – 3 itens Médio – 3 itens Difícil – 3 itens
	Filme	Discussão do curta-metragem “Dona Cristina perdeu a memória”.	1 item
Sessão 05			
Domínios Cognitivos	Tarefas	Descrição	Nº de itens
Memória Episódica (estratégia de visualização mental)	Visualização	Fechar os olhos e descrever o ambiente ao redor; observar imagem de uma casa e, na ausência da figura, descrevê-la;	2 itens
	Fotografia	Analisar fotografias pessoais e, na ausência das imagens, descrevê-las e responder perguntas sobre elas.	2 itens
	Partes do Corpo	Imaginar que cada parte do corpo se transforma em um objeto diferente	6 itens
	Visualizando Figuras	Analisar figuras e, em sua ausência, visualizá-la na mente para responder a perguntas sobre a mesma	3 itens
Sessão 06			
Domínios Cognitivos	Tarefas	Descrição	Nº de itens
Memória Episódica (estratégia de associação de ideias)	Associação de Idéias	Construir associações para memorizar tarefas	3 itens
	Implementando Ações Futuras	Imaginar-se realizando ações futuras	1 item
	Medicamentos	Construir associações para memorização de medicamentos	Variável de acordo com número de medicamentos do participante
	Compromissos	Construir associações para memorização de compromissos	Variável de acordo com número de compromissos do participante
Sessão 07			
Domínios Cognitivos	Tarefas	Descrição	Nº de itens
Memória Episódica	Memorização de Nomes	Construir estratégias diversas para memorização de nomes de pessoas	11 itens

continua

Continuação do Quadro 2

Sessão 08			
Memória Episódica	Tarefas	Descrição	Nº de itens
	Memorização de Números	Construir estratégias diversas para memorização de números	3 itens
	Números importantes	Construir estratégias diversas para memorização de números pessoais importantes	Variável de acordo com números importantes do participante
Sessão 09			
Memória episódica	Tarefas	Descrição	Nº de itens
	Datas Comemorativas	Construir estratégias diversas para memorização de datas importantes	Variável de acordo com quantidade de datas comemorativas importantes para o participante
Sessão 10			
Domínios Cognitivos	Tarefas	Descrição	Nº de itens
Memória de Trabalho	Dominó Fonológico	O instrutor diz uma palavra e o participante deve evocar um nome que comece com a mesma sílaba da última sílaba da palavra dita pelo instrutor	10 itens
	Pa-pa-ra-pa-Pá	Contar o número de estímulos-alvo dentro de um conjunto de estímulos distratores, ao mesmo tempo em que entoa um ritmo	3 itens
Sessão 11			
Domínios Cognitivos	Tarefas	Descrição	Nº de itens
Memória de Trabalho	Sequência de Histórias	Ler trechos desorganizados de uma história para, ao final, recontá-la na ordem correta, sem auxílio de estímulos	4 itens
	Resgatando Histórias	Participante recebe cartões em branco e representa cada um com um evento marcante em uma década da vida. Ao final, organiza o material em ordem cronológica dos acontecimentos	1 item
Sessão 12			
Domínios Cognitivos	Tarefas	Descrição	Nº de itens
Memória de Trabalho	Meses	Participante deve repetir uma sequência de meses, ordenando de acordo com calendário	Fácil – 4 itens Médio – 4 itens Difícil – 4 itens
	Número de Letras	Responder o número de letras de palavras, sem auxílio de estímulos impressos	Fácil – 5 itens Médio – 5 itens Difícil – 5 itens

O material do programa de treino consistiu em três cadernos, de uso individual: 1) Caderno de Estímulos: reúne todos os estímulos apresentados ao participante; 2) Protocolo de Registros: foi construído um protocolo para registrar o desempenho do participante em todas as tarefas; 3) Caderno de Instruções: material elaborado para os aplicadores. Contém instruções detalhadas sobre os procedimentos de condução de cada sessão.

Os estímulos utilizados para aplicação das tarefas, bem como as instruções de aplicação e o formato do registro das respostas podem ser consultados em Santos (2015).⁴⁵ O protocolo de treino, após finalizado, consistiu-se de 12 sessões, cada uma com duração média de 90min, frequência semanal, na modalidade individual de aplicação.

Estudo Piloto

Conduziu-se um estudo piloto com o objetivo principal de proceder a adequações e correções no protocolo de treino, além de: 1) Verificar os efeitos do protocolo de treino no desempenho mental de idosos; 2) Verificar a adequação da linguagem das instruções das tarefas no tocante à sua compreensão; 3) Verificar a exequibilidade do planejamento das sessões em relação ao número de tarefas estipulado.

Participantes

Participaram deste estudo um grupo de 15 idosas. Foram utilizados como critérios de exclusão: a) déficit cognitivo severo reportado em entrevista de anamnese; b) Sintomas de depressão: Escala de Depressão Geriátrica (EDG-15), pontuação >5, de acordo com critérios para amostra brasileira;⁴⁶ c) Relato de diagnóstico de demência; d) Déficit visual e/ou auditivo grave que comprometesse a comunicação. Após a triagem, os participantes da amostra final (N=15; média de idade =73,13, DP=3,37; média de anos de escolarização =4,33, DP=2,44), todos do sexo feminino, foram divididos em dois grupos: grupo experimental (recebeu o treino) e grupo controle (não recebeu o treino, mas participou de encontros de dinâmica e de

cunho psicoafetivo). A divisão foi do tipo não aleatória ou por conveniência, posto que o grupo controle foi formado por integrantes de um centro de convivência para idosos. O grupo experimental (GE) foi formado por 7 participantes (n=7), com idade entre 70 e 82 anos (M=73,57, DP=4,11) e média de escolarização de 5,8 anos (DP=1,02). Já o grupo controle (GC) foi formado por 8 participantes (n=8), com idade entre 69 a 77 anos (M=74,00, DP=4,58), e média de escolarização de 2,88 anos (DP=2,58).

Instrumentos

Para triagem dos participantes, foram utilizados:

- Entrevista de anamnese: elaborada especialmente para a pesquisa, a entrevista abordou o quadro clínico de saúde atual e progresso do participante, presença de sintomas emocionais e cognitivos, diagnóstico de transtornos psiquiátricos e diagnóstico de demência senil.
- Escala de Depressão Geriátrica:^{46,47} tem como objetivo identificar e quantificar sintomas depressivos na população idosa. Para esta pesquisa, foi utilizada a versão reduzida da escala, composta por 15 itens, de acordo com critérios para amostra brasileira, com exclusão dos participantes com escore superior a 5.
- Mini Exame do Estado Mental:^{48,49} breve questionário de 30 pontos usado para rastrear perdas cognitivas e estimar a severidade de um quadro demencial. Inclui questões e problemas simples em áreas diversas: orientação no tempo e espaço, memória de curto prazo, aritmética, compreensão da linguagem e habilidades motoras básicas.

Medidas cognitivas pré e pós-treino

Para avaliação do desempenho cognitivo antes e após a condução do treino, foram utilizados cinco subtestes da Escala Wechsler de Inteligência para Adultos (WAIS-III):⁵⁰ Completar Figuras, Códigos,

Aritmética, Raciocínio Matricial e Dígitos. Os instrumentos foram aplicados individualmente, em uma sessão com intervalo de 15 minutos, ou em duas sessões, de acordo com a disposição e nível de cansaço dos participantes.

Instrumentos para avaliação dos aspectos estruturais do treino

Para avaliação do grau de compreensão das instruções pelos participantes, conduziu-se uma breve entrevista dirigida com cada integrante do GE. Para verificação da exequibilidade do formato proposto nas sessões, os aplicadores responderam a um questionário no formato aberto para avaliação da qualidade dos estímulos, da forma de registro das respostas e das instruções para aplicação.

Procedimentos

Após a construção do protocolo de treino cognitivo e elaboração das tarefas, efetuou-se o recrutamento e convite dos idosos para participação no estudo. Os mesmos foram orientados sobre a pesquisa e aqueles que consentiram sua participação assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Um grupo de seis estudantes de Psicologia recebeu o treino para condução da intervenção e aplicação dos testes cognitivos. O treino dos monitores durou três meses e foi realizado sob a orientação criteriosa de uma das pesquisadoras responsável por este projeto, que também supervisionou a aplicação das atividades.

Sendo a intervenção conduzida individualmente, o número de sessões variou de acordo com o desempenho individual dos participantes (devido à velocidade na realização das tarefas e à aplicação de critérios de interrupção), algo atípico nos estudos de treino na modalidade coletiva, em que todos seguem o mesmo ritmo e, portanto, apresentam um número fixo de encontros. No estudo piloto, os aplicadores foram instruídos a interromper a sessão ao observar sinais de cansaço e a adiantar tarefas previstas para um próximo encontro caso o participante apresentasse alto rendimento. Aliado a isso, o

programa está no formato adaptativo: algumas tarefas que compuseram o domínio “Memória Episódica” trabalharam com atividades cotidianas dos participantes, tais como administração de medicamentos, compromissos, datas, números importantes, impossibilitando a padronização do tempo de aplicação. Esses fatores resultaram em um número de sessões variável, sendo que alguns participantes finalizaram o protocolo de treino previsto para acontecer em 12 encontros, em 9 sessões; ao passo que outros participantes precisaram de 13 encontros para finalizá-lo.

As medidas cognitivas foram aplicadas antes (pré-treino) e imediatamente após o treino (pós-treino), na modalidade individual. Ao final do estudo, cada participante recebeu, também, uma entrevista de devolutiva individual e um relatório escrito sobre seu desempenho no estudo. A entrevista dirigida com os participantes do GE para verificar a adequação da linguagem das instruções foi realizada sempre ao término de cada sessão. O questionário respondido pelos aplicadores para avaliar aspectos da exequibilidade do protocolo foi aplicado ao final da intervenção.

O projeto foi submetido à análise e aprovação no Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais, cumprindo com todas as normas e exigências éticas em sua condução (CAAE: 30885414.8.0000.5149).

Análise dos dados

Inicialmente, foram conduzidas estatísticas descritivas nos escores ponderados para cálculo da média e desvio padrão nos momentos pré e pós-teste no GE e GC. Em seguida, analisou-se as diferenças no pré-teste entre os dois grupos, por meio do teste Mann-Whitney. Em seguida, foi computado o teste de normalidade Shapiro-Wilk nos escores dos subtestes do WAIS-III. Esse teste é apropriado para amostras com menos de 100 participantes e testa a hipótese de que a amostra é proveniente de uma população com distribuição normal. Para os subtestes que refutaram a hipótese nula do teste de Shapiro-Wilk, ou seja, com valor de p superior a 0,05, foi conduzido o teste ANOVA

para medidas repetidas. Para os subtestes que apresentaram significância no teste Shapiro-Wilk conduziu-se o rank transformation ANOVA,⁵¹ teste não-paramétrico para avaliação de medidas repetidas. O cálculo do tamanho do efeito foi realizado pelo teste *eta generalized squared*.⁵² Todas as análises foram realizadas no software gratuito R. As entrevistas dirigidas com os participantes do GE, bem como o questionário de avaliação do protocolo respondido pelos aplicadores foram analisadas qualitativamente.

RESULTADO

O cálculo das estatísticas descritivas foi feito a partir dos escores ponderados dos subtestes do WAIS-III, consultados nas tabelas por faixa etária para amostra brasileira.⁵⁰ A Tabela 1 apresenta os resultados da média e desvio padrão para cada medida, separadas pelos grupos. De modo geral, os resultados indicam um aumento ou estabilização da pontuação em todas as medidas de pós-treino no GE, enquanto o GC apresentou uma estabilização ou leve declínio nos escores após a intervenção.

Observa-se, também, que o GC apresentou um menor desempenho nas medidas do pré-teste, em comparação com o GE, o que era esperado devido ao menor nível instrucional do GC. Para

verificar a significância estatística da diferença de desempenho entre os dois grupos no pré-teste, foi conduzido o teste Mann-Whitney, que revelou diferenças significativas entre os grupos antes da intervenção para Códigos ($U=48, p=0,02$), Aritmética ($U=52,5, p=0,005$) e Raciocínio Matricial ($U=49, p=0,01$). Não foram encontradas diferenças significativas entre os grupos no pré-teste para Completar Figuras ($U=43,5, p=0,08$) e Dígitos ($U=34, p=0,24$).

A fim de verificar a normalidade na distribuição dos dados, efetuou-se o teste de normalidade Shapiro-Wilk, que revelou distribuição normal para todas as medidas, exceto para o subteste Raciocínio Matricial ($W=0,80, p=0,004$). Desta forma, efetuou-se uma ANOVA para medidas repetidas nos subtestes: Completar Figuras, Códigos, Aritmética e Dígitos e para o subteste Raciocínio Matricial, conduziu-se o *rank transformation* ANOVA.

Os resultados da ANOVA para medidas repetidas revelaram efeito significativo de interação entre os fatores Tempo *versus* Grupo para Completar Figuras [$F(1)=8,01; p=0,01, \eta^2_G=0,19$], indicando um aumento significativo de desempenho para o GE entre o pré-teste e o pós-teste em comparação com o GC. Para o subteste Códigos também foi observado efeito significativo de interação entre

Tabela 1. Estatísticas descritivas para GE e GC. Vitória da Conquista, BA, 2014.

Subteste	Grupo Experimental				Grupo Controle			
	Pré-teste		Pós-teste		Pré-teste		Pós-teste	
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP
Completar Figuras	12,14	3,07	15,86	1,77	9,25	1,98	8,88	1,88
Códigos	8,86	1,46	10,86	3,02	7,00	1,06	6,75	1,48
Aritmética	9,29	3,09	10,29	3,25	4,75	1,90	3,88	1,24
Raciocínio Matricial	10,71	2,98	13,43	4,07	7,88	1,45	7,50	1,06
Dígitos (total)	10,57	3,04	13,00	3,41	8,71	2,21	8,13	1,35

os fatores Tempo *versus* Grupo [$F(1)=5,40, p=0,03, \eta^2_G=0,09$], indicando um aumento significativo de desempenho para o GE entre o pré-teste e o pós-teste. Houve, também um efeito significativo para o fator isolado Grupo [$F(1)=12,60, p=0,003, \eta^2_G=0,42$], indicando diferenças entre os grupos independente dos momentos do estudo. Para o subteste Aritmética, encontrou-se uma interação significativa para os fatores Tempo *versus* Grupo [$F(1)=9,03; p=0,01, \eta^2_G=0,004$], indicando que houve um aumento significativo de desempenho para o GE em comparação com o GC. Houve, também, um efeito significativo para o fator isolado Grupo [$F(1)=1,96, p<0,001, \eta^2_G=5,87$], indicando diferenças entre os grupos independente dos momentos do estudo. Para Dígitos, não houve efeito de interação Tempo *versus* Grupo, apenas efeito significativo para o fator Grupo isolado [$F(1)=10,04, p<0,001$], revelando diferenças significativas entre os grupos independente dos momentos. O subteste Raciocínio Matricial apresentou distribuição não normal e, portanto, efetuou-se o teste *rank transformation* ANOVA, teste não paramétrico para medidas repetidas. O resultado não indicou efeito significativo de interação Tempo *versus* Grupo [$F(1)=1,43, p=0,25$] para esta medida.

Após análise dos questionários respondidos pelos participantes do GE e aplicadores para avaliação de aspectos estruturais do programa, procederam-se as seguintes alterações no protocolo: 1) Exclusão da tarefa Jogo dos Sete Erros: a tarefa foi percebida como infantil pelos participantes e, pelos aplicadores, como sobrecarregando desnecessariamente a sessão, tendo em vista o baixo esforço cognitivo que foi demandado por ela; 2) As tarefas “Cinema” e “Filme” foram avaliadas pelos aplicadores como excessivas nas sessões. Porém, os participantes a avaliaram como atividades motivadoras e, portanto, decidiu-se alocá-las como opcionais; 3) Para a tarefa “Cópias”: participantes demonstraram resistência na sua realização por demandar desenhos e os aplicadores a avaliaram como demasiado extensa. Reduziu-se o número de itens e adequou-se as instruções na tentativa de alcançar maior adesão à tarefa; 4) As instruções para ensino da estratégia mnemônica

“associação de ideias” foram reformuladas, uma vez que foram avaliadas pelos participantes como pouco explicativas.

DISCUSSÃO

Durante as últimas décadas, o campo da intervenção cognitiva passou por importantes avanços no tocante ao desenvolvimento de técnicas, estratégias e formato dos programas de intervenção, além dos aspectos metodológicos dos estudos.^{23,34} Quando se comparou, porém, o número de evidências acumuladas na literatura internacional com o contexto nacional, um abismo impõe-se, especialmente no tocante à quantidade de protocolos de treino originalmente desenvolvidos para a população brasileira e, naturalmente, ao número de estudos com delineamento experimental para testar a eficácia de tais intervenções. Associada a essa lacuna, temos uma escassez de trabalhos científicos com foco na divulgação dos procedimentos de elaboração dos protocolos de treino, o que impõe algumas barreiras no avanço metodológico da área:

1. A geração atual de intervenções cognitivas é caracterizada por uma enorme heterogeneidade dos protocolos de treino - algo já sinalizado na literatura internacional² e observado nos estudos nacionais - que distinguem-se nos mais variados aspectos: estrutura, formato, número de sessões, tarefas cognitivas e estratégias mentais ensinadas. Essa heterogeneidade impõe ao campo uma dificuldade na condução de estudos de metanálise, imprescindíveis para que a área avance na resolução das suas divergências quanto à hipótese do enriquecimento cognitivo:** o alcance dos parâmetros adequados de comparação entre os estudos para efetuar as análises. Um dos maiores desafios reportados nos estudos metanalíticos consiste em alcançar os parâmetros adequados de comparação com uma gama tão heterogênea de intervenções.^{23,34,36}

** A hipótese do enriquecimento cognitivo trata da possibilidade de promover uma alteração estável na estrutura cognitiva de idosos. Para uma maior aprofundamento nessa discussão, ver: Hertzgov et al (2009) e Salthouse (2006).

2. A falta de uma adequada disponibilização dos protocolos utilizados nos estudos experimentais – com o detalhamento das tarefas, estímulos e instruções – fere o princípio da reprodutibilidade científica, dificultando ou mesmo impedindo que um mesmo protocolo de treino seja extensamente avaliado por outros pesquisadores em contextos distintos.

3. Finalmente, a lacuna na literatura nacional de estudos reportando os procedimentos de construção dos protocolos de treino impede que a área avance no alcance de um padrão ouro com diretrizes para o desenvolvimento de intervenções cognitivas.

A análise de um conjunto de 21 estudos nacionais na área revelou que apenas 5 trabalhos (23%) reportaram os procedimentos de desenvolvimento da intervenção utilizada ou informaram sobre as fontes de autoria nos casos de protocolos desenvolvidos por outros autores. É importante destacar, porém, que desse pequeno grupo nenhum estudo teve como foco principal a divulgação das etapas de desenvolvimento da intervenção. Ademais, pouco mais da metade dos estudos (61%) disponibilizou, com adequado grau de especificação, as tarefas utilizadas no treino. A partir dessas constatações, o presente artigo buscou divulgar as etapas e procedimentos para o desenvolvimento de um protocolo de treino cognitivo e reportar os resultados preliminares de seu impacto no desempenho mental de idosos.

Foram elaboradas diversas tarefas cognitivas, com foco na estimulação e ensino de estratégias voltadas para atenção concentrada, velocidade de processamento, memória episódica e memória de trabalho. As tarefas foram distribuídas em 12 sessões de treino individual, com frequência semanal e duração dos encontros de 1 hora e 30 minutos. Foram elaborados três cadernos para condução do treino: 1) Caderno de Instruções: para uso do monitor; 2) Caderno de Estímulos: reuniu todos os estímulos apresentados ao participante; 3) Protocolo de Registros: no qual foram registradas as respostas e desempenho do participante nos encontros.

O protocolo foi testado em um grupo de 15 idosos, dividido em grupo experimental,

que recebeu o treino, e o grupo controle, que não recebeu a intervenção. Das cinco medidas cognitivas utilizadas, o teste ANOVA revelou efeito de treino para três subtestes: foram observados efeitos de ganho do treino imediatamente após a intervenção para tarefas de atenção e velocidade de processamento Códigos: [F(1)=5,40, $p=0,03$, $\eta^2_G=0,09$]; para cálculo mental e memória de trabalho, avaliados pelo subteste Aritmética [F(1)=9,03; $p=0,01$, $\eta^2_G=0,004$]; e para a habilidade de categorização e identificação de detalhes essenciais e não-essenciais, avaliada por Completar Figuras [F(1)=8,01; $p=0,01$, $\eta^2_G=0,19$]. Não foram observados efeitos de ganho para o raciocínio, habilidade medida por Raciocínio Matricial [F(1)=1,43, $p=0,25$]; assim como não houve efeitos de treino para o subteste Dígitos [F(1)=10,04, $p<0,001$]. Em relação aos resultados qualitativos, os mesmos permitiram efetuar alterações importantes no protocolo do treino para o alcance de seu aprimoramento para estudos posteriores.

No tocante à relação dos achados desta pesquisa com as evidências internacionais, observa-se uma consonância com os resultados do projeto longitudinal *ACTIVE - Advanced Cognitive Training for Independent and Vital Elderly*,^{11,30} que reportou aumento no desempenho cognitivo imediatamente após o treino para os participantes do grupo que treinou atenção e velocidade de processamento. Em contrapartida, foram obtidos efeitos de intervenção para tarefas de memória episódica e raciocínio. Em metanálise mais recente de dez ensaios clínicos com idosos saudáveis,³⁴ reportou-se um tamanho de efeito importante para medidas de velocidade de processamento de 0,22 (d de Cohen), 0,16 para treinos de raciocínio, 0,15 para treinos multimodais e, com efeito mais fraco, para os treinos de memória (0,12). Em 2011, um estudo de revisão sistemática de 14 programas de intervenção para idosos saudáveis³⁵ encontrou que, em relação ao treino de atenção e velocidade de processamento, as intervenções foram eficientes e produziram melhorias significativas.

Em relação aos achados nacionais, destaca-se o estudo de Irigaray *et al.* (2004), que conduziram um treino de atenção e memória e encontraram efeitos da intervenção no grupo experimental

para algumas medidas cognitivas, dentre as quais destacam-se as medidas de memória de trabalho e memória verbal (reconhecimento). Assim como na presente pesquisa, em que foram identificados efeitos de treino para medida de atenção, Brum (2012) também encontrou efeito significativo para duas medidas de atenção, sendo uma delas o subteste Códigos. Em contrapartida, Chariglione (2013), reportou uma melhoria significativa do grupo experimental em medidas de memória episódica, resultado não alcançado nesta pesquisa.

Contudo, é importante salientar duas limitações na comparação dos resultados deste artigo com outros estudos: 1) Os resultados reportados neste artigo são restritos e não permitem concluir sobre a efetividade do treino no ganho cognitivo dos idosos, considerando o tamanho da amostra e a não randomização na distribuição dos participantes. Ademais, houve diferenças entre o GE e GC que limitaram a comparação entre os grupos; 2) O segundo obstáculo, já identificado e reportado nos estudos internacionais de metanálise trata da constatação de que diferentes tipos de treino e diferentes medidas cognitivas limitam a comparação entre as pesquisas, já que cada estudo apresenta peculiaridades quando à estrutura da intervenção, número de sessões, estratégias utilizadas e medidas cognitivas para acessar seus efeitos.³⁴

CONCLUSÃO

O presente estudo obteve êxito no alcance do objetivo de construção de um protocolo de treino cognitivo para idosos, com a sistematização de exercícios mentais e estratégias cognitivas em um material impresso e a possibilidade de registro de todo

o desempenho dos participantes em um protocolo à parte. Destaca-se que a observação de um maior desempenho do grupo experimental em três das cinco medidas cognitivas, após a intervenção, não permite concluir que houve um efeito significativo de treino, mas sinaliza positivamente para a necessidade de condução de um ensaio clínico randomizado para testar adequadamente os efeitos do programa. Destacam-se, como limitações do estudo na etapa de construção do protocolo de treino: A ausência de uma análise de juízes, na qual as tarefas poderiam ser julgadas por especialistas no tocante ao seu grau de representatividade das habilidades cognitivas pretendidas. Trata-se de um procedimento usual nos estudos de validade de conteúdo no campo da mensuração. No presente estudo, foi possível investigar as fontes de evidência de validade de conteúdo por meio da avaliação dos aspectos estruturais do treino feita pelos participantes e aplicadores. Em relação ao estudo piloto e o objetivo de verificação do impacto do treino no desempenho mental de idosos, destacam-se, como limitação, as diferenças de desempenho no pré-teste entre o GE e o GC para os subtestes Códigos, Aritmética e Raciocínio Matricial, e as diferenças de escolarização entre os dois grupos. Na agenda futura de pesquisas, os autores pretendem desenvolver três estudos: 1) Ensaio clínico randomizado com desenho experimental para aumentar o poder de inferência sobre os efeitos do treino cognitivo desenvolvido; 2) Condução de um estudo de validade estrutural, analisando-se o desempenho da amostra nas tarefas do treino para verificar se a estrutura fatorial subjacente ao protocolo corrobora o modelo teórico do mesmo, qual seja: atenção concentrada, velocidade de processamento, memória episódica e memória de trabalho.

REFERÊNCIAS

1. Kramer AF, Willis S. Cognitive plasticity and aging. In B. Ross (Ed), *Psychology of learning and motivation*, New York: Academic Press 2003; 43: 267–302.
2. Hertzog, C, Kramer, AF, Wilson, RS, Lindenberger, U. Enrichment Effects on Adult Cognitive Development: can the functional capacity of older adults be preserved and enhanced? *Psychological Science in the Public Interest*, 2009; 9 (1): 1-65.
3. Chein JM, Morrison AB. Expanding the mind's workspace: training and transfer effects with a complex working memory span task. *Psychonomic Bulletin & Review*, 2010; 17(2): 193–199.

4. Karbach J, Verhaeghen P. Making working memory work: a meta-analysis of executive control and working memory training in older adults. *Psychological Science*, 2014; 25: 2027–2037.
5. Melby-Lervag M, Hulme C. Is working memory effective? A meta-analytic review. *Developmental Psychology*, 2013; 49(2): 270–291. doi:10.1037/a0028228
6. Bergman-Nutley S, Soderqvist S, Bryde S, Thorell LB, Humphreys K, Klingberg, T. Gains in fluid intelligence after training non-verbal reasoning in 4-year-old children: a controlled, randomized study. *Developmental Science*, 2011; 14(3): 591–601.
7. Jaeggi SM, Buschkuhl M, Jonides J, Perrig WJ. Improving fluid intelligence with training on working memory. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 2008; 105(19): 6829–6833.
8. Klingberg, T, Bergman-Nutley, S. Effect of working memory training on working memory, arithmetics, and following instructions. *Psychological Research*, 2014; 78(6): 869-877.
9. Rebok GW, Ball K, Guey LT, Jones RN, Kim HY, King JW, et al. Ten-year effects of the Advanced Cognitive Training for Independent and Vital Elderly Cognitive Training Trial on Cognition and Everyday Functioning in Older Adult. *Journal of the American Geriatrics Society*, 2014, 62:16-24.
10. Strobach T, Frensch PA, Schubert T. Video game practice optimizes executive control skills in dual-task and task switching situations. *Acta Psychologica*, 2012; 140(1): 13–24.
11. Bahar-Fuchs A, Clare L, Woods B. Cognitive training and cognitive rehabilitation for mild to moderate Alzheimer's disease and vascular dementia. *The Cochrane Library* 2013, vol 6. Disponível em: <http://www.thecochranelibrary.com>
12. Simon SS, Yokomizo JE, Bottino, CM. Cognitive intervention in amnesic Mild Cognitive Impairment: a systematic review. *Neuroscience and Behavioral Review* 2012; 36(4): 1163-1178.
13. Valenzuela M, Sachdev P. Can cognitive exercise prevent the onset dementia? Systematic review of randomized clinical trials with longitudinal follow-up. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 2009; 17(3): 179-187.
14. Fernandez-Prado S, Conlon S, Mayan-Santos JM, Gandoy-Crego M.. The influence of a cognitive stimulation program on the quality of life perception among the elderly. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 2012; 54(1): 181–4.
15. Giordano M, Dominguez LJ, Vitrano T, Curatolo M, Ferlisi A, Di Prima A, et al. Combination of intensive cognitive rehabilitation and donepezil therapy in Alzheimer's disease (AD). *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 2010; 51(3): 245–9
16. Mowszowski L, Batchelor J, Naismith S L. Early intervention for cognitive decline: can cognitive training be used as a selective preventive technique? *International Psychogeriatrics*, 2010; 22: 537-548.
17. Clare L, Woods RT, Moniz-Cook ED, Orrell M, Spector, A. Cognitive rehabilitation and cognitive training for early stage Alzheimer's disease and vascular dementia, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2003, vol. 4. Disponível em: <http://www.thecochranelibrary.com>
18. Belleville, S. Cognitive training for persons with mild cognitive impairment. *International Psychogeriatrics*, 2008; 20 (1): 57–66.
19. Basak C, et al. Can training in a real-time strategy video game attenuate cognitive decline in older adults? *Psychology and Aging* 2008; 23, 765–777.
20. Valenzuela M.J, Sachdev P. Brain Reserve and cognitive decline: a nonparametric systematic review. *Psychological Medicine* 2006; 36: 1065-1073.
21. Neely AS, Vikstrom S, Josephsson S. Collaborative memory intervention in dementia: caregiver participation matters. *Neuropsychological Rehabilitation* 2009; 19(5): 696–715.
22. Zanetti O, et al. Effectiveness of procedural memory stimulation in mild Alzheimer's disease patients: a controlled study. *Neuropsychological Rehabilitation* 2001; 11: 263–72.
23. Kelly ME, et al. The impact of cognitive training and mental stimulation on cognitive and everyday functioning of healthy older adults: a systematic review and meta-analysis. *Ageing Research Reviews* 2014; 15: 28-46.
24. Quayhagen MP, et al. Coping with dementia: evaluation of four nonpharmacologic interventions. *International Psychogeriatrics* 2000; 12(2): 249–65.
25. Parente, MAMP. *Cognição e Envelhecimento*. Porto Alegre: Artmed; 2006.
26. Baltes PB, Lindenberger V. On the range of cognitive plasticity in old age as a function of experience: 15 years of intervention research. *Behavior Therapy*, 1988; 19: 283-300.
27. Schaie KW, Willis SL. Can decline in adult intellectual functioning be reversed? *Developmental Psychology*, 1986; 22(2): 223-232.
28. Willis SL., Nesselroade CS. Long term effects of fluid ability training in old-old age. *Developmental Psychology*, 1990; 26:905-910.
29. Schaie KW, Willis SL, Caskie GIL. The Seattle Longitudinal Study: Relationship between personality and cognition. *Aging, Neuropsychology and Cognition*, 2004; 11: 304–324.

30. Ball K, Berch DB, Helmers KF, Jobe JB, Leveck MD, Marsiske M, et al. Effects of cognitive training interventions with older adults: a randomized controlled trial. *JAMA*, 2002; 288: 2271–2281.
31. Jobe, J.B., Smith, D.M., Ball, K., et al. (2001). ACTIVE: a cognitive intervention trial to promote independence in older adults. *Control Clinical Trials*, 22(4), 453–79.
32. Salthouse TA. Mental exercise and mental aging: Evaluating the validity of the “use it or lose it” hypothesis. *Perspectives on Psychological Science*, 2006; 1: 68-87.
33. Verhaeghen P, Marcoen , Goossens L. Improving memory performance in the aged through mnemonic training: A meta-analytic study. *Psychology and Aging*, 1992; 7(2): 242-251.
34. Papp KV, Stephen JW, Peter JS. Immediate and delayed of cognitive interventions in healthy elderly: a review of current literature and future directions. *Alzheimer’s and Dementia*, 2009; 5: 50-60.
35. Tardif S, Simard M. Cognitive Stimulation Programs in Healthy Elderly: a review. *International Journal of Alzheimer Disease*, 2011; 1-14.
36. Martin M, Clare L, Altsgassen AM, Cameron MH, Zehnder F. Cognition-based interventions for healthy older people and people with mild cognitive impairment. *The Cochrane Library*, 2011; 11:1-51.
37. Reijnders J, van Heugten C, van Boxtel M, Cognitive interventions in healthy older adults and people with mild cognitive impairment: a systematic review. *Ageing Research Review*, 2013; 12: 263-275.
38. Law, LLF, Barnett F, Ya MK, Gray MA. Effects of combined cognitive and exercise interventions on cognition in older adults with and without cognitive impairment: a systematic review. *Ageing Research Review*, 2014; 15:61-75.
39. Wood GMO. Efeitos do nível de auto-eficácia cognitiva percebida e de programas de treinamento cognitivo sobre a capacidade de memória de trabalho de indivíduos idosos (dissertação). Belo Horizonte: Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal de Minas Gerais; 2000.
40. Yassuda MS, Batistoni SST, Fortes AG, Neri AL. Treino de memória no idoso saudável: benefícios e mecanismos. *Psicologia: Reflexão e Crítica* 2006;19(3): 470-481.
41. Chariglione IPF, Janczura, GA. Contribuições de um treino cognitivo para a memória de idosos institucionalizados. *Psico-USF* 2013; 18(1): 13-22.
42. Auffray C, Juhel J. General and differential effects of a multimodal cognitive training program for the elderly. *Annee Psychologique* 2001; 101(1): 65–89.
43. Willis SL, Tennstedt SL, Marsiske M, Ball K, Elias J, Koepke, et al. Long-term effects of cognitive training on everyday functional outcomes in older adults. *JAMA*, 2006; 296: 2805–2814.
44. Belleville S, Gilbert B, Fontaine F, Gangnon L, Ménard E, Gauthier S. Improvement of episodic memory in persons with mild cognitive impairment and healthy older adults: evidence from a cognitive intervention program. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 2006; 22: 486-499.
45. Santos MT. Desenvolvimento de um programa de treino cognitivo para idosos saudáveis (tese). Belo Horizonte: Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal de Minas Gerais; 2015.
46. Almeida OP, Almeida SA. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão Geriátrica (GDS) versão reduzida. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria* 1999, 57(2): 421-426.
47. Yesavage JA, et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J Psychiat Res* 1983 ;17:37-49.
48. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. Mini-mental state: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res* 1975;12(3):189-98.
49. Brucki, SMD, Nitrini R, Caramelli P, Bertolucci PHF, Okamoto IH. Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 2003; 61(3B): 777-781.
50. Nascimento, E. Adaptação, validação e normatização de uma amostra brasileira. Em: WAIS-III: Escala de Inteligência Wechsler para Adultos – manual para administração e avaliação. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2004.
51. Baguley, T. Dealing with messy data. In: Baguley, Thom: A guide to advanced statistics for the behavioral sciences. Basingstoke: Palgrave; 2012 Disponível em: <http://www.r-bloggers.com/beware-the-friedman-test/>
52. Bakeman R. Recommended effect size statistics for repeated measures designs. *Behavior Research Method* 2005; 37(3): 379-384.
53. Irigaray TQ, Schneider RH, Gomes I. Efeitos de um treino cognitivo na qualidade de vida e no bem-estar psicológico de idosos. *Psicologia: Reflexão e Crítica* 2004; 24(4): 810-818.

Recebido: 18/07/2015

Revisado: 10/03/2016

Aprovado: 06/07/2016

Adiposidade central em idosas de uma unidade geronto-geriátrica

Central adiposity among elderly women in a gerontology-geriatric unit

Marla Caroline Martins de Souza¹
Soraya Silva Nóbrega²
Marília Tokilko Oliveira Tomiya³
Ilma Kruze Grande de Arruda³
Alcides da Silva Diniz³
Maria Conceição Chaves de Lemos³

ARTIGOS ORIGINAIS / ORIGINAL ARTICLES

Resumo

Objetivo: Avaliar a adiposidade central em idosas assistidas em uma unidade geronto-geriátrica da Universidade Federal de Pernambuco. **Método:** O estudo teve delineamento transversal envolvendo uma amostra de 182 idosas com faixa etária entre 60 a 89 anos, atendidas no período janeiro-julho de 2011. As variáveis analisadas foram: circunferência abdominal (CA), índice de massa corporal, estilo de vida, presença de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), diabetes mellitus, colesterol total, condições socioeconômicas e demográficas. Aplicou-se o teste qui-quadrado e o teste exato de Fisher. Adotou-se o nível de significância de 5% para rejeição da hipótese de nulidade. **Resultado:** Das idosas avaliadas, 82,4% indicaram CA muito elevada, 57,2% apresentavam excesso de peso, 78,3% encontravam-se com hipercolesterolemia, 63,2% com HAS e 23,6% eram diabéticas, 61,5% encontravam-se entre 60 a 69 anos, 56% recebiam até 2 salários mínimos, 63,5% estudaram menos de 8 anos, 74,7% relataram não ser tabagista, 87,9% eram abstêmios e 51,4% sedentárias. Observou-se associação entre o Índice de Massa Corporal e AC ($p=0,000$). A AC tende apresentar cerca de 1,2 vezes no excesso de peso quando comparados com idosos sem AC. **Conclusão:** A elevada frequência de adiposidade central e o excesso de peso apontam a suscetibilidade dessa população, ainda que nenhuma associação com os fatores de risco cardiovascular tenha sido observada, impõe-se a necessidade de acompanhamento por equipe multidisciplinar para a identificação e tratamento desse agravo, contribuindo para a qualidade de vida dessa população.

Palavras-chave: Obesidade Abdominal. Idoso. Doenças Cardiovasculares. Circunferência Abdominal. Índice de Massa Corporal.

Abstract

Objective: To evaluate central adiposity in elderly women in a gerontology-geriatric care unit of the Universidade Federal de Pernambuco (the Federal University of Pernambuco). **Methodology:** A cross-sectional study involving a sample of 182 elderly women, aged from 60 to 89 years, who received care from January to July 2011, was performed. The variables analyzed were the socio-economic and demographic conditions, lifestyle,

¹ Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco, Programa de Residência em Nutrição. Recife, Pernambuco, Brasil.

² Universidade Federal de Pernambuco, Programa de Idoso – Núcleo de Atendimento ao Idoso. Recife, Pernambuco, Brasil.

³ Universidade Federal de Pernambuco, Departamento de Nutrição. Recife, Pernambuco, Brasil.

waist circumference (WC) and body mass index (BMI) of the women, as well as the occurrence of hypertension, diabetes mellitus and high total cholesterol levels. Yates' chi-squared test and Fisher's exact test were applied. A significance rate of 5% was adopted for the rejection of the null hypothesis. *Results:* Of the elderly women surveyed 82.4% had a WC signifying a large waist size, 57.2% were over-weight, 78.3% presented hypercholesterolemia, 63.2% had hypertension and 23.6% had diabetes. 61.5% were aged between 60 and 69 years old; 56% received up to two minimum salaries; 63.5% had less than eight years of schooling, 74.7% stated that they did not smoke, 87.9% did not drink alcohol; and 51.4 had sedentary habits. An association was observed between BMI and central adiposity (CA) ($p=0.000$). CA tended to be present around 1.2 times more frequently in elderly women with excess weight than among those who were not overweight. *Conclusion:* The high frequency of central adiposity and overweight indicates the susceptibility of this population to these factors. While no association with cardiovascular risk factors was observed, there is a clear need for monitoring by a multidisciplinary team, so as to identify and treat this debilitating condition, thereby contributing to the quality of life of this population.

Keywords: Obesity
Abdominal. Elderly.
Cardiovascular Diseases.
Abdominal Circumference.
Body Mass Index.

INTRODUÇÃO

As doenças crônicas não transmissíveis compreendem vasto espectro de patologias, entre elas, Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), diabetes mellitus tipo 2 (DM2), doenças cardiovasculares (DCV), respiratórias, osteomusculares, neuropsiquiátricas e certos tipos de neoplasias. Estas, por sua vez, estão diretamente relacionadas à incapacidade funcional encontrada em idosos e diminuição da qualidade de vida.¹

A obesidade é considerada uma doença crônica, caracterizada pelo excesso de tecido adiposo e está relacionada a várias comorbidades supracitadas. Além disso, o sobrepeso e a obesidade alteram o metabolismo e a bioquímica em todas as faixas etárias, incluindo os idosos e atingindo os dois gêneros.²

O acúmulo de tecido adiposo na região abdominal, nomeado também como Adiposidade Central (AC) ou obesidade androide, é considerado um fator de risco independente para diversas morbidades, representando risco diferenciado quando comparado com outras formas de distribuição de gordura corporal.³ Para determinação do tecido adiposo visceral, pode-se utilizar diferentes métodos como: a) Tomografia Computadorizada (TC) que é considerada, classicamente, o método mais eficaz e preciso;

entretanto, torna-se inviável seu uso rotineiro em função do seu alto custo e por submeter os indivíduos à radiação; b) ressonância nuclear magnética, que apresenta resultados similares à TC, no entanto, seu custo é ainda mais proibitivo que a tomografia para uso na rotina clínica e em pesquisas; c) Ultrassonografia é um método não-invasivo, com boa reprodutibilidade, rápido, de fácil manuseio e baixo custo, aparentando ser um exame útil e de boa aplicabilidade para mensurar a espessura visceral, no entanto, equipamento específico e um examinador bem treinado são requeridos.⁴ Na indisponibilidade dos métodos mais precisos, uma alternativa mais acessível seria a aferição da medida da Circunferência Abdominal (CA) que determina indiretamente a gordura visceral⁵ e é frequentemente avaliada na prática clínica e constitui uma aferição simples, de baixo custo e um importante sinalizador de complicações metabólicas e avaliação do risco cardiovascular,⁶⁻⁸ o que sugere a necessidade frequente dessa aferição na avaliação clínica e nutricional dos pacientes.¹¹

O aumento da população na terceira idade estimula a necessidade de estudos que investiguem o acúmulo de gordura abdominal relacionados ao risco de complicações metabólicas. Portanto, o presente estudo teve como objetivo avaliar a adiposidade central em idosas assistidas em uma unidade geronto-geriátrica.

MÉTODOS

A pesquisa teve delineamento transversal e foi realizada através de um banco de dados como parte de um projeto, sendo executada no Núcleo de Atenção ao Idoso (NAI), que representa uma unidade ambulatorial vinculada ao Programa do Idoso - PROIDOSO da Pró-Reitoria de Extensão da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). O NAI destina-se ao atendimento individual e em grupo de idosos com faixa etária igual ou maior de 60 anos, tendo por premissa a promoção e o incentivo de ações voltadas para a melhoria das condições de saúde dos pacientes assistidos, considerando os recursos disponíveis e o trabalho em equipe multidisciplinar.

A amostra foi composta por 182 idosas, selecionadas por conveniência, residentes na cidade de Recife, que faziam acompanhamento no ambulatório de Nutrição do NAI, no período de janeiro a julho de 2011.

Foram excluídos da pesquisa as pacientes amputadas, idosas portadoras de doenças catabólicas como hipertireoidismo, síndrome de imunodeficiência adquirida e neoplasias ou usuárias de medicamentos como corticoides, imunossuppressores e hormonioterapia, assim como a presença de edema ou ascite.

Dados referentes às condições socioeconômicas e demográficas foram coletados mediante entrevista com a paciente por meio do questionário da Associação Brasileira de Estudos Populacionais (ABEP).⁹ Esse instrumento foi construído com a utilização de técnicas estatísticas para definir grandes classes que atendam às necessidades de segmentação (por poder aquisitivo) e aplicado diretamente com o paciente durante a consulta ambulatorial.

A circunferência abdominal foi aferida com a paciente em pé, utilizando-se uma fita métrica não-extensível, com escala de 0-150 cm e resolução de 0,1cm. A fita circundava o indivíduo no ponto médio entre a última costela e a crista ilíaca e a leitura realizava-se no momento da expiração.¹⁰

As medidas de peso e altura foram realizadas em dualidade segundo a técnica proposta por Lohman.¹¹ Os participantes foram pesados utilizando-se uma balança eletrônica digital, tipo plataforma, da marca Filizola®, com capacidade máxima de 150 Kg e precisão de 100 g e a estatura foi medida com o paciente descalço, na posição de Frankfurt, por meio do estadiômetro fixo à balança plataforma com capacidade para 1,90 m e precisão de 1 mm. Para consistência dos dados, foram repetidas as medidas que apresentaram diferenças superiores a 100g para o peso, 0,5 cm para a altura e 0,1 cm para a circunferência da cintura.¹²

Para avaliação de risco de complicações metabólicas utilizou-se como ponto de corte para CA em mulheres caucasianas, sem risco (<80 cm); risco aumentado (≥ 80 cm) e risco aumentado substancialmente (≥ 88 cm).¹³ Foi utilizado para avaliação do estado nutricional o Índice de Massa Corporal (IMC) para idoso, de acordo com Lipschitz,¹⁴ cujos valores de classificação são definidos como baixo peso: $< 22 \text{ kg/m}^2$, eutrófico: 22 à 27 kg/m^2 , excesso de peso: $> 27 \text{ kg/m}^2$.

Foram coletados dados referentes aos hábitos de vida (consumo de bebidas alcoólicas, uso de tabaco e a prática de atividade física) através de entrevista com a paciente. Aplicou-se um questionário elaborado especificamente para pesquisa em pauta. Em relação ao tabagismo e consumo de álcool, definiu-se de acordo com a utilização de ambos, independente da frequência. Na avaliação da atividade física, foi considerado o critério de tempo para definição da condição de sedentarismo, classificando os idosos que praticavam menos de 150 minutos por semana de atividade física moderada como sedentários.¹⁵ Coletou-se também dados sobre a condição clínica: presença de HAS, pressão arterial sistólica igual ou maior a 140 mmHg e/ou uma pressão arterial diastólica igual ou maior a 90 mmHg, em indivíduos que não estão fazendo uso de medicação anti-hipertensiva de acordo com as diretrizes.¹⁶ As idosas que utilizavam medicação hipotensora também eram categorizadas dentro do grupo de hipertensas. Para o DM2, foram utilizados como critérios de diagnóstico: glicemia de jejum $\geq 126 \text{ mg/dL}$ e/ou

ocorrência de poliúria, polidipsia e perda ponderal, acrescidos de glicemia casual acima de 200mg/dL¹⁷ e para hipercolesterolemia, valores referenciais do perfil lipídico para adultos maiores de 20 anos utiliza (CT>200 mg/dL).¹⁸

O banco de dados foi tabulado no programa Microsoft Office Excel 2010 e a análise estatística foi realizada no programa Epi-info versão 6.04 [WHO/CDC, Atlanta, GE, USA] e SPSS versão 13.0 [SPSS INC., Chicago, IL, USA]. A análise estatística foi realizada em duas etapas: inicialmente, uma análise descritiva (univariada), para caracterizar a distribuição da ocorrência dos eventos incluindo a frequência de cada variável do estudo e intervalo de confiança de 95% e, em seguida, uma análise bivariada entre a variável dependente (adiposidade central) e as variáveis independentes, resultando na determinação da razão de prevalência (RP) e seu respectivo intervalo de confiança de 95% para cada característica estudada. O teste qui-quadrado foi empregado para avaliar a associação entre as variáveis e quando não aplicável foi empregado o teste exato de Fisher. O nível de significância de 5% para rejeição da hipótese de nulidade foi o adotado.

A pesquisa foi devidamente aprovada pelo comitê de ética da Universidade Federal de Pernambuco, mediante CAAE 413/11.

RESULTADO

Das 182 idosas avaliadas, 61,5% situavam-se entre a faixa etária de 60 a 69 anos. A renda *per capita* de 56% da população estudada era inferior a 1 até 2 salários mínimos. Quanto ao consumo de bebidas alcoólicas e ao tabagismo, a maioria referiu não ter o hábito, representando 87,9% e 74,7% respectivamente.

Foram consideradas algumas perdas, que aconteceram no momento da coleta, para as variáveis escolaridade, atividade física e elevação do colesterol que resultou em amostra final 181 para as duas primeiras variáveis e 180 para hipercolesterolemia. Quanto ao nível de escolaridade e a prática de atividade física da população estudada, 63,5% relataram ter estudado menos de 8 anos e 51,4% referiram não praticar atividade física.

No tocante as comorbidades associadas à progressão etária, observou-se que da amostra avaliada, 78,3% das entrevistadas apresentavam hipercolesterolemia, 63,2% eram portadoras de HAS e 23,6% foram diagnosticadas com DM2.

Em relação ao estado nutricional, 57,2% das idosas apresentavam excesso de peso, 82,4% indicaram circunferência abdominal muito elevada.

Tabela 1. Características socioeconômicas, demográficas e clínicas de idosas, assistidas no ambulatório de nutrição do Núcleo de Atenção ao Idoso. Recife, PE, 2011.

Variáveis	n	%	IC _{95%}
Idade (anos)			
≥60 a 69	112	61,5	54,02-68,56
>69	70	38,5	31,44-45,97
Renda Familiar (salário mínimo)			
≤2	102	56,0	48,50-63,32
>2	80	44,0	36,67-51,49
Escolaridade (estudo)			
≤8 anos	115	63,5	56,02-70,45
>8anos	66	36,5	29,54-43,97

continua

Continuação da Tabela 1

Variáveis	n	%	IC _{95%}
Tabagista			
Sim	46	25,3	19,27-32,35
Não	136	74,7	67,65-80,73
Consumo de bebida alcoólica			
Sim	22	12,1	7,90-17,9
Não	160	87,9	82,06-92,10
Realiza atividade física			
Sim	88	48,6	41,17-56,12
Não	93	51,4	43,87-58,82
HAS*			
Sim	115	63,2	55,70-70,11
Não	67	36,8	29,89-44,30
DM2**			
Sim	43	23,6	17,79-30,60
Não	139	76,4	69,40-82,21
CT elevado***			
Sim	141	78,3	71,45-83,97
Não	39	21,7	16,02-28,54

*HAS: Hipertensão Arterial Sistêmica (pressão arterial sistólica ≥ 140 mmHg e/ou uma pressão arterial diastólica ≥ 90 mmHg); **DM2: Diabetes Mellitus tipo 2 (glicemia de jejum ≥ 126 mg/dL e/ou glicemia casual >200 mg/dL); *** CT: Colesterol Total elevado (CT >200 mg/dL).

Tabela 2. Caracterização do estado nutricional segundo o índice de massa corporal e a circunferência abdominal de idosas, assistidas no ambulatório de nutrição do Núcleo de Atenção ao Idoso. Recife, PE, 2011.

Variáveis	n°	%	IC _{95%} *
CA**(cm)			
Sem risco ¹	16	8,8	5,27-14,13
Risco aumentado ²	16	8,8	5,27-14,13
Risco aumentado substancialmente ³	150	82,4	75,93-87,50
IMC*** (kg/m ²)			
Baixo peso ⁴	13	7,1	4,06-12,17
Eutrófico ⁵	65	35,7	28,86-43,19
Excesso de peso ⁶	104	57,2	49,60-64,38

*IC_{95%}: Intervalo de confiança de 95%; **CA: Circunferência Abdominal; ***IMC: índice de massa corporal; Sem risco¹: <80 cm; Risco aumentado²: ≥ 80 cm; Risco aumentado substancialmente³: ≥ 88 cm; Baixo peso⁴: <22 kg/m²; Eutrófico⁵: 22 à 27kg/m²; Excesso de peso⁶: >27 kg/m².

A Tabela 3, apresenta a associação da adiposidade central e fatores associados, em que

foi evidenciado associação significativa apenas com o excesso de peso.

Tabela 3. Associação entre adiposidade central e as variáveis estudadas de idosas assistidas no ambulatório de nutrição do Núcleo de Atenção ao Idoso. Recife, PE, 2011.

Variáveis	Total	Inadequado		Adequado		p#	RP	IC _{95%}
	N	N	%	n	%			
CT*** Elevado								
Sim	141	127	90,1	14	9,9	0,528	0,95	(0,87-1,04)
Não	39	37	94,9	2	5,1			
IMC								
Com excesso	105	104	99,0	1	1,0	0,000	1,2	(1,1-1,4)
Sem excesso	77	62	80,5	15	19,5			
HAS*								
Sim	115	106	92,2	9	7,8	0,741	1,0	(0,9-1,1)
Não	67	60	89,6	7	10,4			
DM2**								
Sim	43	41	95,3	2	4,7	0,366	1,1	(1,0-1,2)
Não	139	125	89,9	14	10,1			
Escolaridade								
≤8 anos	115	104	90,4	11	9,6	0,86	0,98	(0,9-1,1)
>8 anos	66	61	92,4	5	7,6			
Renda								
Até 2 salários	101	95	94,1	6	5,9	0,21	1,1	(1,0-1,2)
2 salários	81	71	87,7	10	12,3			
Atividade Física								
Sim	88	80	90,9	8	9,1	0,88	1,0	(0,9-1,1)
Não	93	85	91,4	8	8,6			

*HAS: Hipertensão Arterial Sistêmica (pressão arterial sistólica ≥ 140 mmHg e/ou uma pressão arterial diastólica ≥ 90 mmHg); **DM2: Diabetes Mellitus tipo 2 (glicemia de jejum ≥ 126 mg/dL e/ou glicemia casual >200 mg/dL); ***CT: Colesterol Total elevado (CT >200 mg/dL); # $p < 0,05$.

DISCUSSÃO

A caracterização de um atendimento específico ao idoso exige uma avaliação do universo atendido no intuito de se observar as características peculiares à clientela em foco. Neste estudo, o fato de a amostra ser composta apenas por mulheres reflete o interesse das mesmas pelo cuidado com a saúde, o que é observado também na atenção básica

de saúde. Tal evidência corrobora com a literatura que identifica uma maior demanda feminina na utilização dos serviços de saúde.¹⁹

No que se refere à faixa etária do grupo estudado, evidenciou-se uma maior frequência de idosas com idade entre 60 a 69 anos na unidade de atendimento, que parece indicar a maior autonomia e independência que esse período de vida ainda confere a essa população.

No presente trabalho verificou-se que metade da amostra não praticava atividade física, o que contribui para o aumento de riscos para a saúde. Siqueira *et al.*²⁰ verificaram uma prevalência de sedentarismo em torno de 58% para idosos, valores semelhantes encontrados na casuística atual. No que se refere a fatores limitantes na prática de atividade física em mulheres idosas, Fuchs *et al.*²¹ concluíram que a capacidade cognitiva, a fragilidade decorrente da redução da atividade hormonal anabólica e estado inflamatório crônico, culminam em ciclo autossustentado de redução de energia, perda de peso, inatividade, baixa ingestão alimentar e sarcopenia. A inatividade física, segundo a literatura, é um dos fatores de risco mais desencadeadores do surgimento das doenças crônicas quando associadas à dieta inadequada e ao uso do tabaco.²⁰

O tabagismo e o consumo de bebidas alcoólicas foram encontrados em menor proporção da amostra analisada. Isso pode representar um maior cuidado e atenção com a saúde por parte desse grupo de idosos. Achado semelhante foi observado no trabalho de Ferreira *et al.*²² que analisaram os fatores de risco cardiovasculares em 418 idosos usuários do Sistema Único de Saúde e verificaram que a minoria fazia uso de tabaco e de bebidas alcoólicas. Esses maus hábitos de vida representam importantes fatores de risco cardiovasculares e ainda permanecem entre as 7 das 14 principais causas de morte entre os idosos, constituindo um dos principais problemas de saúde pública da atualidade.¹

As variáveis antropométricas estudadas na presente pesquisa mostraram que mais da metade da amostra analisada encontrava-se com excesso de peso e mais de 80% indicavam um risco muito aumentado de complicações metabólicas, segundo a avaliação do IMC e CA, respectivamente, corroborando com resultados descritos por outros autores.^{8,23,24}

Os achados desta pesquisa evidenciaram uma associação significativa entre excesso de peso e adiposidade central (RP=1,2). No estudo realizado por Santos & Sichieri³ foi demonstrado que no grupo das idosas de faixa etária entre 60 a 70 anos a CA apresentou forte correlação com o IMC ($r=0,76$; $p=0,003$). Previato *et al.*,²⁵ que avaliaram as mesmas variáveis antropométricas, verificaram

que o IMC apresentou associação significativa com a medida da CA ($r=0,87$; $p<0,001$).

Castro²⁶ define que o processo de envelhecimento é importante influenciador no surgimento de excesso de tecido adiposo na região abdominal, pois os idosos sofrem alterações da composição corporal como fator natural da senescência e ou relacionado à ocorrência de desordens metabólicas. Alterações na composição corporal levam a uma redistribuição da gordura corporal dos membros para o tronco, ou seja, ela torna-se mais centralizada; decorrente disso há aumento da adiposidade visceral em idosos em geral, sendo mais marcante em mulheres do que em homens. Mediante essas transformações corporais, um somatório de fatores de risco cardiovasculares poderá induzir ao óbito.

A ausência de associação entre adiposidade central e os fatores de risco cardiovasculares encontrada no presente estudo foi um achado inesperado, uma vez que vários estudos^{2,27-33} têm observado o inverso, o que poderia ser justificado possivelmente pelo tamanho da amostra avaliada na investigação atual. O estudo *Diabetes Epidemiology: Collaborative analysis Of Diagnostic criteria in Europe* (DECODE) demonstrou que a maioria das medidas antropométricas (CC, RCQ e relação cintura-altura) que identificam a obesidade abdominal foi superior que o IMC para prever a mortalidade cardiovascular.³⁴

Warren Andersen *et al.*,²⁷ em um estudo de coorte realizada na China, com o objetivo de relacionar a adiposidade central, relação cintura-quadril (RCQ) com o risco de morte, evidenciaram que tanto em homens, como em mulheres, aqueles que apresentaram a RCQ no último quintil tiveram um risco de morte 1,5 vezes superior quando comparado ao primeiro quintil, ressaltando a associação prejudicial entre grande adiposidade central e da morte. Essa associação positiva observa-se, independentemente da idade, comorbidade, ou tabagismo, em homens.

Cabrera e Jacob² avaliaram 847 idosos em um ambulatório e verificaram associação do IMC e da RCQ com o DM, HAS, hipercolesterolemia, baixos níveis de colesterol (HDL-c), hipertrigliceridemia,

nível social, atividade física e tabagismo. Jansen e Katzmarzyk³⁰ identificam que a adiposidade central é um importante fator de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, diabetes, dislipidemias, síndrome metabólica e alguns tipos de câncer, indicando risco significativo quando relacionado a outras medidas da distribuição de gordura corporal.

O possível mecanismo para essa relação da adiposidade central e dos fatores de risco cardiovascular pode ser justificado pelo fato de que os adipócitos intra-abdominais são propensos a liberar os seus ácidos graxos livres diretamente na veia porta, expondo o fígado a altas concentrações de ácidos graxos livres, o que pode induzir a hiperinsulinemia, dislipidemia e hipertensão arterial. Em adição, o tecido adiposo, especialmente o abdominal, secreta substâncias (adipocinas) que podem promover o desenvolvimento de doenças crônicas.²⁸

Com relação a ausência da análise de insulinemia, hipertrigliceridemia e frações de colesterol, o presente trabalho, por utilizar um banco de dados, não permitiu acesso a essas informações, o que poderiam ser presumido como uma limitação, considerando que esses dados poderia enriquecer ainda mais os resultados.

Embora o aumento de mortalidade cardiovascular só possa ser demonstrado em pesquisas longitudinais, nossos achados sugerem que, em idosos, o diagnóstico de excesso de peso com a utilização do IMC e avaliação da adiposidade

central podem ajudar a definir um subgrupo de maior risco, de maneira simples e eficaz, o que poderá ajudar numa intervenção local que contribua para prevenção de DCV, com menor custo operacional, através de uma ação efetiva envolvendo a equipe multidisciplinar.

CONCLUSÃO

A elevada frequência de aumento da adiposidade central e do excesso de peso em idosos revelada neste estudo aponta a suscetibilidade dessa população, uma vez que o processo de envelhecimento causa alterações funcionais como redução da massa magra e aumento de tecido adiposo, que também sofre influências dos hábitos alimentares inadequados e sedentarismo, características comuns relacionados com a industrialização e modernização da sociedade. Apesar da ausência de associação, sabe-se que o excesso de peso e de gordura centralizada constituem fatores de risco cardiovascular e, portanto, destaca-se a importância da atuação da equipe multidisciplinar na unidade geronto-geriátrica em pauta, com implementação de programas voltados à prevenção e ao controle do ganho ponderal excessivo. Desta forma, são necessários mais estudos a fim de elucidar a associação da adiposidade central e fatores de risco cardiovasculares em idosos.

AGRADECIMENTO

Ao Núcleo de Atenção ao Idoso da Universidade Federal de Pernambuco (NAI-UFPE).

REFERÊNCIAS

1. Felipe LK, Zimmermann A. Doenças crônicas degenerativas em idosos: dados fisioterapêuticos. Rev Bras Promoç Saúde 2011;24(3):221-7.
2. Cabrera MAS, Jacob Filho W. Obesidade em idosos: prevalência, distribuição e associação com hábitos e co-morbidades. Arq Bras Endocrinol Metabol 2001;45(5):494-501.
3. Santos DM, Sichieri R. Índice de massa corporal e indicadores antropométricos de adiposidade em idosos. Rev Saúde Pública 2005;39(2):163-8.
4. Petribu MMV, Pinho CPS, Cabral PC, Arruda IGA, Melo AMCA. Métodos de avaliação da gordura abdominal. Rev Bras Nutr Clín 2012;27:257-63.

5. Rezende F, Rosado L, Franceschini S, Rosado G, Ribeiro R, Marins JCB. Revisão crítica dos métodos disponíveis para avaliar a composição corporal em grandes estudos populacionais e clínicos. *Arch Latinoam Nutr* 2007;57(4):327-34.
6. Lima CG, Basile LG, Da Silveira JQ, Vieira PM, De Oliveira MRM. Circunferência da Cintura ou Abdominal? Uma Revisão Crítica dos Referenciais Metodológicos. *Rev Simbio-Logias* 2011;4(6):108-31.
7. Damascena LL, Pereira Neto N, Pereira VA. Correlação entre Obesidade Abdominal, IMC e Risco Cardiovascular. In: Centro de Ciências da Saúde, Departamento de Educação Física. 11º Encontro de Iniciação à Docência; 9-11 abr 2008; João Pessoa, Paraíba. João Pessoa: UFPB; 2008.
8. Egewarth V, Borges FM, Lopes AB, Lüdke M, Vargas SS, Alscher S, et al. Avaliação da circunferência abdominal em idosos residentes em uma área adstrita a uma Unidade Básica de Saúde. In: 4º Salão de Iniciação Científica; 2005 [sem local]. Porto Alegre: PUCRS; 2005.
9. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Critério de Classificação Econômica Brasil. Dados com base no Levantamento Sócio Econômico 2009-IBOP. Jardim Paulista: ABEP; 2011.
10. World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Geneve: WHO; 1998.
11. Lohman TG, Roche AF, Martorell R. Anthropometric Standardisation Reference Manual. Champaign: Human Kinetics Books; 1988.
12. Frisancho AR. Anthropometric Standards for the Assessment of Growth and Nutritional Status. An Arbor: University of Michigan; 1990.
13. Sociedade Brasileira de Cardiologia; Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia. 1ª Diretriz Brasileira de diagnóstico e tratamento da síndrome metabólica. *Arq Bras Cardiol* 2005;suppl 1:1-28.
14. Lipshitz DA. Screening for nutritional status in the elderly. *Prim Care* 1994;2(1):55-67.
15. World Health Organization. Global recommendations on physical activity for health. Genebra: WHO; 2010.
16. Sociedade Brasileira de Cardiologia. 6ª Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. *Rev Bras Hipertens* 2010;17(1): 1:51.
17. American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes - 2015: Summary of Revisions. *Diabetes Care* 2015;38(Suppl 1):4-4.
18. Sociedade Brasileira de Cardiologia. 5ª Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose. *Arq Bras Cardiol* 2013;101(4 Supl. 1):1-36.
19. Pimentel IRS, Coelho BCC, Lima JC, Ribeiro FG, Sampaio FPC, Pinheiro RP, et al. Caracterização da demanda em uma Unidade de Saúde da Família. *Rev Bras Med Fam Comunidade* 2011;6(20):175-81.
20. Siqueira FV, Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, et al. Atividade física em adultos e idosos residentes em áreas de abrangência de unidades básicas de saúde de municípios das regiões sul e nordeste do Brasil. *Cad Saúde Pública* 2008;24(1):39-54.
21. Fuchs ARCN, Mastrocolla LE, Moura FR, Pelaquimet RL. Atividade física em mulheres muito idosas: fatores limitantes. *Rev DERC* 2015;21(1):12-4.
22. Ferreira CCC, Peixoto MRG, Barbosa MA, Silveira EA. Prevalência de fatores de risco cardiovascular em idosos usuários do Sistema Único de Saúde de Goiânia. *Arq Bras Cardiol* 2010;95(5):621-8.
23. Teixeira SDC, Coutinho RCNC, Coelho RL, Ribeiro SV, Barbosa LS. Excesso de peso em idosos residentes em instituições de longa permanência de Goiânia, Goiás. *Brasília Méd* 2012;49(4):250-7.
24. Buzzachera CF, Krause MP, Elsangedy HM, Hallage T, Granato P, Krinski K, et al. Prevalência de sobrepeso e obesidade geral e central em mulheres idosas da cidade de Curitiba, Paraná. *Rev Nutr [Internet]* 2008 [acesso em 08/04/2015];21(5):525-33. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732008000500005 ;
25. Previato HDRA, Dias APV, Nemer ASA, Nimer M. Associação entre índice de massa corporal e circunferência da cintura em idosas, Ouro Preto, Minas Gerais, Brasil. *Nutr Clín Diet Hosp* 2014;34(1):25-30.
26. Castro DGC. Intervenção na obesidade em idosos [monografia]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Hospital das Clínicas; 2005.
27. Andersen SW, Shu XO, Gao YT, Zhang X, Cai H, Yang G, et al. Prospective cohort study of central adiposity and risk of death in middle aged and elderly chinese. *PLoS ONE* 2015;10(9):1-7.
28. Song X, Jousilahti P, Stehouwer CDA, Söderberg S, Onat A, Laatikainen T, et al. Cardiovascular and all-cause mortality in relation to various anthropometric measures of obesity in Europeans. *Nutr Metab Cardiovasc Dis* 2015;(25):295-304.

29. Lim RBT, Chen C, Naidoo N, Gay G, Tang WE, Seah D, et al. Anthropometrics indices of obesity, and all-cause and cardiovascular disease-related mortality, in an Asian cohort with type 2 diabetes mellitus. *Diabetes Metab* [Internet] 2015 [acesso em 18/07/2016];41(4):291-300. Disponível em:<http://dx.doi.org/10.1016/j.diabet.2014.12.003>
30. Jansen I, Katzmarzyk PT, Ross R. Body mass index, waist circumference, and health risk. *Arch Intern Med* 2002;162(18):2074-79.
31. Cerhan JR, Moore SC, Jacobs EJ, Kitahara CM, Rosenberg PS, Adami H-O, et al. A pooled analysis of waist circumference and mortality in 650,000 adults. *Mayo Clin Proc* 2014;89:335-45.
32. Liu Y, Qi LT, Ma W, Yang Y, Meng L, Zhang BW, et al. Correlation between anthropometric parameters and arteriosclerosis biomarker in the middle-aged and the elderly. *Beijing Da Xue Xue Bao* 2014;46(3):455-9.
33. Kabat GC, Heo M, Van Horn LV, Kazlauskaitė R, Getaneh A, Ard J, et al. Longitudinal association of anthropometric measures of adiposity with cardiometabolic risk factors in postmenopausal women. *Ann Epidemiol* 2014;24(12):896-902.
34. Song X, Jousilahti P, Stehouwer CD, Söderberg S, Onat A, Laatikainen T, et al. Comparison of various surrogate obesity indicators as predictors of cardiovascular mortality in four European populations. *Eur J Clin Nutr* 2013;67(12):1298-302.

Recebido: 24/08/2015

Revisado: 09/07/2016

Aprovado: 03/08/2016

Sensibilidade gustativa de adultos e idosos

Taste sensitivity of adults and elderly persons



Luisa Neumann¹
Bianca Coletti Schauern¹
Fernanda Scherer Adami¹

ARTIGOS ORIGINAIS / ORIGINAL ARTICLES

Resumo

Objetivo: Comparar a sensibilidade gustativa de indivíduos adultos e idosos e relacionar com o estado nutricional, tabagismo e consumo de álcool. **Método:** Participaram da pesquisa 46 voluntários, sendo 13 adultos funcionários de uma empresa do ramo de alimentação e 33 idosos residentes em três Instituições de Longa Permanência para Idosos do Vale do Taquari. Os mesmos foram submetidos a um questionário estruturado sobre dados socioeconômico e utilização de fármacos, tabagismo e consumo de álcool, avaliação nutricional e teste de sensibilidade gustativa. O teste de sensibilidade gustativa foi aplicado em três concentrações diferentes para cada sabor, sendo pingadas 4 gotas na língua do voluntário que referiu qual foi o grau de palatabilidade percebido, atribuindo um conceito de 0 a 5. Os dados foram analisados através do Pacote Estatístico SPSS 20.0, sendo considerados significativos valores de $p < 0,05$. **Resultado:** Observou-se redução na sensibilidade gustativa dos idosos na solução azeda e doce, quando comparados aos adultos, visto que a maioria dos idosos estabeleceu conceitos menores na escala de sensibilidade para a solução de ácido cítrico na concentração 1 ($p=0,004$), na concentração 2 ($p=0,049$) e de sacarose na concentração 3 ($p=0,026$). **Conclusão:** Os idosos tiveram a percepção do sabor azedo e doce reduzida quando comparado aos adultos. Além disso, o estado nutricional, gênero, consumo de álcool, tabagismo e uso de medicações não tiveram associação significativa com a percepção do paladar nos indivíduos avaliados.

Palavras-chave: Adulto.
Percepção Gustativa.
Envelhecimento.

Abstract

Objective: Comparison the taste sensitivity of adults and elderly people, considering nutritional nutritional status, smoking and alcohol consumption. **Method:** Forty-six volunteers participated in the research thirteen among adults of a food industry and thirty-three elderly people resident in three Long-Stay Institutions For the Elderly from Taquari Valley. They were submitted to a structured questionnaire about socioeconomic data and use of medication, smoking and alcohol consumption, nutritional evaluation and taste sensitivity test. The taste sensitivity test was applied at three different concentrations for every taste, with 4 drops dripped on the voluntary tongue you

Keywords: Adult. Taste
Perception. Aging.

¹ Centro Universitário Univates, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Curso de Nutrição. Lajeado, RS, Brasil.

mentioned what was the level of perceived palatability, giving a concept 0-5. Data were analyzed with a statistical analysis using the Statistical Package SPSS 20.0, considering significant values of $p < 0,05$. *Result:* It was observed a reduction at the taste sensitivity of the elderly people in the sweet and sour solutions, when compared to adults, since, most of the elderly people established smaller concepts in the sensitivity scale to the citric acid solution in concentration 1 ($p=0,004$), in concentration 2 ($p=0,049$) and the saccharose in concentration 3 ($p=0,026$). *Conclusion:* Elderly people had the perception of sour and sweet flavor reduced, when compared to adults. Moreover, the nutritional status, genre, alcohol consumption, smoking and medication use did not have significative association with the taste perception of the evaluated individuals.

INTRODUÇÃO

Conforme o Censo Demográfico de 2010,¹ a população brasileira adulta de 40 a 59 anos era de 43.259.335 habitantes e 12,1% do total de brasileiros tinham idade igual ou superior a 60 anos.² Segundo as projeções para 2050, o contingente de idosos atingirá 38 milhões de habitantes, superando a população jovem brasileira.³

O envelhecimento pode ser considerado biologicamente como a involução morfofuncional que afeta de forma variável os principais sistemas fisiológicos.⁴ Na segunda década da vida, iniciam as mudanças biofuncionais, mesmo que imperceptivelmente. Já no final da terceira década ocorrem alterações funcionais e estruturais e a partir dos 40 anos há uma perda de aproximadamente 1% da função/ano nos diferentes sistemas orgânicos.⁵ A partir dos 40 anos os declínios funcionais variam de 10 a 30% em relações a fase adulta jovem.⁶

A fisiologia da pessoa idosa muda em níveis estruturais, funcionais e moleculares, assim como os órgãos também sofrem mudanças fisiológicas com o passar dos anos.⁷ Diferentes grupos etários têm percepções do paladar distintas; por exemplo, o nível de sabor percebido pelas crianças é diferente dos adultos, o qual também pode diferir entre grupos de pessoas.⁸ Para haver a mesma percepção de paladar, os indivíduos com mais de 80 anos necessitam de um estímulo gustativo mais intenso do que pessoas com 20 anos.⁹

Mesmo o envelhecimento sendo um processo natural, ocorrem limitações quanto à seleção e ingestão de alimentos pela reduzida capacidade

física. A redução da função mastigatória também pode resultar em desnutrição e dieta desequilibrada.¹⁰ Durante o processo de senescência, é comum que ocorra declínio na percepção do olfato e do paladar. A redução desses sentidos pode acarretar inapetência, monotonia alimentar, diminuição da ingestão e desnutrição.¹¹ Simchen *et al.* afirmam que a percepção gustativa fica reduzida em indivíduos com mais de 65 anos.¹² Mojet, Heidema e Christ comprovaram que a percepção gustativa dos 5 gostos básicos em jovens de 19 a 33 anos era mais preservada que em idosos de 60 a 75 anos.¹³

A percepção do sabor ocorre através das papilas gustativas que fazem parte do sistema gustativo, os quais são os receptores primários, que abrigam uma coleção heterogênea de células receptoras gustativas, que traduzem os cinco sabores básicos (doce, amargo, salgado, azedo e umami) em sinais eletroquímicos transmitidos via neurônios sensoriais para o cérebro.¹⁴

O gosto é atribuído aos compostos não voláteis presentes nos alimentos, como açúcares, sais, limonina e ácidos, determinando os gostos básicos, como doce, salgado, amargo e ácido.¹⁵ O indivíduo com redução da sensibilidade gustativa acaba apresentando dificuldades em apreciar o sabor dos alimentos, por esse motivo, em alguns casos, reduzindo sua alimentação e ocasionado o baixo peso.¹⁶

Portanto, o envelhecimento populacional representa desafios políticos, sociais e econômicos, visto que atualmente o Brasil apresenta menor taxa de crescimento populacional e significativo aumento da população idosa. Neste contexto, a

proposta do presente o estudo foi comparar a sensibilidade gustativa de adultos com a de idosos e relacionar os níveis gustativos com o estado nutricional, tabagismo e consumo de álcool.

MÉTODO

Foram estudados 46 indivíduos com idades entre 40 e 94 anos. Os adultos de 40 a 59 anos eram funcionários de uma empresa do ramo da alimentação do Vale do Taquari – Rio Grande do Sul (RS), economicamente ativos, maioria do gênero masculino e sem medicamentos de uso contínuo. Os idosos eram residentes de três Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI), localizadas na região do Vale do Taquari – RS, todos aposentados e a maioria apresentava algum grau de dependência no autocuidado. Foram incluídos no presente estudo voluntários de ambos os gêneros a partir de 40 anos que aceitaram participar da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A seleção inicial deu-se através de convites para a participação na pesquisa. Para o grupo de adultos, o convite foi realizado na entrada do refeitório da empresa a todos os funcionários; já para os idosos, foi realizado de modo coletivo nas salas de convivências das ILPIs. Desta maneira, os convidados ficaram livres para a escolha. Após a seleção inicial, foram excluídos idosos que apresentavam algum grau de demência, visto a necessidade responder ao questionário e a escala de sensibilidade gustativa, além daqueles que não apresentaram condições físicas para realização da avaliação nutricional.

Os participantes foram submetidos a um questionário estruturado pela pesquisadora, sobre dados socioeconômico e utilização de fármacos, tabagismo e consumo de álcool, avaliação nutricional e teste de sensibilidade gustativa entre os meses de julho a agosto de 2015.

A aplicação do questionário estruturado foi realizada em forma de entrevista, em uma sala individualizada na empresa ou ILPI ao qual o participante estava vinculado, assegurando a privacidade e confidencialidade dos dados coletados.

Para a avaliação antropométrica foram aferidos o peso, altura e a circunferência da cintura. O peso corporal foi aferido através de balança da marca Plenna® com capacidade para 150 kg, devidamente calibrada com o indivíduo em posição ortostática e com roupas leves. Para estimar o peso dos idosos que não tinham condições de permanecer em posição ortostática, foi utilizada a fórmula conforme Chumlea *et al.* (1988) levando em conta a circunferência do braço (CB) e altura do joelho (AJ). A CB foi verificada no ponto médio entre o acrômio e articulação úmero-radial do braço, com a musculatura relaxada.¹⁷ A AJ foi verificada com o voluntário sentado, os pés apoiados no chão em 90 graus, sendo realizada a medida do comprimento entre o calcanhar e a superfície anterior da perna (cabeça da fíbula).

A verificação da estatura foi efetuada através do estadiômetro portátil 20-210 cm da marca Avanutri® com o indivíduo descalço posicionado de frente para o avaliador com o peso distribuído em ambos os pés, a cabeça no plano de Frankfurt, calcanhar, panturrilhas, nádegas, costas e a parte posterior da cabeça encostada na parede. Para estimar a altura de idosos sem condições de permanecer em posição ereta, foi utilizada a fórmula de Chumlea, Roche e Steinbaugh (1985), que leva em consideração a idade e altura do joelho, aferida exatamente como mencionado anteriormente.¹⁸ Para a classificação do índice de massa corporal (IMC) utilizou-se a classificação segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS 1998) para os indivíduos de 40 a 59 anos¹⁹ e Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS 2002) para os idosos.²⁰

Para a aferição de circunferência da cintura (CC) o voluntário permaneceu de pé e a medida foi realizada no ponto médio entre a distância da crista ilíaca e o rebordo costal inferior.²¹ Utilizou-se fita métrica inelástica, com precisão de 1 mm, marca FisioStore®. A circunferência da cintura foi classificada segundo OMS (1997) para todos os pesquisados de acordo com o gênero.²¹ A razão cintura/estatura foi classificada utilizando o ponto de corte 0,5 como referência, corte único e aplicável à população geral, independentemente do sexo, idade e etnia.²²

As soluções aquosas para os testes de sensibilidade de sacarose, cloreto de sódio, cafeína e ácido cítrico, foram produzidos a partir de compostos alimentares comumente consumidos como açúcar, sal, limão e

café. Sendo que cada sabor teve 3 concentrações diferentes, a primeira concentração mais fraca, a segunda concentração intermediária e a terceira mais forte. Conforme descrito no quadro 1.

Quadro 1. Concentração das soluções aquosas de sacarose, cloreto de sódio, ácido cítrico e cafeína. Vale do Taquari, RS, 2015.

SABOR	CONCENTRAÇÃO 1	CONCENTRAÇÃO 2	CONCENTRAÇÃO 3
Açúcar	Solução 1 (1g de açúcar/ 100ml)	Solução 2 (2g açúcar /100ml)	Solução 3 (4g açúcar /100ml)
Concentração de sacarose	1g de sacarose	2 g de sacarose	4g de sacarose
Sal	Solução 1 (1g de sal/ 100ml)	Solução 2 (2g sal/100ml)	Solução 3 (4g sal/100ml)
Concentração de sódio	0,39g de Na	0,78g de Na	1,57g de Na
Limão	Solução 1 (1ml de limão/ 100ml)	Solução 2 (2ml de limão/100ml)	Solução 3 (4ml limão/100ml)
Concentração de ácido cítrico	0,06 ml ácido cítrico	0,12 ml ácido cítrico	0,24 ml ácido cítrico
pH	3,20	3,0	2,90
Café	Solução 1 (1g de café/ 100ml)	Solução 2 (2g café /100ml)	Solução 3 (4g café/100ml)
Concentração de cafeína	0,05g de cafeína	0,1g de cafeína	0,2g de cafeína

Dados apresentados com a concentração das soluções testadas.

A pesagem para a preparação das soluções foi realizada em balança digital ACS, modelo LC ACS-C1. A verificação do pH das soluções com ácido cítrico foi realizada em um phmetro da marca Digimed®, modelo DM-20 no Laboratório de Química da Univates.

Antes de iniciar o teste de sensibilidade gustativa adaptado de Mueller *et al.*,²³ o indivíduo foi orientado a beber uma pequena quantidade de água. Posteriormente, foram pingadas 4 gotas de cada solução no centro da língua do voluntário, que em seguida, dentro do tempo de 1 minuto, respondeu o grau de sensibilidade percebida no paladar, atribuindo um conceito na escala de sensibilidade gustativa de 0 a 5.

As opções para classificar os sabores eram: 0- não sentiu gosto; 1- gosto muito fraco; 2- gosto fraco; 3- gosto moderado; 4- gosto forte; 5- gosto muito forte. Para a análise estatística, as respostas do teste gustativo foram categorizadas unindo as categorias 0, 1 e 2, consideradas como nenhuma, muito baixa ou baixa sensibilidade gustativa e as categorias 3, 4 e 5, consideradas como moderada, alta ou muito alta sensibilidade gustativa. Primeiramente, foram testadas as três concentrações da solução contendo sacarose (doce), após as soluções com cloreto de sódio (salgado), ácido cítrico (azedo) e de cafeína (amargo). Um copo de água foi oferecido entre cada amostra testada, além de disponibilizado um recipiente para o voluntário expelir as soluções

gotejadas, se assim desejasse. O procedimento ocorreu da mesma forma para todos os sabores e concentrações, com intervalo de 1 a 3 minutos entre cada amostra testada.

Para a análise dos resultados foram calculadas as estatísticas descritivas médias e desvio padrão para as variáveis quantitativas e frequência absoluta e relativa para as variáveis qualitativas. A comparação entre os graus de palatabilidade das diferentes concentrações das soluções teste foi realizada através do teste Qui-quadrado, o qual também foi utilizado para avaliar a associação entre grau de palatabilidade e características da amostra como gênero, faixa etária, tabagismo, etilismo, consumo frequente das substâncias em teste e estado nutricional. As análises estatísticas foram realizadas no Pacote estatístico SPSS 20.0, sendo considerados significativos valores de $p < 0,05$.

O presente estudo teve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário da Univates, sob o protocolo 934.818 com relatoria em 09/01/2015.

RESULTADO

A idade média dos participantes do presente estudo foi de $67,33 \pm 15,98$ anos, sendo a maioria do gênero feminino ($n=27$; 58,7%), viúvos ($n=17$; 37%),

alfabetizados ($n=40$; 87%) e aposentados ($n=32$; 69,6%). A maioria dos participantes ($n=33$; 71,7%) relatou nunca ter sido tabagista e ($n=33$; 71,7%) referiram não consumir bebida alcoólica. A maior parcela dos participantes referiu utilizar algum tipo de medicamento ($n=34$; 73,9%), sendo que aqueles de uso mais frequente foram os antidepressivos ($n=19$; 41,3%) e anti-hipertensivos ($n=18$; 39,1%).

Observou-se que 20 participantes (43,5%) foram classificados como eutróficos, 9 voluntários (19,6%) apresentaram baixo peso, 8 indivíduos (17,4%) excesso de peso e 9 participantes (19,6%) estavam obesos. No que diz respeito aos indicadores antropométricos de risco cardiovascular, a maioria dos participantes, ($n=32$; 69,6%) apresentou risco cardiovascular aumentado/muito aumentado, ($n=14$; 30,4%) dos voluntários foram classificados sem risco cardiovascular considerando-se a circunferência da cintura e a razão cintura/estatura.

Na tabela 1 estão descritas as características referentes ao teste de sensibilidade gustativa das soluções estudadas. Para todas as soluções foram observadas diferenças significativas no grau de palatabilidade de acordo com a concentração da solução, maior proporção de participantes apresentou graus mais elevados de palatabilidade para as soluções com maior concentração das substâncias testadas.

Tabela 1. Associação do nível de palatabilidade com as diferentes concentrações de soluções de sacarose, cloreto de sódio, ácido cítrico e cafeína em adultos e idosos. Vale do Taquari, RS, 2015.

Solução aquosa de sacarose				
Paladar	Concentração 1	Concentração 2	Concentração 3	p
Nenhuma sensibilidade,	30 (65,2%)	12 (26,1%)	9 (19,6%)	<0,001
Muito baixa sensibilidade	13 (28,3%)	19 (41,3%)	11 (23,9%)	
Baixa sensibilidade gustativa	2 (4,3%)	8 (17,4%)	11 (23,9%)	
Moderada sensibilidade	1 (2,2%)	5 (10,9%)	11 (23,9%)	
Alta sensibilidade	0 (0%)	2 (4,3%)	4 (8,7%)	
Muito alta sensibilidade gustativa	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	
Solução aquosa de cloreto de sódio				
Paladar	Concentração 1	Concentração 2	Concentração 3	p
Nenhuma sensibilidade	2 (4,3%)	3 (6,5%)	1 (2,2%)	0,014
Baixa sensibilidade gustativa	6 (13%)	7 (15,2%)	5 (10,9%)	
Muito baixa sensibilidade	7 (15,2%)	15 (32,6%)	13 (28,3%)	
Moderada sensibilidade	14 (30,4%)	9 (19,6%)	5 (10,9%)	
Alta sensibilidade	13 (28,3%)	11 (23,9%)	21 (45,7%)	
Muito alta sensibilidade gustativa	4 (8,7%)	1 (2,2%)	1 (2,2%)	
Solução aquosa de ácido cítrico				
Paladar	Concentração 1	Concentração 2	Concentração 3	p
Nenhuma sensibilidade	21 (45,7%)	10 (21,7%)	6 (13,0%)	<0,001
Muito baixa sensibilidade	14 (30,4%)	12 (26,1%)	5 (10,9%)	
Baixa sensibilidade gustativa	9 (19,6%)	9 (19,6%)	7 (15,2%)	
Moderada sensibilidade	2 (4,3%)	10 (21,7%)	15 (32,6%)	
Alta sensibilidade	0 (0%)	4 (8,7%)	8 (17,4%)	
Muito alta sensibilidade gustativa	0 (0%)	1 (2,2%)	5 (10,9%)	
Solução aquosa de cafeína				
Paladar	Concentração 1	Concentração 2	Concentração 3	p
Nenhuma sensibilidade	3 (6,5%)	3 (6,5%)	1 (2,2%)	<0,001
Muito baixa sensibilidade	6(13%)	1 (2,2%)	2 (4,3%)	
Baixa sensibilidade gustativa	7 (15,2%)	3 (6,5%)	1 (2,2%)	
Moderada sensibilidade	20 (43,5%)	16 (34,8%)	6 (13%)	
Alta sensibilidade	8 (17,4%)	20 (43,5%)	16 (34,8%)	
Muito alta sensibilidade gustativa	2 (4,3%)	3 (6,5%)	20 (43,5%)	

Teste Qui-quadrado; Valores de $p \leq 0,05$ considerados estatisticamente significativos; Dados apresentados em frequência absoluta e relativa.

A associação entre o grau de palatabilidade das soluções e faixa etária, gênero, tabagismo, etilismo e frequência de consumo dos alimentos teste foi avaliada. Diferença significativa no grau de sensibilidade gustativa entre adultos e idosos foi observada para a solução de ácido cítrico nas concentrações 1 ($p=0,004$) e 2 ($p=0,049$) e para a solução de sacarose na concentração 3 ($p=0,026$).

Maior proporção de idosos em comparação aos adultos apresentaram valores menores na escala de sensibilidade para a solução de ácido cítrico e de sacarose. O grau de palatabilidade não diferiu entre adultos e idosos, independente da concentração para as soluções de cafeína e de cloreto de sódio, conforme demonstrado na Tabela 2 e Tabela 3.

Tabela 2. Associação entre grau de sensibilidade gustativa das soluções de sacarose, cloreto de sódio, nas diferentes concentrações, e faixa etária. Vale do Taquari, RS, 2015.

	Adultos (n=13)	Idosos (n=33)	P
Solução de cloreto de sódio			
Concentração 1			
Nenhuma sensibilidade	53,85%	72,76%	0,067
Muito baixa sensibilidade	38,46%	24,24%	
Baixa sensibilidade	7,69%	0%	
Moderada sensibilidade	0%	3%	
Alta sensibilidade	0%	0%	
Muito alta sensibilidade	0%	0%	
Concentração 2			
Nenhuma sensibilidade	0%	36,4%	0,112
Muito baixa sensibilidade	46,1%	39,4%	
Baixa sensibilidade	30,8%	12,1%	
Moderada sensibilidade	15,4%	9,1%	
Alta sensibilidade	7,7%	3,0%	
Muito alta sensibilidade	0%	0%	
Concentração 3			
Nenhuma sensibilidade	0%	27,3%	0,026
Muito baixa sensibilidade	15,4%	27,3%	
Baixa sensibilidade	46,2%	15,2%	
Solução de cloreto de sódio			
Concentração 1			
Nenhuma sensibilidade	7,7%	3,0%	0,165
Muito baixa sensibilidade	23,1%	9,1%	
Baixa sensibilidade	30,8%	9,1%	
Moderada sensibilidade	15,4%	36,4%	
Alta sensibilidade	23,1%	30,3%	
Muito alta sensibilidade	0%	12,1%	
Concentração 2			
Nenhuma sensibilidade	0%	9,1%	0,246
Muito baixa sensibilidade	23,1%	12,1%	
Baixa sensibilidade	53,8%	24,2%	
Moderada sensibilidade	7,7%	24,2%	
Alta sensibilidade	15,4%	27,3%	
Muito alta sensibilidade	0%	3,0%	
Concentração 3			
Nenhuma sensibilidade	0%	3,0%	0,877
Muito baixa sensibilidade	7,7%	12,1%	
Baixa sensibilidade	38,5%	24,2%	
Moderada sensibilidade	7,7%	12,1%	
Alta sensibilidade	46,2%	45,5%	
Muito alta sensibilidade	0%	3,0%	

Dados apresentados como frequências relativas. Teste Qui-quadrado. Valores de $p \leq 0,05$ considerados significativos.

Tabela 3. Associação entre grau de sensibilidade gustativa das soluções de ácido cítrico e cafeína nas diferentes concentrações e faixa etária. Vale do Taquari, RS, 2015.

	Adultos (n=13)	Idosos (n=33)	P
Solução de ácido cítrico			
Concentração 1			
Nenhuma sensibilidade	7,7%	60,6%	0,004
Muito baixa sensibilidade	38,5%	27,3%	
Baixa sensibilidade gustativa	46,2%	9,1%	
Moderada sensibilidade	7,7%	3,0%	
Alta sensibilidade	0%	0%	
Muito alta sensibilidade	0%	0%	
Concentração 2			
Nenhuma sensibilidade	0%	30,3%	0,049
Muito baixa sensibilidade	15,4%	30,3%	
Baixa sensibilidade gustativa	23,1%	18,2%	
Moderada sensibilidade	46,2%	12,1%	
Alta sensibilidade	15,4%	6,1%	
Muito alta sensibilidade	0%	3%	
Concentração 3			
Nenhuma sensibilidade	0%	18,2%	0,372
Muito baixa sensibilidade	7,7%	12,1%	
Baixa sensibilidade gustativa	15,4%	15,2%	
Moderada sensibilidade	30,8%	33,3%	
Alta sensibilidade	23,1%	15,2%	
Muito alta sensibilidade	23,1%	6,1%	
Solução de cafeína			
Concentração 1			
Nenhuma sensibilidade	0%	9,1%	0,130
Muito baixa sensibilidade	15,4%	12,1%	
Baixa sensibilidade	30,8%	9,1%	
Moderada sensibilidade	53,8%	39,4%	
Alta sensibilidade	0%	24,2%	
Muito alta sensibilidade	0%	6,1%	
Concentração 2			
Nenhuma sensibilidade	0%	9,1%	0,624
Muito baixa sensibilidade	0%	3%	
Baixa sensibilidade	0%	9,1%	
Moderada sensibilidade	46,1%	30,3%	
Alta sensibilidade	46,2%	42,4%	
Muito alta sensibilidade	7,7%	6,1%	
Concentração 3			
Nenhuma sensibilidade	0%	3%	0,372
Muito baixa sensibilidade	0%	6,1%	
Baixa sensibilidade	0%	3%	
Moderada sensibilidade	0%	18,2%	
Alta sensibilidade	38,5%	33,3%	
Muito alta sensibilidade	61,5%	36,4%	

Dados apresentados como frequências relativas. Teste Qui-quadrado. Valores de $p \leq 0,05$ considerados significativos.

Quando comparados homens e mulheres quanto ao grau de palatabilidade, nenhuma diferença significativa foi observada, independente da solução e da concentração da substância em teste. Quando comparados os participantes quanto ao grau de alfabetização, a palatabilidade às soluções de sacarose, cafeína, cloreto de sódio e ácido cítrico não diferiu entre alfabetizados e não alfabetizado, independente da concentração da solução ($p > 0,05$ para todas as análises).

O tabagismo, consumo de bebida alcoólica e consumo frequente das substâncias testadas não foi associado ao grau de palatabilidade das soluções, independente da concentração. Quando comparado o grau de palatabilidade das soluções em teste considerando-se o estado nutricional dos participantes do estudo, também não foi observada diferença significativa, independente da concentração das soluções.

DISCUSSÃO

O processo de envelhecimento gera alterações funcionais, entre elas diminuição da massa magra e aumento da adiposidade central.^{24,25} Teixeira *et al.* realizaram um estudo para identificação do risco cardiovascular em adultos e idosos encontrando circunferência da cintura elevada em 92,23% dos pesquisados.²⁶ No presente estudo, obteve-se um resultado de 69,6% dos participantes com circunferência da cintura aumentada e muito aumentada. Achado relevante já que esses fatores de risco estão diretamente associados a gênese e progressão das doenças cardiovasculares (DCV).²¹ Entre as DCV, Laks *et al.* afirmam que a doença aterosclerótica é a principal causa de morbidade e mortalidade na população idosa.^{27,28}

Quando comparado o estado nutricional com a palatabilidade não foi observada correlação significativa, independente da concentração das soluções avaliadas. Os resultados da pesquisa de Skrandies e Zscheschang são contrários aos achados no presente estudo, pois identificaram influência do peso corporal na percepção gustativa e olfativa de 66 adultos saudáveis pesquisados, estando o maior IMC relacionado a uma diminuição na percepção do sabor e odor.²⁹

Observou-se relação entre o grau da sensibilidade gustativa e a concentração da solução testada, sendo que os participantes estabeleceram conceitos maiores na escala de sensibilidade para as soluções com maior concentração. Uma maior percepção gustativa nas soluções mais concentradas pode ser explicada, pelo fato das concentrações aumentarem de forma crescente, dobrando a quantidade de soluto de uma para a outra. Avaliando as três concentrações de cada sabor, percebeu-se que mesmo nos casos de nenhuma, muito baixa ou baixa sensibilidade, a maioria dos indivíduos foi capaz de perceber mudanças nas concentrações, aumentando a sensibilidade gustativa nas soluções mais intensas.

Além da maior sensibilidade gustativa de todos os participantes nas concentrações mais elevadas, verificou-se diferença significativa no grau de sensibilidade gustativa entre adultos e idosos. Comparando com os adultos, o grupo dos idosos demonstrou redução na sensibilidade gustativa para dois sabores. Isso pode estar relacionado a quantidade de corpúsculos gustativos presentes na língua. Nas pessoas jovens, em cada papila, são encontrados mais de 250 corpúsculos, já nos idosos acima de 70 anos, esse número é reduzido para menos de 100 corpúsculos, o que apresenta consequências na detecção e identificação de sabor, visto que o gosto está relacionado à quantidade de corpúsculos gustativos presentes nas papilas linguais.³⁰

Vários autores afirmam esse fato através de seus estudos, Anhe *et al.*, Nordin *et al.* e Landis, Welge e Brämerson estudaram a percepção gustativa de diferentes grupos etários, entre eles jovens, adultos e idosos. Esses estudos demonstram uma redução significativa na palatabilidade com o avanço da idade, sendo que os idosos apresentam menor sensibilidade aos sabores do que indivíduos jovens.³¹⁻³³ Simchen *et al.* avaliaram o olfato e paladar de dois grupos etários, um grupo com menos de 65 anos e outro com mais 65 anos e concluíram que a percepção de sabor diminuiu conforme o aumento da idade.¹² Além disso, Mojet, Heidema e Christ, além de Davenport, também descreveram que as capacidades sensoriais sofrem um declínio acentuado com a idade.^{13,34} Resultados diferentes são descritos por Alves e Dantas que não verificaram percepção menor nos participantes mais velhos, quando comparado aos

mais jovens, em uma amostra de 46 indivíduos saudáveis entre 23 e 71 anos.¹¹

É importante ressaltar que, embora haja redução da sensibilidade gustativa em idosos comparados com os adultos, isso não ocorreu em todos os sabores testados nessa pesquisa. A palatabilidade das soluções de cafeína e de cloreto de sódio não diferiu nos dois grupos etários, independente da concentração testada. Esse resultado pode ser explicado através da sensibilidade gustativa preservada para o salgado e amargo, tanto nos adultos como nos idosos, o que pode ter relação com o baixo consumo dessas substâncias no cotidiano. Desta maneira, quando ocorre a ingestão desses sabores, mesmo de forma pouco concentrada, são facilmente percebidos. Outro aspecto que pode ter relação com a maior percepção do salgado e amargo é o ponto da língua em que as soluções tiveram contato, neste caso, as soluções de cloreto de sódio e cafeína podem ter entrado em contato em locais da língua com mais receptores para esses sabores, identificando com mais intensidade o salgado e amargo em comparação aos outros sabores testados.³⁵

Não foram encontradas associações significativas, independente da concentração avaliada na pesquisa atual, entre a sensibilidade gustativa e diversos fatores como, tabagismo, consumo de bebida alcoólica, uso de medicamentos, gênero e estado nutricional. Esses achados podem estar associados a semelhança dos hábitos de vida entre a população de adultos e idosos estudados. Resultados semelhantes aos verificados por Passos, Venzke e Bós que não encontraram associação significativa entre palatabilidade e consumo de bebidas alcoólicas, medicamentos, gênero, estado nutricional e tabagismo.³⁶ Porém, um estudo recente mostra resultado diferente do atual e do analisado por Passos, Venzke e Bós, em relação ao tabagismo. Santos, Echeveste e Vidor afirmam que há relação de palatabilidade e tabagismo em seu estudo, visto que, avaliaram a percepção gustativa de 48 voluntários entre fumantes e não fumantes e concluíram que os fumantes apresentaram menor capacidade de percepção gustativa, quando comparado ao grupo de não fumantes.³⁷ O estudo atual encontrou um resultado diferente, já que não houve diferença significativa na percepção

gustativa dos indivíduos fumantes ou ex-fumantes, quando comparados aos demais voluntários.

No presente estudo, não foi observada diferença significativa quanto ao grau de palatabilidade de homens e mulheres, independente da concentração e sabor, demonstrando similaridade no grau de palatabilidade entre os sexo da população em questão. Achado semelhante foi relatado por Passos, Venzke e Bós também não encontrando relação de sensibilidade gustativa e gênero.³⁶ Resultado diferente foi descrito por Simchen *et al.*, que observou relação entre sexo e habilidades olfativas e gustativas, e concluiu que as mulheres apresentaram maiores habilidades gustativas e olfativas do que os homens.¹² Mojet, Heidema e Christ; Anhe *et al.*; Nordin *et al.*, e Landis, Welge e Brämerson também verificaram que as mulheres são mais perceptíveis aos sabores do que os homens.^{13, 31-33} Esses achados diferem do encontrado na presente pesquisa, já que não foram verificadas diferenças significativas na sensibilidade gustativa entre homens e mulheres na amostra avaliada.

A pesquisa sugere redução da palatabilidade com o passar dos anos para os sabores doce e azedo. No entanto, o estudo apresenta limitações em relação ao número reduzido de indivíduos pesquisados e ao delineamento transversal, variáveis que podem ter influenciado nos resultados do estudo. Destaca-se a necessidade de mais estudos com maior número amostral bem como acompanhamento desses indivíduos ao longo do tempo.

CONCLUSÃO

Conclui-se que a maioria dos participantes obteve maior sensibilidade gustativa nas soluções mais concentradas. Os idosos tiveram a percepção do sabor reduzida quando comparado aos adultos na solução de ácido cítrico nas concentrações 1 e 2 e solução de sacarose na concentração 3. Não houve diferença na sensibilidade gustativa quando comparados homens e mulheres. Além disso, o estado nutricional, o consumo de álcool, o tabagismo e o uso de medicações também não tiveram associação significativa com a percepção do paladar nos indivíduos avaliados.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Sinopse do Censo Demográfico 2010: distribuição da população por sexo, segundo os grupos de idade [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2010 [acesso em 02 out 2015]. Disponível em: http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/index.php?dados=12#topo_piramide.
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: PNAD 2011 [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2012 [acesso em 02 set 2015]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/imprensa/ppts/00000010135709212012572220530659.pdf>
3. Brasil, Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. Informe Nacional sobre a implementação na América Latina e Caribe da Declaração de Brasília sobre Envelhecimento. In: 3ª Conferência Regional sobre Envelhecimento na América Latina e Caribe; 8-12 mai 2012; São José, Costa Rica. São José: CEPAL; 2012 [acesso em 02 set 2015]. Disponível em : <http://www.cepal.org/celade/noticias/paginas/9/46849/Brasil.pdf>
4. Pereira MT, Martins RAS. Organização e gestão de um programa de exercício físico e qualidade de vida em homens idosos [tese]. Coimbra: Universidade de Coimbra, Faculdade de Ciências do Desporto e Educação Física; 2012.
5. Ciosak SI, Braz E, Costa MFBNA, Nakano NGR, Rodrigues J, Alencar RA, et al. Senescência e senilidade: novo paradigma na atenção básica de saúde. *Rev Esc Enferm USP* 2011;45(2):1763-8.
6. Fachine BRA, Trompieri N. O processo de envelhecimento: as principais alterações que acontecem com o idoso com o passar dos anos. *InterSciencePlace* 2015;20(1):1-27.
7. Alvis BD, Hughes CG. Physiology considerations in geriatric patients. *Anesthesiol Clin* 2015;33(3):447-56.
8. Negri R, Di Feola M, Di Domenico S, Scala MG, Artesi G, Valente S, et al. Taste perception and food choices. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2012;54(5):624-9.
9. Douglas CR. Tratado de fisiologia aplicada à fonoaudiologia. São Paulo: Robe Editorial; 2002.
10. Soojeong K, Nami J. The study on development of easily chewable and swallowable foods for elderly. *Nutr Res Pract* 2015;9(4):420-4.
11. Alves LMT, Dantas RO. Percepção de sabores em pessoas normais. *GED Gastroenterol Endosc Dig* 2014;33(3):102-5.
12. Simchen U, Koebnick C, Hoyer S, Issanchou S, Zunft HJF. Odour and taste sensitivity is associated with body weight and extent of misreporting of body weight. *Eur J Clin Nutr* 2006;60(6):698-705.
13. Mojet J, Christ-Hazelhof E, Heidema J. Taste perception with age: generic or specific losses in threshold sensitivity to the five basic tastes? *Chem Senses* 2001;26(7):845-60.
14. Palheta Neto FX, Targino MN, Peixoto VS, Alcântara FB, De Jesus CC, De Araújo DC, et al. Anormalidades sensoriais: olfato e paladar. *Arq Int Otorrinolaringol* 2011;15(3):350-8.
15. Douglas CR. Fisiologia aplicada à nutrição. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011.
16. Boyce JM, Shone GR. Effects of ageing on smell and taste. *Postgrad Med J* 2006;966(82):239-41.
17. Chumlea WC, Guo SS, Roche AF, Steinbaugh ML. Prediction of body weight for the nonambulatory elderly from anthropometry. *J Am Diet Assoc* 1988;88(5):564-8.
18. Chumlea WC, Roche AF, Steinbaugh ML. Estimating stature from knee height for persons 60 to 90 years of age. *J Am Geriatr Soc* 1985;33(2):116-20.
19. World Health Organization.. Geneva: WHO;1998 [acesso 12 set 2015]. Disponível em: <http://www.who.int/en/>
20. Organização Pan Americana de saúde. COLOCAR O TÍTULO [Internet]. Brasília, DF: OPAS; 2002 [acesso em 21 ago 2015]. Disponível em: <http://www.paho.org/bra/>.
21. Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia. 1ª Diretriz Brasileira de Diagnóstico e tratamento da síndrome metabólica. *Arq Bras Cardiol* 2005;84(1):3-28.
22. World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Geneva: WHO; 1997.
23. Mueller C, Kallert S, Renner B, Stiassny K, Temmel AFP, Hummel T, et al. Quantitative assessment of gustatory function in a clinical context using impregnated "taste strips". *Rhinology* 2003;41(1): 2-6.
24. Silva Pícoli T, Figueiredo LL, Patrizzi LJ. Sarcopenia e envelhecimento. *Fisioter Mov* 2011;24(3):455-62.
25. De Araújo APS, Bertolini SMMG, Martins J Junior. Alterações morfofisiológicas decorrentes do processo de envelhecimento do sistema musculoesquelético e suas consequências para o organismo humano. *Perspect Online Biol Saúde* 2014;12(4):22-34.

26. Teixeira AMNC, Sachs A, Santos GMS, Asakura L, Coelho LC, Da Silva CVD. Identificação de risco cardiovascular em ambulatório de nutrição. *Rev Bras Cardiol* 2010;23(2):116-23.
27. Laks R, Araújo LMQ, Almada CM Filho, Cendoroglo MS. A importância do HDL-C e da PCR na avaliação do risco cardiovascular em idosos longevos. *Einstein* 2011;9(3 Pt 1):397-403.
28. Xavier HT, Izar MC, Faria JR Neto, Assad MH, Rocha VZ, Sposito AC, et al. 5ª Diretriz brasileira de dislipidemias e prevenção da aterosclerose. *Arq Bras Cardiol* 2013;101(4):1-20.
29. Skrandies W, Zschieschang R. Olfactory and gustatory functions and its relation to body weight. *Physiol Behav* 2015;142:1-4.
30. Nogués R. Factores que afectan la ingesta de nutrientes em el anciano y que condicionan su correcta nutrición. *Nutr Clín* 1995;15(2):39-44.
31. Ahne G, Erras A, Hummel T, Kobal G. Assessment of gustatory function by means of tasting tablets. *Laryngoscope* 2000;110(8):1396-401.
32. Nordin S, Brämerson A, Bringlöv E, Kobal G, Hummel T, Bende M. Substance and tongue-region specific loss in basic taste-quality identification in elderly adults. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2007;264(3):285-9.
33. Landis BN, Welge LA, Brämerson A. "Taste Strips": a rapid, lateralized, gustatory bedside identification test based on impregnated filter papers. *J Neurol* 2009;256(2):242-8.
34. Davenport RJ. The flavor of aging. *Sci Aging Knowledge Environ* 2004;2004(12):1.
35. Strapasson GC, Lopez ACM, Basso T, Santos DF, Mulinari RA, Wille GMFC, et al. Percepção de sabor: uma revisão. *Visão Acadêmica* 2011;(12)1:65-73.
36. Passos DR, Venzke JG, Bós AJG. Avaliação do paladar de idosos e sua relação com o estado nutricional [tese]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2010.
37. Santos KW, Echeveste SS, Vidor DCGM. Influência da percepção olfativa e gustativa na fase oral da deglutição de indivíduos tabagistas. *CoDAS* 2014;26(1):68-75.

Recebido: 11/12/2015

Revisado: 30/06/2016

Aprovado: 03/08/2016

Incapacidade funcional e fatores associados em idosos após o Acidente Vascular Cerebral em Vitória – ES, Brasil

Functional disability and associated factors in elderly stroke survivors in Vitória, Brazil

Júlia Fabres do Carmo¹
Elizabeth Regina Araújo Oliveira²
Renato Lirio Morelato³

ARTIGOS ORIGINAIS / ORIGINAL ARTICLES

Resumo

Objetivo: Estimar a prevalência da incapacidade funcional e os fatores associados em idosos que sofreram o Acidente Vascular Cerebral (AVC). **Método:** Estudo transversal, realizado nos vinte e dois territórios da Estratégia de Saúde da Família no município de Vitória, ES. Participaram 230 indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos. Os dados foram coletados em entrevistas domiciliares e a incapacidade funcional foi avaliada por meio da Escala de Rankin modificada. Empregou-se a regressão de Poisson com variância robusta nas análises bruta e ajustada. **Resultado:** A maioria dos participantes eram homens (52,1%) entre 60 a 98 anos, a média de idade foi de 75,8, com desvio padrão de 9,2. A prevalência da incapacidade funcional foi de 66%. Na análise ajustada, uma maior prevalência da incapacidade associou-se a ter 80 anos ou mais de idade, autoperceber limitações em funções do corpo, perceber a estrutura física da rua como barreira e achar a sinalização das vias insuficiente. Já ter 12 anos ou mais de estudo, associou-se a uma menor prevalência do desfecho. **Conclusão:** A alta prevalência da incapacidade funcional nos idosos após o AVC, bem como a identificação dos seus fatores associados reforçam a necessidade de um sistema de saúde que atue de forma contínua e proativa investindo em práticas que promovam o envelhecimento ativo.

Palavras-chave: Idoso. Acidente Vascular Cerebral. Estratégia Saúde da Família. Envelhecimento. Atenção Primária à Saúde. Saúde Pública.

Abstract

Objective: The aim of the present study was to estimate the prevalence of disability and associated factors in elderly stroke survivors. **Methods:** A cross-sectional study of 230 elderly persons was conducted in the 22 territories of the Estratégia de Saúde da Família (the Family Health Strategy) of Vitória, in the state of Espírito Santo (ES). Patients were assessed using the modified Rankin Scale. Poisson regression with robust variance in crude and adjusted analyses was employed. **Results:** The majority of subjects were men (52.1%) aged between 60 to 98 years, with a mean age of 75.8 (sd±9.2). The prevalence

Keywords: Elderly. Stroke. Family Health Strategy. Aging. Primary Health Care. Public Health.

¹ Prefeitura Municipal de Vitória, Departamento, Secretaria Municipal de Saúde. Vitória, ES, Brasil.

² Universidade Federal do Espírito Santo, Departamento de Enfermagem e Saúde Coletiva. Vitória, ES, Brasil.

³ Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, Departamento de Clínica Médica. Vitória, ES, Brasil.

of disability was 66%. Age ≥ 80 years, self-perceived limitations in bodily function, considering the physical structure of the street to be a barrier to leaving home and believing street lighting to be insufficient were positively associated with functional disability. Possessing 12 or more years of schooling was inversely associated with the outcome. *Conclusions:* The high prevalence of disability and associated factors in elderly stroke survivors reinforce the need for a health system that operates continuously and proactively, promoting active aging.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população é considerado um fenômeno comum à grande maioria dos países no mundo.¹ No entanto, o aumento na proporção de idosos e diminuição dos indivíduos mais jovens não acontece igual em todos os lugares. Enquanto nos países desenvolvidos o envelhecimento é gradual, nos países em desenvolvimento é acelerado e está ocorrendo antes do almejado desenvolvimento econômico.² No Brasil, a proporção de pessoas com 60 anos ou mais passou de 9,7% em 2004 para 13,7% em 2014, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) indica que essa tendência vai continuar e em 2060 essa proporção deverá chegar a 33,7%, ou seja, a cada três pessoas uma terá 60 anos ou mais de idade.³

O crescimento da população idosa traz diversos desafios para os sistemas de saúde, pois à medida que o tempo avança a capacidade funcional do indivíduo reduz e o risco para desenvolver as doenças crônicas aumenta.^{2,4} A capacidade funcional pode ser definida como um conjunto de habilidades físicas e mentais necessárias para realizar de maneira independente as atividades da vida diária. De maneira similar, a incapacidade funcional pode ser conceituada como dificuldade ou inabilidade em realizar essas atividades.⁵

Dentro de uma perspectiva mais ampla, a Organização Mundial da Saúde (OMS) caracteriza a incapacidade como produto de uma interação dinâmica e complexa entre condição de saúde (lesões, doenças, etc.), fatores pessoais (estilo de vida, idade, nível de instrução, etc.) e fatores ambientais.⁶ A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI)⁷ propõe a capacidade

funcional como um novo paradigma de saúde e afirma que o principal problema que pode afetar o idoso na atualidade não é uma doença em particular e sim a perda de sua capacidade funcional. Estudos demonstraram que a taxa de incapacidade na população idosa brasileira está em torno de 19,2% a 26,8%.^{8,9}

Considerado o motivo principal de incapacidade de longa duração na vida adulta, o Acidente Vascular Cerebral (AVC)^{10,11} ocupa posição de destaque entre as doenças crônicas que acometem a população idosa.² Segundo o sistema nacional de informação hospitalar, o AVC é um dos principais motivos de internação no Sistema Único de Saúde.¹² Estima-se que 25% a 74% dos 50 milhões de sobreviventes do AVC no mundo apresentem algum déficit, seja físico, cognitivo ou emocional, necessitando de assistência parcial ou total para realizar as atividades de vida diária.¹¹ Pesquisas nacionais revelaram forte associação entre o AVC e a incapacidade (OR=51,8, $p=0,05$; OR=6,62, $p<0,001$) na população idosa.^{13,14}

O envelhecimento populacional, a emergência das doenças crônicas e as incapacidades de longa permanência são desafios da saúde pública contemporânea e suscitam mudanças no modelo de atenção à saúde.¹⁵ A PNSPI é assertiva ao recomendar que a avaliação e o diagnóstico funcional sejam realizados principalmente na Atenção Primária a Saúde (APS) por meio da Estratégia de Saúde da Família (ESF), visando garantir a máxima autonomia da pessoa idosa.⁷ Sendo assim, estimar a prevalência da incapacidade e identificar fatores associados em idosos após o AVC, no âmbito da APS, poderá contribuir com o planejamento de práticas direcionadas às

necessidades de saúde dessa população. Diante deste contexto, o presente estudo teve como objetivo avaliar a incapacidade funcional e os possíveis fatores associados em idosos após o AVC, cadastrados pela Estratégia de Saúde da Família, no município de Vitória (ES).

MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal de caráter descritivo realizado em Vitória, capital do Espírito Santo. O município iniciou a implantação da Estratégia de Saúde da Família em 1998 e, atualmente, tem 29 Unidades Básicas de Saúde (UBS), sendo 22 ESF.^{16,17} A população estimada para o município em 2010 era de 327.801 habitantes e o número de pessoas com 60 anos ou mais cadastradas nos 22 territórios da ESF totalizava 29.552.¹⁶

Considerando a população de idosos cadastrados e a prevalência do AVC em 2,9%¹⁸ a população do estudo foi estimada em 900 sujeitos. Posteriormente, definiu-se a prevalência da incapacidade após o AVC em 60%,^{11,19} um nível de significância de 5%, uma margem de erro de 7% e efeito do desenho de 1,4, chegando ao tamanho mínimo amostral de 218 idosos. Para suprir possíveis perdas ou recusas foram acrescentados 5%, resultando numa amostra de 230 sujeitos.

Foi utilizada a amostragem por cotas proporcional ao número de idosos cadastrados em cada território de saúde. O número de elementos a observar em cada uma das 22 cotas foi definido pela fórmula: $n^1 = fxN^1$, onde:

N^1 =total de elementos do território; n^1 =tamanho da amostra em cada território; $f=n/N$ (n =tamanho da amostra; N =tamanho da população)

Para operacionalizar a seleção foi realizado um trabalho em conjunto com as equipes da ESF e técnicos da Secretaria Municipal de Saúde, que disponibilizaram o acesso a Rede Bem Estar (RBE), software de gestão de saúde do município. Por meio desse sistema foi possível identificar idosos com diagnóstico clínico do AVC, quando o número dos idosos identificados não era suficiente para atingir a cota do território ou em casos de falecimento e

mudança de endereço as equipes selecionavam o restante dos idosos até completar a cota.

Os critérios de inclusão foram: ter idade igual ou superior a 60 anos, referir Acidente Vascular Cerebral e residir nos territórios da Estratégia de Saúde da Família. Foram excluídos os idosos que não foram localizados após três tentativas, aqueles que não eram capazes de responder sozinhos e que não estavam acompanhados por responsável capaz de responder e os que residiam em microáreas sem Agente Comunitário de Saúde (ACS).

Os dados foram coletados entre outubro de 2013 a maio de 2014. As entrevistas aconteceram nos domicílios dos participantes e foram acompanhadas pelos ACS para facilitar o acesso às casas e o contato com os idosos. Uma equipe de três entrevistadores foram treinados e supervisionados pelo pesquisador responsável. Foi desenvolvido para esse estudo um questionário estruturado com perguntas fechadas, pré-codificadas, que constou de dados sociodemográficos (sexo, cor da pele, idade, renda familiar, escolaridade e morar com companheiro); condições de saúde (recorrência do AVC, presença de dor, diabetes, internação no último ano, autopercepção de saúde e dificuldade nas seguintes funções do corpo: movimento dos braços e das pernas, voz e fala, de memória, de mastigar e engolir, da visão e do controle de esfíncter (urinário e fecal) e dados sobre a percepção do ambiente (tem dificuldade para acessar serviços de saúde, tem dificuldade de sair de casa devido a barreiras arquitetônicas e sinalização nas vias é suficiente/insuficiente).

A variável desfecho foi mensurada por meio da Escala de Rankin modificada (mRS), escolhida por ser o instrumento mais prevalente para mensurar incapacidade nas pesquisas contemporâneas sobre o AVC.²⁰ A escala consiste em seis categorias que vão de 0 a 5, sendo que 0 corresponde a ausência de sintomas e 5 corresponde a incapacidade grave. Seguindo a tendência dos trabalhos de Hardie *et al.*²¹ e Bettger *et al.*,²² o ponto de viragem entre capacidade funcional e incapacidade foi o nível 3 da escala; assim, aqueles que apresentaram $mRS \leq 2$ foram classificados como independentes e os que apresentaram $mRS \geq 3$ foram classificados com incapacidade funcional.

Os dados foram digitados no programa Excel. As análises estatísticas foram realizadas no *software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)* versão 22.0 for Windows. Inicialmente, foi empregada a estatística descritiva para obter a prevalência do desfecho e as frequências absolutas e relativas das variáveis independentes. Foi utilizada a regressão de Poisson com estimativa robusta da variância, com cálculos de razões de prevalência bruta e ajustada e intervalo de confiança de 95%. Para análise dos dados foi utilizado um modelo hierárquico que considerou três níveis de determinação da incapacidade funcional: primeiro nível (distal) variáveis de percepção do ambiente, segundo nível (intermediário) variáveis sociodemográficas e terceiro nível (proximal) variáveis referente às condições de saúde. A análise ajustada manteve as variáveis com p valor $<0,20$, considerando o efeito da variável em relação ao desfecho e controlando com as demais variáveis do mesmo nível e de níveis superiores. As variáveis com $p < 0,05$ foram consideradas significantes.

Esta pesquisa recebeu anuência da Secretaria Municipal de Saúde de Vitória e foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Escola Superior de Ciências Santa Casa de Misericórdia de Vitória, pelo número CAAE 14435213.6.0000.5065. Todos os participantes do estudo receberam informações sobre a pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido.

RESULTADO

Participaram do estudo 230 idosos entre 60 a 98 anos, a média de idade foi de 75,8 anos ($dp=9,2$), 26,0% dos idosos tinham entre 60-69 anos, 36,9% 70-79 anos e 36,9% tinham 80 anos ou mais de idade. Predominou entre os entrevistados aqueles com 1 a 4 anos de estudo (44,7%), que afirmaram cor da pele não branca (55,8%) e com renda familiar de 1 a 3 salários mínimos (40,3%).

Pouco mais da metade dos idosos eram do sexo masculino (52,1%) e residiam sem companheiro (51,1%).

Tabela 1. Descrição da amostra, análise bruta e ajustada da Incapacidade Funcional segundo as variáveis socioeconômicas e demográficas. Vitória, ES, 2013/2014.

Variáveis	N (%)	Incp (%)	RP bruta (IC 95%)	p	RP ajustada (IC 95%)	p
Variáveis socioeconômicas e demográficas (nível intermediário)						
Sexo						
Masculino	120(52,1)	31,7	1		1	
Feminino	110(47,8)	34,3	1,18 (0,98-1,42)	0,07	1,18 (0,93-1,51)	0,16
Faixa etária						
60-69 anos	60(26,0)	14,7	1		1	
70-79 anos	85(37,3)	21,7	1,03 (0,78-1,37)	0,79	1,04 (0,73-1,49)	
≥80 anos	85(37,3)	29,5	1,42 (1,10-1,80)	0,01	1,47 (1,08-2,01)	0,01
Cor						
Não Branca	128(55,8)	54,3	1		1	
Branca	102(44,5)	45,7	1,04 (0,87-1,26)	0,63	1,03(0,85-1,27)	0,7
Renda familiar						
<1 salário	52(23,3)	14,7	1		1	
1-3 salários	90(40,4)	27,3	1,04 (0,89-1,22)	0,60	1,06 (0,88-1,26)	0,49
3-5 salários	49(22,0)	14,3	1,02 (0,84-1,22)	0,83	0,99 (0,80-1,23)	0,99
>5 salários	32(14,3)	7,3	0,87 (0,71-1,09)	0,26	0,79 (0,64-1,02)	0,08

Variáveis	N (%)	Incp (%)	RP bruta (IC 95%)	<i>p</i>	RP ajustada (IC 95%)	<i>p</i>
Escolaridade						
Sem	48(21,0)	17,3	1		1	
1 a 4 anos	102(44,7)	28,6	0,77 (0,64-0,94)	0,009	0,73 (0,57-0,94)	0,01
5 a 8 anos	27(11,8)	6,9	0,71 (0,50-0,99)	0,04	0,62 (0,39-0,98)	0,04
9 a 11 anos	33(14,4)	9,1	0,76 (0,57-1,01)	0,06	0,67 (0,45-1,01)	0,60
12 ou mais	18(7,8)	3,0	0,46 (0,25-0,84)	0,01	0,39 (0,18-0,82)	0,01
Reside com companheiro						
Não	117(51,0)	36,9	1		1	
Sim	112(48,9)	29,1	0,83 (0,68-1,00)	0,06	0,79(0,61-1,50)	0,07

INCP: incapacidade; RP: razão de prevalência; IC: intervalo de confiança de 95%; valor estatisticamente significativo $p \leq 0,05$. Valor salário mínimo ano/2013: R\$ 678,00.

Boa parte dos entrevistados (43,9%) sofreram mais de um episódio do AVC. Em relação à autopercepção de saúde, 54,5% perceberam sua saúde como boa ou muito boa, 36,0% afirmam ter recebido diagnóstico de diabetes e 56,5% sentem dor musculoesquelética. Pouco mais de um terço (36,9%) passou por internação hospitalar

no último ano. Quando questionados sobre as limitações que surgiram após o AVC, mais da metade relatou ter dificuldade entre três a cinco funções do corpo (56,5%), as mais citadas foram dificuldade em movimentar as pernas (84,3%), os braços (74,7%) e dificuldade com a memória (51,3%).

Tabela 2. Descrição da amostra, análise bruta e ajustada da Incapacidade Funcional segundo as variáveis de condições de saúde. Vitória, ES, 2013/2014.

Variáveis	N (%)	Incapaz (%)	RP bruta (IC 95%)	<i>p</i>	RP ajustada (IC 95%)	<i>p</i>
Variáveis condições de saúde (nível proximal)						
Mais de 1 AVC						
Não	129(56,0)	33,9	1		1	
Sim	101(43,9)	32,1	1,21 (1,01-1,45)	0,03	1,26 (0,99-1,60)	0,06
Dor						
Não	100(43,5)	26,0	1		1	
Sim	130(56,5)	40,0	0,84 (0,69-1,03)	0,09	1,19 (0,93-1,53)	0,16
Diabetes						
Não	147(63,9)	40,0	1		1	
Sim	83(36,0)	26,0	1,15 (0,96-1,38)	0,12	1,16 (0,91-1,48)	0,21
Autopercepção de saúde						
Boa	101(54,5)	23,0	1		1	
Ruim	84 (45,4)	23,9	1,24 (0,98-1,58)	0,07	1,23 (0,97-1,57)	0,08
Internação no último ano						
Não	145(63,0)	38,6	1		1	
Sim	85 (36,9)	27,4	1,20 (1,01-1,44)	0,04	1,25 (0,98-1,58)	0,06
Limitações em FC						
0-2	52 (22,6)	9,1	1		1	
3-5	132(57,9)	39,1	1,65(1,16 -2,34)	0,005	1,57 (1,09-2,28)	0,01
≥6	47 (20,4)	17,8	2,16 (1,53-3,05)	0,001	2,00 (1,33-2,99)	0,01

Nota: RP: razão de prevalência; IC: intervalo de confiança de 95%; valor estatisticamente significativo $p \leq 0,05$. FC: Funções do Corpo

No que se refere à percepção do ambiente, 54,7% dos idosos afirmaram que a sinalização nas vias como faixas de pedestre e passarelas é insuficiente, 58,2% têm dificuldade em sair devido às barreiras arquitetônicas e 40,4% relataram sentir

dificuldade para acessar os serviços de saúde (Tabela 3). A prevalência da incapacidade na população estudada foi de 66% ($mRS \geq 3$), na tabela 4 é possível visualizar a distribuição da amostra por nível de classificação da escala de Rankin.

Tabela 3. Descrição da amostra, análise bruta e ajustada da Incapacidade Funcional segundo as variáveis de percepção do ambiente construído. Vitória, ES, 2013/2014.

Variáveis	N (%)	Incapaz (%)	RP bruta (IC 95%)	p	RP ajustada (IC 95%)	p
Variáveis de Percepção do Ambiente (nível distal)						
Dificuldade em sair devido BA						
Não	96(41,7)	20,8	1		1	
Sim	134(58,2)	45,2	1,55 (1,24-1,93)	<0,001	1,89 (1,39-2,57)	<0,001
Sinalização vias						
Suficiente	103(44,7)	26,0	1		1	
Insuficiente	126(54,7)	39,5	1,32 (1,01-1,50)	0,03	1,32 (1,02-1,71)	0,03
Dificuldade acessar SS						
Não	137(59,5)	37,3	1		1	
Sim	93(40,4)	28,6	1,13 (0,94-1,35)	0,18	1,22 (0,96-1,55)	0,10

RP: razão de prevalência; IC: intervalo de confiança de 95%; valor estatisticamente significativo $p \leq 0,05$; BA: Barreira Arquitetônica, SS: Serviço de Saúde.

Tabela 4. Distribuição da amostra segundo o grau de Incapacidade da Escala de Rankin modificada. Vitória, ES, 2013/2014.

Grau	Classificação Escala de Rankin	Descrição	n	%
1	Nenhuma incapacidade Significativa	Capaz de conduzir todos os deveres e atividades habituais.	37	16,1
2	Leve incapacidade	Incapaz de realizar todas as atividades prévias, porém independente para os cuidados pessoais.	41	17,8
3	Incapacidade Moderada	Requer alguma ajuda, mas é capaz de caminhar sem assistência (pode usar bengala ou andador).	67	29,1
4	Incapacidade moderadamente Severa	Incapaz de caminhar sem assistência e incapaz de atender às próprias necessidades fisiológicas sem assistência.	36	15,7
5	Deficiência grave	Confinado a cama, incontinente, requerendo cuidados e atenção constante de enfermagem.	49	21,3

Na análise bruta, associaram-se ao desfecho ter 80 anos ou mais de idade, ter 12 anos ou mais de estudo, perceber problemas em três ou mais funções do corpo, ter sofrido mais de um AVC, ter ficado internado no último ano, relatar dificuldade para sair de casa devido a barreiras arquitetônicas e perceber que a sinalização nas vias é insuficiente (tabela 1, 2 e 3).

Na análise ajustada a prevalência da incapacidade foi significativamente maior nos idosos com 80 anos ou mais de idade do que nos idosos na faixa dos 60-69 anos (RP=1,47; IC 95% 1,08-2,01). Já os idosos com 12 anos ou mais de estudo apresentaram menor prevalência da incapacidade quando comparados aos indivíduos sem escolaridade (RP=0,39; IC 95% 0,18-0,82) (Tabela 1). Aqueles que perceberam problemas em seis ou mais funções do corpo tiveram duas vezes mais incapacidade quando comparados aos que perceberam limitações em zero a duas funções corporais (RP 2,00; IC 95% 1,33-2,99) (Tabela 2).

Entre as variáveis do nível distal foi significativa a associação da incapacidade com dificuldade para sair de casa devido a barreiras arquitetônicas (RP=1,89; IC 95% 1,39-2,57) e perceber que a sinalização nas vias é insuficiente (RP=1,32; 1,02-1,71) (Tabela 3). Sofrer mais de um AVC e internação no último ano perderam significância após o ajuste com as outras variáveis.

DISCUSSÃO

Neste estudo, a prevalência da incapacidade funcional nos idosos após o AVC foi de 66%.²³ Um inquérito de base domiciliar realizado na França revelou que 34,5% da população após o AVC apresentava incapacidade funcional (mRS \geq 3), ou seja a cada 3 sobreviventes do AVC 1 estava em situação de dependência.²³ Já em um inquérito similar realizado no Brasil a incapacidade foi de 29,5% em homens e de 21,5% em mulheres.²⁴ Ambos os estudos não delimitaram a faixa etária e o estudo brasileiro não aplicou instrumento para avaliar a capacidade funcional.

Metade dos sobreviventes do AVC apresentavam incapacidade funcional (mRS \geq 3) em um centro de reabilitação brasileiro, 23,5% foram classificados com dependência moderada e 29,3% com dependência severa (mrs=4).²⁵ Uma pesquisa multicêntrica, conduzida no Paquistão, demonstrou que 64% da população após o AVC estava com incapacidade funcional (mRS \geq 3).²⁶ Chandra *et al.*¹⁹ dividiram a população após o AVC em dois grupos: menos de 80 anos e com 80 anos ou mais e observaram que 74% dos mais idosos estavam com incapacidade (mRS \geq 3).

Kisoli *et al.*²⁷ avaliaram a incapacidade por meio do Index de Barthel em uma população idosa com doenças neurológicas diversas e verificaram que 63% dos sobreviventes do AVC estavam dependentes para as atividades básicas de vida diária. Nota-se que existe uma grande discrepância nas taxas de prevalência da incapacidade e vários fatores podem influenciar, como o local de seleção da amostra, a idade dos participantes, a recorrência do AVC, o momento da avaliação e o tipo de instrumento aplicado.²⁸

Na presente investigação foi encontrada uma maior prevalência da incapacidade funcional nos idosos com 80 anos ou mais, resultado que está em consonância com pesquisas nacionais e internacionais que encontraram o avançar da idade associado às perdas funcionais na população idosa.^{8,14,29} Estudos que avaliaram sobreviventes do AVC também associaram a idade avançada com a incapacidade.^{19,25} É consenso na literatura que a capacidade funcional aumenta durante a infância, atinge seu máximo nos primeiros anos da vida adulta e entra em declínio logo em seguida, no entanto a velocidade do declínio não é igual para todos, sendo determinada por fatores relacionados ao estilo de vida, fatores externos e ambientais.²

Idosos que relataram problemas ou perda em seis ou mais funções do corpo apresentaram uma probabilidade maior de estar com incapacidade do que aqueles que referiram problemas em nenhuma ou em até duas funções. A Organização Mundial da Saúde⁶ por meio da Classificação Internacional

de Funcionalidade e Incapacidade define deficiência como problema nas funções ou nas estruturas do corpo, dessa forma esse resultado pode demonstrar uma aproximação entre a autopercepção da deficiência e a incapacidade mensurada pela Escala de Rankin.

Houve uma associação significativa entre estar com incapacidade e perceber que as condições físicas da rua dificultam sair de casa e que falta sinalização nas vias. Lien *et al.*³⁰ associaram a percepção de barreiras físicas do ambiente com a incapacidade nas atividades básicas e instrumentais da vida diária em idosos tailandeses. Zhang *et al.*³¹ avaliando sobreviventes do AVC na China rural observaram associação entre barreiras físicas e limitações em realizar atividades e restrições na participação. A OMS afirma que as características do ambiente influenciam na capacidade funcional dos indivíduos e muitas pessoas poderiam alcançar um maior nível de funcionalidade caso vissem em ambientes favoráveis. Preconiza, entre outras ações, a remoção de barreiras, o desenvolvimento de vizinhanças seguras, a criação de normas e a garantia da acessibilidade em edifícios, moradias e transportes.³²

Este estudo demonstrou associação inversa entre escolaridade e incapacidade. Resultado que corrobora com pesquisas nacionais que avaliaram a capacidade funcional na população idosa e concluíram que a maior escolaridade ocasionou menor probabilidade de incapacidade.^{13,28} Já a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) associou uma maior prevalência do AVC a uma menor escolaridade, mas não encontrou associação entre a incapacidade e o nível de educação formal na população sobrevivente ao AVC.²⁴ Na última década, de acordo com dados do IBGE, a queda na taxa do analfabetismo ocorreu em todas as faixas etárias, menos para população com idade acima de 65 anos. Assim, o peso relativo dos idosos na população analfabeta cresceu, passando de 46,7% em 2004 para 58,2% em 2014.³

Ao analisar os resultados encontrados, observa-se que a associação entre sofrer mais de um AVC e estar com incapacidade perdeu significância após o ajuste com as outras variáveis. Gall *et al.*³³ encontraram associação positiva entre sofrer mais

de um AVC e estar com incapacidade. Por outro lado Park e Ovbiagele³⁴ relacionaram um maior nível de incapacidade após o primeiro AVC com o risco da recorrência.

Na análise bruta também foi encontrada associação positiva entre ter ficado internado nos últimos 12 meses e estar com incapacidade, todavia esse resultado não se manteve após análise ajustada. Alves *et al.*²⁹ verificaram que idosos internados no último ano apresentaram probabilidade elevada de ter grande dificuldade ou total incapacidade para subir uma ladeira quando comparados aos idosos que não foram internados.

A coleta de dados realizada em 22 territórios da ESF teve como objetivo cumprir com uma seleção de amostra heterogênea, representativa dos idosos do município de Vitória, o que pode ser considerado um diferencial deste estudo quando comparado a estudos similares conduzidos em centros de reabilitação e hospitais. Por outro lado, limitações na seleção da amostra devem ser consideradas já que a seleção dos sujeitos também aconteceu pela informação das equipes de saúde, tipo de seleção que está sujeita a suspeição diagnóstica e ao viés da informação. Além disso, estudos de delineamento transversal não são estratégias de investigação analítica e seus resultados não servem para estabelecer vínculos causais.

CONCLUSÃO

A pesquisa alerta para uma prevalência elevada da incapacidade funcional nas pessoas idosas após o AVC cadastradas pela Estratégia de Saúde da Família em Vitória-ES. Boa parte dos indivíduos com incapacidade sofreram mais de um episódio do AVC. Resultado que reitera a importância em aplicar medidas de monitoramento da capacidade funcional e promover suporte ao idoso após o AVC no âmbito da Atenção Primária à Saúde.

O modelo de regressão de Poisson permitiu conhecer alguns fatores associados positivamente à incapacidade como: idade avançada, autopercepção de limitações em funções do corpo, perceber a estrutura física da rua como barreira e achar insuficiente a sinalização das vias. Já ter 12 anos

ou mais de estudo foi associado inversamente a incapacidade funcional. Tais achados podem contribuir com planejamento de ações direcionadas

a minimizar ou postergar a incapacidade nos idosos após o AVC, bem como subsidiar políticas públicas direcionada às pessoas idosas.

REFERÊNCIAS

1. Camarano AA, Kanso S, Fernandes D. Envelhecimento populacional, perda da capacidade laborativa e políticas públicas brasileiras entre 1992 e 2011. Rio de Janeiro: IPEA; 2013.
2. Organização Pan-Americana da Saúde. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília, DF: OPAS; 2005.
3. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro: IBGE; 2015.
4. Parahyba MI, Veras RP, Melzer D. Incapacidade funcional entre as mulheres idosas no Brasil. *Rev Saúde Pública* 2005;39(3):381-91.
5. Alves LC, Leite IC, Machado CJ. Conceituando e mensurando a incapacidade funcional da população idosa: uma revisão de literatura. *Ciênc Saúde Coletiva* 2009;13(4):1199-1207.
6. Organização Mundial da Saúde; Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para a Família de Classificações Internacionais. CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. São Paulo: EDUSP; 2003. p.13-32.
7. Brasil. Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Diário Oficial da União 19 out 2006.
8. Del Duca GF, Silva MC, Hallal PC. Incapacidade funcional para atividades básicas e instrumentais da vida diária em idosos. *Rev Saúde Pública* 2009; 43(5):796-805.
9. Lebrão ML, Duarte YAO, organizadores. SABE - Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento: o projeto SABE no Município de São Paulo: uma abordagem inicial [Internet]. Brasília, DF: OPAS; 2003 [acesso em 13 mar 2013]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf
10. American Heart Association. Heart disease and stroke statistic - 2016 Update: a report from the American Heart Association. *Circulation* 2016;133:167-76.
11. Miller EL, Murray L, Richards L, Zorowitz RD, Bakas T, Clark P, et al. Comprehensive overview of nursing and interdisciplinary rehabilitation care of the stroke patient: a scientific statement from the American Heart Association. *Stroke* 2010;41:2402-44.
12. Rolim CLRC, Martins M. O uso da tomografia computadorizada nas internações por Acidente Vascular Cerebral no Sistema Único de Saúde no Brasil. *Rev Bras Epidemiol* 2012;15(1):179-87.
13. Rosa TE, Benicio MH, Latorre MR, Ramos LR. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. *Rev Saúde Pública* 2003;37(1):40-8.
14. Barbosa BR, Almeida JM, Barbosa MR, Barbosa LAR. Avaliação da capacidade funcional dos idosos e fatores associados a incapacidade. *Ciênc Saúde Coletiva* 2014;19(8):3317-25.
15. Organização Pan-Americana da Saúde. As redes de atenção a saúde. Brasília, DF: OPAS; 2011.
16. Vitória, ES. Secretaria de Saúde. Gerencia de Atenção a Saúde. Vitória: Prefeitura Municipal de Vitória; 2013.
17. Cruz SCS. Avaliação do processo de implantação da Estratégia de Saúde da Família: o caso de Resistência, Vitória/ES [dissertação]. Vitória,ES: Universidade Federal do Espírito Santo; 2007.
18. Pereira ABCN, Alvarenga H, Pereira JRS, Barbosa MTS. Prevalência de acidente vascular cerebral em idosos no Município de Vassouras, Rio de Janeiro, Brasil, através do rastreamento de dados do Programa Saúde da Família. *Cad Saúde Pública* 2009;25(9):1929-36.
19. Chandra RV, Leslie-Mazwi TM, Oh DC, Chaudhry ZA, Mehta BP, Rost NS, et al. Elderly patients are at higher risk for poor outcomes after intra-arterial therapy. *Stroke* 2012;43(9):2356-61.
20. Quinn TJ, Dawson J, Walters MR, Lees KR. Reliability of the Modified Rankin Scale: a Systematic Review. *Stroke* 2009;40(10):3393-5.
21. Hardie K, Hankey GJ, Jamrozik K, Broadhurst RJ, Anderson C. Ten-year risk of first recurrent stroke and disability after first-ever stroke in the Perth Community Stroke Study. *Stroke* 2004;35(3):731-5.
22. Bettger JP, Zhao X, Bushnell C, Zimmer L, Pan W, Willians LS, et al. The association between socioeconomic status and disability after stroke: Findings from the Adherence Evaluation After Ischemic Stroke longitudinal (AVAIL) registry. *BMC Public Health* 2014;14:281.

23. Schnitzler A, Woimant F, Tuppin P, De Peretti C. Prevalence of self reported stroke and disability in the french adult population: a transversal study. *PLoS ONE* 2014;9(12):115-375.
24. Bensenor IM, Goulart AC, Szwarewald CL, Vieira MLFP, Malta DC, Lotufo PA. Prevalence of stroke and associated disability in Brazil: National Health Survey - 2013. *Arq Neuropsiquiatr* 2015;73(9):746-50.
25. Carod-artal FJ, Trizotto DS, Coral LF, Moreira CM. Determinants of quality of life in Brazilian stroke survivors. *J Neurol Sci* 2009;284(1):63-8.
26. Khealani BA, Khan M, Tariq M, Malik A, Siddiqi AI, Awan S, et al. Ischemic Strokes in Pakistan: observations from the National Acute Ischemic Stroke Database. *J Stroke Cerebrovasc Dis* 2014;23(6):1640-7.
27. Kisoli A, Gray WK, Dotchin CL, Orega G, Dewhurst F, Paddick SM, et al. Levels of functional disability in elderly people in Tanzania with dementia, stroke and Parkinson's disease. *Acta Neuropsychiatr* 2015;27:206-12.
28. Carmo JF, Morelato RL, Pinto HP, Oliveira ERA. Disability after stroke: a systematic review. *Fisioter Mov* 2015;28(2):407-18.
29. Alves LC, Leite IC, Machado CJ. Fatores associados à incapacidade funcional dos idosos no Brasil: análise multinível. *Rev Saúde Pública* 2010;44(3):468-78.
30. Lien WC, Guo NW, Chang JH, Lin YC, Kuan TS. Relationship of perceived environmental barriers and disability in community-dwelling elderly in Taiwan: a population-based study. *BMC Geriatr* 2014;14:1-15.
31. Zhang L, Yan T, You L, Li K. Barriers to activity and participation for stroke survivors in rural China. *Arch Phys Med Rehabil* 2015;96(7):1222-8.
32. Organização Mundial de Saúde. World report on ageing and health. Genebra: WHO; 2015.
33. Gall SL, Dewey HM, Sturm JW, Macdonell RA, Thrift AG. Handicap 5 years after stroke in the North East Melbourne Stroke Incidence Study. *Cerebrovasc Dis* 2009;27(2):123-30.
34. Park JH, Ovbiagele B. Relationship of functional disability after a recent stroke with recurrent stroke risk. *Eur J neurol* 2016;23(2):361-7.

Recebido: 17/12/2015

Revisado: 01/07/2016

Aprovado: 12/08/2016

Perfil do estilo de vida de longevos

Profile of lifestyle of older elderly persons

Marilza Amaral Henrique de Souza¹
Elias Ferreira Porto¹
Eduardo Luiz de Souza²
Kathleen Ingrid da Silva³

ARTIGOS ORIGINAIS / ORIGINAL ARTICLES

Resumo

Introdução: O estilo de vida tem sido objeto de estudo nos últimos anos, haja vista poder estar relacionado ao processo de envelhecimento construído através da longevidade saudável. **Objetivo:** analisar o perfil do estilo de vida em longevos e a relação entre estilo de vida e doenças crônicas não transmissíveis. **Método:** trata-se de um estudo transversal, no qual foram avaliados 132 longevos maiores de 74,6 anos, moradores do distrito de Capão Redondo em São Paulo. Todos os participantes responderam a questionários sobre estilo de vida, classificação socioeconômica e questões sobre a presença e controle de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). **Resultados:** a média da idade foi de 78,8(±4,5) anos; IMC de 25,5(±5,5) a maioria era do sexo feminino e das classes sociais C e D; 46 eram ex-fumantes e sete fumantes; 82 tinham DCNT; dentre estas, as doenças cardíacas foram as mais prevalentes. A pontuação média do questionário de estilo de vida foi 30,2(±3,5). Não houve diferença estatística da pontuação entre os que tinham e não tinham DCNT. O componente “atividade física” foi o de menor pontuação. A prevalência de DCNT foi significativamente maior para o grupo de fumante e ex-fumantes, em relação aqueles que nunca fumaram. **Conclusão:** a maioria dos longevos tem excelente estilo de vida com hábitos saudáveis. Mesmo aqueles que tem diagnóstico de alguma DCNT apresentam um bom estilo de vida. As doenças cardiovasculares são as de maior prevalência para essa população. O risco para DCNT esteve aumentado para fumante e ex-fumantes em relação aos que nunca fumaram.

Palavras-chave: Saúde do Idoso. Promoção da Saúde. Longevidade. Estilo de Vida.

Abstract

Introduction: Lifestyle has been widely studied in recent years, especially in the context of longevity and aging well. **Objective:** The aim of this study was to analyze the lifestyle profile of older elderly persons and the relationship between lifestyle and chronic diseases. **Method:** A cross-sectional study evaluating 132 older persons aged over 74.6 years, who were resident of the Capão Redondo district of São Paulo, was carried out. The study

Keywords: Health of the Elderly. Health Promotion. Longevity. Life Style.

¹ Centro Universitário Adventista de São Paulo, Curso de pós-graduação stricto sensu Promoção da Saúde, Qualidade de Vida e Estilo de Vida. São Paulo, SP, Brasil.

² Faculdade de Tecnologia do Centro de Educação Estadual Paula Souza – CEETEPS, Curso de Graduação em Comércio Exterior. Barueri, SP, Brasil.

³ Centro Universitário Adventista de São Paulo, Curso de graduação em Fisioterapia. São Paulo, SP, Brasil.

was conducted in 23 institutions such as churches, community centers, parks, nursing homes and residences. All participants completed two questionnaires, with the first based on lifestyle and the second on socio-economic classification, and also answered some questions about the presence and control of non-communicable chronic diseases (NCDs). *Result:* the mean age was 78.8(\pm 4.5) years and the respondents had a mean BMI of 25.5(\pm 5.5). Most were women from social classes C and D. A total of 46 were former smokers, seven were smokers, and 82 had NCDs, with heart diseases the most prevalent. The mean lifestyle questionnaire score was 30.2(\pm 3.5). There was no statistical difference in scores between those with NCDs and those that did not suffer from such diseases. The physical activity component had the lowest score, followed by the nutrition component. The prevalence of NCDs was significantly higher for smokers and former smokers than for those who had never smoked. *Conclusion:* The majority of older persons demonstrated an excellent lifestyle with healthy habits. Even those with a diagnosed NCD had a good lifestyle. Cardiovascular diseases were the most prevalent in this population. The risk of NCD was greater for smokers and former smokers than for those who had never smoked.

INTRODUÇÃO

O aumento da população idosa é uma realidade que exige mudança de paradigmas e estratégias políticas, econômicas e sociais, para que os idosos tenham uma expectativa de vida saudável com a minimização das incapacidades físicas ou necessidades de cuidados especiais.¹⁻⁴

Se a própria pessoa que envelhece e os diversos setores da sociedade não contribuírem, o envelhecimento pode ser marcado pelo aumento das demandas sociais e econômicas causadas por incapacidades e doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). Tais condições podem resultar em complicações e sequelas comprometedoras à independência e à autonomia dos idosos, sendo dispendiosas para esses indivíduos, suas famílias e sistema de saúde.⁵

O envelhecer com a minimização da presença de doenças crônicas não transmissíveis pode ser influenciado por fatores imutáveis e mutáveis. Os imutáveis envolvem o sexo, a idade e a herança genética. Os mutáveis relacionam-se ao estilo de vida do indivíduo ou de um grupo. Esses fatores envolvem práticas em relação à nutrição, atividade física, comportamento preventivo, relacionamentos sociais e controle do stress. Tais práticas são potencializadas por fatores condicionantes socioeconômicos, culturais e ambientais.^{3,4}

Sob esta ótica, pode-se afirmar que um estudo que analisa o estilo de vida em longevos é útil para

o diagnóstico dos fatores que contribuíram para que esses indivíduos superassem a expectativa de vida em sua geração, bem como daqueles prejudiciais a uma vida ativa e saudável que devem ser prevenidos, tratados e controlados.

MÉTODO

Este estudo faz parte da “análise multifatorial do perfil de idosos longevos” e trata-se de uma pesquisa de campo, com abordagem quantitativa, de perfil explicativo e desenho transversal. A coleta de dados foi iniciada após aprovação da mesma pelo CEP do UNASP/SP, nº 871.829. Esta análise está em conformidade com a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.⁶

A coleta de dados deu-se no período de março a junho de 2015 e foi realizada em igrejas, centros comunitários, parques, casas de repouso e residências localizadas na região do Capão Redondo, situado na Supervisão Técnica de Saúde do Campo Limpo, localizada na zona sul no município de São Paulo. Para serem incluídos neste estudo os indivíduos apresentaram os seguintes critérios: possuir idade igual ou superior a 74,6 anos, ser morador da região do Capão Redondo em São Paulo. Foram excluídos deste estudo indivíduos com condições clínica e psíquica que os incapacitassem de responder aos questionários do estudo. Os 132 longevos incluídos nessa amostra foram visitados nas instituições mencionadas e, após serem devidamente informados sobre o

protocolo e assinarem o termo de consentimento livre e esclarecido, responderam a entrevistas e questionários sobre a presença e controle de doenças crônicas não transmissíveis, condições de saúde, perfil socioeconômico e estilo de vida.

Para avaliar o perfil do estilo de vida foi aplicado o questionário Perfil do Estilo Individual de Nahas, que é um questionário sobre estilo de vida capaz de avaliar os seguintes componentes: “nutrição”, “atividade física”, “comportamento preventivo”, “relacionamentos sociais” e “controle do estresse”. Cada componente pode pontuar no máximo nove pontos. A soma dos cinco componentes pode chegar ao máximo de 45 pontos.⁷

Esse questionário é composto por 15 questões que estão divididas de forma uniforme nos cinco componentes citado acima. Cada questão possui uma escala *likert* de resposta que varia de “0” a “3”. Os valores “0” e “1” estão vinculados ao perfil de Estilo de Vida negativo. As respostas associadas ao perfil de Estilo de Vida positivo são respostas “2” e “3”, esse questionário leva em consideração o estilo de vida que o indivíduo teve na maior parte dos anos vividos.

Para caracterização da amostra e conhecimento do perfil dos participantes do estudo, tais como:

gênero, etnia, idade, estado civil, escolaridade foi aplicado o questionário socioeconômico da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP).⁸

Os dados são apresentados em média e desvio padrão. A simetria dos dados foi analisada por meio do teste de Kolmogorov-Smirnov. A comparação entre os grupos foi realizada por meio do teste *t* ou análise de variância respeitando o número de variáveis a serem analisadas. Para identificar o peso de cada variável como contribuinte para a longevidade foi realizada uma regressão multivariada e foram para análise de risco apenas as variáveis que se mostraram significantes nesse modelo. Foi considerado $p \leq 0,05$ como significância estatística.

RESULTADO

A idade média dos participantes da amostra foi de $78,8 \pm 4,5$; a maioria foi de mulheres. Quanto à classificação socioeconômica, quatro longevos pertenciam à classe A2; 14 à classe B1; 18 à B2; 21 à C1; 47 à C2 e 20 à D. Sobre as condições de saúde, 46 eram ex-fumantes, sete eram fumantes e 82 longevos declararam ter algum tipo de doença DCNT (tabela 1).

Tabela 1. Caracterização de variáveis biológicas e socioeconômicas da amostra. São Paulo, SP, 2015.

Variáveis	N=132
Altura (m)	1,6($\pm 0,10$)
IMC (kg/m ²)	25,5($\pm 5,5$)
Gênero (M/F)	42/90
Classe Socioeconômica A2	4
Classe Socioeconômica B1	14
Classe Socioeconômica B2	18
Classe Socioeconômica C1	29
Classe Socioeconômica C2	47
Classe Socioeconômica D	20
Ex-fumantes	46
Fumantes	7
Doença crônica não transmissível (+)	82

Quanto à análise do Perfil do Estilo Individual de Nahas encontrou-se a pontuação média de 30,2(±3,5) pontos. Analisando-se os componentes isoladamente, foi visto que a pontuação média obtida para o componente “atividade física” foi de 4,1(±3) com IC 95% (3,6 a 4,6). Em “nutrição”, a média obtida foi de 6,1(±4,1) com IC95% (5,8 a 6,5). Na análise do componente “relacionamentos sociais”, a média foi de 7(±2,2) com IC95% (6,0 a 6,8). Para “controle do estresse”, a pontuação

média obtida foi de 8,0 ± 1,6 com IC 95% (6,6 a 7,2). No “comportamento preventivo”, a média foi de 8,0±2,2 com IC de 95% (6,6 a 7,4). A pontuação do componente “atividade física” foi significativamente menor que todos os demais ($p<0,0001$). A média da pontuação obtida no componente “nutrição” também foi significativamente menor que a pontuação dos componentes “comportamento preventivo” e “controle do estresse” ($p<0,001$). (figura 1).

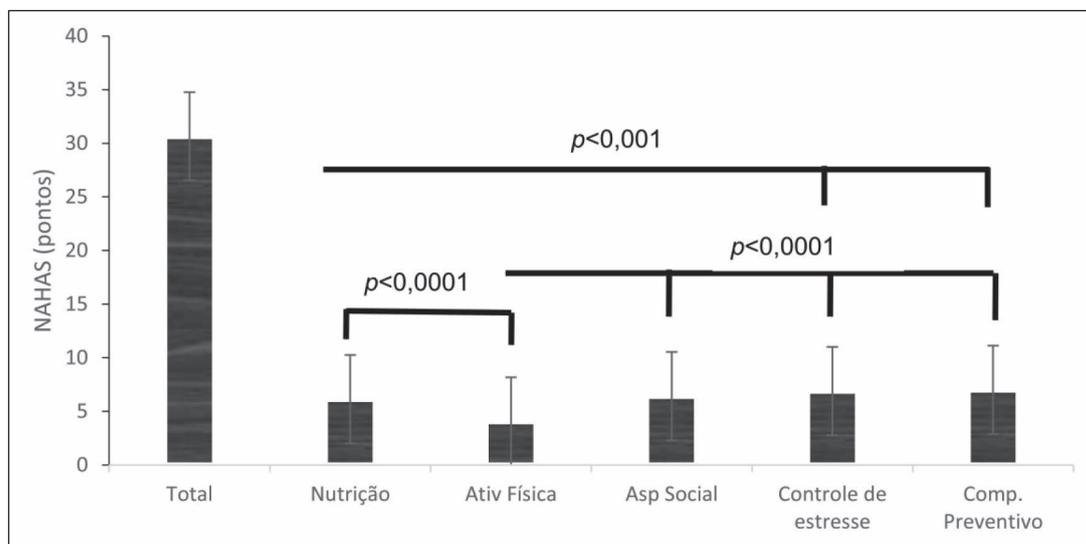


Figura 1. Estilo de vida avaliado pelo questionário Perfil do Estilo Individual de Nahas para a população estudada. São Paulo, SP, 2015.

Dos 132 entrevistados, 62% referiram ter diagnóstico de alguma doença crônica não transmissível. Não foi encontrada diferença significativa na proporção entre homens e mulheres, estado civil e idade entre aqueles que referiram ter ou não doença crônica não transmissível.

Dentre os indivíduos que referiram ter DCNT, 74,3% apresentavam diagnóstico de doenças cardiovasculares; 26,8% Diabetes *Mellitus*; 23% dislipidemias; 10,9% doença

pulmonar obstrutiva crônica; 6,0% doenças da tireoide e 4,8% câncer.

Não houve diferença significativa no estilo de vida dos grupos com e sem doenças crônicas não transmissíveis. Para o grupo com doenças crônicas não transmissíveis, a média do Perfil do Estilo Individual de Nahas foi de 30(±7). IC95% (28 a 32). O grupo sem doenças crônicas não transmissíveis apresentou a média do Perfil do Estilo Individual de Nahas de 32(±6). IC de 95% (30 a 33). (figura 2).

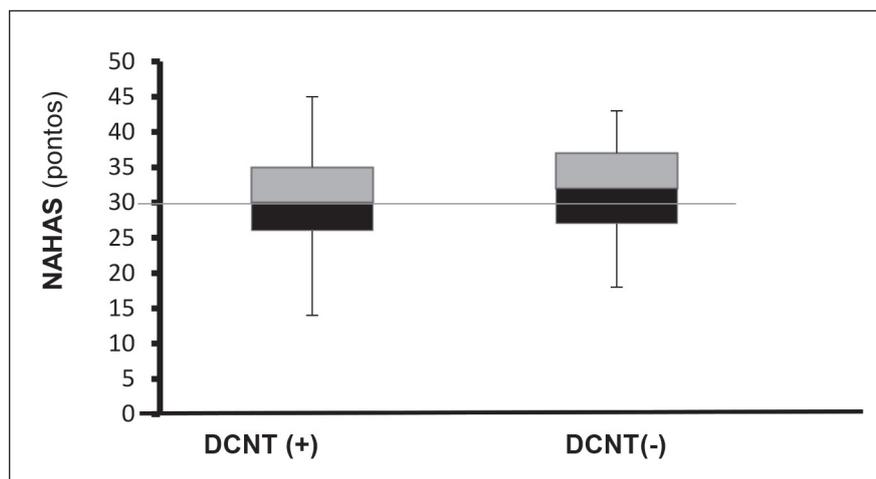


Figura 2. Análise do Perfil do Estilo Individual de Nahas para os indivíduos com e sem doenças crônicas não transmissíveis. São Paulo, SP, 2015.

A proporção de indivíduos fumantes com DCNT foi de 85,7% ao passo que no grupo de longevos ex-fumantes foi de 76,1%. Para o grupo que nunca fumou foi de 51,8%. Entre os

indivíduos fumantes e ex-fumantes houve maior predominância das doenças cardiovasculares do que entre os indivíduos não fumantes (figura 3).

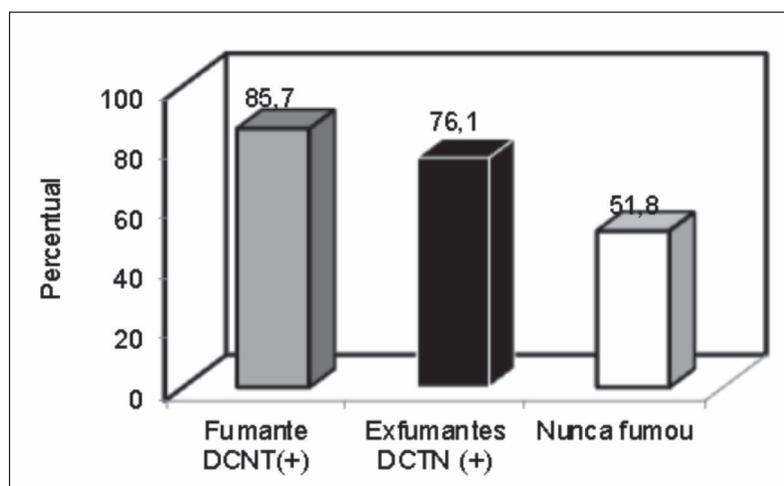


Figura 3. Proporção de indivíduos fumantes, ex-fumantes e nunca fumantes, com doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). São Paulo, SP, 2015.

O risco de um indivíduo fumante desenvolver DCNT em relação ao indivíduo que nunca fumou foi de OR 11,3 com IC de 95% (1,3 a 19,9) e $p=0,01$. Quanto aos indivíduos ex-fumantes em relação aos que nunca fumaram, o risco foi de OR 5,1 IC de 95% (2,0 a 12,9) e $p=0,03$. Parar de fumar (ex-fumantes *vs* fumantes) reduz o risco em OR 0,1 em relação aos indivíduos que continuam fumando. Com IC de (0,7 a 8,2).

DISCUSSÃO

O presente estudo analisou o Perfil do Estilo Individual de Nahas e sua relação com o diagnóstico referido de doenças crônicas não transmissíveis em 132 indivíduos longevos. Os principais resultados encontrados foram: Os participantes possuem um bom estilo de vida, visto que a pontuação média obtida no Perfil do Estilo Individual de Nahas

foi de 30,2 pontos. Os longevos apresentaram pontuação mais alta nos componentes: “*apoio social*”, “*comportamento preventivo*”, “*controle do estresse*” e “*qualidade da alimentação*”. O componente “*atividade física*” foi o pior na avaliação do estilo de vida desses participantes. As doenças cardiovasculares foram as mais prevalentes dentre as DCNT e o uso de tabaco aumentou o risco significativamente para tais doenças.

Quanto à análise do estilo de vida avaliado pelo questionário Perfil do Estilo Individual de Nahas, os resultados mostraram que os longevos avaliados têm um perfil de estilo de vida positivo, ou seja, eles apresentam estado nutricional, comportamento preventivo, controle do estresse e relacionamentos sociais satisfatórios. Talvez esse perfil seja o fator determinante para a longevidade.⁷

Estudos mostraram que idosos que contam com redes sociais de apoio e amizades satisfatórias podem aumentar em até 22% suas chances de alcançar a longevidade. Outro dado interessante é o fato de que, ter mais e melhores amigos apresenta-se como fator protetor à saúde cardiovascular de homens mais velhos, em comparação com aqueles que eram mais solitários. Sobre as mulheres idosas encontrou-se que, aquelas que contavam com a presença de mais amigos em sua vida apresentavam menor incidência de problemas cognitivos, se comparadas àquelas com redes sociais menores e mais frágeis.^{9,10}

Independente do gênero, idade e etnia, os idosos que mantêm um círculo estável de amizades preservam duas vezes mais sua memória em comparação com idosos menos integrados socialmente. De maneira geral, os relacionamentos sociais próximos e satisfatórios diminuem as morbidades, mortalidades e são fontes vitais de força emocional e bem-estar geral.^{3,11}

Outro fator promotor de saúde e longevidade é o comportamento preventivo. Ele envolve ações coletivas e individuais no cuidado da própria saúde. Esse tipo de comportamento envolve a prevenção primária, secundária e terciária de tratamento e de enfermidades comuns aos indivíduos à medida que envelhecem.¹²

A prevenção primária engloba, por exemplo: respeitar as leis de trânsito e a abstenção do uso do tabaco e bebidas alcoólicas. A secundária teria ações mais voltadas a triagem para detecção precoce de doenças crônicas. Já a terciária visaria o tratamento clínico adequado. Todas essas formas de prevenção contribuem para reduzir o risco de incapacidades e foram avaliados através do questionário Perfil do Estilo Individual de Nahas na amostra analisada e alcançaram média excelente. Tal achado demonstra que a prática dessas condutas também está associada à longevidade.^{4,12}

Com relação ao tabagismo os resultados mostraram que o uso de tabaco aumentou o risco significativamente para doenças crônicas não transmissíveis. Esse é o fator de risco para DCNT modificável mais importante para jovens e idosos e representa a maior causa de morte evitável. O fumo é fator de risco para um extenso e cada vez maior número de doenças, além disso, os efeitos do seu uso são cumulativos e de longa duração. Não há níveis seguros para o uso do tabaco, mas já se sabe que quanto maior for o tempo de exposição maior é o risco para desenvolver DCNT. Definitivamente, uma das mudanças mais importantes que os longevos fumantes realizaram em seu estilo de vida foi o abandono do uso de tabaco. Apenas 5,3% da população analisada permaneceram fumando.^{13,14}

Um resultado negativo encontrado neste estudo foi que no componente “*atividade física*” a população analisada apresentou média muito inferior a todos os demais componentes. Parece ser bastante prevalente a inatividade física entre idosos. O estilo de vida moderno propicia o gasto da maior parte do tempo livre em atividades sedentárias, como por exemplo, ficar sentado por longo período assistindo televisão. O grande problema do sedentarismo é que o mesmo tem se demonstrado um fator de risco importante para a obesidade, aumento das taxas de colesterol e glicemia. Por outro lado, a pessoa que deixa de ser sedentária diminui em 40% o risco de morte por doenças cardiovasculares. É possível que se esses longevos praticassem mais atividades físicas, a prevalência de DCNT seria menor.¹⁵⁻¹⁷

Sobre o componente “*nutrição*” os resultados apontaram que, embora o estilo alimentar da

população analisada não fosse excelente, a dieta desses longevos em sua maior parte era composta de frutas, verduras, alimentos ricos em fibras e menor quantidade de gorduras saturadas. Possivelmente, esse estilo alimentar tenha se iniciado mais tardiamente na vida desses indivíduos. Talvez a mudança na dieta tenha ocorrido após o diagnóstico de DCNT. Dietas ricas em gordura saturada e sal, pobres em frutas e legumes/verduras e que apresentem uma quantidade insuficiente de fibras e vitaminas, combinadas ao sedentarismo, são os maiores fatores de risco para DCNT.^{18,19}

Outro resultado muito importante encontrado foi que, dentre as DCNT, as cardiovasculares foram as mais prevalentes na amostra analisada. De acordo com especialistas da Sociedade Brasileira de Cardiologia, as doenças do aparelho circulatório estiveram entre as 10 principais causas de mortes no ano de 2009, tanto nos países em desenvolvimento quanto nos desenvolvidos. Nos países em desenvolvimento, foram responsáveis por 28,7% dos óbitos e nos desenvolvidos, por 26,6%. Os dados brasileiros apontaram que as doenças cardiovasculares foram responsáveis por um terço de todos os óbitos e quase 30% do total de mortes na faixa etária de 20 a 59 anos de idade, atingindo a população adulta em plena fase produtiva.^{12,13}

Existem vários fatores de risco para doenças cardiovasculares. Alguns fatores de risco são mutáveis e se relacionam ao estilo de vida do indivíduo e envolve hábitos e comportamentos que podem ser evitados, tratados e controlados. Outros fatores de risco são imutáveis e envolvem, por exemplo, o histórico familiar e a etnia. Esses fatores, além de favorecerem o surgimento das doenças cardiovasculares, podem ainda ser obstáculos ao tratamento e controle das mesmas.²⁰

Embora a prevalência das doenças cardiovasculares tenha se mostrado alta na amostra analisada (74,3%), encontrou-se que a maioria dos longevos pesquisados referiram ir ao médico, fazer exames de rotina e tomar a medicação prescrita para controle da doença. Além dessas ações preventivas, outros comportamentos praticados pelos longevos e analisados neste estudo também favorecem o tratamento e controle das doenças cardiovasculares. Ao que parece, mesmo com doenças cardiovasculares,

o bom estilo de vida apresentou-se como um fator positivo para longevidade.^{7,12}

As implicações clínicas deste estudo estão relacionadas ao fato de que o estilo de vida voltado a hábitos saudáveis pode ser um fator contribuinte para a longevidade, portanto, isso deve ser estimulado entre os indivíduos jovens e adultos jovens, pois, ao que parece, quanto mais precoce adotar-se um estilo de vida saudável, melhores serão as condições de envelhecimento.

As limitações do estudo devem-se, principalmente, ao fato de não haver um método que avalie o tempo em que o estilo de vida foi adotado, entretanto, o questionário aplicado refere-se ao maior tempo possível que o indivíduo se lembra de ter adotado seu estilo de vida. Existem, porém, poucos estudos no Brasil sobre o perfil do estilo de vida em indivíduos longevos. Portanto, o objetivo deste estudo foi analisar o perfil do estilo de vida e sua relação com as doenças crônicas não transmissíveis em longevos.

CONCLUSÃO

Em síntese, podemos concluir no presente estudo que a maioria dos longevos avaliados tem excelente estilo de vida com hábitos saudáveis. Mesmo aqueles com diagnóstico de alguma DCNT apresentaram um bom estilo de vida. As doenças cardiovasculares são as de maior prevalência para essa população. O risco para DCNT esteve aumentado para fumantes e ex-fumantes em relação aos que nunca fumaram. Sugere-se que pesquisas futuras possibilitem a continuidade da investigação sobre o estilo de vida ativo e seu impacto sobre o envelhecimento, de preferência em desenho longitudinal.

Os resultados sugerem que o estilo de vida voltado a hábitos saudáveis é um fator contribuinte para a longevidade, portanto, isso poderia ser foco de políticas públicas que visem estimular a promoção de um estilo de vida saudável entre os indivíduos jovens e adultos jovens, pois, ao que parece, quanto mais precoce adotar tal estilo de vida, melhores serão as condições de envelhecimento.

REFERÊNCIAS

1. Ministério dos Negócios Estrangeiros. Programa das Nações unidas para o desenvolvimento. Relatório do Desenvolvimento Humano 2014. Sustentar o Progresso Humano: Reduzir as Vulnerabilidades e Reforçar a Resiliência. Camões Instituto da Cooperação da Língua Portugal. New York (NY), USA: 2014.
2. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria da Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília, DF: MS; 2006.
3. World Health Organization. Active ageing: a policy framework. Suzana Gontijo, tradução. Brasília, DF: OPAS; 2009.
4. Nahas MV. Atividade física, saúde e qualidade de vida. 4ª ed. Londrina: Midiograf; 2008.
5. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento. Área Técnica Saúde do Idoso. Brasília, DF: MS; 2010.
6. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Saúde Legis 12 dez 2012.
7. Nahas MV, Barros MVG, Francalacci VL. O pentágono do bem-estar. Base conceitual para avaliação do estilo de vida de indivíduos ou grupos. Rev Bras Ativ Fís Saúde 2000;5(2):48-59.
8. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Critério Padrão de Classificação Econômica Brasil [Internet]. São Paulo: FGV EESP; 2008 [acesso em 22 ago 2015];[1 p.]. Disponível em: [http://cmicro.fgv.br/sites/cmicro.fgv.br/files/file/CCEB%20FGV%20\(25-6-2012\).pdf](http://cmicro.fgv.br/sites/cmicro.fgv.br/files/file/CCEB%20FGV%20(25-6-2012).pdf)
9. Souza DA, Santos EC. Relacionamentos de amizade e coping entre jovens adultos. Psic Teor Pesqui 2012;28(3):345-56.
10. Crooks VC, Lubben J, Petitti DB, Little D, Chiu V. Social network, cognitive function, and dementia incidence among elderly women. Am J Public Health 2008;98(7):1221-7.
11. Ertel KA, Glymour MM, Berkman LF. Effects of social integration on preserving memory function in a nationally representative U.S. elderly population. Am J Public Health 2008;98(7):1215-20.
12. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não-transmissíveis: promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência. Brasília,DF:MS; 2008.
13. Andrade JP, Mattos LAP, Carvalho AC, Machado CA, Oliveira GMM. Programa Nacional de Qualificação de Médicos na Prevenção e Atenção Integral às Doenças Cardiovasculares. Arq Bras Cardiol [Internet] 2013 [acesso em 23 ago 2015];100(3):203-11. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abc/v100n3/v100n3a01.pdf>
14. Feitosa RCL, Pontes ERJC. Survey of the life-styles and factors associated with the occurrence of cancer in smokers from the city of Sidrolândia. Ciênc Saúde Coletiva 2011;16(2):605-13.
15. Toscano JJO, Oliveira ACC. Qualidade de vida em idosos com distintos níveis de atividade física. Rev Bras Med Esporte [Internet] 2009 [acesso em 23 ago 2015];15(3):169-73. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1517-86922009000300001&script=sci_abstract&tlng=pt
16. De Tata V. Age-related impairment of pancreatic beta-cell function: pathophysiological and cellular mechanisms. Front Endocrinol [Internet] 2014 [acesso em 23 ago 2015];5:1-8. Disponível em: <http://journal.frontiersin.org/article/10.3389/fendo.2014.00138/full>
17. Ornish DI, Scherwitz LW, Billings JH, Brown SE, Gould KL, Merritt TA, et al. Intensive lifestyle changes for reversal of coronary heart disease. JAMA 1998; 280(23):2001-7.
18. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Guia alimentar para a população brasileira. 2ª ed. Brasília,DF: MS; 2014.
19. Azevedo ECC, Diniz AS, Monteiro JS, Cabral PC. Padrão alimentar de risco para as doenças crônicas não transmissíveis e sua associação com a gordura corporal: uma revisão sistemática. Ciênc Saúde Coletiva [Internet] 2014 [acesso em 23 set 2015];19(5):1447-58. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000501447&lng=en&nrm=iso
20. Sociedade de Cardiologia de São Paulo. Fatores de risco para doenças cardiovasculares [Internet]. São Paulo: SOCESP; 2014 [acesso em 23 out 2014]. Disponível em: http://www.soces.org.br/prevencao/fatores-de-risco/#.V8mBldQrI_4

Recebido: 18/12/2015

Revisado: 16/06/2016

Aprovado: 03/08/2016

Fatores associados à independência funcional de mulheres idosas no município de Cuiabá/MT

Factors associated with the functional independence of elderly women in the city of Cuiabá

Idilaine de Fátima Lima¹
Rosemeiry Capriata de Souza Azevedo²
Annelita Almeida Oliveira Reiners²
Ageo Mario Cândido da Silva³
Luciane Cegati de Souza⁴
Natália Araujo de Almeida⁵

ARTIGOS ORIGINAIS / ORIGINAL ARTICLES

Resumo

Objetivo: Analisar a prevalência e os fatores associados à independência funcional de mulheres idosas na comunidade. **Método:** Estudo transversal, realizado na zona urbana do município de Cuiabá-MT, com 247 idosas de 60 anos e mais. Os dados foram coletados por meio de entrevista, utilizando como instrumentos o Mini Exame do Estado Mental, questionário com dados sociodemográficos e de saúde, Índice de Katz e Escala de Lawton e Brody. Foram utilizadas como medidas de associação a razão de prevalência e o teste de Qui-quadrado ($p \leq 0,05$). Para a análise múltipla, utilizou-se o modelo de regressão de Poisson por meio do *Statistical Package for Social Sciences* 22.0. **Resultados:** A prevalência de independência funcional foi de 63,2%. As variáveis associadas à independência foram: faixa etária mais jovem, renda maior que um salário mínimo, fazer uso de até dois medicamentos, não ter sido internada nos últimos 6 meses e nem ter tido imobilização que impossibilitasse sua locomoção após os 60 anos de idade, realizar visitas a amigos/parentes, participação social e praticar atividade física. **Conclusão:** As variáveis associadas estão diretamente relacionadas ao envelhecimento mais saudável. Mesmo na presença de patologias consideradas comuns no processo de envelhecimento, a prática de atividade física e o convívio social são importantes marcadores dessa independência.

Palavras-chave: Idoso. Saúde da mulher. Envelhecimento.

Abstract

Objective: To analyze the prevalence of and factors associated with functional independence among community based elderly women. **Methods:** A cross-sectional study was conducted in the urban area of the city of Cuiabá, in the state of Mato Grosso, involving 247 women aged 60 and over. Data was collected through interviews, using instruments such as the Mini Mental State Examination, a questionnaire about demographic and health data, the Katz Index and the Lawton and Brody Scale. Prevalence ratio and the

Keywords: Elderly. Woman's health. Aging.

¹ Faculdade de Ciências Sociais Aplicadas de Tangará da Serra (FACISA/TS) – UNIC Tangará Sul, Departamento de Enfermagem. Tangará da Serra, Mato Grosso, Brasil.

² Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT), Faculdade de Enfermagem (FAEN). Cuiabá, Mato Grosso, Brasil.

³ Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT), Instituto de Saúde Coletiva (ISC). Cuiabá, Mato Grosso, Brasil.

⁴ Secretaria de Estado e Saúde (SES), Auditoria Geral do SUS. Cuiabá, Mato Grosso, Brasil.

⁵ Hospital Universitário Júlio Müller (HUMJ), Assistência de enfermagem. Cuiabá, Mato Grosso, Brasil.

chi-squared test ($p=0.05$) were used as measures of association, whereas for multivariate analysis, the Poisson regression model was used. Calculations were performed with the Statistical Package for Social Sciences 22.0 program. *Results:* The prevalence of functional independence was 63.2%. The variables associated with independence were a younger age, an income greater than the minimum wage; the use of up to two drugs, did not need hospitalization in the last 6 months, had not experienced immobilization that prevented locomotion after age 60, visiting friends and relatives, social participation and physical activity. *Conclusion:* All the variables were strongly associated with healthy aging. Even in the presence of pathologies considered common to the aging process, the practice of physical activity and social interaction are important markers of functional independence.

INTRODUÇÃO

O número de pessoas com 60 anos ou mais é o que mais cresce proporcionalmente em todo mundo se comparado com as demais faixas etárias. Nesse processo de envelhecimento, a quantidade de idosos no mundo é de 70 milhões a mais que a dos homens.¹ No Brasil, elas representam 55,8% da população de pessoas com 60 anos e mais.² Esse fenômeno, denominado “feminização da velhice”, é decorrente da maior longevidade das mulheres em relação aos homens.³

Esse número crescente de idosos tem trazido preocupações mundiais sobre a necessidade de implementação de novas políticas públicas que possibilitem a manutenção da independência funcional dessa população ao longo do envelhecimento. Neste sentido e conforme proposto pela Organização Mundial de Saúde (2004),⁴ o Ministério da Saúde, através de algumas políticas públicas e de sua rede de atenção, vem desenvolvendo ações para a recuperação, manutenção e promoção à autonomia e à independência da pessoa idosa.⁵ Desta maneira, espera-se que esse segmento da população permaneça pelo máximo tempo possível com sua capacidade de realizar atividades cotidianas sem necessidade de auxílio, bem como com a manutenção de sua autonomia, liberdade de ação e tomada de decisões.^{6,7}

Alguns instrumentos foram elaborados com o intuito de se avaliar o grau de solicitação de cuidados de terceiros que o paciente portador de deficiência exige para realização de tarefas motoras e cognitivas, por exemplo, a Medida

de Independência Funcional (MIF).⁸ Contudo, essas avaliações são de difícil aplicação em idosos da comunidade, sendo realizadas, na maioria das vezes, em pacientes institucionalizados ou hospitalizados.

A Escala de Independência em Atividades Básicas de Vida Diária (AVDs), criada originalmente para avaliar os resultados do tratamento em idosos e o prognóstico em doentes crônicos, propicia descrição sumária da capacidade de autocuidado e a capacidade da realização de funções cotidianas, sendo um instrumento utilizado para a aferição da capacidade funcional tanto em idosos institucionalizados quanto na comunidade.⁹ Já as Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD) são consideradas ações mais complexas no dia a dia, sendo relacionada com a capacidade de convívio do idoso na comunidade.¹⁰

Em relação ao gênero, alguns autores encontraram mais casos de incidência de dependência em mulheres quando comparados aos homens.^{11,12} Por serem mais longevas, as mulheres tornam-se mais susceptíveis à diminuição de sua capacidade funcional, bem como de sua capacidade de realizar atividades que fazem parte do seu cotidiano e convívio na comunidade, mesmo na presença de algumas morbidades.^{13,14} Contudo, nem sempre essa literatura é consensual no que se refere a capacidade funcional das mulheres idosas.^{15,16}

Neste contexto, é importante conhecer quais são as condições que levam à independência dessas idosas e a complexa interrelação de todos os fatores envolvidos no envelhecimento.

É sabido que os modelos de atenção à saúde do idoso predominantes em nosso país são altamente “medicalizados”, ineficientes e de custos elevados devido à utilização de serviços de alta complexidade. A identificação dos fatores associados à independência funcional pode orientar práticas de prevenção e promoção à saúde nos demais estratos populacionais, diminuindo assim a intensa utilização de serviços de maiores complexidades na atenção à saúde.

O monitoramento das condições de saúde e de seus determinantes pode propiciar a elaboração de políticas sociais e de saúde mais efetivas. Portanto, o objetivo desta pesquisa foi analisar a prevalência e os fatores associados à independência funcional de mulheres idosas na comunidade.

MÉTODO

Realizou-se um estudo de delineamento transversal com idosas residentes na zona urbana do município de Cuiabá-MT. As idosas foram selecionadas a partir do estudo de Cardoso *et al.*(2014),¹⁷ que avaliaram o status de saúde de idosos e fatores associados na zona urbana de Cuiabá. Neste estudo, a amostra foi determinada a partir do cálculo para populações finitas, considerando intervalo de confiança de 95%, erro de amostragem de 5%. A partir da amostragem por conglomerados, foi determinada a visitação em 11 setores censitários, e para determinar a quantidade de idosos a serem entrevistados nos distritos urbanos de Cuiabá, foi utilizada a quantidade total de idosos residentes em cada um e estratificados por sexo, perfazendo um total de 573 idosos.

Do total de idosos participantes do estudo anterior, 319 eram mulheres com 60 anos e mais, as quais foram selecionadas para a presente pesquisa.

Estabeleceu-se como critério de exclusão a presença de declínio cognitivo ou, em sua presença, inexistência de cuidador ou responsável que pudesse auxiliar a idosa nas respostas da entrevista. O declínio cognitivo foi avaliado através da aplicação do Mini Exame de Estado Mental (MEEM), seguindo o escore de escolaridade estabelecido pelo Ministério da Saúde.⁶

Considerou como tendo declínio cognitivo as idosas analfabetas cuja somatória do MEMM foi menor que 19, as idosas com 1 a 3 anos de estudo e pontuação menor que 23, as que estudaram de 4 a 7 anos e obtiveram menos de 24 pontos e as idosas com mais de 7 anos de estudo com score final menor que 28.⁶ A coleta de dados foi realizada no período de 30 de março a 30 de maio de 2014, no domicílio da idosa, após leitura e obtenção da assinatura das participantes do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os dados foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas, utilizando como instrumentos um questionário previamente testado contendo informações *sociodemográficas*: idades categorizadas em 60 a 79 anos e 80 anos e mais; estado conjugal dicotomizado em casada versus separada/viúva/solteira); com quem a idosa mora (sozinha versus acompanhada); anos de estudo (analfabeta, 1 a 3 anos, 4 a 7, mais que 7 anos, posteriormente, recategorizadas em analfabeta ou com até 3 anos e 4 anos ou mais de estudos); aposentada (sim/não); situação ocupacional (ativa/inativa); renda da idosa (até 1 salário mínimo e mais que um salário mínimo. *Condição de saúde das idosas*: autopercepção de saúde (ótima/boa versus regular/ruim/péssima); internação nos últimos seis meses (sim/não); problemas de saúde (sim/não), obtidos de uma lista com várias doenças prevalentes na “velhice”, quantos problemas de saúde (1 problema e 2 ou mais); uso regular de medicamentos (sim/não); quantidade de medicamentos utilizados (até 2 e 3 ou mais); relato de queda após os 60 anos (sim/não); relato de queda no último ano (sim/não); teve lesão ou fratura após os 60 anos (sim/não); imobilidade após os 60 anos (sim/não) referindo à impossibilidade de locomoção, podendo ser acamada e/ou cadeirante, independente da causa. *Relações sociais*: visita amigos ou parentes (sim/não); recebe visitas (sim/não); frequenta algum grupo social (sim/não); praticou alguma atividade física ao menos uma vez por semana no último mês (sim/não).

A independência funcional foi verificada utilizando o Índice de Katz,⁹ que avalia a capacidade dos idosos para a realização de seis AVD (banhar-se, vestir-se, ir ao banheiro, transferência, continência e alimentação) e a Escala de Lawton e Brody,¹⁰ que determina a capacidade de realização das AIVD em

nove atividades (usar telefone, ir a locais distantes usando transporte, fazer compras, preparar a própria refeição, arrumar a casa, fazer trabalhos manuais domésticos, lavar roupas, tomar remédios e cuidar de suas finanças). Ambas as escalas foram validadas e adequadas à realidade brasileira e recomendadas pelo Ministério da Saúde.⁶

Hierarquicamente, as perdas funcionais ocorrem no sentido das AIVD para as AVD. Seguindo esse princípio, as idosas foram classificadas, a priori, como independentes quando pontuaram 27 pontos na escala de Lawton e Brody e não necessitavam de assistência nas tarefas do Índice de Katz. As que obtiveram de 10 a 26 pontos foram classificadas como dependentes parciais e caso somassem até 09 pontos para as AIVD e ao mesmo tempo necessitassem de assistência total em todas as AVD seriam consideradas dependentes totais.

Neste caso, partiu-se do pressuposto de que, se a idosa fosse capaz de realizar todas as AIVD sem necessitar de ajuda, ela também seria capaz de realizar as AVD. Importante destacar que não houve nenhuma participante classificada com pontuação até 09 pontos pela AIVD, em razão disso, nenhuma participante foi considerada como dependente total.

Os dados foram codificados, digitados e realizada análise bivariada por meio do programa EPI-INFO 7.0. As variáveis foram descritas em frequências absoluta (n) e relativa (%). Na análise bivariada, foram identificadas as associações entre a variável resposta (independência funcional) e as demais variáveis de exposição. Para o cálculo de significância estatística da associação, utilizou-se o teste de Qui-Quadrado ($p \leq 0,05$), pelo método de Mantel-Haenszel (IC 95%).

A análise múltipla foi realizada por meio do modelo da Regressão de *Poisson*, utilizando-se o *Statistical Package for Social Sciences* 22.0 (SPSS). Foram incluídas todas as variáveis que apresentaram associação com p -valor $\leq 0,20$ a partir da análise bruta, utilizando-se a técnica de inserção por blocos de variáveis, onde primeiro foram inseridas as

sociodemográficas, seguido pelas condições de saúde e posteriormente as de relações sociais, sendo excluídas através do método de retirada progressiva das variáveis (*stepwise backward*), aquelas cujas associações perdessem a significância estatística ($p > 0,05$) dentro de cada bloco. Considerou-se ao final, as variáveis com p -valor $\leq 0,05$ como de associação estatisticamente significativa.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Júlio Müller, protocolo de número 528.443/2014. Atendendo as diretrizes da Resolução N° 466/12, do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

RESULTADO

A amostra final foi de 247 idosas, tendo sido excluída uma participante por diagnóstico de declínio cognitivo, trinta e três participantes por mudança de endereço ou perda de seguimento (após três visitas realizadas), 28 devido a óbito desde o último estudo e dez idosas por recusa na participação da pesquisa. Das 247 idosas participantes da pesquisa, a maioria estava na faixa etária entre 70 a 79 anos (40,4%), média de idade de 73 anos ($DP \pm 7,9$), com predomínio de viúvas (44,5%), possuíam de 4 a 7 anos de estudo (29,5%), eram aposentadas (54,7%) e possuíam renda de até um salário mínimo (55,1%), valores não descritos em tabela.

Na distribuição das idosas de acordo com a capacidade funcional, a prevalência de independência foi 63,2% (IC: 57,0-68,9) da população avaliada e 36,8% (IC: 31,1-43,0) foram classificadas como dependentes parciais, não houve dependentes totais.

Na análise bivariada as variáveis sociodemográficas que apresentaram associação estatisticamente significativa foram: pertencer a faixa etária de 60 a 79 anos, ter cinco anos ou mais de estudo, estar casada e morar com algum familiar ou conjugue, bem como, permanecer trabalhando e possuir renda maior que um salário mínimo.

Tabela 1. Distribuição das idosas, segundo variáveis sociodemográficas. Cuiabá, MT, 2014.

Variável	Independente		Dependente		RP ¹	IC 95% ²	p-valor ³
	n	%	n	%			
Faixa etária							
60 a 79 anos	141	71,94	55	28,06	2,44	1,58-3,77	<0,001
80 anos e mais	15	29,41	36	70,59	1,00		
Situação conjugal							
Casada	70	71,43	28	28,57	1,23	1,02-1,49	0,029
Solteira/Separada/viúva	86	57,72	63	42,28	1,00		
Mora com quem							
Acompanhada	132	62,26	80	37,74	0,91	0,71-1,16	0,474
Sozinha	24	68,57	11	31,43	1,00		
Anos de estudo							
4 anos e mais	99	72,26	38	27,74	1,39	1,13-1,71	<0,001
Analfabeta/1 a 3 anos	57	51,82	53	48,18			
Estado ocupacional							
Ativa ⁴	26	86,67	4	13,33	1,44	1,21-1,72	0,004
Inativa ⁵	130	59,91	87	40,09	1,00		
Renda							
>1 SM ⁶	68	76,40	21	23,60	1,37	1,14-1,64	0,001
Até1 SM	88	55,70	70	44,30	1,00		

RP¹: Razão de Prevalência; IC² 95%: intervalo de confiança para a proporção de 95%; P³: Nível de significância considerando a distribuição de Qui-Quadrado (valor de $p \leq 0,05$); Ativa⁴: Renda proveniente somente do trabalho ou outras fontes e trabalho; Inativa⁵: Renda proveniente de fontes que não seja do trabalho (aposentadoria, pensão, auxílio doença, doações, outras); SM⁶: Salário Mínimo vigente no período (724,00).

Sobre as condições de saúde, as variáveis associadas à independência da idosa foram: possuir no máximo um problema de saúde, utilizar no máximo dois medicamentos concomitantes e não ter sido internada nos últimos seis meses. Também mantiveram associações estatisticamente significantes: as idosas que relataram não ter sofrido queda após os 60 anos, não ter sofrido

lesão ou algum tipo de fratura após essa idade e nem ter referido imobilização.

Na análise sobre as relações sociais, as variáveis que apresentaram associações estatísticas significativas foram: o fato de a idosa referir realizar visitas a amigos ou parentes, frequentar algum grupo social e praticar alguma atividade física.

Tabela 2. Distribuição das idosas, segundo variáveis sobre condições de saúde. Cuiabá, MT, 2014.

Variável	Independente		Dependente		RP ¹	IC 95% ²	p-valor ³
	n	%	n	%			
Autopercepção de saúde							
Ótima/boa	81	67,50	39	32,50	1,14	0,94-1,38	0,0169
Regular/ruim/péssima	75	59,06	52	40,94	1,00		
Possui problema de saúde							
Não	4	80,00	1	20,00	1,27	0,81-1,99	0,431
Sim	152	62,81	90	37,19	1,00		
Quantidade de problema de saúde							
0-1	25	80,65	6	19,35	1,32	1,08-1,62	0,031
2 ou mais	131	60,65	85	39,35	1,00		
Uso regular de medicamento							
Não	9	69,23	4	30,77	1,10	0,75-1,60	0,641
Sim	147	62,82	87	37,18	1,00		
Quantidade de medicamento							
0-2	108	68,79	49	31,21	1,28	1,03-1,60	0,015
3 ou mais	48	53,33	42	46,67	1,00		
Internação nos últimos 6 meses							
Não	132	67,01	65	32,99	1,39	1,03-1,89	0,013
Sim	24	48,00	26	52,00	1,00		
Queda após os 60 anos							
Não	62	72,94	23	27,06	1,25	1,04-1,51	0,021
Sim	94	58,02	68	41,98	1,00		
Queda no último ano							
Não	101	66,89	50	33,11	1,16	0,95-1,43	0,128
Sim	55	57,29	41	42,71	1,00		
Lesão/fratura após os 60 anos							
Não	114	69,94	49	30,06	1,39	1,10-1,77	0,002
Sim	42	50,00	42	50,00	1,00		
Imobilidade após os 60 anos							
Não	149	68,04	70	31,96	2,72	1,42-5,20	<0,001
Sim	7	25,00	21	75,00	1,00		

RP¹: Razão de Prevalência; IC² 95%: intervalo de confiança para a proporção de 95%; P³: Nível de significância considerando a distribuição de Qui-Quadrado ($p \leq 0,05$).

Tabela 3. Distribuição das idosas, segundo relações sociais. Cuiabá, MT, 2014.

Variável	Independente		Dependente		RP	IC 95%	p-valor
	n	%	n	%			
Visita amigos/parentes							
Sim	127	70,17	54	29,83	1,59	1,19-2,13	<0,001
Não	29	43,94	37	56,06	1,00		
Recebe visitas							
Sim	153	64,02	86	35,98	1,70	0,69-4,19	0,126
Não	3	37,50	5	62,50	1,00		
Frequenta grupo							
Sim	53	81,54	12	18,46	1,44	1,21-1,71	<0,001
Não	103	56,59	79	43,41	1,00		
Pratica atividade física							
Sim	56	84,85	10	15,15	1,53	1,30-1,81	<0,001
Não	100	55,25	81	44,75	1,00		

RP¹: Razão de Prevalência; IC² 95%: intervalo de confiança para a proporção de 95%; P³: Nível de significância considerando a distribuição de Qui-Quadrado ($p \leq 0,05$).

Ao final, na análise múltipla utilizando a Regressão de *Poisson*, as variáveis que permaneceram associadas à independência funcional foram: estar na faixa etária entre 60 e 79 anos, ter referido renda maior que um salário mínimo, não ter sido internada

nos últimos seis meses, ter feito uso de, no máximo, dois medicamentos regularmente, não ter sofrido imobilização após os 60 anos, ter realizado visitas aos amigos/parentes, ter frequentado grupos sociais e informar prática de alguma atividade física.

Tabela 4. Modelo de Regressão Múltipla de Poisson e variáveis associadas à independência funcional de mulheres idosas. Cuiabá, MT, 2014.

Variável	RP _{Bruta} [*]	IC – 95%	RP _{ajust} ^{**}	IC – 95%	p-valor
Faixa etária					
60-79	2,44	1,58-3,77	1,32	1,21-1,43	<0,001
80 anos ou mais	1,00		1,00		
Renda					
>1 SM	1,37	1,14-1,64	1,16	1,07-1,24	0,002
Até 1 SM	1,00		1,00		
Quantidade de medicamentos					
0- 2	1,28	1,03-1,60	1,11	1,03-1,20	0,015
3 ou mais	1,00		1,00		

Variável	RP _{Bruta*}	IC – 95%	RP _{ajust**}	IC – 95%	p-valor
Internação nos últimos 6 meses					
Não	1,39	1,03-1,89	1,11	1,02-1,21	0,003
Sim	1,00		1,00		
Imobilidade após os 60 anos					
Não	2,72	1,42-5,20	1,19	1,01-1,32	0,002
Sim	1,00		1,00		
Visita amigos/parentes					
Sim	1,59	1,19-2,13	1,11	1,02-1,20	0,007
Não	1,00		1,00		
Frequenta grupos					
Sim	1,44	1,21-1,71	1,11	1,01-1,21	0,049
Não	1,00		1,00		
Pratica atividade física					
Sim	1,53	1,30-1,81	1,11	1,01-1,21	0,050
Não	1,00		1,00		

*Razão de Prevalência Bruta; **Razão de Prevalência Ajustada.

DISCUSSÃO

A prevalência de independência funcional IF encontrada neste estudo foi de 63,2%, resultado semelhante a pesquisa realizada na Noruega, em que 74,3% das mulheres acompanhadas, foram classificadas como independentes.¹⁵ Da mesma maneira, em outro estudo desenvolvido com 1339 idosas em Uberaba/MG, a prevalência de IF foi de 69,2%.¹⁸ Contudo, é possível encontrar menor prevalência de independência entre idosas.¹⁹

Uma das possíveis explicações para esse achado é o fato da maioria das participantes do estudo ter vivido em uma época em que, historicamente, as mulheres começaram a conquistar espaços e direitos.²⁰ As mulheres mais velhas foram as que apresentaram maior crescimento em relação à taxa de inserção no mercado de trabalho,²¹ passando a participar mais das decisões familiares e garantindo os benefícios que hoje as tornam mais independentes financeiramente.^{22,23} Além disso, passaram a ressignificar suas vidas, ampliando suas experiências, buscando mais informações,

incorporando novos conhecimentos e ampliando as relações interpessoais.²⁴

Alguns estudos têm demonstrado que muitas idosas estão mais resistentes fisicamente, mantendo-se saudáveis e com mais autonomia.^{23,25} Atualmente, elas têm buscado o autocuidado, participando socialmente de atividades que favorecem a preservação de sua condição física e cognitiva, como a dança, viagens e oficinas de artesanato.^{22,25,26}

A associação encontrada neste estudo entre faixa etária de mulheres mais jovens com a IF não surpreende. Estudos têm mostrado que mulheres com menos de 80 anos são mais independentes.^{18,27,28} Isso se explica pelo próprio processo de envelhecimento, no qual o declínio fisiológico e os riscos patológicos tornam-se progressivos com o tempo, assim, as incapacidades apresentam-se em idades mais avançadas.³ Da mesma maneira, idosas que não tiveram imobilidades após os 60 anos, não foram hospitalizadas recentemente e praticavam algum tipo de atividade física foram

associadas à IF, evidenciando que a manutenção do corpo ativo e saudável tem relação direta com a preservação da IF.¹³

A redução das incapacidades advém da conservação da mobilidade física, prevenção e controle de doenças crônicas e equilíbrio biopsicossocial.²⁹ Se por um lado, mulheres tendem a praticar menos atividade física que os homens,³⁰ por outro, os resultados advindos dessa prática trazem benefícios orgânico-funcionais, sociabilidade, beleza e estética.³¹ Além disso, o envelhecimento ativo contribui para a redução das demandas por serviços de saúde, redução dos gastos com tratamentos de doenças e dos custos com internações.¹³

A associação entre as idosas com maior renda e a IF encontrada neste estudo foi semelhante ao encontrado por Ribeiro e Neri (2012).³⁰ Essa pesquisa realizada com 1538 idosas de 65 anos e mais em seis cidades brasileiras evidenciou a influência do nível socioeconômico sobre o envelhecimento. A renda maior propicia melhores ações de autocuidado com a saúde, fazendo que os processos incapacitantes sejam protelados e que a autonomia do idoso seja mantida.^{25,30} Maiores rendas familiares e per capita também permitem a melhor socialização entre as idosas, melhorando a capacidade de realização de atividades cotidianas e sua interação com os diversos grupos sociais, consequentemente “modificando socialmente a ideia de que o envelhecimento está ligado à reclusão, passividade e descanso”.²³

A não utilização ou baixo consumo de medicamento associado a IF é um achado importante na medida em que o uso de polifarmácia ocorre quando o idoso apresenta diversas doenças crônicas concomitantes, geralmente, associadas a maiores dependências funcionais.³² Contudo, é importante o conhecimento que a utilização adequada e segura dos medicamentos pode prevenir doenças e declínio funcional.¹³

As interações sociais que se concretizam por meio de visitas realizadas aos amigos e parentes e a participação em grupos também

são importantes para a IF das idosas, resultado que corrobora com os encontrados em outras pesquisas.^{7,30,33} Essas atividades tiram o idoso da condição de sedentarismo, influenciam na sua saúde, protelando o surgimento das incapacidades e perda da autonomia.^{7,34} Práticas domésticas que geralmente fazem parte do cotidiano das mulheres, também podem contribuir no prolongamento da independência. Além disso, a manutenção das relações sociais e atividades que envolvam recreação e lazer podem auxiliar no bem estar físico e psicológico das idosas. É importante destacar que as medidas de prevenção que retardam a evolução das doenças reduzem a complexidade na assistência ao idoso, contribuem para sua participação social, melhorando a convivência com familiares e a disposição para a prática de atividade física.³⁵

Por se tratar de um estudo transversal onde os fatores de exposição e o desfecho são determinados simultaneamente, recomenda-se parcimônia na interpretação da associação entre fatores relacionados à independência funcional das idosas.

Não se exclui a possibilidade da ocorrência de viés de informação ou viés de memória por se tratar de pesquisa que avaliou as reminiscências de idosas, em que, por vezes, a dependência funcional pode estar relacionada ao declínio cognitivo ou pelo desconhecimento da situação pregressa da idosa pela pessoa que auxiliou nas respostas do questionário. Contudo, a participação da principal pesquisadora nas entrevistas pode ter minimizado a possibilidade dessa ocorrência.

Em estudos transversais como este, a utilização da razão de prevalência como medida de efeito tanto na análise bivariada quanto no modelo múltiplo de *Poisson*, permitem um bom ajuste das medidas de efeito e impedem a hiperestimação das medidas de associação.

Este estudo é relevante por ter como foco a identificação de fatores associados à independência funcional (IF) de idosos, contribuindo para que seus dados possam identificar variáveis preditoras para um envelhecimento saudável, mais especificamente da população feminina.

CONCLUSÃO

A prevalência da independência funcional de mulheres idosas foi de 63,2%, esteve associada principalmente à faixa etária, renda maior que um salário mínimo, não ter sido internada nos últimos seis meses, ter feito uso de no máximo dois medicamentos regularmente, não ter sofrido imobilização após os 60 anos, ter realizado visitas aos amigos/parentes, ter frequentado grupos sociais e informar prática de alguma atividade física.

Os resultados mostraram a diversidade de fatores que estão diretamente relacionados a

independência funcional (IF) e que diferentes aspectos, tanto do cotidiano como do próprio processo fisiológico do envelhecimento, podem influenciar na capacidade de realização das AVD e AIVD.

Espera-se que esta pesquisa possa trazer novos subsídios para a implementação das políticas voltadas a esse segmento e que os profissionais de saúde invistam no processo de educação em saúde das mulheres, mesmo antes de se tornarem cronologicamente idosas, visando o envelhecimento ativo e a participação efetiva destas no convívio familiar e na sociedade.

REFERÊNCIAS

- World Economic Forum. Global Population Ageing: Peril or Promise? Geneva; 2012. Disponível em: <http://www.weforum.org/reports/global-population-ageing-peril-or-promise>.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Sala de imprensa. Comunicação Social. Disponível em: <http://saladeimprensa.ibge.gov.br>. Dezembro, 2013.
- Camarano AA, Kanso S, Fernandes F. Envelhecimento populacional, perda da capacidade laborativa e políticas públicas brasileiras entre 1992 e 2011. IPEA-Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Rio de Janeiro. 2013.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. Lisboa. 2004, 238p.
- Brasil. Ministério da Saúde. Atenção à saúde da pessoa idosa e Envelhecimento. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, Área Técnica Saúde do Idoso. Série Pactos pela Saúde 2006, v. 12 – Brasília/DF. 2010.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília: ed. Ministério da Saúde, 2007.
- Ferreira OGL, Maciel SC, Costa SMG, Silva AO, Moreira MASP. Envelhecimento ativo e sua relação com a independência funcional. Texto Contexto Enferm. Florianópolis 2012; 21(3): 513-8.
- Riberto M, Miyazaki MH, Jorge Filho D, Sakamoto H, Battistella LR. Reprodutibilidade da versão brasileira da Medida de Independência Funcional. Acta Fisiátrica 2001; 8(1): 45-52.
- 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. Journal of the American Medical Association 1963; 185(12): 914-919.
- Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people; self-maintaining and instrumental activities of daily-living. Gerontologist 1969; 9(3): 179-86.
- Palacios-Ceña D, Jiménez-García R, Hernández-Barrera V, Alonso-Blanco C, Carrasco-Garrido P, Fernández-de-Las-Peñas C. Has the Prevalence of Disability Increased Over the Past Decade (2000–2007) in Elderly People? A Spanish Population-based Survey. Journal of the American Medical Directors Association 2012; 13(2): 136-142.
- Rosso AL, Eaton CB, Wallace R, Gold R, Stefanick ML, Ockene JK., et al. Geriatric syndromes and incident disability in older women: results from the women's health initiative observational study. J Am Geriatr Soc 2013; 61(3): 371-379.
- World Health Organization (WHO). Envelhecimento ativo: uma política de saúde / World Health Organization; tradução Suzana Gontijo. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

14. Cardoso JH, Costa. Características epidemiológicas, capacidade funcional e fatores associados em idosos de um plano de saúde. *Ciênc. saúde coletiva* [online] 2010; 15(6): 2871-2878.
15. Idland G, Pettersen R, Avlund K, Bergland A. Physical performance as long-term predictor of onset of activities of daily living (ADL) disability: A 9-year longitudinal study among community-dwelling older women. *Archives of Gerontology and Geriatrics* 2013; 56(3): 501-506.
16. Pereira GN, Bastos GAN, Duca GFD, Bós AJG. Indicadores demográficos e socioeconômicos associados à incapacidade funcional em idosos. *Cad. Saúde Pública* [online] 2012; 28(11): 2035-2042.
17. Cardoso JDC, Azevedo RCS, Reiners AAO, Louzada CV, Espinosa MM. Autoavaliação de saúde ruim e fatores associados em idosos residentes em zona urbana. *Rev Gaúcha Enferm* 2014; 35(4): 35-41.
18. Soares MBO, Tavares DMS, Dias FA, Diniz MA, Geib S. Morbidades, capacidade funcional e qualidade de vida de mulheres idosas. *Esc. Anna Nery* [online] 2010; 14(4): 705-711.
19. Pilger C, Menon MU, Mathias TAF. Capacidade funcional de idosos atendidos em unidades básicas de saúde do SUS. *Rev Bras Enferm* 2013; 66: 907-13.
20. Carvalho, DJ. A conquista da cidadania feminina. *Revista Multidisciplinar da UNIESP. Saber Acadêmico* 2011; 11: 143-153.
21. Bandeira L, Melo HP, Pinheiro LS. Mulheres em dados: o que informa a PNAD/IBGE 2008. In: BRASIL. Presidência da república. Secretaria de políticas para as mulheres. Edição especial da revista do Observatório Brasil da Igualdade de Gênero. 1ª impressão Brasília: Secretaria de Políticas para as Mulheres. 2010; 107-119.
22. Moura MAV, Domingos AM, Rassy ME C. A qualidade na atenção à saúde da mulher idosa: um relato de experiência. *Esc Anna Nery* [online] 2010; 14(4): 848-855.
23. Argimon IIdel, Pizzinato A, Ecker DSDI, Lindern D, Torres. Velhice e Identidade: Significações de Mulheres Idosas. *Revista Kairós Gerontologia, São Paulo (SP)* 2011; 14(4): 79-99.
24. Rodrigues AP, JUSTO JS. A resignificação da feminilidade na terceira idade. *Estud. interdiscipl envelhec. Porto Alegre* 2009; 14(2): 169-186.
25. Figueiredo MDOLF, Tyrrel MAR, Carvalho CMRGde; Luz MHBA, Amorim FCM, Lioiolo NLdeA. As diferenças de gênero na velhice. *Rev Bras Enferm* 2007; 60(4): 422-7.
26. Merighi MAB, Oliveira DM, Jesus MCP, Souto RQ, Thamada AA. Mulheres idosas: desvelando suas vivências e necessidades de cuidado. *Rev. Esc. enferm. USP* [online] 2013; 47(2): 408-414.
27. Virtuoso Junior JS, Guerra RO. Incapacidade funcional em mulheres idosas de baixa renda. *Ciênc. saúde coletiva* [online] 2011; 16(5): 2541-2548.
28. Alexandre Tda S, Corona LP, Nunes DP, Santos JL, Duarte YA, Lebrão ML. Gender differences in incidence and determinants of disability in activities of daily living among elderly individuals: SABE study. *Arch Gerontol Geriatr* 2012; 55(2): 431-437.
29. Meisner BA, Dogra S, Logan AJ, Baker J, Weir PL. Do or decline? Comparing the effects of physical inactivity on biopsychosocial components of successful aging. *J Health Psychol* 2010; 15(5): 688-696.
30. Ribeiro LHM, Neri AL. Exercícios físicos, força muscular e atividades de vida diária em mulheres idosas. *Ciênc. saúde coletiva* [online] 2012; 17(8): 2169-2180.
31. Fraga VM, Novelli MMPC, Ferreira SE, Oliveira RCde. Significados da atividade física para mulheres idosas. *Rev. Bras. Pesq. Saúde* 2013; 15(1): 59-68.
32. Maher Junior RL, Hanlon JT, Hajjar ER. Clinical Consequences of Polypharmacy in Elderly. *Expert Opinion Drug Safety, January* 2014; 13(1): 57-65.
33. Torres JL, Dias RC, Ferreira FR, Macinko J, Lima-Costa MF. Functional performance and social relations among the elderly in Greater Metropolitan Belo Horizonte, Minas Gerais State, Brazil: a population-based epidemiological study. *Cad. Saúde Pública* [online] 2014; 30(5): 1018-1028.
34. Doimo LA, Derntl AM, Lago OC. O uso do tempo no cotidiano de mulheres idosas: um método indicador do estilo de vida de grupos populacionais. *Ciência & Saúde Coletiva* 2008; 13(4): 1133-1142.
35. Veras R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Rev. Saúde Pública* [online] 2009; 43(3): 548-554.

Recebido: 30/12/2015

Revisado: 26/07/2016

Aprovado: 21/08/2016

Avaliação auditiva periférica e central em idosos

Peripheral and central auditory assessment in among the elderly

Alessandra Giannella Samelli¹
Carla Gentile Matas¹
Camila Maia Rabelo¹
Fernanda Cristina Leite Magliaro¹
Natália Paião Luiz¹
Lidiane Dias Silva¹

Resumo

Introdução: A presbiacusia pode afetar diferentes porções do sistema auditivo, causando impactos diversos na vida do idoso. É fundamental que a extensão do deficit e o grau do *handicap* sejam avaliados, visando uma reabilitação auditiva mais específica e eficaz, melhorando a qualidade de vida do idoso. **Objetivo:** Caracterizar a audição periférica e central de idosos e avaliar o *handicap* auditivo. **Método:** estudo transversal observacional. Foram avaliados 83 idosos (60 a 85 anos; 33 homens, 50 mulheres) com audição normal ou perda auditiva neurosensorial, divididos em 3 grupos, de acordo com os limiares de 3 a 6 kHz: G1 – média de 0 a 39 dBNA (80 orelhas); G2 – média de 40 a 59 dBNA (48 orelhas); G3 – média de 60 a 120dBNA (38 orelhas). Realizaram questionário *Hearing Handicap Inventory for the Elderly* (HHIE), Audiometria Tonal, Potenciais Evocados Auditivos de Tronco Encefálico (PEATE) e de Longa Latência. **Resultados:** O sexo masculino apresentou limiares auditivos piores nas frequências de 500 a 12000 Hz e latências aumentadas para os componentes do PEATE; não houve diferença entre sexos no P300. Na comparação entre grupos, observou-se diferença significativa com relação à idade; aumento das latências e interpicos no PEATE e piora da pontuação do questionário conforme piora do limiar auditivo; semelhança nas latências do P300. **Conclusões:** Idosos apresentam comprometimento da via auditiva (periférica e central). O P300 mostrou-se menos sensível para as alterações decorrentes da idade; o questionário *HHIE* demonstrou prejuízo para a vida social dos idosos, mostrando concordância com os limiares auditivos avaliados.

Abstract

Introduction: Presbycusis can affect different portions of the auditory system, causing impacts of varying degrees of seriousness on the daily routine of elderly persons. It is essential that the extent of the deficit as well as the degree of handicap is evaluated, so that the hearing of the elderly can be effectively rehabilitated, improving their quality of life. **Purpose:** To characterize the peripheral and central hearing of elderly individuals and assess their auditory handicaps. **Methods:** A cross sectional observational study was performed. We evaluated 83 elderly persons (60-85 years; 33 men, 50 women) with normal

Palavras-chave: Idoso. Presbiacusia. Potenciais Evocados Auditivos de Tronco Encefálico. Potenciais Evocados P300. Audição. Perda Auditiva.

Keywords: Elderly. Presbycusis. Evoked Potentials. Auditory. Brain Stem. Event-Related Potentials. P300. Hearing. Hearing Loss.

¹ Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), Departamento de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional, Curso de Fonoaudiologia. São Paulo, SP, Brasil.

hearing or sensorineural hearing loss. Individuals were divided into 3 groups according to the 3 to 6kHz hearing thresholds: G1 – mean of 0 to 39 dBHL (80 ears); G2 – mean of 40 to 59 dBHL (48 ears); G3 – mean of 60 to 120dBHL (38 ears). All individuals responded to the Hearing Handicap Inventory for the Elderly (*HHIE*), Imitancimetry and underwent Pure Tone Audiometry, Auditory Brainstem Response (ABR) and Long Latency Response (P300) evaluation. Results: Men had higher auditory thresholds at frequencies from 500 to 12,000Hz (with a statistical difference between 2-8 kHz) and also significantly greater latencies for ABR components. There was no difference between genders for the P300 evaluation. Comparison between groups showed: a statistically significant difference for age; greater ABR wave latencies and interwave intervals; that questionnaire scores worsened as hearing threshold declined; and similar P300 latencies. *Conclusions:* Elderly people have impairment throughout the auditory pathway (peripheral and central). The P300 was less accurate at identifying the losses that come with age. The *HHIE* demonstrated negative effects on the social life of elderly people, agreeing with the hearing thresholds found.

INTRODUÇÃO

Atualmente, o Brasil passa por um período de crescimento da população idosa. Projeções demográficas para os próximos anos indicam que esse envelhecimento se intensificará, bem como o aumento das doenças crônicas e da presbiacusia.¹⁻³

A presbiacusia é a perda de audição associada ao envelhecimento, atingindo aproximadamente 30% da população acima de 65 anos. Sua etiologia pode estar relacionada a fatores extrínsecos e intrínsecos, incluindo exposição a ruído, agentes ototóxicos, tratamentos medicamentosos, pressão arterial, tabagismo, entre outros.⁴⁻⁶

Sabe-se que o envelhecimento pode afetar o sistema auditivo na sua porção periférica e/ou central. O componente periférico da presbiacusia compreende principalmente alterações das células ciliadas externas e internas, bem como degeneração da estria vascular. Essas alterações podem resultar em perda auditiva, principalmente, nas frequências altas, com comprometimento do reconhecimento de fala.⁷⁻⁹

Em relação ao componente central, já foram descritas alterações no processamento temporal do estímulo acústico complexo. Essa alteração pode estar relacionada com a diminuição de neurotransmissores inibitórios, que permeiam o processamento temporal dos estímulos acústicos complexos rápidos.^{8,9}

A perda auditiva pode limitar ou impedir o indivíduo de cumprir seu papel social, acarretando prejuízos afetivos e profissionais. Devido à privação sensorial, o indivíduo torna-se incapaz de se comunicar adequadamente com outras pessoas, gerando frustração e levando a mudanças na sua qualidade de vida.¹⁰⁻¹² Esses prejuízos psicológicos e sociais (restrição na participação) decorrentes da perda de audição são denominados de *handicap*.^{13,14}

A avaliação do impacto da perda auditiva sobre os aspectos emocionais e sociais pode ser realizada por meio da aplicação de questionários de autoavaliação. Esses instrumentos podem ser utilizados para quantificar a dimensão subjetiva e qualitativa da perda auditiva. Desta forma, tais questionários podem fornecer uma melhor compreensão do impacto da deficiência auditiva nos idosos, bem como das necessidades dessa população.^{6,12,15}

Uma vez que a presbiacusia pode afetar o sistema auditivo como um todo (porção periférica e/ou central) de diferentes maneiras e que, conseqüentemente, a perda auditiva pode causar impactos de maior ou menor grau para diversos aspectos da vida do idoso,⁷ é fundamental que a extensão do deficit, bem como a grau do *handicap*, sejam avaliados quanti e qualitativamente, de forma que a reabilitação auditiva do idoso possa acontecer de modo específico e eficaz, visando a melhora da qualidade de vida.

Assim, levando-se em consideração o impacto da perda auditiva na qualidade de vida dos idosos, bem como a necessidade de compreender de que forma a presbiacusia afeta o sistema auditivo e, visto que na literatura revisada não foram encontrados estudos avaliando a via auditiva do idoso na sua totalidade simultaneamente, este estudo teve como objetivo caracterizar a audição periférica e central de idosos, bem como avaliar o *handicap* auditivo.

MÉTODO

Participaram da pesquisa 83 idosos com audição normal ou perda auditiva neurosensorial, na faixa etária de 60 e 85 anos, sendo 33 homens e 50 mulheres, residentes na região do Butantã (São Paulo) e contatados mediante divulgação da pesquisa no campus da universidade. Desta forma, a amostra foi composta por conveniência. A coleta de dados ocorreu de abril de 2009 a abril de 2011, por duas pesquisadoras que realizaram todas as avaliações juntas, no Centro de Docência e Pesquisa em Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. As avaliações foram realizadas em um mesmo dia, durando cerca de uma hora e meia.

Inicialmente, foi aplicado o *HHIE (Hearing Handicap Inventory for the Elderly)*, elaborado por Ventry e Weinstein¹⁶ em 1983 e traduzido e adaptado para o português brasileiro por Rosis e colaboradores em 2009.¹⁵ O questionário é composto por 10 questões que avaliam a autopercepção do prejuízo causado pela perda auditiva na vida social e emocional do idoso. Os resultados são quantificados a partir da atribuição de pontos que variam de 0 a 4 pontos, sendo que as respostas para cada questão podem ser: “sim” (4 pontos), “às vezes” (2 pontos) ou “não” (0 ponto). O grau do *handicap* é estabelecido a partir da pontuação total do questionário - de 0 a 9 (não há percepção do handicap), de 10 a 24 (percepção leve/moderada) e acima de 24 (percepção significativa).

Em seguida, foi realizada a meatoscopia, além da timpanometria e a pesquisa dos reflexos acústicos com o equipamento *AT235b (Interacoustics)* para descartar a existência de comprometimento

de orelha média, sendo este considerado critério de exclusão.

Em relação à avaliação audiológica, os limiares de audibilidade foram pesquisados com o audiômetro *GSI 61*, nas frequências de 250 a 12000 Hz por via área, e também por via óssea nas frequências de 500 a 4000 Hz, quando os limiares por via aérea ultrapassaram 20 dBNA.

Após essas avaliações, foram registrados os Potenciais Evocados Auditivos de Curta e Longa Latência utilizando o equipamento portátil da marca *Biologic – Sistema Travel Express*.

Para registro do Potencial Evocado Auditivo de Tronco Encefálico (PEATE), o estímulo acústico utilizado foi o clique de polaridade rarefeita, apresentado monoauralmente a 80 dBnNA, em uma velocidade de apresentação de 19,1 estímulos por segundo, duração de 0,1 milissegundo, sendo empregado um total de 2000 estímulos. Os eletrodos foram posicionados na frente (Fz) e nas mastoides direita e esquerda (A2 e A1). Foram gravados dois registros para cada lado, verificando-se, assim, a reprodução dos traçados e confirmando a existência de respostas. Foram analisadas as latências absolutas das ondas I, III e V, e os interpicos I-III, III-V e I-V.

Na avaliação do Potencial Evocado Auditivo de Longa Latência (P300), foi utilizado o estímulo “*tone-burst*”, apresentado monoauralmente a 75 dBnNA, em uma velocidade de apresentação de 1,1 estímulos por segundo, sendo empregado um total de 300 estímulos. Os eletrodos foram posicionados no vértex (Cz), nas mastóides direita e esquerda (A2 e A1) e na frente (Fpz). O estímulo frequente foi apresentado a 1000 Hz e o raro a 1500 Hz, sendo que dos 300 estímulos apresentados, 15% referiam-se ao estímulo raro, e o restante ao estímulo frequente (85%). Foi utilizada uma janela de análise de 512 ms, ganho de 15.000, filtros passa-baixo de 30 Hz e passa-alto de 1 Hz. O paciente foi orientado a contar mentalmente os estímulos raros apresentados. Foi analisada a latência das ondas P300.

O posicionamento dos eletrodos em ambos os testes obedeceu a Norma IES 10-20 (*International Electrode System*).

Para algumas das comparações, buscando verificar se havia interferência dos limiares auditivos nas outras avaliações (eletrofisiológicas e HHIE), dividiu-se os 83 indivíduos de acordo com a média dos limiares auditivos tonais para as frequências de 3 a 6 kHz por orelha. Os grupos foram assim divididos: G1 – média de 0 a 39 dBNA (80 orelhas); G2 – média de 40 a 59 dBNA (48 orelhas); G3 – média de 60 a 120dBNA (38 orelhas).

Para a análise estatística, inicialmente, foram comparadas as idades entre os sexos e, na sequência, foram comparados os limiares auditivos e as latências dos componentes dos PEA num primeiro momento entre os sexos e, posteriormente, entre os grupos. A pontuação do HHIE também foi comparada entre os grupos. Para tanto, foram utilizados os testes paramétricos ANOVA não pareado e *Tukey*, com nível de significância de 5%.

Este trabalho foi aprovado pela Comissão de Ética da instituição, sob o número 1024/09. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADO

Dos 83 idosos avaliados, participaram 33 homens com média de idade de 68,12 anos (DP=5,98) e 50 mulheres com média de idade de 67,54 anos (DP=6,23), sem diferença estatisticamente significativa para a idade entre os sexos ($p=0,674$; Teste ANOVA).

Inicialmente, foram comparadas as orelhas direita e esquerda, com relação aos limiares auditivos e componentes dos potenciais evocados auditivos (PEA). Nenhuma das comparações mostrou diferença estatisticamente significativa entre as orelhas. Por este motivo, as orelhas foram agrupadas para a comparação seguinte.

Sexo

Os limiares auditivos e as latências dos componentes dos PEA foram comparados entre os sexos. As medidas descritivas e os valores de p estão descritos nas Tabelas 1 e 2.

Tabela 1. Valores médios dos limiares auditivos por frequência (em dBNA), comparando os sexos masculino e feminino. São Paulo, SP, 2015.

Frequência (em dBNA)	Feminino (n=100) Média (DP)	Masculino (n=66) Média (DP)	p -valor
250 Hz	20,55 (13,90)	19,77 (14,28)	0,729
500 Hz	20,85 (13,99)	22,19 (18,73)	0,597
1000 Hz	23,65 (15,82)	27,80 (19,92)	0,138
2000 Hz	26,8 (16,87)	35,98 (20,57)	0,001*
3000 Hz	28,95 (18,45)	45,53 (19,98)	<,0001*
4000 Hz	35 (20,11)	51,43 (18,94)	<,0001*
6000 Hz	43,55 (25,04)	58,71 (21,43)	<,0001*
8000 Hz	45,1 (25,01)	59,46 (21,57)	0,0001*
12000 Hz	73,3 (10,99)	75,07 (6,65)	0,240

dBNA: decibel nível de audição; DP: desvio padrão; *valor de $p \leq 0,05$; n: número total de orelhas. Teste ANOVA.

Tabela 2. Valores médios das latências dos componentes dos PEA (em ms), comparando os sexos masculino e feminino. São Paulo, SP, 2015.

Latências (em ms)	Feminino (n=100) Média (DP)	Masculino (n=66) Média (DP)	<i>p</i> -valor
Onda I	1,80 (0,32)	1,95 (0,39)	0,005*
Onda III	3,90 (0,32)	4,07 (0,37)	0,001*
Onda V	5,78 (0,32)	5,96 (0,42)	0,001*
I-III	2,26 (0,32)	2,42 (0,37)	0,002*
III-V	1,90 (0,21)	1,94 (0,34)	0,404
I-V	4,36 (0,89)	4,71 (1,09)	0,026*
P300	351,25 (40,52)	347,71 (42,42)	0,590

dBNA: decibel nível de audição; DP: desvio padrão; ms: milissegundo; *valor de $p \leq 0,05$; n: número total de orelhas; Teste ANOVA.

Com relação aos limiares auditivos, observou-se que o sexo masculino apresentou limiares auditivos piores para as frequências de 500 a 12000 Hz, quando comparado ao sexo feminino, com diferença estatisticamente significativa de 2 a 8 kHz (Tabela 1). No que se refere ao PEATE, o sexo masculino mostrou latências aumentadas

para todos os componentes em comparação ao sexo feminino, com diferença estatisticamente significativa para todos os componentes, com exceção do intervalo III-V. Já no que diz respeito ao P300, não houve diferença estatisticamente significativa entre os sexos (Tabela 2).

Tabela 3. Valores médios dos limiares auditivos por frequência (em dBNA), comparando os grupos G1, G2 e G3. São Paulo, SP, 2015.

	G1 (n=65) Média	G2 (n=48) Média	G3 (n=38) Média	<i>p</i> -valor
Idade média (DP)	65,6 (4,97)	70 (5,97)	69,6 (6,78)	<0,0001*
250 Hz	15	21,4	29,9	<0,0001*
500 Hz	14,6	23,3	33,3	<0,0001*
1 kHz	16,8	26,7	41,4	<0,0001*
2 kHz	18,2	34,0	51,8	<0,0001*
3 kHz	19,8	40,3	62,6	<0,0001*
4 kHz	24,3	47,5	70,4	<0,0001*
6 kHz	29,4	57,3	82,4	<0,0001*
8 kHz	31	61,4	79,2	<0,0001*
12 kHz	71,5	76,4	76,3	0,0042*

dBNA: decibel nível de audição; DP: desvio padrão; Hz: Hertz; KHz: quilo hertz; * valor de $p \leq 0,05$; n: número total de orelhas. Teste ANOVA. Teste de Tukey para idade - G1 X G2: $p < 0,01$; G1 X G3: $p < 0,01$; G2 X G3: *p* não significativa.

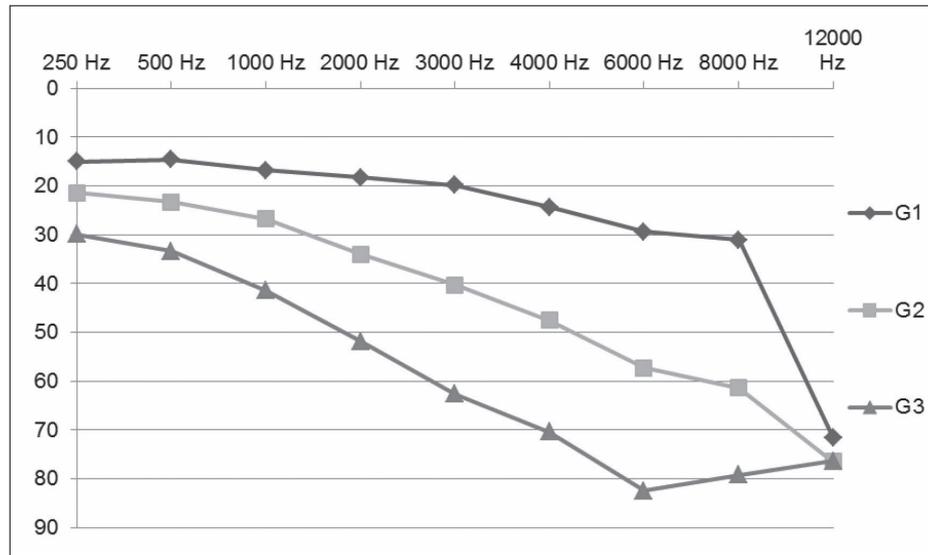


Figura 1. Média dos limiares auditivos por frequência (em dBNA) para os grupos G1, G2 e G3. São Paulo, SP, 2015.

Comparação entre grupos (orelhas divididas segundo a média de 3 a 6 kHz)

A Tabela 3 e a Figura 1 ilustram os limiares auditivos por frequência obtidos para as orelhas divididas dentro dos grupos. Obviamente, nota-se que os grupos diferem significativamente em termos de média de limiares auditivos, já que a divisão pelos grupos usou exatamente este critério. Cabe ressaltar que embora a divisão tenha sido

feita baseada nestas frequências de 3 a 6kHz também houve diferenças nas frequências baixas. Observa-se também que esses grupos apresentaram diferença estatisticamente significativa com relação à idade, sendo que o G1 é o grupo mais novo, mas o G2 não difere do G3.

Com base na divisão por grupos, as latências dos componentes dos PEA foram comparadas (Tabela 4).

Tabela 4. Valores médios das latências dos componentes dos PEA (em ms), comparando os grupos G1, G2 e G3. São Paulo, SP, 2015.

Latências (em ms)	G1 (n=65) Média (DP)	G2 (n=48) Média (DP)	G3 (n=38) Média (DP)	p-valor (Anova)	Comparação dois a dois (Tukey)
Onda I	1,77 (0,28)	1,86 (0,34)	2,06 (0,43)	<0,0001*	G1 X G2 – n.s. G1 X G3 - $p < 0,01^*$ G2 X G3 - $p < 0,05^*$
Onda III	3,83 (0,02)	4,01 (0,12)	4,21 (0,24)	<0,0001*	G1 X G2 - $p < 0,05^*$ G1 X G3 - $p < 0,01^*$ G2 X G3 - $p < 0,01^*$
Onda V	5,70 (0,21)	5,91 (0,38)	6,08 (0,50)	<0,0001*	G1 X G2 - $p < 0,05^*$ G1 X G3 - $p < 0,01^*$ G2 X G3 – n.s.

Continuação da Tabela 4

Latências (em ms)	G1 (n=65) Média (DP)	G2 (n=48) Média (DP)	G3 (n=38) Média (DP)	p-valor (Anova)	Comparação dois a dois (Tukey)
I-III	2,22 (0,30)	2,33 (0,32)	2,52 (0,40)	<0,0001*	G1 X G2 – n.s. G1 X G3 - $p < 0,01^*$ G2 X G3 - $p < 0,05^*$
III-V	1,87 (0,21)	1,95 (0,28)	1,97 (0,34)	0,114	-
I-V	4,21 (0,74)	4,52 (0,93)	5,08 (1,24)	<0,0001*	G1 X G2 – n.s. G1 X G3 - $p < 0,01^*$ G2 X G3 - $p < 0,01^*$
P300	351,31 (39,52)	347,35 (44,50)	349,89 (41,27)	0,869	-

DP: desvio padrão; ms: milissegundo; * valor de $p \leq 0,05$; n: número total de orelhas; n.s: não significante.

Com relação ao PEATE, não houve ausência de resposta para nenhum dos componentes do potencial. Na tabela 4 observou-se que com a piora do limiar auditivo (segundo a divisão por grupos), as latências das ondas e dos intervalos interpicos aumentam. As diferenças estatisticamente significantes entre os três grupos e entre os grupos, na comparação dois a dois, estão assinaladas na Tabela 4. No que se refere ao P300, não foram observadas diferenças estatisticamente significantes entre os grupos G1, G2 e G3 (Tabela 4).

Handicap - pontuação do HHIE

A Tabela 5 mostra que houve diferença estatisticamente significante entre os grupos, para a comparação da pontuação obtida pelo HHIE, sendo que a pontuação piora de acordo com a piora dos limiares auditivos (segundo a divisão por grupos). Observa-se também que a pontuação para G2 e G3 não apresentou diferença estatisticamente significante.

Tabela 5. Pontuação média segundo o questionário HHIE, comparando os grupos G1, G2 e G3. São Paulo, SP, 2015.

Grupos	Média (desvio-padrão)	Comparação dois a dois (Tukey)
G1	11,87 (9,45)	G1 X G2 - $p < 0,05$
G2	16,66 (8,87)	G1 X G3 $p < 0,05$ G2 X G3 – n.s.
G3	19,68 (8,53)	
Teste Anova	$p < 0,0001$	

DP: desvio padrão; ms: milissegundo; * valor de $p \leq 0,05$; n: número total de orelhas, n.s: não significante.

DISCUSSÃO

Com relação aos limiares auditivos, observou-se que o sexo masculino apresentou limiares auditivos piores nas frequências de 500 a 12000 Hz, quando comparado ao sexo feminino, com diferença estatisticamente significativa de 2 a 8 kHz. Esses achados concordam com estudos anteriores,^{11,17-20} que observaram limiares auditivos piores, principalmente, nas frequências altas nos homens. Fatores como hipertensão arterial, tabagismo e exposição a ruído contribuem para a piora da audição com o aumento da idade.¹⁸

Da mesma forma, uma vez que o sexo masculino apresentou limiares auditivos piores na audiometria tonal, quando comparado ao sexo feminino, no que se refere ao PEATE, os homens tiveram latências aumentadas para todos os componentes em comparação ao sexo feminino, com diferença estatisticamente significativa para todos os componentes, com exceção do intervalo III-V.

Sabe-se que o prolongamento das latências das ondas do PEATE pode ser causado por perdas auditivas neurosensoriais. A literatura demonstra que em perdas auditivas cocleares, para limiares maiores que 50 dBNA nas frequências altas, espera-se um aumento de 0,1 a 0,2 ms na latência da onda V, a cada 10 dB de perda auditiva.²¹ Como o estímulo utilizado na presente pesquisa foi o clique (faixa de frequência entre 3 e 6 kHz) e como os idosos participantes apresentavam limiares auditivos aumentados nessa faixa de frequência, o aumento na latência dos componentes do PEATE já era esperado, bem como essa diferença entre os sexos, em virtude da diferença dos limiares auditivos observados na audiometria.

Já no que diz respeito ao P300, não houve diferença estatisticamente significativa entre os sexos. Tal achado pode ser explicado também pelos limiares auditivos; as médias dos limiares auditivos para as frequências até 2kHz para ambos os sexos não ultrapassaram 40/50 dBNA. Como os estímulos utilizados para captação do P300 foram em 1000 e 1500 Hz, sabe-se que a presença de perda auditiva não influenciou na discriminação destes estímulos e, portanto, não teve influência sobre os achados do P300.²²

Além disso, cabe ressaltar que as médias encontradas para o P300 para ambos os sexos encontram-se dentro do esperado para essa faixa etária.²³ Outrossim, não é esperado que haja diferença entre sexos para o P300.²²

Em relação à comparação entre grupos divididos de acordo com as médias dos limiares auditivos das frequências de 3 a 6 kHz por orelha, nota-se que os grupos diferem significativamente. Esse achado já era esperado, uma vez que a divisão dos grupos usou exatamente esse critério, ou seja, os limiares auditivos.

Observou-se também que os grupos apresentaram diferença estatisticamente significativa com relação à idade, sendo que o G1 foi o grupo mais novo, mas o G2 não diferiu do G3. Tal fato sugere que, já que as idades do G2 e G3 são semelhantes, não foi essa variável que determinou a diferença entre os limiares auditivos para estes dois grupos. Possivelmente, outras variáveis intrínsecas e extrínsecas, incluindo exposição a ruído, agentes ototóxicos, tratamentos medicamentosos, pressão arterial, tabagismo, entre outros⁴⁻⁶ podem ter influenciado na determinação dos limiares auditivos mais elevados para o G3.

Com relação ao PEATE, observou-se que conforme o limiar auditivo piorava (segundo a divisão por grupos), as latências das ondas e dos intervalos interpicos aumentavam, com diferenças estatisticamente significantes para a maioria das comparações. Levando-se em consideração que as idades de G2 e G3 são semelhantes e que mesmo com as idades semelhantes os dois grupos apresentaram diferenças significantes para os componentes do PEATE, então podemos sugerir que o fator que determinou essa diferença foi realmente o limiar auditivo mais elevado no G3. Desta forma, deve-se considerar que a idade pode ter influência nas latências das ondas do PEATE, porém o grau da perda auditiva parece ter um impacto mais acentuado sobre essa questão.²²

Resultados semelhantes foram verificados por Boettcher,²⁴ em pesquisa com idosos presbiacúsicos, que observou latências absolutas aumentadas para todas as ondas do PEATE. Ulf *et al.*,²⁵ estudando sujeitos de diferentes grupos etários, também

concluíram que com o aumento da idade existe aumento das latências absolutas de todas as ondas do PEATE.

No que se refere ao P300, não foram observadas diferenças estatisticamente significantes entre os grupos G1, G2 e G3. Esse achado evidencia que os limiares auditivos diferentes entre os três grupos não influenciaram na latência do P300, isto é, desde que os estímulos utilizados na avaliação sejam passíveis de serem ouvidos e discriminados,²² o grau da perda auditiva não interfere tanto na latência do P300, como acontece com o PEATE.

Em relação à idade e à latência do P300, dado que o G1 é mais novo que G2 e G3, pode-se considerar que essa variável não foi determinante. As latências médias obtidas no presente estudo estão próximas às obtidas por Mc Pherson²³ na faixa etária de 50-70 anos (350 – 470 ms), que coincide com a faixa etária média dos três grupos estudados. Goodin²⁶ verificou, para a faixa etária entre 6 e 76 anos, um aumento de 1,8 ms por ano na latência da onda P300. Um estudo realizado por Sydulko²⁷ encontrou menor latência da onda P300 para indivíduos com faixa etária inferior a 45 anos (média de 330 ms) e um aumento nesse valor para indivíduos acima dessa idade (média de 368 ms).

Segundo Verleger,²⁸ o aumento visualizado na latência do P300 pode estar relacionado a um atraso no processamento da informação que pode ocorrer no indivíduo idoso, devido ao decréscimo das funções cognitivas verificados nessa faixa etária.

Além disso, cabe mencionar que o P300 é um potencial que possui grande variabilidade de latência intersujeitos e menor variabilidade intrasujeito. Esse fato também pode ter contribuído para a grande variabilidade no estudo e a ausência de diferença significativa entre os grupos.

No que se refere à percepção do handicap, por meio do questionário *HHIE*, observou-se diferença estatisticamente significativa entre os grupos, sendo que a pontuação piorou de acordo com a piora dos limiares auditivos (segundo a divisão por grupos). Na comparação entre G2 e G3, essa diferença não foi significativa. É importante

considerar que a média dos pontos obtidos para os três grupos encontra-se dentro da classificação “handicap de leve a moderado”, indicando que apesar da diferença de limiares auditivos entre os grupos, a maioria dos indivíduos apresenta prejuízo decorrente da perda auditiva.

Esses dados indicam que existe certa concordância entre a maioria dos limiares auditivos encontrados (audição normal e perda auditiva de leve à moderada) e o prejuízo (sem handicap ou handicap de leve a moderado) apresentado em maior número nessa população. Tais achados também foram encontrados no estudo de Calviti e Pereira.²⁹

Cabe mencionar que 56,6% dos 83 idosos apresentaram algum grau de prejuízo (de acordo com o *HHIE*), ou seja, apresentaram pontuação acima de 10. Com relação à perda auditiva, 68,7% dos 83 idosos apresentaram algum grau de perda auditiva. Para a maioria dos idosos estudados no presente trabalho, podemos sugerir que qualquer grau de perda auditiva gera algum prejuízo social ou emocional, detectado por meio do *HHIE*.

Sendo assim, nota-se a importância do uso de instrumentos como os questionários de autoavaliação na rotina clínica, como forma de triagem inicial para identificar os idosos que apresentam a necessidade de uma avaliação audiológica mais completa, envolvendo além da pesquisa da via auditiva periférica, a investigação de como a estimulação acústica está sendo transmitida e processada ao longo da via auditiva central.

Deve-se ressaltar que o presente estudo apresenta algumas limitações, principalmente no que se refere ao tamanho da amostra. Por ser uma avaliação relativamente demorada, algumas pessoas não tiveram interesse em participar. Com um número maior de participantes, talvez as diferenças observadas fossem mais robustas. Apesar disso, os resultados do estudo possuem relevância clínica e científica, uma vez que descrevem o funcionamento da via auditiva periférica e central de idosos, correlacionando possíveis alterações no sistema auditivo com as restrições na vida diária vivenciadas por esta população.

CONCLUSÃO

Pode-se concluir que os idosos apresentam comprometimento da via auditiva como um todo (periférica e central). O P300 mostrou-se menos sensível para as alterações decorrentes da idade. O questionário *HHIE* demonstrou prejuízo para

a vida social dos idosos, mostrando concordância com os limiares auditivos avaliados. A partir desses achados, enfatiza-se a importância do uso de instrumentos como os questionários de autoavaliação na rotina clínica como triagem, bem como a avaliação audiológica completa (da via auditiva periférica e central) nessa população.

REFERÊNCIAS

- Gomes I, Nogueira EL, Engroff P, Ely LS, Schwanke CHA, De Carli GA. The multidimensional study of the elderly in the family health strategy in Porto Alegre, Brazil (EMI-SUS). *PAJAR- Pan Am J Aging Res* 2013;1(1):20-4.
- Veras R. Garantir a saúde e o bem-estar dos idosos: desafios de hoje e amanhã. *Rev Bras Geriatr Gerontol* 2015;18(3):473-4.
- Veras RP. Experiências e tendências internacionais de modelos de cuidado para com o idoso. *Ciência Saúde Coletiva* 2012;17(1):231-8.
- Samelli AG, Negretti CA, Ueda KS, Moreira RR, Schochat E. Comparação entre avaliação audiológica e screening: um estudo sobre presbiacusia. *Braz J Otorhinolaryngol* 2011;77(1):70-6.
- Cruz MS, Lima MCP, Santos JLF, Duarte YAO, Lebrão ML, Ramos-Cerqueira ATA. Deficiência auditiva referida por idosos no Município de São Paulo, Brasil: prevalência e fatores associados (Estudo SABE, 2006). *Cad Saúde Pública* 2012;28(8):1479-92.
- Roth TN, Hanebuth D, Probst R. Prevalence of age-related hearing loss in Europe: a review. *Eur Arch Oto-Rhino-Laryngol* 2011;268(8):1101-7.
- Howarth A, Shone JR. Ageing and the auditory system. *Postgrad Med J* 2006;82:166-71.
- Caspary DM. Inhibitory neurotransmission, plasticity and aging in the mammalian central auditory system. *J Exp Biol* 2008;211(Pt 11):1781-91.
- Burianova J, Ouda L, Profant O, Syka J. Age-related changes in GAD levels in the central auditory system of the rat. *Exp Gerontol* 2009;44(3):161-9.
- Ruschel CV, Carvalho CR, Guarinello AC. A eficiência de um programa de reabilitação audiológica em idosos com presbiacusia e seus familiares. *Braz J Otorhinolaryngol* 2007;12:95-8.
- Cruz MS, Lima MCP, Santos JLF, Duarte YAO, Lebrão ML, Ramos-Cerqueira ATA. Uso de aparelho de amplificação sonora individual por idosos: estudo SABE - saúde, bem-estar e envelhecimento. *Audiol, Commun Res* 2013;18(2):133-42.
- Mesquita LG, Pereira LD. Processamento temporal em idosos: o efeito da habilidade de resolução temporal em tarefas de ordenação de série de sons. *Rev CEFAC* 2013;15(5):1163-9.
- Guarinello AC, Marcelos SB, Ribas A, Marques JM. Análise da percepção de um grupo de idosos a respeito de seu handicap auditivo antes e após o uso do aparelho auditivo. *Rev Bras Geriatr Gerontol* 2013;16(4):739-45.
- Magalhães R, Iório MCM. Avaliação da restrição de participação, em idosos, antes e após a intervenção fonoaudiológica. *Rev CEFAC* 2012;14(5):816-25.
- Rosis ACA, Souza MRF, Iório MCM. Questionário Hearing Handicap Inventory for the Elderly – Screening version (HHIE-S): estudo da sensibilidade e especificidade. *Braz J Otorhinolaryngol* 2009;14:39-45.
- Ventry IM, Weinstein BE. Identification of elderly people with hearing problems. *ASHA*. 1983;25(7):37-42.
- Kiely KM, Gopinath B, Mitchell P, Luszcz M, Anstey KJ. Cognitive, health, and sociodemographic predictors of longitudinal decline in hearing acuity among older adults. *J Gerontol Ser A Biol Sci Med Sci* 2012;67(9):997-1003.
- Kaya KH, Karaman KA, Sayın I, Güneş S, Canpolat S, Şimşek B, et al. Etiological classification of presbycusis in Turkish population according to audiogram configuration. *Kulak Burun Bogaz Ihtisas Derg* 2015;25(1):1-8.
- Baraky LR, Bento RF, Raposo NR, Tibiriçá SH, Ribeiro LC, Barone MM, et al. Disabling hearing loss prevalence in Juiz de Fora, Brazil. *Braz J Otorhinolaryngol* 2012; 78(4):52-8.

20. Samelli AG, Andrade CQ, Pereira MB, Matas CG. Hearing complaints and the audiological profile of the users of an academic health center in the western region of São Paulo. *Int Arch Otorhinolaryngol* 2013;17(2):125-30.
21. Selters WA, Brackmann DE. Acoustic tumor detection with brainstem electric response audiometry. *Arch Otolaryngol* 1977;103(4):181-7.
22. Hall III JW. *New Handbook of auditory evoked responses*. Boston: Pearson Education; 2007.
23. McPherson DL. *Late potentials of the auditory system (evoked potentials)*. San Diego: Singular Press; 1996.
24. Boettcher FA. Presbiacusis and auditory brainstem response. *J Speech Lang Hear Res* 2002;45:1249-61.
25. Rosenhall U, Björman G, Pedersen K, Kall A. Brainstem auditory evoked potentials in different age groups. *Electroencephalogr Clin Neurophysiol* 1985; 62(6):426-30.
26. Goodin DS, Squire KC, Henderson BH, Starr A. Age-related variation in evoked potentials to auditory stimuli in normal human subjects. *Electroencephalogr Clin Neurophysiol* 1978;44(4):447-58.
27. Sydulko K, Hansch EC, Cohen SC, Pearce JW, Goldberg Z, Montan B, et al. Long-latency event-related potentials in normal aging and dementia. In: Courian J, Manguiere F, Revol M, editors. *Clinical applications of evoked potentials in neurology*. New York: Raven Press; 1982. p.279-85.
28. Verleger R, Neukäter W, Kömpf D, Vieregge P. On the reasons for the delay of P3 latency in healthy elderly subjects. *Electroencephalogr Clin Neurophysiol* 1991;79(6):488-502.
29. Calviti KCFK, Pereira LD. Sensibilidade, especificidade e valores preditivos da queixa auditiva comparados com diferentes médias audiométricas. *Braz J Otorhinolaryngol* 2009;75(6):794-800.

Recebido: 21/12/2015

Revisado: 10/06/2016

Aprovado: 02/08/2016

Estratégias de cuidado bucal para idosos com Doença de Alzheimer no domicílio

Home-based oral healthcare strategies of elderly people with Alzheimer's disease

Alessandra Martins Ferreira Warmling¹
Sílvia Maria Azevedo dos Santos²
Ana Lúcia Schaefer Ferreira de Mello^{1,2}

ARTIGOS ORIGINAIS / ORIGINAL ARTICLES

Resumo

Objetivo: Identificar as estratégias utilizadas no cuidado à saúde bucal de idosos com Doença de Alzheimer no domicílio. *Método:* Estudo exploratório, descritivo, com abordagem qualitativa para coleta e análise de dados, que foram coletados através de entrevista com 30 cuidadores e analisados pela técnica da Análise de Conteúdo. *Resultados:* A maioria era do sexo feminino, filha, com ensino superior completo e idades entre 32 a 77 anos. As estratégias identificadas foram agrupadas em categorias de acordo com a participação do cuidador: quando não participa das ações de cuidado ou avaliações de saúde bucal; quando relembra o idoso da higiene bucal, demonstra movimentos e auxilia em alguns procedimentos; e quando realiza diretamente as ações de cuidado. *Conclusão:* As estratégias estão relacionadas ao grau de dependência do idoso, como o cuidador atua perante a demanda por cuidado à saúde bucal e com as dificuldades enfrentadas para realização de tais cuidados.

Palavras-chave: Doença de Alzheimer. Saúde Bucal. Assistência Domiciliar.

Abstract

Objective: To identify strategies used in the oral health care of elderly persons with Alzheimer's disease in the home. *Method:* an exploratory, descriptive study with a qualitative approach to collecting and analyzing data was performed. Data was collected through interviews with 30 caregivers and analyzed by the content analysis technique. *Results:* The majority of subjects were female, daughters of the elderly person, university graduates and aged 32-77 years. The strategies identified were grouped into categories according to the participation of the caregiver: does not participate in care actions or oral health assessments; reminds the elderly person about oral hygiene, demonstrates movements and assists with some procedures; directly carries out actions of care. *Conclusion:* The strategies employed are related to the degree of dependence of the elderly person, as the caregiver acts based on the need for oral health care and the difficulties in carrying out such care.

Keywords: Alzheimer Disease. Oral Health. Home Nursing.

¹ Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Odontologia. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.

² Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.

INTRODUÇÃO

As demências estão entre os maiores desafios a serem enfrentados no campo da saúde pública. Estima-se que existam 44 milhões de pessoas com demências em todo o mundo e que este número irá dobrar até 2030.¹ É uma síndrome causada por uma série de doenças progressivas que afeta a memória, o pensamento, o comportamento e a capacidade de realizar atividades cotidianas, sendo uma das principais causas da dependência e incapacidade em idosos. Afeta principalmente pessoas idosas, embora estimesse que 2 a 10% de todos os casos iniciem antes dos 65 anos de idade.¹ A Doença de Alzheimer (DA) é o tipo mais comum de demência, sendo responsável por aproximadamente 50 a 75% das demências em vários países. Os sintomas geralmente são perda de memória, dificuldades de comunicação, dificuldades em realizar tarefas domésticas diárias, alterações de personalidade e de humor. Com o avançar da doença, as pessoas com DA encontram limitações para o autocuidado, passando gradualmente a necessitar de ajuda em todos os aspectos básicos das atividades da vida diária.¹

Estudos apontam que, devido ao comprometimento funcional e cognitivo, associados aos distúrbios de comportamento, idosos com DA possuem condição de saúde bucal ruim,^{2,3} e constituem um grupo de risco em relação ao desenvolvimento de doenças bucais.⁴⁻⁶ Outros estudos relacionam a alta prevalência de cárie dentária em indivíduos em estágios avançados da DA,³ e a presença de cárie dentária em idosos em estágio inicial da DA com o risco elevado de cárie radicular.⁷ As questões relacionadas ao estado de saúde bucal de idosos com DA e a forma pela qual os cuidados de saúde bucal são providos a estes pacientes foram evidenciadas em alguns estudos.^{8-10,12} Idosos que perderam a capacidade de se alimentar sozinhos, na maioria das vezes, também não conseguem realizar os cuidados de saúde bucal. Desse modo, os cuidadores deveriam prestar, a exemplo do fornecimento da alimentação, também os cuidados de saúde bucal.⁹ O ideal seria

que os cuidados bucais fossem realizados pelo cuidador, uma vez que é difícil para o paciente com demência realizá-los.¹⁰ Nestes casos, os cuidadores são os principais provedores de cuidados a estes pacientes, e por isso o planejamento dos cuidados de saúde bucal deve levar em conta a percepção desses cuidadores e seus conhecimentos sobre saúde e higiene bucal.⁸ Ainda, segundo alguns autores, devem ser reforçadas as questões de educação em saúde bucal com foco no cuidador do idoso com DA para que ele forneça, além dos cuidados diários para manutenção da saúde e bem-estar, também cuidados adequados de saúde bucal direcionados às especificidades do idoso.^{9,11}

De acordo com o contexto apresentado, faz-se necessário conhecer as estratégias no cuidado à saúde bucal de idosos com DA realizadas por cuidadores, no domicílio e se estas estratégias são diferentes de acordo com a fase da doença em que o idoso se encontra. A temática abordada, neste estudo, é relevante considerando a prevalência da DA e, sobretudo, por seu impacto na qualidade de vida dos pacientes. Os resultados podem vir a adicionar à literatura já existente, informações sobre as dificuldades diárias vivenciadas pelos cuidadores, bem como as estratégias utilizadas para transpor tais dificuldades. De forma que este conhecimento possibilite aos profissionais da saúde contribuir no cuidado, valorizando os envolvidos. Assim, este estudo teve como objetivo identificar as estratégias no cuidado à saúde bucal de idosos com Doença de Alzheimer realizadas por cuidadores, no domicílio.

MÉTODO

Trata-se de estudo de cunho exploratório, descritivo, com abordagem metodológica qualitativa para coleta e análise de dados. Foram incluídos neste estudo 30 cuidadores de idosos com DA, participantes de um grupo de ajuda mútua para cuidadores e/ou familiares de pessoas com a DA ou doenças similares. A seleção dos participantes ocorreu de modo intencional, ou seja, foram convidados a participarem da pesquisa os

cuidadores que frequentavam as reuniões do grupo de ajuda mútua para cuidadores e/ou familiares de pessoas com DA ou doenças similares. A inclusão dos participantes obedeceu aos critérios: ser cuidador com ou sem grau de parentesco e cuidar do doente no âmbito domiciliar com ou sem remuneração financeira, e foi limitada pelo critério de saturação dos dados. A saturação dos dados foi identificada quando os conteúdos das falas dos cuidadores se mostrou repetitivo, sem agregar novas informações relevantes em relação ao cumprimento dos objetivos da pesquisa.

Após a identificação das famílias, foi feito um contato inicial com o cuidador, convidando-o a participar da pesquisa. Não se obteve nenhuma recusa em participar das entrevistas. Após o aceite, a entrevista foi agendada, no local onde aconteciam as reuniões do grupo de ajuda mútua. A coleta de dados deu-se por meio de entrevista, no período entre Junho a Dezembro de 2014 e foi realizada somente pela autora principal deste artigo - cirurgiã-dentista especialista e mestre em Odontologia em Saúde Coletiva e da Família, aluna de doutorado do Programa de Pós-Graduação em Odontologia, área de concentração Odontologia em Saúde Coletiva. Cabe destacar que a pesquisadora principal participou durante 24 meses das reuniões do grupo de ajuda mútua com o intuito de conhecer sobre a Doença de Alzheimer e também de esclarecer os participantes sobre alguma dúvida que viessem a ter sobre saúde bucal. Nas reuniões, os participantes eram informados da presença da pesquisadora, que se apresentava e explicitava os motivos de estar presente nas reuniões.

As entrevistas foram gravadas em meio digital e estavam divididas em dois momentos. Primeiramente, os participantes respondiam a um questionário estruturado, cujo objetivo era caracterizar os cuidadores e posteriormente, a entrevista seguia com a aplicação de um roteiro com questões norteadoras sobre “Um dia normal de cuidados com o idoso com Doença de Alzheimer” e “Como são realizados os cuidados à saúde bucal do idoso e de que forma eles acontecem”.

Os dados obtidos a partir das entrevistas relacionados às falas dos cuidadores envolvidos com as ações e cuidados de saúde bucal providos aos idosos com DA foram transcritos e analisados seguindo os pressupostos da Análise de Conteúdo.¹² Seguindo o método, a análise textual foi feita em três etapas: a) a pré-análise, b) a exploração do material e c) o tratamento dos resultados, com inferência e interpretação. Durante a pré-análise, ou fase de organização dos dados, foi realizada uma “leitura flutuante” dos dados brutos. Em seguida, foram apreciadas as respostas textuais pertinentes ao objetivo da pesquisa. Nesta fase de pré-análise, emergiram os principais temas a serem utilizados na fase seguinte. A fase de exploração do material consistiu nas operações de codificação e categorização do conteúdo textual. O processo de análise dos dados foi conduzido com base na identificação de estratégias de cuidado, que foram agrupadas em categorias, de acordo com a participação do cuidador.¹³ Finalmente, foram realizadas as inferências e interpretações, sobre os dados tratados, analisando qualitativamente as categorias, bem como suas interrelações.¹²

Para atender os aspectos éticos, foram seguidas as recomendações da Resolução nº 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, que prescreve a ética na pesquisa com seres humanos no país. Este projeto foi encaminhado aos responsáveis pelo grupo de ajuda mútua, para que tomassem ciência e autorizassem a sua execução. O projeto foi então submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos, que também avaliou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido a ser aplicado individualmente a todos os participantes, sendo considerado aprovado conforme parecer **consubstanciado nº 216.348**.

RESULTADO E DISCUSSÃO

Os dados apresentados a seguir, na Tabela 1, foram originados a partir da análise dos questionários estruturados e mostram a caracterização dos 30 cuidadores participantes.

Tabela 1. Caracterização dos cuidadores. Florianópolis, SC, Brasil, 2014.

Caracterização dos participantes	n
Perfil do cuidador	
Cuidador formal (contratado para desempenhar tal função)	3
Cuidador informal (parente ou pessoa próxima)	27
Grau de parentesco	
Conjuge	8
Filho(a)	18
Amigo(a)	4
Sexo	
Masculino	6
Feminino	24
Escolaridade	
Ensino Fundamental incompleto	1
Ensino Fundamental completo	1
Ensino Médio incompleto	1
Ensino Médio completo	9
Ensino Superior incompleto	5
Ensino Superior completo	13
Exerce atividade remunerada concomitante	
Sim	11
Não	19

Questionários elaborados pela pesquisadora para o presente estudo.

Pode-se verificar que a maior parte dos informantes dessa pesquisa eram cuidadores informais, ou seja, aquele familiar ou amigo que é solicitado a assegurar parte dos cuidados que o doente requer no contexto familiar. Eles também eram em sua maioria do sexo feminino, quanto ao grau de parentesco predominavam as filhas, com ensino superior completo, com idades entre 32 a 77 anos e que não exerciam atividade remunerada. Verifica-se, assim, que os cuidadores que participaram deste estudo seguem o perfil encontrado na literatura, com

predomínio do sexo feminino, com laços de parentesco, principalmente esposas e filhas, com idade entre 40 e 60 anos e que não trabalham, ela apresenta particularidade na questão da escolaridade, visto que os estudos apontam que a maioria dos cuidadores possui mais baixo nível de educação formal.¹⁴⁻¹⁶

A análise do conteúdo das entrevistas permitiu o agrupamento das estratégias utilizadas em três categorias, de acordo com a participação do cuidador no cuidado à saúde bucal,¹³ (Quadro 1).

Quadro 1. Organização das estratégias em categorias de acordo com a participação do cuidador nas práticas de cuidados bucais domiciliares. Florianópolis, SC, Brasil, 2014.

Categorias	Estratégias
“Ele faz tudo sozinho”	<ul style="list-style-type: none"> • Não participam dos cuidados bucais • Não avaliam se a higiene bucal está sendo feita corretamente • Preservam a autonomia do idoso
“Eu ajudo, mas ele é quem faz”	<ul style="list-style-type: none"> • Lembram o idoso de fazer a higiene bucal • Encaminham o idoso ao banheiro • Mostram os movimentos que devem ser realizados para a realização da higiene bucal por meio de imitação em frente ao espelho • Auxiliam na realização de movimentos, como colocar o creme dental na escova, retirar e recolocar as próteses removíveis • Acompanham a realização e monitoram a qualidade da higiene bucal
“Eu tenho que fazer tudo, ele não consegue mais”	<ul style="list-style-type: none"> • Escovam os dentes e as próteses removíveis com o uso de escova e creme dental • Utilizam gaze ou fralda com solução anti-séptica para passar nos dentes e mucosas

Entrevistas elaboradas pela pesquisadora para o presente estudo.

Os resultados foram apresentados em categorias de acordo com a participação do cuidador nas práticas de cuidados à saúde bucal de idosos com DA realizados no domicílio, reforçando, de acordo com a literatura, as funções do cuidador de acompanhar e auxiliar a pessoa cuidada, fazendo por ela somente aquilo que ela não consiga realizar sozinha.¹⁷ Destaca-se o fato destes cuidados serem contínuos e centralizados em uma única pessoa.¹⁸ Dentre as principais atribuições do cuidador, aparecem questões como ajudar nos cuidados de higiene da pessoa cuidada e estimular atividades ocupacionais,¹⁸ neste caso, inclui-se a higiene bucal, como parte integrante das várias ações que incluem os cuidados de saúde bucal.

Assim, quando falamos das *Estratégias no cuidado à saúde bucal de idosos com DA* vamos apresentar e discutir os achados em cada categoria, a começar por: “*Ele faz tudo sozinho*”.

Nesta categoria 11 cuidadores relataram que não participam dos cuidados bucais do idoso com DA. Nestes casos, é o idoso, sozinho, quem realiza sua higiene bucal. Dentre os 11 cuidadores, sete relataram que as práticas de cuidados bucais seriam a escovação das próteses removíveis com o uso de escova e creme dental. E os outros 4, a escovação dos dentes também com escova e creme dental. A

higiene bucal acontece após as refeições e antes de dormir, segundo relatado por seis cuidadores; Uma vez ao dia, geralmente pela manhã, segundo quatro cuidadores; e um cuidador relatou que o idoso escova seus dentes inúmeras vezes ao dia. O uso do fio dental foi relatado por apenas um cuidador, o idoso utilizava apenas em caso de desconforto por ter algo preso aos dentes. A emissão abaixo expressa o que foi o dito por uma boa parte dos cuidadores:

[...] Depois do almoço faz sua higiene bucal, escova os dentes como sempre fez, ela ainda consegue fazer essa parte sozinho... por pelo menos três vezes ao dia, de manhã, de tarde depois do almoço e de noite na hora que toma banho antes de dormir. Ela usa a escova e pasta de dentes, como sempre fez a vida toda, isso ela não mudou e não esqueceu... mas só usa o fio dental quando tem alguma coisa presa nos dentes [...] (PW).

Nesta categoria destacam-se como estratégias dos cuidadores não participar em nenhum momento da higiene bucal, não executando ou auxiliando ou recordando e nem mesmo avaliando se está sendo feito da forma correta. Isso muitas vezes acontece para evitar situações de conflito com o idoso e também com o intuito de se preservar a intimidade, independência e a autonomia do idoso.

Por outro lado, segundo relato de 5 cuidadores, não existe auxílio no momento da higiene bucal, pois o idoso não permite e não aceita ajuda, conforme podemos observar no relato a seguir:

[...] Ela termina de almoçar vai ao banheiro escovar os dentes, só que ela não tem mais nem a habilidade, nem a percepção de fazer certinho e tal, eu acho que a habilidade da movimentação para escovar ela não tem mais, e também não tem a percepção de que ela não está mais fazendo certo. Mas ela vai sozinha, vai para o banheiro e sabe o que tem que fazer, não deixa a gente ir junto, ela se fecha no banheiro. E eu deixo para evitar brigas [...] (SM).

Segundo os relatos, nestes casos, em que o idoso realiza a higiene bucal sozinho, geralmente, ele faz da mesma forma como fazia antes do diagnóstico da doença e de acordo com as orientações do cirurgião-dentista que frequentava.

[...] Ela ainda faz como sempre fez a vida toda, aprendemos juntos, nas idas ao dentista, e pelas orientações que o dentista passou de escovação e limpeza da boca. A gente não faz, deixa ela fazer como ela sempre fez, o dentista ensinou, ela sempre cuidou muito bem dos 5 filhos, cuidava dos dentes deles quando eram crianças. Penso que assim, seria a melhor maneira possível, acho que ela faz da melhor maneira possível, todos os dias [...] (RM).

A análise das entrevistas mostrou limitada a percepção quanto à necessidade cuidados específicos de saúde bucal direcionados ao idoso com DA por parte de seus cuidadores. Os cuidadores devem ser conscientizados de que existe uma necessidade contínua de cuidados bucais, mesmo nos idosos em fases iniciais da DA.

Em relação aos cuidados de saúde bucal estudos evidenciam questões relacionadas ao estado de saúde bucal de idosos com DA e a forma pela qual os cuidados de saúde bucal são administrados a estes pacientes.^{8,9,11} Apontam para questões como a perda da capacidade do idoso com DA de se alimentar sozinho, relacionando esta perda ao fato de também não conseguirem realizar sua higiene bucal.⁹ Os cuidadores devem estar atentos a esta questão, pois nestes casos em que o idoso perdeu a capacidade de se alimentar sozinho, pode se ter um

indicativo da perda de outras capacidades, como de realizar os cuidados bucais, necessitando assim que o cuidador desempenhe também esta função.

Diante do exposto é necessário que o cuidador utilize outras estratégias para favorecer a devida higiene bucal, uma das encontradas no presente estudo é a do auxílio que está apresentada na próxima categoria.

“Eu ajudo, mas ele quem faz”. Nesta categoria, sete cuidadores relataram que participam dos cuidados bucais do idoso com DA. Para essa participação, o cuidador lança mão de estratégias como: lembrar o idoso de fazer sua higiene bucal, encaminhá-lo ao banheiro e mostrar os movimentos que devem ser realizados pelo idoso para a realização da sua higiene bucal. Nestes casos, o idoso realiza sua higiene bucal e o cuidador acompanha este momento, monitorando a qualidade das ações.

[...] Nós não fazemos por ela, mas tem que lembrar sempre, ficar pedindo, vamos escovar os dentes, está na hora de escovar os dentes, daí a gente fica pedindo para ela fazer a higiene bucal e acompanhando a escovação. Ela não deixa a gente fazer a escovação [...] (RE).

Dentre os sete cuidadores, os relatos que surgiram relacionados à forma como participavam dos cuidados bucais dão ênfase às seguintes estratégias utilizadas pelos cuidadores: lembrar o idoso do momento de fazer sua higiene bucal; auxiliar o idoso na realização de movimentos como colocar o creme dental na escova, retirar e colocar as próteses removíveis; e mostrar ao idoso, por meio de imitação na frente do espelho dos passos a serem seguidos para a realização da higiene bucal.

[...] Ela escova sozinha, a gente só faz o movimento porque às vezes ela esquece. Escova os dentes também, passa a escova na boca toda. Às vezes ela cuspe e às vezes não. Acho que ela engole. Coloca a água na boca com a mão e não sabe o que faz. Daí eu fico fazendo o movimento que ela tem que fazer no espelho daí ela me imita [...] (LF).

Nesta categoria aparece a questão do cuidador participando dos cuidados bucais, não executando, mas sim auxiliando, lembrando e avaliando se está sendo realizado adequadamente. Isso acontece,

pois embora o idoso não lembre de que precise realizar sua higiene bucal, quando acompanhado e orientado ele ainda tem condições para tal atividade.

Segundo os relatos, nestes casos, em que o cuidador auxilia o idoso na realização da higiene bucal, geralmente ele faz da mesma forma como fazia antes do diagnóstico da doença e de acordo com as orientações do seu cirurgião-dentista e também por tentativa e erro, por não terem recebido orientações específicas de cuidados bucais para idosos com DA.

[...] A gente foi tentando... já que ela não tem dentes e faz tempo que não usa mais as próteses, acaba comendo mais papinha mesmo. Mas nunca recebi nenhuma orientação, ninguém explicou nada de escovação da boca depois que ela ficou doente [...] (AM).

Estudos apontam que o cuidador familiar de idosos dependentes é uma pessoa sobrecarregada do ponto de vista físico e mental, pelo acúmulo de funções e tipos de tarefas que assume, e que geralmente, ultrapassam o simples acompanhamento das atividades de vida diária.¹⁸

A tarefa de cuidar é complexa, permeada por sentimentos diversos e contraditórios e muitas vezes dada a indivíduos que não se encontram preparados para tal ação. Normalmente, essa responsabilidade é transferida como uma ação a mais para a família, que, em seu cotidiano, é obrigada a acumular mais uma função entre as que realiza.¹⁹ Segundo a literatura, estes cuidadores podem apresentar situações de crises, por exercerem funções muitas vezes cansativas, repetitivas e desgastantes.²⁰ O cuidador principal é o que apresenta maior sobrecarga porque assume maior ou total responsabilidade nos cuidados, dedicando maior parte do seu tempo em prol da assistência ao familiar doente.²¹ Este quadro pode acarretar problemas físicos, psicológicos, emocionais, sociais e financeiros, que acabam por afetar tanto o bem-estar do cuidador quanto do idoso que ele cuida. Como solução, a literatura aponta para a construção de uma rede de solidariedade entre os diferentes membros da família, amigos, vizinhos e serviços de saúde como uma estratégia salutar e desejada para auxiliar no cuidado domiciliar.²²

Para dar conta da complexidade das tarefas realizadas, os cuidadores acabam por desenvolverem algumas habilidades de cuidado, para assim facilitar suas atividades diárias, e que estão voltadas para a prevenção de acidentes e de complicações no estado de saúde do idoso, promoção de seu bem-estar físico e mental, organização do espaço físico, desenvolvimento e utilização de tecnologias de cuidado e alimentação.²³

O que também pode ser observado neste estudo, e merece destaque, é que, quando o cuidador relata lançar mão de estratégias como: lembrar o idoso de fazer sua higiene bucal, encaminhá-lo ao banheiro e até mostrar, através de imitação, os movimentos, ele relaciona estas ações como sendo os cuidados bucais. Como se o cuidado à saúde bucal estivesse exclusivamente relacionado à higiene bucal. O cuidado à saúde bucal é uma construção cotidiana que vai para além do espaço-tempo presente e que pressupõe uma visão integral do ser humano e das suas relações com outros seres, com a sociedade e com o meio ambiente. O cuidado à saúde bucal orienta as práticas que interferirão diretamente na melhoria da saúde bucal, não se restringindo apenas a hábitos e comportamentos. O cuidado à saúde bucal também deve e necessita ser componente inseparável e articulado de qualquer sistema de atenção integral à saúde do idoso.²⁴

Para o idoso com DA, é muito difícil a realização de uma higiene bucal considerada adequada e o ideal seria que os procedimentos fossem realizados pelo cuidador. Onde este passa a ser o principal fornecedor dos cuidados bucais, portanto responsável pelo planejamento desses procedimentos, inseridos num plano de cuidados bucais mais amplo, o que incluiria avaliações periódicas das condições de saúde bucal, no domicílio, bem como verificação da necessidade da consulta odontológica e viabilização para acesso ao cirurgião-dentista.¹⁰

Por outro lado, com o avanço da DA o cuidador passa a ser o principal provedor deste cuidado à saúde bucal, o que muitas vezes representa mais uma preocupação e motivo de estresse, pois não se trata de uma tarefa fácil de ser realizada. A categoria a seguir retrata um pouco dessa realidade

e do esforço dos cuidadores para tentar manter uma higiene bucal adequada no idoso dementado.

“Eu tenho que fazer tudo, ele não consegue mais”. Nesta categoria 12 cuidadores relataram que fazem os cuidados bucais, já que o idoso não consegue mais realizar sua higiene bucal sozinho. Dentre os 12 cuidadores, oito relataram que as práticas de cuidados bucais realizadas por eles seriam a escovação dos dentes e das próteses removíveis com o uso de escova e creme dental. E os outros quatro relataram que a higiene bucal era feita com o uso de gaze ou fralda e alguma solução antisséptica que era passada nos dentes e gengivas, geralmente uma ou duas vezes ao dia.

[...] Ele não é capaz de fazer a higiene bucal. É um bebê. Ele não gosta que passe o fio dental, mas de vez em quando eu passo. Ele faz bochecho, mas às vezes engole, daí quando ele vai cuspir é no chão, ou bem em cima da torneira, eu digo, “aqui, aqui dentro da pia”, erra bastante, não acerta, eu sempre estou junto. Daí como ele engole às vezes, eu ponho bem pouquinho líquido. E quando eu noto que ele está engolindo muito seguido daí coloco só água mesmo [...] (MD).

Nesta categoria, os cuidadores relataram terem dificuldades para a realização da higiene bucal, em virtude da não cooperação do idoso, que morde, tranca seus dentes ou simplesmente não permite a realização da higiene bucal.

[...] Hoje temos muita dificuldade de escovar os dentes dele, a gente que às vezes pega uma gaze enrolada no dedo e passa com anti-séptico. Uma das cuidadoras que me ajuda não faz a higiene bucal porque ele morden duas vezes, a outra faz com gaze enrolada na escova de dentes [...] (ZA).

Nesta categoria aparece a questão do cuidador executando os cuidados bucais, sem a participação do idoso. Isso acontece, pois o idoso não tem mais condições de fazer sua higiene bucal, não lembra que é preciso ser feita, nem de como deve ser feita.

Segundo os relatos, nestes casos, em que o cuidador realiza a higiene bucal, geralmente por tentativa e erro, experimentando o que dá certo por não terem recebido orientações específicas

de cuidados bucais para idosos com DA, ou de acordo com as orientações do cirurgião-dentista, ou orientações recebidas no âmbito hospitalar, em algum momento que o idoso tenha estado internado.

Como pode ser observado, várias podem ser as estratégias de cuidado utilizadas pelo cuidador, pois o seu trabalho vai além da vontade de querer cuidar do seu familiar, dada à complexidade que o cuidado exige. Envolve conhecimento, desenvolvimento de habilidades, iniciativas para a prevenção e tratamento de doenças e promoção e recuperação da saúde do idoso.²² Fatores relacionados à má saúde bucal, como a cárie dentária, doenças periodontais, juntamente aos medicamentos indutores de xerostomia, a redução da coordenação motora fina e o declínio cognitivo, além de levar a um aumento na morbidade e mortalidade, também causa impacto na qualidade de vida do idoso com DA.²⁵

Embora os dados obtidos através das falas das entrevistas tivessem o foco de acessar as estratégias de cuidados bucais realizadas por este grupo de cuidadores, com a metodologia utilizada, obteve-se também dados que trazem informações a respeito da percepção dos cuidadores sobre o que eles realizam de cuidado. Esta informação é relevante para os cuidados em saúde de pacientes com DA, inclusive para a saúde bucal nessas realidades abordadas.

O ato de cuidar no domicílio envolve diversas atividades que devem ser planejadas juntamente com os profissionais de saúde. Destaca-se o papel do cirurgião dentista, nessa parceria com o cuidador para possibilitar a sistematização dos cuidados bucais a serem realizadas neste contexto, privilegiando-se aqueles relacionados à promoção da saúde, à prevenção das enfermidades bucais e a manutenção da saúde bucal.

É importante também ressaltar a necessidade de cirurgiões-dentistas mais bem preparados para a abordagem e atendimento de idosos com DA e seus cuidadores, tanto no âmbito dos serviços privados quanto nos públicos, e que venham fortalecer o cuidado do idoso dependente no domicílio. Faz-se necessária a assistência e orientações aos idosos e cuidadores também no âmbito domiciliar.

CONCLUSÃO

Guardados os limites deste estudo, cujos dados foram obtidos através de amostra intencional, o que impede sua generalização, seus resultados fornecem subsídios úteis ao campo prático. Em síntese, o presente estudo possibilitou identificar as estratégias utilizadas no cuidado à saúde bucal de idosos com Doença de Alzheimer no domicílio. As estratégias identificadas foram agrupadas em categorias estruturadas em função da participação do cuidador, que está relacionada ao grau de dependência do idoso com DA.

A contribuição dos resultados tem implicações de ordem prática, sobretudo para a atuação da odontologia domiciliar, evidenciando a necessidade de existirem protocolos específicos relacionados aos cuidados de saúde bucal, realizados neste contexto. Estes protocolos podem ser desenvolvidos para não só facilitar o dia a dia do cuidador, surgindo como aliados para superação as dificuldades diárias vivenciadas junto ao idoso com DA, mas para implementar ações de cuidado cientificamente embasadas que

repercutam na manutenção de boas condições de saúde bucal para os idosos com DA.

As estratégias de cuidado à saúde bucal identificadas servem como norte e também podem auxiliar na consolidação da prática profissional do cuidado domiciliar na Atenção Primária de Saúde. Onde os profissionais que se encontram mais perto da população e, portanto, poderiam vir a contribuir mais diretamente nesse cuidado através de consultas no Centro de Saúde e no domicílio; orientação aos cuidadores em grupo e/ou individualmente; conhecendo assim a realidade de cada família e pensar juntos as estratégias mais adequadas para o cuidado específico de cada idoso com DA.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pelo financiamento através de bolsa de doutorado; e à Associação Brasileira de Alzheimer Regional Santa Catarina (ABRAz – SC) situada na cidade de Florianópolis, estado de Santa Catarina (Brasil).

REFERÊNCIAS

1. Prince M, Albanese E, Guerchet M, Prina M. World Alzheimer Report 2014. Dementia and risk reduction: an analysis of protective and modifiable factors [Internet]. London: Alzheimer's Disease International; 2014 [acesso em 04 /10/2014]. Disponível em: <http://www.alz.co.uk/research/WorldAlzheimerReport2014.pdf>
2. Balthazar MLF, Damasceno BP, Cendes F. Demências. *RBM Rev Bras Med* 2011;68(6):183-93.
3. Ribeiro GR, Costa JLR, Ambrosano GMB, Garcia RCMR. Oral health of the elderly with Alzheimer's disease. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol* 2012;114(3):338-43.
4. Mancini M, Grappasonni I, Scuri S, Amenta F. Oral health in Alzheimer's disease: a review. *Curr Alzheimer Res* 2010;7(4):368-73.
5. Martande SS, Pradeep AR, Singh SP, Kumari M, Suke DK, Raju AP, et al. Periodontal health condition in patients with Alzheimer's disease. *Oral health in Alzheimer's disease: a review. Am J Alzheimers Dis Other Demen* 2014;29(6):498-502.
6. Ferreira RC, Vargas AMD, Fernandes NCN, Souza JGS, Sá MAB, Oliveira LFB, et al. O idoso com comprometimento cognitivo apresenta pior condição de saúde bucal? *Ciênc Saúde Coletiva* 2014;19(8):3417-28.
7. Ellefsen BS, Morse DE, Waldemar G, Holm-Pedersen P. Indicators for root caries in danish persons with recently diagnosed Alzheimer's disease. *Gerodontology* 2012;29(3):194-203.
8. Luo J, Wu B, Zhao Q, Guo Q, Meng H, Yu L, et al. Association between tooth loss and cognitive function among 3063 chinese older adults: a community-based study. *PLoS ONE* 2015;10(3):1-11.

9. Arai K, Sumi Y, Uematsu H, Miura H. Association between dental health behaviours, mental/physical function and self-feeding ability among the elderly: a cross-sectional survey. *Gerodontology* 2003;20(2):78-83.
10. Sumi Y, Ozawa N, Michiwaki Y, Washimi Y, Toba K. Oral conditions and oral management approaches in mild dementia patients. *Nihon Ronen Igakkai Zasshi* 2012;49(1):90-8.
11. Chen X, Clark JJ, Chen H, Naorungroj S. Cognitive impairment, oral self-care function and dental caries severity in community-dwelling older adults. *Gerodontology* 2015;32(1):53-61.
12. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2011.
13. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Guia prático do cuidador. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2008.
14. Vieira CPB, Fialho AVM, Freitas CHA, Jorge MSB. Práticas do cuidador informal do idoso no domicílio. *Rev Bras Enferm* 2011;64(3):570-9.
15. Bauab JP, Emmel MLG. Mudanças no cotidiano de cuidadores de idosos em processo demencial. *Rev Bras Geriatr Gerontol* 2014;17(2):339-52.
16. Gonçalves LHT, Nassar SM, Daussy MFS, Santos SMA, Alvarez AM. O convívio familiar do idoso na quarta idade e seu cuidador. *Ciênc Cuid Saúde* 2011;10(4):746-54.
17. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Guia prático do cuidador. 2ª ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2009.
18. Vieira L, Nobre JRS, Bastos CCBC, Tavares KO. Cuidar de um familiar idoso dependente no domicílio: reflexões para os profissionais da saúde. *Rev Bras Geriatr Gerontol* 2012;15(2):255-264.
19. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Domiciliar. Vol. 1. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2012.
20. Almeida LGRS, Jardim MG, Franco ECD. O cuidar do idoso com Alzheimer: sentimentos e experiências vivenciados por seus cuidadores. *Rev Enferm UFSM* 2014;4(2):303-12.
21. Borghi AC, Castro VC, Marcon SS, Carreira L. Sobrecarga de familiares cuidadores de idosos com doença de Alzheimer: um estudo comparativo. *Rev Latinoam Enferm* 2013;4(7):1-7.
22. Brondani CM, Beuter M, Alvim NAT, Szareski C, Rocha LS. Cuidadores e estratégias no cuidado ao doente na internação domiciliar. *Texto & Contexto Enferm* 2010;19(3):504-10.
23. Floriano LA, Azevedo RCS, Reiners AAO, Sudré MRS. Cuidado realizado pelo cuidador familiar ao idoso dependente, em domicílio, no contexto da estratégia de Saúde da Família. *Texto & Contexto Enferm* 2012;21(3):543-8.
24. Mello ALSF, Erdmann AL. Revelando contradições e incorporando melhores práticas no cuidado à saúde bucal de idosos. *Physis (Rio J.)* 2007;17(1):139-56.
25. Foltyn P. Ageing, dementia and oral health. *Aust Dent J* 2015;60(1):86-94.

Recebido: 15/02/2016

Revisado: 27/07/2016

Aprovado: 29/08/2016

Exercício da sexualidade em pessoas idosas e os fatores relacionados

The exercise of sexuality among the elderly and associated factors

Danielle Lopes de Alencar¹
Ana Paula de Oliveira Marques²
Márcia Carrera Campos Leal²
Júlia de Cássia Miguel Vieira¹

ARTIGOS ORIGINAIS / ORIGINAL ARTICLES

Resumo

Objetivo: Analisar os fatores que interferem no exercício da sexualidade de pessoas idosas. **Método:** Estudo transversal com 235 idosos inscritos na Universidade Aberta à Terceira Idade da Universidade Federal de Pernambuco. A variável dependente, exercício da sexualidade, foi investigada nos aspectos: concepção sobre sexualidade, pensamento acerca do sexo, o que faz quando tem desejo por sexo, atividade sexual e autoerotização. As variáveis independentes incluídas foram: dados sociodemográficos, condição de saúde e autopercepção da imagem corporal. Na análise estatística utilizou-se a correlação bivariada pelo coeficiente de Kendall e Spearman posteriormente. Na regressão linear generalizado, foram incluídas todas as variáveis que obtiveram $p \leq 0,20$ na análise bivariada, sendo considerado o valor de $p \leq 0,05$ como rejeição da hipótese nula do estudo. **Resultado:** A concepção sobre sexualidade teve maior relação com a genitalidade (67,2%), 51,5% referiram pensar em sexo, embora 71,1% disseram ser indiferentes ao desejo sexual; 32,3% afirmam ter atividade sexual; e 23% autoerotização. As variáveis: faixa etária, anos de estudo, religião, prática de exercício físico e insatisfação com a imagem corporal tiveram significância na correlação bivariada. O desejo por sexo e atividade sexual apresentaram menores chances de estarem presentes para os idosos que praticavam exercício físico. **Conclusão:** A sexualidade da pessoa idosa se alicerça em diversos fatores que podem interferir em sua vivência e devem ser considerados nas estratégias educativas realizadas pelo profissional de saúde que agem na promoção de ações para a saúde sexual dos mais velhos.

Palavras-chave:

Envelhecimento. Sexualidade.
Educação em Saúde.

Abstract

Objective: To analyze factors that interfere with the exercise of sexuality among the elderly. **Methods:** A cross-sectional study of 235 elderly persons enrolled at the Open University of the Third Age of the Federal University of Pernambuco was carried out. The dependent variable was the exercise of sexuality, which was investigated in terms of perception of sexuality, thinking about sex, what the elderly person does when he or

Keywords: Aging. Sexuality.
Health Education.

¹ Universidade Federal de Pernambuco. Departamento de Enfermagem. Recife, Pernambuco, Brasil.

² Universidade Federal de Pernambuco, Departamento de Medicina Social. Recife, Pernambuco, Brasil.

she has the desire for sex, sexual activity and auto-eroticism. The independent variables were sociodemographic data, health status and self-perception of body image. Statistical analysis involved bivariate correlation by the Kendall and Spearman coefficients. All variables with $p \leq 0.20$ in bivariate analysis were included in the generalized linear regression, with $p = 0.05$ considered for the rejection of the null hypothesis. *Result:* The conception of sexuality was most closely related to genitality (67.2%), 51.5% of the sample reported thinking about sex, while 71.1% of the elderly persons said they were indifferent to sexual desire; 32.3% claimed to be sexually active; and 23% auto-eroticized. The variables age, years of education, religion, physical exercise and dissatisfaction with body image were significant in bivariate correlation analysis. The desire for sex and sexual activity were less likely to be present among elderly persons who performed exercise. *Conclusion:* The sexuality of the elderly is based on several factors that may interfere with their experience and should be considered in educational strategies employed by health professionals who promote actions for the sexual health of the elderly.

INTRODUÇÃO

Muitas vezes a velhice é marcada de estereótipos negativos, estando relacionados ao declínio e às perdas funcionais, faz-se necessário que o profissional de saúde visualize o idoso em todos os seus aspectos, dentre eles a sua sexualidade. Esta se traduz no contexto que vai além do ato sexual e se expressa de diversas maneiras. As carícias e o toque desempenham papel fundamental no exercício da sexualidade.¹

A vivência da sexualidade entre idosos é uma continuação do processo iniciado na infância, fazendo parte de uma dimensão inerente à pessoa, da qual está presente em todos os atos de sua vida, estando determinado, de um modo particular e individual de ser, de se manifestar, se comunicar, sentir e se expressar.²

Na perspectiva de que a sexualidade é uma continuação da existência do indivíduo e mesmo que haja diminuição da prática sexual ou mesmo que os idosos internalizem os estereótipos negativos quanto a sua sexualidade, a temática em questão deve ser abordada nos contextos dos serviços de saúde, utilizando-se da educação em saúde como intermédio para construção de novos conceitos sobre a sexualidade dos mais velhos. Desta forma, o objetivo do estudo foi analisar os fatores que interferem no exercício da sexualidade de pessoas idosas.

MÉTODO

Trata-se de estudo analítico, de corte transversal, com abordagem quantitativa, realizado na Universidade Aberta à Terceira Idade - UnATI da Universidade Federal de Pernambuco-UFPE e que faz parte de um recorte de dissertação.-

Para cálculo da amostra, foi considerado erro amostral de 0.05%, prevalência de idosos sexualmente ativos de 0.5%, dado este retirado do estudo piloto e nível de confiança de 95%. Utilizou-se como população o quantitativo de idosos inscritos ($n=605$) nos cursos ofertados pela UnATI no 1º semestre de 2012, obtendo-se amostra de 224 mulheres e 11 homens. Nota-se predominância das mulheres, sendo as que mais desenvolvem atividades nos diversos cursos ofertados, levando disparidade na amostra do estudo onde apenas 4.7% são homens, por este motivo o plano amostral foi estratificado por sexo no intuito de qualificar a avaliação dos resultados.

Foram elegíveis para o estudo todos os idosos inscritos nos cursos ofertados no período considerado para investigação, sendo excluídos aqueles que apresentaram comprometimento de comunicação e/ou cognição que interferisse na coleta de dados durante a realização das entrevistas.

O exercício da sexualidade foi investigado sob os seguintes aspectos: concepção sobre sexualidade:

questão aberta, posteriormente agrupada em seis categorias: sexualidade não é só sexo (n=10); envolve sentimentos e carícias entre casal (n=7); faz parte da vida, promove felicidade para o idoso/casal (n=31); sexualidade é ter sexo (n=138); prazer/desejo do ato sexual (n=10); necessidade do corpo (n=10). Para fins de análise estatística, as categorias encontradas foram organizadas em dois blocos: percepção da sexualidade sob uma concepção holística e baseada na genitalidade.

Na visão holística, a sexualidade é entendida na expressão e vivência do *ser mulher* e do *ser homem*, não apenas pelo ato sexual, marcada pelo amor, carinho e pela doação com valorização de sentimentos, como companheirismo, cumplicidade, abraço, carícias e beijos. A sexualidade faz parte da vida do ser humano, estando presente em todas as fases de desenvolvimento, desde o nascimento até a morte.³⁻⁷

Na visão baseada na genitalidade, a sexualidade está relacionada ao ato sexual, reduzida ao órgão genital, ao coito. Quando o significado da sexualidade infere apenas em ter relação sexual, implica na concepção de que o idoso ao deixar de ter relação sexual, torna-se assexuado.^{6, 8, 9}

As variáveis independentes foram representadas por dados sociodemográficos (sexo, idade, situação conjugal, escolaridade e religião), condições de saúde (autopercepção de saúde), morbidades com diagnóstico médico, prática de exercício físico e imagem corporal autopercebida. Essa última avaliada por meio do questionário de Silhueta Stunkard, Sorensen e Sunkard.¹⁰

Os dados foram coletados entre maio e junho de 2012, quando os idosos foram recrutados na UnATI pela pesquisadora que os informava sobre o estudo e seus objetivos conforme interesse dos idosos. A entrevista ocorria em sala individual, favorecendo privacidade entre o pesquisador e o pesquisado, participaram da realização da coleta quatro alunas de graduação, previamente treinadas. Para ajustes de possíveis inconsistências no protocolo utilizado para coleta dos dados, foi realizado estudo piloto, ocorrendo reformulação de três questões. Elegeu-se como técnica de coleta a entrevista, com aplicação de instrumento semiestruturado.

Ao final da coleta, foi construído banco de dados, utilizando-se o Programa *EpiInfo 3.5.2*, com digitação dos dados em dupla entrada, sendo o mesmo transferido para o programa R versão 2.15.0 para análise estatística. Na análise bivariada, foi utilizado o coeficiente de Spearman e Kendall.

Na regressão linear generalizado, foram incluídas todas as variáveis que obtiveram $p \leq 0,20$ na análise bivariada, em que cada um dos parâmetros estimados realizou-se o teste *t* de Student para verificar sua significância, adotando-se o valor de $p \leq 0,05$ para rejeição da hipótese nula do estudo.

No intuito de responder aos preceitos éticos presentes na Resolução nº 196/96, o estudo foi submetido ao Comitê de Ética da UFPE com aprovação CAAE nº 01651112.5.0000.5208. Os participantes foram esclarecidos sobre os objetivos do estudo, bem como os riscos e benefícios. Ao final das entrevistas, os idosos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e, posteriormente, receberam um folder de caráter educativo sobre o tema da sexualidade.

RESULTADOS

Dos 235 idosos entrevistados, 95,3% eram do sexo feminino. A faixa etária dos 60 a 69 anos teve prevalência de 54% dos idosos, quanto ao estado conjugal, 36,6% eram solteiros, seguidos dos casados 34%. O nível de escolaridade de nove anos ou mais de estudos correspondeu a 64,7%, cabendo destacar que 3,8% não tinham escolaridade, dos quais todos eram do sexo feminino; 97% referiram ter religião, destes, 66,4% eram católicos, 16% evangélicos, seguidos de 13,6% espíritas e 0,9% de outras crenças religiosas.

Quanto à autopercepção de saúde, 42,1% referiram como *boa* e 41,3% *regular*, a hipertensão arterial sistêmica (61,3%) e o diabetes (14,9%) foram as morbidades mais citadas. A prática de exercício físico, considerada com frequência de no mínimo três vezes por semana e duração mínima de trinta minutos, correspondeu a 64,7%, sendo a caminhada a mais relatada. Sobre a imagem corporal, 53,6% se consideram insatisfeitas devido à gordura corporal e 6,8% devido à magreza.

Tabela 1. Caracterização dos idosos entrevistados segundo variáveis sociodemográficas, condições de saúde e escala de autoimagem. Recife, PE, 2012.

Variável	n (%)	Mulheres (%)	Homens (%)
Amostra	235(100)	224(95,31)	11(4,69)
Faixa Etária (anos)			
60 a 69	127(54,0)	119(53,1)	6(54,5)
70 a 79	87(37,0)	83(37,1)	4(36,4)
80 ou mais	21(9,0)	20(8,9)	1(9,1)
Estado Conjugal			
Casado (a)	80(34,0)	73(32,6)	7(63,6)
Viúvo (a)	29(12,3)	29(12,9)	0(0,0)
Solteiro (a)	86(36,6)	86(38,4)	0(0,0)
Separado (a)	40(17,0)	36(16,1)	4(36,4)
Estudo (anos)			
Nenhum	9(3,8)	9(4,0)	0(0,0)
1 a 4	19(8,1)	18(8,0)	1(9,1)
5 a 8 anos	55(23,4)	52(23,2)	3(27,3)
≥ 9 anos	152(64,7)	145(64,7)	7(63,6)
Religião			
Sim	228(97,0)	220(98,2)	8(72,7)
Não	7(3,0)	4(1,8)	3(27,3)
Autopercepção de saúde			
Excelente	27(11,5)	26(11,6)	1(9,1)
Boa	99(42,1)	92(41,1)	7(63,6)
Regular	97(41,3)	94(42,0)	3(27,3)
Ruim	12(5,1)	12(5,4)	0(0,0)
Prática de Exercício físico			
Sim	152(64,7)	143(63,8)	9(81,8)
Não	83(35,3)	81(36,2)	2(18,2)
Satisfação com a imagem corporal			
Satisfeito	97(41,3)	91(40,6)	6(54,5)
Insatisfeito com o excesso de peso	122(51,9)	120(53,6)	2(18,2)
Insatisfeito com a magreza	16(6,8)	13(5,8)	3(27,3)

A concepção sobre sexualidade (67,2%) foi significativa quanto ao aspecto da genitalidade. Da totalidade, 51,5% referiram pensar espontaneamente em sexo, embora no aspecto do desejo sexual, 71,1% relataram indiferença, 20% procuravam ter relação sexual com seu parceiro, 6,8% realizavam autoerotização e 2,1% não responderam. A atividade sexual esteve presente em 32,3% dos entrevistados e a autoerotização em 23%.

Foram consideradas na correlação bivariada as variáveis investigadas que cruzaram com as variáveis do exercício da sexualidade e que tiveram significância através da correlação de Spearman e Kendall (Tabela 3). Essas foram analisadas posteriormente no modelo de regressão múltipla, em que somente foram consideradas as com $p \leq 0,05$.

Tabela 2. Exercício da sexualidade referido pelos idosos, quanto à concepção sobre sexualidade, pensamento sobre sexo, o que faz quando tem desejo, prática sexual e autoerotização. Recife, PE, 2012.

Variável	n (%)	Mulheres (%)	Homens (%)
Amostra	235(100)	224(95,31)	11(4,69)
Concepção sobre sexualidade			
Holística	48 (20,4)	45 (20,1)	3 (27,3)
Genitalidade	158 (67,2)	150 (67,0)	8 (72,7)
Não respondeu	29 (12,3)	29 (12,9)	0 (0,0)
Pensamento sobre sexo			
Sim	121 (51,5)	114 (50,9)	7 (63,6)
Não	114 (48,5)	110 (49,1)	4 (36,4)
O que faz quando tem desejo?			
Indiferente	167 (71,1)	158 (70,5)	9 (81,8)
Procura ter relação sexual	47 (20,0)	45 (20,1)	2 (18,2)
Autoerotização	16 (6,8)	16 (7,1)	0 (0,0)
Não respondeu	5 (2,1)	5 (2,2)	0 (0,0)
Prática sexual			
Sim	76 (32,3)	73 (32,6)	3 (27,3)
Não	159 (67,7)	151 (68,4)	8 (72,7)
Autoerotização			
Sim	54 (23,0)	54 (24,1)	4 (36,4)
Não	177 (75,3)	170 (75,9)	7 (63,6)

Tabela 3. Correlação binária da variável exercício da sexualidade com as variáveis independentes. Recife, PE, 2012.

Variáveis independentes	Variável dependente	Correlação
Faixa Etária	Concepção sobre sexualidade	$p < 0,05^b$
Anos de Estudo	Concepção sobre sexualidade	$p < 0,02^a$
-	Pensamento sobre sexo	$p < 0,09^b$
Religiao	Prática Sexual	$p < 0,15^b$
Prática de Exercícios Físicos	Pensamento sobre sexo	$p < 0,04^b$
-	Prática Sexual	$p < 0,03^b$
Insatisfação com a imagem corporal		
-	Pensamento sobre sexo	$p < 0,10^b$

a: correlação de Kendall; b: correlação de Spearman

Na regressão linear generalizada, utilizou-se a função de ligação logit em todas as análises significantes da bivariada dos parâmetros do exercício da sexualidade com as variáveis independentes. A concepção sobre sexualidade teve significância estatística com anos de estudo ($p=0,012$), indicando que os idosos que tinham nove anos ou mais de estudo apresentavam maior probabilidade (85,08%) de compreender a concepção sobre a sexualidade de forma holística.

Na análise do pensamento sobre sexo e atividade sexual, a significância estatística esteve relacionada com os idosos que realizavam exercício físico. O parâmetro estimado indica que a probabilidade do idoso pensar em sexo e ter atividade sexual é menor (55,11% e 63,98%, respectivamente) nos idosos que praticavam exercício físico. Não foi observada significância estatística no que diz respeito à autoerotização.

Tabela 4. Regressão linear generalizada da variável exercício da sexualidade com as variáveis significantes da correlação binária. Recife, PE, 2012.

Variáveis independentes	Variável dependente	Parâmetro	p valor
Anos de Estudo	Concepção sobre sexualidade	0,8545	0,012
Prática de Exercícios Físicos	Pensamento sobre sexo	-0,5511	0,048
	Prática Sexual	-0,6398	0,027

DISCUSSÃO

A sexualidade na velhice, ainda, é permeada por tabus que a descrevem como algo vergonhoso de ser dialogado, ainda pouco discutida em espaços de serviços de saúde e ambientes sociais. Os entrevistados se dispuseram a responder às entrevistas, embora alguns tenham se negado a

participar, pois se consideravam inelegíveis por não terem mais prática sexual. No entanto, qualquer pessoa independente de ter relação sexual ou não, ainda possui sua sexualidade.

Para compreender a sexualidade dos idosos é necessário considerar que fatores como cultura, religião e educação são influentes no

comportamento sexual dos mais velhos e que determinam como será vivenciado durante essa fase da vida.⁶ A sexualidade na fase do envelhecimento não deve ser visualizada como incompatível, pois está presente em todos os estágios do desenvolvimento humano, mesmo que no idoso a atividade sexual possa diminuir ou estar ausente.¹¹

O exercício da sexualidade na fase do envelhecimento precisa ser compreendido como experiência positiva tanto na ótica do profissional de saúde quanto pelo idoso, desde que o mesmo deseje. No processo de trabalho, seja nas campanhas, ações educativas ou consultas de rotina, a temática precisa ser incorporada e presente na saúde do idoso.¹²

De forma geral, os idosos investigados neste estudo se sentem insatisfeitos com a imagem corporal em relação ao excesso de peso, principalmente o sexo feminino. A variável *imagem corporal* teve significância na correlação binária do estudo, tendo a *satisfação corporal* relação com a *prática do sexo*. A insatisfação pode estar relacionada às modificações decorrentes do envelhecimento, sendo a circunferência de cintura a medida mais relacionada a essa percepção.¹³

Embora a prática sexual faça parte da expressão da sexualidade, a concepção dos idosos ainda está alicerçada nos moldes da genitalidade, não sendo a sua única forma. Apenas 20,4% relataram que a sexualidade envolve mais do que o sexo, estando aliada ao bem-estar, carinho, companheirismo e à relação consigo e com os outros.

Existe, ainda, por parte dos idosos o significado da sexualidade como prática sexual, negando as demais demonstrações, como erotismo, afetividade e prazer.¹⁴ Logo, o conhecimento sobre vivência da sexualidade em sua plenitude é necessário à atuação profissional na educação sexual dos mais velhos através de estratégias educativas que permitam, por meio da dialogicidade, discussões sobre a temática em questão.

Utilizando o questionário quociente sexual – versão feminina com 38 idosas, Polizer e Alves¹⁵

observaram que o interesse pelo sexo e o desejo sexual ainda continuam nessa faixa etária 29% e 34,2% das entrevistadas relataram o desempenho e satisfação sexual como *bom a excelente* e *regular a bom*, respectivamente. Neste estudo, ainda que 67,7% dos entrevistados não tivessem atividade sexual, o pensamento sobre sexo esteve presente em 51,5%, mostrando que mesmo na fase do envelhecimento a presença ou não de um parceiro não impede que o desejo sexual aconteça.

Embora a prática sexual não tenha sido citada pela maioria dos idosos, é importante que o profissional de saúde tenha a percepção da continuidade das relações sexuais nessa fase e possa discutir medidas preventivas no tocante às doenças sexualmente transmissíveis, visto que ao considerar o sexo apenas para os mais jovens, permite-se uma maior vulnerabilidade da população idosa para esses agravos de saúde.

Reconhecer que o sexo continua na fase de envelhecimento implica considerar que os idosos também estão expostos às doenças relacionadas ao sexo desprotegido. No estudo de Bezerra et al.,¹⁶ os próprios idosos não se reconhecem nesse cenário de vulnerabilidade, o que traz grande necessidade de políticas públicas que atendam a essa demanda dos mais velhos e não apenas ao tratamento das doenças crônicas, como hipertensão e diabetes.

Muitas vezes, a regularidade da relação sexual está relacionada à presença de um parceiro fixo,¹⁷ corroborando o estudo de Ferreira et al.,¹⁸ os idosos investigados afirmaram que o sexo com o companheiro(a) era por obrigação, ou somente era realizado para satisfação do outro ou até mesmo não tinha motivo para praticar. As decepções e mágoas vivenciadas na vida do casal foram descritas também como fatores que interferiram nas práticas sexuais, afirmativa em maior número encontrada nas mulheres.⁸

Lindau et al.¹⁹ referem que a prevalência da atividade sexual diminui com a idade, e as mulheres são menos prováveis de terem relação sexual do que os homens em todas as idades, os que mantinham prática sexual indicaram pelo menos

um problema que interferia no sexo. As mulheres apontam o ressecamento vaginal e a diminuição do desejo sexual, enquanto os homens mencionam dificuldade na ereção como fatores que interferem na atividade sexual dos mesmos. O interesse pela continuidade do sexo é apontado por idosas, em que consideram um dos aspectos para satisfação da vida,²⁰ sendo necessário que o profissional de saúde inclua em sua atividade clínica questões que envolvam a sexualidade dos mais velhos.

Não houve achado de evidências científicas que discutam a relação da prática do exercício físico e a diminuição do pensamento sobre sexo ou atividade sexual. Embora na análise final, a relação concepção holística sobre sexualidade tenha sido significativa nos idosos que tinham nove anos ou mais de estudo, os idosos que praticavam exercício físico apresentaram probabilidades menores de pensar sobre sexo e ter atividade sexual, as correlações bivariadas devem ser consideradas, inferindo-se que outros fatores podem influenciar na vivência da sexualidade da pessoa idosa.

REFERÊNCIAS

1. Marques ADB, Silva RP, Sousa SS, Santana RS, Deus SRM, Amorim RF. A vivência da sexualidade de idosos em um centro de convivência. *Rev Enferm Cent. -Oeste Min* 2015;5(3):1768-83.
2. Trindade WR, Ferreira MA. Sexualidade feminina: questões do cotidiano das mulheres. *Texto & contexto Enferm* 2008;17(3):417-26.
3. Coelho DNP, Dailer DV, Santana RF, Santo FHE. Percepção de mulheres idosas sobre sexualidade: implicações de gênero e no cuidado de enfermagem. *Rev RENE* 2010;11(4):163-73.
4. Bastos CC, Closs VE, Pereira AMVB, Batista C, Idalêncio FA, Carli GA, et al. Importância atribuída ao sexo por idosos do município de Porto Alegre e associação com a autopercepção de saúde e o sentimento de felicidade. *Rev Bras Geriatr Gerontol* 2012;15(1):87-95.
5. Netto MP. O estudo da velhice: histórico, definição do campo e termos básicos. In: Freitas EV, Py L, editores. *Tratado de geriatria e gerontologia*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011. p. 2-12.
6. Grandim CVC, Sousa AMM, Lobo JM. A prática sexual e o envelhecimento. *Cogitare Enferm* 2007;12(2):204-13.
7. Vasconcellos D, Novo RF, Castro OP, Vion-Dury K, Ruschel A, Giami PCA. A sexualidade no processo do envelhecimento novas perspectivas – comparação transcultural. *Estud Psicol (Campinas)* 2004;9(3):413-19.
8. Vieira KFL, Coutinho MPL, Saraiva ERA. A sexualidade na velhice: representações sociais de idosos frequentadores de um grupo de convivência. *Psicol Ciênc Prof* 2016;36(1):196-209.
9. Linhares FMP, Pottes AF, Araújo EC, Menezes EP, Siqueira KA. Percepção de idosos sobre o exercício da sexualidade atendidos no Núcleo de Atenção ao Idoso em Recife, Brasil. *Rev Enferm Herediana* 2008;1(2):93-103.
10. Chaim J, Izzo H, Sera CTN. Cuidar em saúde: satisfação com imagem corporal e autoestima de idosos. *Mundo Saúde* 2009;33(2):175-81.

CONCLUSÃO

Estudos sobre sexualidade no envelhecimento são de suma importância na área da Gerontologia e Geriatria, posto que permitem abrir novos espaços na prática clínica dos profissionais de saúde, sendo, pois, necessário ser discutida junto aos idosos sobre sua saúde, considerando-se que a sexualidade faz parte da promoção do bem-estar e qualidade de vida dos mais velhos.

Novos estudos que abordem a temática da sexualidade na velhice devem ser considerados com vistas a promover a saúde dos idosos de forma menos biologicista e mais holística, onde o ser humano deve ser visualizado em sua totalidade e não ser reduzido a doenças crônicas, as quais está mais vulnerável com o avançar dos anos.

Conclui-se neste artigo que diversos fatores interferem no exercício da sexualidade do idoso, sejam sociais, culturais e fisiológicos, os quais devem ser considerados na promoção da educação sexual dos mais velhos, tendo como uma das estratégias, a educação em saúde.

11. Almeida T, Lourenço ML. Envelhecimento, amor e sexualidade: utopia ou realidade. *Rev Bras Geriatr Gerontol* 2007;10(1):101-13.
12. Silva MM, Vasconcelos ALR, Ribeiro LKNP. Caracterização epidemiológica dos casos de AIDS em pessoas com 60 anos ou mais, Pernambuco, Brasil, 1998 a 2008. *Cad Saúde Pública* 2013;29(10):2131-35.
13. Pereira EF, Teixeira CS, Borgatto AF, Daronco LSE. Relação entre diferentes indicadores antropométricos e a percepção da imagem corporal em idosas ativas. *Rev Psiquiatr Clín (São Paulo)* 2009;36(2):54-9.
14. Oliveira AMM, Lopes MEL, Evangelista CB, Oliveira AEC, Gouvêia EML, Duarte MCS. Representações sociais e envelhecimento: uma revisão integrativa de literatura. *Rev Bras Ciênc Saúde* 2012;13(3):427-34.
15. Polizer AA, Alves TMB. Perfil da satisfação e função sexual de mulheres idosas. *Fisioter Mov* 2009;22(2):151-8.
16. Bezerra VP, Serra MAP, Cabral IPP, Moreira MASP, Almeida SA, Patrício ACFA. Práticas preventivas de idosos e a vulnerabilidade ao HIV. *Rev Gaúch Enferm* 2015;36(4):70-6.
17. Fernandes MGM, Garcia LG. O corpo envelhecido: percepção e vivência de mulheres idosas. *Interface Comun Saúde Educ* 2010;14(35):879-90.
18. Ferreira KS, Silva MG, Cherem TMDA, Araújo CLO. Percepção dos idosos perante o sexo na idade avançada. *Geriatr Gerontol* 2009;3(4):182-88.
19. Lindau ST, Schumm LP, Laumann EO, Levinson W, O'Muircheartaigh CA, Waite LJ. A study of sexuality and health among older adults in the United States. *N Engl J Med* 2007;357(8):762-74.
20. Woloski-Wruble AC, Oriel Y, Leefsma M, Hochner-Celnikier D. Sexual activities, sexual and life satisfaction, and successful aging in women. *J Sex Med* 2010;7(7):2401-10.

Recebido: 23/02/2016

Revisado: 06/09/2016

Aprovado: 21/09/2016

Identificação de prescrição inapropriada em ambulatório de Geriatria utilizando os Critérios Stopp e Start

Identification of inappropriate prescribing in a Geriatric outpatient clinic using the Criteria Stopp Start

Andressa Stella Kuhn Correia da Rosa¹
Bruna Polanski Costa¹
Cássia Pinheiro Kapper¹
Gabriela Graça Soder Dalmas¹
Lissiê Lunardi Sbroglio¹
Lucas Andreis¹
Melissa Agostini Lampert¹

ARTIGOS ORIGINAIS / ORIGINAL ARTICLES

Resumo

Identificou-se a prescrição inapropriada de medicamentos de idosos atendidos em ambulatório de geriatria na região do Vale do Rio Pardo, no Rio Grande do Sul, de acordo com os critérios de STOPP e START. Estudo transversal com 221 idosos, baseado em análise retrospectiva de prontuários, utilizando dados de avaliação geriátrica ampla realizada em primeira consulta. As variáveis descritivas foram: idade, sexo, número de patologias e número de medicações em uso e as variáveis de estudo foram: medicações potencialmente inapropriadas (MPI) e medicações potencialmente omissas (MPO), de acordo com os critérios de STOPP e START. Realizou-se estatística descritiva com frequências, médias e desvio padrão quando adequado. Observou-se 157 (71%) pacientes do sexo feminino. A idade média foi de 75 ($\pm 8,26$) anos, com 49,8% na faixa entre 75-84 anos. A média de medicações foi de três ($\pm 2,27$), com 22,63% utilizando cinco medicações ou mais. A média de patologias foi 3,45 ($\pm 2,02$). Foram identificadas 194 prescrições de MPI e observados 93 MPO. Os MPI mais identificados foram referentes ao sistema cardiovascular, com destaque para β bloqueadores não cardiosseletivos e ácido acetilsalicílico. Também os MPO mais encontrados foram os do sistema cardiovascular, com ênfase para ácido acetilsalicílico e inibidores da enzima conversora da angiotensina. Trata-se de amostra de idosos com importante prevalência de prescrição inapropriada de medicamentos. Estudos com a utilização dos Critérios STOPP e START em diferentes cenários de atenção à saúde podem qualificar o cuidado prestado ao idoso.

Palavras-chave: Uso de Medicamentos. Saúde do Idoso. Polimedicação. Assistência Ambulatorial.

Abstract

Identified the inappropriate prescription of drugs in elderly assisted geriatric outpatient clinic in the region of Vale do Rio Pardo in Rio Grande do Sul according to the criteria of STOPP and START. Cross-sectional study of 221 elderly, based on retrospective analysis of medical records using comprehensive geriatric assessment data held in the first visit. Descriptive variables were age, sex, number of pathologies and number of medications in use. And the study variables were potentially inappropriate medications (MPI) and potentially omitted medications (MPO), according to the STOPP and START criteria. Descriptive statistics were performed with frequencies, means and standard deviations

Keywords: Drug Utilization. Health of the Elderly. Polypharmacy. Ambulatory Care.

¹ Universidade de Santa Cruz do Sul, Departamento de Biologia e Farmácia, Curso de Medicina. Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

where appropriate. It was observed 157 (71%) female patients. The average age was 75 (± 8.26) years, 49.8% in the range of 75-84 years. The average number of drugs was 3 (± 2.27), with 22.63% using 5 or more medications. The average pathologies was 3.45 (± 2.02). They identified 194 prescriptions of MPI and observed 93 MPO. The most identified were the MPI for the cardiovascular system, especially β noncardioselective blockers and acetylsalicylic acid. Also MPO were found most of the cardiovascular system, with emphasis on acetylsalicylic acid and inhibitors of angiotensin converting enzyme. This is sample of elderly with significant prevalence of inappropriate prescribing of drugs. Studies using the STOPP criteria and START in different health care settings can qualify the care provided to the elderly.

INTRODUÇÃO

O crescimento da população idosa, associado ao aumento da expectativa de vida, trouxe aos profissionais de saúde uma maior necessidade de cuidados quanto à prescrição de medicamentos. Observa-se uma maior prevalência de doenças crônicas, que necessitam por vezes de tratamentos com associação de várias drogas, o que aumenta o risco de reações adversas, interações medicamentosas, toxicidade e redução da adesão ao tratamento.¹ Os idosos chegam a constituir 50% dos multiusuários de medicações, sendo comum encontrar em suas prescrições dosagens e indicações inadequadas além de interações medicamentosas possivelmente nocivas.²

Deste modo, é de grande importância saber quais medicamentos podem ser utilizados, levando-se em consideração características de cada paciente e dos fármacos, que sempre devem ser condizentes com os diagnósticos apresentados.³⁻⁵ É indispensável considerar que um medicamento torna-se potencialmente inapropriado quando o risco de seu uso supera o seu benefício.⁶⁻⁸

Alguns estudos demonstram que o uso de várias medicações reduz a adesão ao tratamento proposto, com maior risco de ocorrência de reações adversas, interações medicamentosas e morbimortalidade associada.^{1,9-12}

Como forma de reduzir a ocorrência de iatrogenia medicamentosa em idosos, tem-se proposto a utilização de listas padronizadas de medicamentos classificados de acordo com riscos e benefícios gerados, criadas com o fito de guiar os médicos na hora de escolher a terapêutica de

seu paciente. Entre essas listas estão os critérios de Beers e os critérios STOPP e START.^{6,7}

Os critérios de Beers são representados por meio de uma lista de fármacos, atualizada periodicamente, composta por medicamentos potencialmente inapropriados (MPI) para idosos por ineficácia ou alto risco de eventos adversos.¹³

Os critérios STOPP (Screening Tool of Older Person's Prescriptions) e START (Screening Tool to Alert doctors to Right Treatment) foram criados em 2003 com o propósito de suprir as possíveis deficiências dos critérios de Beers. Ele é composto por medicamentos considerados potencialmente inapropriados (MPI) que foram denominados STOPP e por medicamentos potencialmente omitidos (MPO), que foram denominados START. Entende-se como medicamento potencialmente omitido aquele que é considerado essencial para o sucesso do tratamento e preservação da saúde do idoso.^{6,14,15}

A presença de comorbidades na população idosa e a maior preocupação com a prevenção em medicina aumenta a necessidade de racionalidade na prescrição múltipla. A identificação de medicamentos omitidos, além dos inapropriados, torna-se uma tarefa delicada, sendo que a utilização dos critérios STOPP e START pode ser considerada uma ferramenta auxiliar nesse contexto. Cabe salientar que, quando se identifica a omissão de um medicamento, devem ser aventadas algumas hipóteses: suspensão médica prévia, problemas na adesão devido custo ou por alguma reação adversa causada pelo fármaco.^{1,16,17} Ou seja, muitos são os determinantes do uso inadequado de medicamentos.

Estudos mostram que os critérios STOPP e START detectam um maior número de pacientes com prescrição potencialmente inapropriada do que os critérios de Beers na população geriátrica estudada.^{18,19}

Observa-se que estudos utilizando os critérios STOPP e START como guia para a identificação de eventuais problemas na prescrição de medicamentos e que possam caracterizar iatrogenia medicamentosa, podem ser úteis e auxiliar na prestação de melhores cuidados à população idosa. Neste contexto, estudos em âmbito nacional têm abordado essa temática, apontando a necessidade de pesquisas adicionais que possibilitem maior entendimento da atenção à saúde prestada ao idoso em nosso meio. Sendo assim, o objetivo deste estudo foi identificar a prescrição inapropriada de medicamentos para idosos em atendimento no ambulatório de geriatria de um centro de ensino na região central do Rio Grande do Sul. Buscou-se verificar a presença de prescrição de medicamentos potencialmente inapropriados (MPI) e a omissão de fármacos considerados adequados (MPO), de acordo com os critérios STOPP e START.

MÉTODO

Foi desenvolvido um estudo de caráter transversal descritivo e retrospectivo por meio da análise de prontuários dos pacientes de um ambulatório de geriatria, na região do Vale do Rio Pardo no Rio Grande do Sul. Esse ambulatório recebe idosos provenientes da comunidade por demanda espontânea desde março de 2011. A coleta de dados ocorreu nas primeiras consultas de todos os pacientes atendidos no referido ambulatório, no período de março de 2011 a março de 2013, correspondendo à população em estudo. O período em que foi realizada a coleta dos dados foi entre abril e junho de 2013, totalizando 264 pacientes. Foi utilizado como critério de exclusão os pacientes atendidos no período com menos de 65 anos de idade, pois os Critérios STOPP e START são válidos apenas para pessoas com 65 anos ou mais.

O instrumento utilizado para a coleta dos dados das primeiras consultas foi um formulário elaborado para esse fim. Na primeira consulta é realizada

rotineiramente uma avaliação geriátrica ampla (AGA) constituída por: dados de identificação, motivos da consulta, patologias presentes, medicações em uso, revisão de sistemas, hábitos de vida, antecedentes familiares, atitudes preventivas, exame físico, avaliação funcional, lista de problemas e planos. Assim, a partir da AGA, foi elaborado o instrumento de coleta de dados, composto por: idade, sexo, número de patologias e número de medicações em uso, considerados como variáveis descritivas. E MPI e MPO, considerados como variáveis de estudo, de acordo com os Critérios de STOPP e START definidos na sua primeira versão que considera 65 indicadores como MPI, referentes à sessão STOP e 22 indicadores como MPO, referentes à sessão START.¹⁵

Considerou-se como MPI todo o medicamento que introduz um risco aumentado para o idoso de desenvolver efeitos adversos, quando existe outra medicação com maior eficácia para a prescrição. E considerou-se como MPO a omissão de fármaco considerado indispensável para o tratamento do idoso.¹⁵⁻¹⁷

As medicações foram analisadas pela médica geriatra responsável pelo ambulatório e por estagiários sob sua supervisão, de acordo com esses indicadores. Primeiramente, houve a observação da presença ou não de relação entre patologias presentes com medicações em uso, sendo as medicações divididas por sistemas e por classes. Posteriormente, houve a identificação dos medicamentos como MPI e MPO.

Após o preenchimento do instrumento de coleta de dados, mediante treinamento prévio, houve a digitação dos dados em planilha. Posteriormente, foi realizada estatística descritiva, verificando-se média, desvio padrão e frequências quando adequado. Para a realização desse estudo foram seguidos os princípios éticos da Resolução CNS 466/12 que regulamenta a pesquisa com seres humanos no Brasil. Cada paciente atendido assinou um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A pesquisa faz parte do projeto Promoção do Envelhecimento Saudável: monitoramento continuum nas doenças crônicas, aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade de Santa Cruz do Sul.

RESULTADO

Do total de 264 pacientes, 43 foram excluídos por apresentarem menos de 65 anos de idade. Dos 221 pacientes analisados, 157 (71%) eram do sexo feminino. A idade média dos pacientes foi de 75 ($\pm 8,26$) anos, sendo que 49,8% encontravam-se na faixa etária dos 75-84 anos. Quanto ao número de medicações, a média por paciente foi de três medicações ($\pm 2,77$), sendo que a

frequência dos pacientes que faziam uso de cinco ou mais medicações foi de 22,63%. Em relação ao número de doenças, a média foi de 3,45 ($\pm 2,02$) por paciente.

Quanto à identificação de prescrição inapropriada de medicamentos, foi verificada a ocorrência de 194 prescrições de MPI, descritos na tabela 1 e a observação de omissão de 93 MPO, descritos na tabela 2.

Tabela 1. Medicamentos potencialmente inapropriados (MPI), segundo os critérios STOPP. Santa Cruz do Sul, RS, 2015.

Classes	n	%
Sistema cardiovascular*	68	30,80%
Diurético de alça	1	0,50%
Diurético tiazídico	2	0,90%
Betabloqueador não cardiosseletivo	19	8,60%
Bloqueadores dos canais de cálcio	2	0,90%
Ácido acetilsalicílico	17	7,70%
Sistema respiratório	5	2,30%
Teofilina	2	0,90%
Corticoide sistêmico	1	0,50%
Nebulização com ipratrópio	0	0%
Sistema musculoesquelético†	28	12,70%
Anti-inflamatórios não esteroidais‡	19	8,60%
Corticoide em longo prazo	3	1,40%
Sistema gastrointestinal§	21	9,50%
Proclorperazina ou metoclopramida com parkinsonismo	1	0,50%
Inibidor da bomba de prótons	13	5,90%
Espasmódicos anticolinérgicos	1	0,50%
Sistema nervoso central	54	24,40%
Antidepressivos tricíclicos	6	2,70%
Benzodiazepínico	22	10%
Neuroléptico	6	2,70%
Fenotiazinas	0	0%
Anticolinérgicos	1	0,50%
Inibidor seletivo da recaptção de serotonina ¶	2	0,90%
Sistema endócrino	17	7,70%
Glibenclamida ou clorpropamida	9	4,10%
Betabloqueadores	0	0%
Estrogênios	0	0%
Estrogênios sem progesterone	1	0,50%

Elaboração própria com dados da pesquisa; *Digoxina, varfarina, clopidogrel e dipiridamol nenhum paciente fazia uso; †Nenhum paciente fez uso de colchicina ou varfarina e AINEs em associação; ‡Anti-inflamatórios não esteroides; §Nenhum paciente fazia uso de difenoxilato, loperamida ou fosfato de codeína; ¶ Inibidor seletivo da recaptção da serotonina; +Um paciente fazia uso de MPI referente ao sistema urogenital – alfabloqueador.

Tabela 2. Medicamentos potencialmente omissos (MPO), segundo os critérios START. Santa Cruz do Sul, RS, 2015.

Classes	Medicamentos potencialmente omissos	
	n	%
Sistema cardiovascular	44	25,40%
Varfarina	0	0%
Ácido acetilsalicílico	14	6,30%
Clopidogrel	0	0%
Terapia anti-hipertensiva	15	6,70%
Estatina	9	4%
Inibidor da enzima conversora de angiotensina*	21	9,50%
Betabloqueador	1	0,45%
Sistema Respiratório†	2	0,90%
Beta-agonista inalatório	2	0,90%
Anticolinérgico	0	0%
Corticoide inalatório	0	0%
Oxigênio domiciliar	0	0%
Sistema musculoesquelético	21	9,50%
Antirreumático	1	0,45%
Bifosfonados	0	0%
Cálcio + vitamina D	20	9%
Sistema gastrointestinal	4	1,80%
Inibidor da bomba de prótons	4	1,80%
Fibras	0	0%
Sistema nervoso central	9	4%
Levodopa	0	0%
Antidepressivo	9	4%
Sistema endócrino	13	5,80%
Metformina	4	1,80%
Inibidor da enzima conversora de angiotensina	1	0,45%
Bloqueador dos receptores de angiotensina II‡	0	0%
Terapia antiplaquetária	11	4,90%
Estatinas	2	0,90%

Elaboração própria com dados da pesquisa; *IECA: Inibidor da Enzima Conversora da Angiotensina; †Não foi observado omissão de Agentes anticolinérgicos, Corticoide inalatório e Oxigênio domiciliar na população estudada; ‡Bloqueador do Receptor da Angiotensina; +Nenhum paciente apresentou MPO referente ao sistema urogenital.

Quanto à presença de MPI (tabela 1), a maioria utilizava MPI referentes ao sistema cardiovascular. Entre esses, os mais utilizados foram os β bloqueadores não cardiosseletivos e o ácido acetilsalicílico. Também se destacou a utilização de MPI referentes ao sistema nervoso

central (SNC), chamando atenção o uso de benzodiazepínicos. Quanto a MPI referentes ao sistema musculoesquelético, observou-se uso mais frequente de anti-inflamatórios não esteroidais (AINE).

Quanto aos MPO (tabela 2), também se destacaram os referentes ao sistema cardiovascular, principalmente quanto às omissões de prescrição de ácido acetilsalicílico e de inibidores da enzima conversora da angiotensina. Também se destacaram os MPO referentes ao sistema musculoesquelético quanto às omissões de prescrição de cálcio e vitamina D.

DISCUSSÃO

A amostra em estudo constituiu-se, na sua maioria, por indivíduos do sexo feminino (71 %), o que era esperado, uma vez que as mulheres têm uma longevidade superior aos homens em nosso país dada a menor mortalidade feminina.¹⁴ Fato esse também observado em outros estudos utilizando os critérios de STOPP e START.^{8,20,21}

Cerca da metade dos pacientes (49,8%) encontrava-se na faixa etária dos 75-84 anos, o que reflete a tendência nacional e mundial do aumento da expectativa de vida. Estudo de Periquito (2014) verificou idades entre 67 e 97 anos, com idade média de 84,81 anos, mais elevadas, possivelmente por ter sido desenvolvido em Portugal, país com uma expectativa de vida maior.⁸

O número de medicações utilizadas pelos idosos teve uma média de $3 \pm 2,77$ medicamentos por paciente, sendo que 22,63% utilizam cinco ou mais medicações, demonstrando importante prevalência de polimedicação na amostra estudada, também observada em outros estudos brasileiros.^{21,22} Cabe salientar que se considera polimedicação o uso de 5 medicamentos ou mais, mas também a utilização de medicamentos sem real necessidade.^{2,3}

Ao se aplicar os critérios STOPP, notou-se que os MPI mais utilizados são aqueles para alterações cardiovasculares (30,8%), corroborando com resultados de outros estudos.^{14,21} Destacaram-se neste estudo os β bloqueadores não cardiosseletivos (8,6%) e o ácido acetilsalicílico (7,7%). Uma das possíveis causas seria a não disponibilização, ou disponibilização limitada, de β bloqueadores cardiosseletivos pelo Sistema Único de Saúde, bem como a necessidade de revisões nas prescrições de pacientes idosos, em que a indicação do uso

de ácido acetilsalicílico como prevenção primária e secundária deve ocorrer quando os benefícios são maiores do que os riscos para o paciente idoso.^{23,24} Em estudo que avaliava o perfil de consumo medicamentoso em pacientes idosas também constatou-se ser o ácido acetilsalicílico o princípio ativo mais utilizado.²

Em segundo lugar, os MPI mais usados foram os que atuam no SNC (24,4%). Essa conduta também foi verificada em outro estudo, que demonstrou os fármacos para os sistemas cardiovascular e nervoso como os mais utilizados dentre a população idosa.^{8,23} No presente estudo, os benzodiazepínicos lideraram o uso indevido, totalizando 10% enquanto os inibidores seletivos de recaptção da serotonina foram utilizados em 0,9% dos pacientes. Os benzodiazepínicos, disponíveis desde 1960, são psicofármacos utilizados para tratar ansiedade e distúrbios do sono. O uso inadequado desses medicamentos demonstra uma carência de informações sobre sua ação e efeitos colaterais, bem como a inexistência de um diagnóstico correto para sua utilização.²⁵ É sabido que os inibidores seletivos da recaptção da serotonina possuem diversos efeitos colaterais como náuseas, vômitos, diarreia, insônia, ansiedade, agitação, disfunção sexual, entre outros, o que pode ter sido motivo para uma menor prescrição desses medicamentos, considerados potencialmente inadequados ao uso em idosos.²⁶

Com uma porcentagem relevante (12,7%), os fármacos para o sistema esquelético também foram bastante utilizados de forma inapropriada. Sendo os anti-inflamatórios não esteroidais (AINE) os mais utilizados (8,6%). Outros estudos corroboram esse achado.²⁷ O controle da utilização dessa droga ainda é muito precário, pois não é necessária receita para a aquisição. A automedicação sempre é desaconselhada, mas em relação a esses remédios é ainda mais perigosa, pois está associada a uma elevada ocorrência de eventos cardiovasculares e tromboembólicos em usuários crônicos da medicação. Os AINE também podem induzir insuficiência renal aguda (IRA). Ainda podem, porém raramente, induzir problemas pulmonares, como broncoespasmo (em indivíduos sensíveis a aspirina) e infiltrados pulmonares com eosinofilia.

Neste estudo houve a identificação de 93 omissões de medicação, o que se assemelha ao descrito em outro estudo, em que foram encontrados 90 medicamentos omitidos.⁵

As omissões de prescrição detectadas foram principalmente de medicações do sistema cardiovascular. O que corrobora a tese de Borges e Verdorn,^{14,16} porém difere do estudo de Periquito,⁸ em que os sistemas fisiológicos nos quais mais medicamentos omitidos detectados foram o endócrino, seguido pelo musculoesquelético. A incidência de hipertensão arterial aumenta com a idade, com isso, para seu controle, são recomendadas alterações do estilo de vida e terapêutica farmacológica adicional quando essas medidas são insuficientes. Observou-se 15 (6,7%) omissões de prescrição de anti-hipertensivos. O MPO mais frequente foi o IECA (Inibidores da Enzima Conversora da Angiotensina), totalizando 21 pacientes. Já outros estudos têm demonstrado as estatinas como MPO mais frequente.^{8,14} Além do IECA, outro MPO observado foi o ácido acetilsalicílico. O uso do ácido acetilsalicílico apresenta resultados controversos em diferentes estudos, porém, atualmente, continua sendo utilizada como importante antiagregante plaquetário, evitando a formação de trombos e possíveis isquemias. No que diz respeito aos fármacos inibidores da enzima conversora de angiotensina (IECA), seu uso é recomendado pelos critérios de START, pois, ao reduzir a pressão arterial, previne o aparecimento de doenças bastante frequentes, como as insuficiências cardíacas, além de retardar a progressão da retinopatia e da nefropatia diabética.²⁸

Quanto ao sistema musculoesquelético, a maioria dos fármacos omitidos foram Cálcio e vitamina D, com 20 omissões, semelhante ao encontrado em outros estudos.^{8,14} A suplementação desses compostos é bastante importante, uma vez que a vitamina D é difícil de ser obtida em sua quantidade total necessária pela dieta. No entanto, a suplementação de cálcio por meio de cápsulas pode estar vinculada com aumento do risco cardiovascular. Assim, o ideal é que cálcio e vitamina D sejam adquiridos através da dieta e da exposição ao sol, devendo ser suplementados somente quando essas formas de obtenção não forem suficientes.²⁹

Assim, a partir das identificações dos MPI e MPO já descritas, observou-se tratar de amostra de idosos exposta à prescrição inapropriada de medicamentos, com potencial risco de maior morbimortalidade associada ao uso de MPI e perda de potenciais benefícios relacionados ao uso de MPO.

O presente estudo apresentou limitações. A primeira limitação é a utilização de delineamento transversal, que não permite estabelecer relação temporal entre a prescrição inapropriada de medicamentos e presença de reações adversas e utilização de serviços de saúde, por exemplo.

Outra limitação repousa nos dados referirem-se ao período compreendido entre 2011 e 2013, com a análise dos prontuários ter sido realizada em 2013, pois nesses últimos três anos, modificações ocorridas nas condutas terapêuticas podem gerar diferenças nas frequências encontradas. Também, em 2015 surgiram novos critérios STOPP e START, com lista mais extensa de MPI e MPO, o que dificultará a comparação dos dados com estudos que utilizarem essa nova versão.⁶

Outrossim, uma limitação do presente estudo que deve ser considerada para comparações com estudos baseados em inquéritos domiciliares é o fato de se tratar de idosos provenientes de comunidade e que buscaram atendimento em ambulatório de geriatria de forma espontânea. No entanto, a análise criteriosa de prontuários e prescrições, a partir de primeira consulta constituída por avaliação geriátrica ampla, permitiu conhecer as doenças e comorbidades que justificassem a prescrição ou não dos medicamentos identificados como inapropriados ou omitidos. Essa característica possibilitou a utilização de todos os critérios STOPP e START, garantindo menor restrição nas comparações entre esta e demais pesquisas, além de minimizar a possibilidade de se ter subestimado os desfechos estudados.

CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo evidenciam prevalência importante de prescrição inapropriada

de medicamentos e demonstram a necessidade de estudos que incorporem e adaptem os critérios STOPP e START aos diferentes cenários de atenção à saúde do idoso.

Para tanto, sugere-se estudos adicionais com a utilização dos critérios de STOPP e START como estratégia para otimização dos tratamentos farmacológicos instituídos, qualificando o cuidado prestado à população idosa atendida.

REFERÊNCIAS

1. Secoli SR. Polifarmácia: interações e reações adversas no uso de medicamentos por idosos. Rev Bras Enferm [Internet] 2010 [acesso em 27 de Abril de 2015];63(1):136-40. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000100023
2. Mosegui GB, Rozenfeld S, Veras RP, Vianna CM. Avaliação da qualidade do uso de medicamentos em idosos. Rev Saúde Pública [Internet] 1999 [acesso em 27 de Abril de 2015];33(5):437-44. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v33n5/0628.pdf>
3. Onders G. Strategies to reduce the risk of iatrogenic illness in complex older adults. Age Ageing [Internet] 2013 [acesso em 27 de Abril de 2015];42(3):284-29. Disponível em: <http://ageing.oxfordjournals.org/content/42/3/284.short>
4. Quinalha JV, Correr CJ. Instrumentos para avaliação da farmacoterapia do idoso: uma revisão. Rev Bras Geriatr Gerontol [Internet] 2010 [acesso em 27 de Abril de 2015];13(3):487-500. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbagg/v13n3/a14v13n3.pdf>
5. Varallo FR, Ambiel ISS, Nanci LO, Galduróz JCF, Mastroianni PC. Assessment of pharmacotherapeutic safety of medical prescriptions for elderly residents in a long-term care facility. Braz J Pharm Sci [Internet] 2012 [acesso em 30 de Abril de 2015];48(3):477-85. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/bjps/v48n3/a15v48n3.pdf>
6. O'Mahony D, O'Sullivan D, Byrne S, O' Connor MN, Ryan Cristin, Gallagher P. STOPP/START criteria for potentially inappropriate prescribing in older people: version 2. Age Ageing [Internet] 2014 [acesso em 27 de Abril de 2015];45(5):213-8. Disponível em: <http://ageing.oxfordjournals.org/content/early/2014/10/16/ageing.afu145.full.pdf+html>
7. Fick DM, Cooper JW, Wade WE, Waller JL, Maclean JR, Beers MH. Updating the Beers criteria for potentially inappropriate medication use in older adults. Arch Intern Med [Internet] 2003 [acesso em 27 de Abril de 2015];163(22):2716-24. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14662625>
8. Periquito CMN, Silva PC, Oliveira P, Carneiro C, Fernandes AI, Costa FA. Revisão da medicação em idosos institucionalizados: aplicação dos critérios STOPP e START. Rev Port Farmacoter [Internet] 2014 [acesso em 05 de Maio de 2015];6:211-20. Disponível em: <http://comum.rcaap.pt/handle/123456789/8477>
9. Rozenfeld S, Fonseca MJM, Acurcio FA. Drug utilization and polypharmacy among the elderly: a survey in Rio de Janeiro City, Brazil. Rev Panam Salud Pública [Internet] 2008 [acesso em 28 de Abril de 2015];23(1):34-43. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v23n1/a05v23n1.pdf>
10. Medeiros EFF. Intervenção Interdisciplinar enquanto estratégia para o uso racional de medicamentos em idosos. Ciênc Saúde Coletiva [Internet] 2011 [acesso em 05 Maio de 2015];16(7):3139-49. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n7/14.pdf>
11. Buck MD, Atreja A, Bruncker CP, Jain A, Suh TT, Palmer RM, et al. Potentially Inappropriate medication prescribing in outpatient practices: prevalence and patient characteristics based on electronic health records. Am J Geriatr Pharmacother [Internet] 2009 [acesso em 28 de Abril de 2015];7(2):84-92. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19447361>
12. Hajjar ER, Cafiero AC, Hanlon JT. Polypharmacy in elderly patients. Am J Geriatr Pharmacother [Internet] 2007 [acesso em 05 de Maio de 2015];5(4):345-51. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18179993>
13. American Geriatrics Society. American Geriatrics Society 2015 Updated Beers Criteria for potentially inappropriate medication use in older adults. J Am Geriatr Soc 2015;63(11):2227-46.
14. Verdoorn S, Kwint HF, Faber A, Gussekloo J, Bouvy ML. Majority of drug-related problems identified during medication review are not associated with STOPP/START criteria. Eur J Clin Pharmacol 2015;71:1255-62.

15. O'Mahony D, Gallagher P, Ryan C, Byrne S, Hamilton H, Barry P, et al. STOPP & START criteria: a new approach to detecting potentially inappropriate prescribing in old age. *Eur Geriatr Med* [Internet] 2010 [acesso em 27 de abril de 2015];1(1):45-51. Disponível em: [http://www.europeangeriatricmedicine.com/article/S1878-7649\(10\)00011-2/fulltext](http://www.europeangeriatricmedicine.com/article/S1878-7649(10)00011-2/fulltext)
16. Borges EP. Omissão de prescrição de fármacos na população idosa da Beira Interior [Dissertação na internet]. Portugal: Universidade da Beira Interior; 2010 [acesso em 28 de Abril de 2015]. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.6/754>
17. Abrantes MFB. Seguimento farmacoterapêutico em idosos polimedicados [Dissertação na Internet]. Porto: Universidade de Fernando Pessoa; 2013 [acesso em 22 de Maio de 2015]. Disponível em: <http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/4102/1/Seguimento%20farmacoterap%20em%20idosos%20polimedicados-signed.pdf>
18. Ubeda A, Ferrándiz ML, Maicas N, Gómez C, Bonet M, Peris JE. Potentially inappropriate prescribing in institutionalised older patients in Spain: the STOPP-START criteria compared with the Beers criteria. *Pharm Pract* [Internet] 2012 [acesso em 27 de Abril de 2015];10(2):83-91. Disponível em: <http://scielo.isciii.es/pdf/pharmacin/v10n2/original3.pdf>
19. Taylor BH. Application of the STOPP/START criteria: a systematic review of the prevalence of potentially inappropriate prescribing in older adults, and evidence of clinical humanistic and economic impact. *J Clin Pharm Ther* [Internet] 2013 [acesso em 28 de Abril de 2015];38(5):360-72. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jcpt.12059/full>
20. Camarano AA. Mulher idosa: suporte familiar ou agente de mudança? *Estud Av* [Internet] 2003 [acesso em 09 de Junho de 2015];17(49):35-63. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142003000300004&lng=en&tlng=pt. 10.1590/S0103-40142003000300004
21. Martins GA, Acurcio FA, Franceschini SCC, Priore SE, Ribeiro AQ. Uso de medicamentos potencialmente inadequados entre idosos do Município de Viçosa, Minas Gerais, Brasil: um inquérito de base populacional. *Cad Saúde Pública* [Internet] 2015 [acesso em 15 Jul. 2016];31(11):2401-12. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2015001102401&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00128214>
22. Araújo CMC, Magalhães SMS, Chaimowicz F. Uso de medicamentos inadequados e polifarmácia entre idosos do Programa Saúde da Família. *Lat Am J Pharm* 2010;29(2):178-84.
23. De Santis SLPT. Polimedicação e medicação potencialmente inapropriada no idoso: estudo descritivo de base populacional em cuidados de saúde primário [dissertação na Internet]. Coimbra: Universidade de Coimbra; 2009 [acesso em 28 de Abril de 2015]. Disponível em: <https://eg.sib.uc.pt/handle/10316/14808>
24. Patrono C. Aspirin resistance: definition, mechanisms and clinical read-outs. *J Thromb Haemost* [Internet] 2003 [acesso em 02 Junho de 2015];1(8):1710-3. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1538-7836.2003.00284.x/full>
25. Firmino KF, Abreu MHNG, Perini E, Magalhães SMS. Fatores associados ao uso de benzodiazepínicos no serviço municipal de saúde da cidade de Coronel Fabriciano, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saúde Pública* [Internet] 2011 [acesso em 02 de Junho de 2015];27(6):1223-32. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n6/19.pdf>
26. Moreno RA, Moreno DH, Soares MBM. Psicofarmacologia de antidepressivos. *Rev Bras Psiquiatr* [Internet] 1999 [acesso em 02 de Junho de 2015];21(1):24-40. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44461999000500006&lng=en
27. Rozenfeld S. Prevalência, fatores associados e mau uso de medicamentos entre os idosos: uma revisão. *Cad Saúde Pública* [Internet] 2003 [acesso em 02 de Junho de 2015];19(3):717-24. Disponível em: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000300004&lng=en
28. Tavares JR. Antiplaquetários na Síndrome Coronariana Aguda. *Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo* [Internet] 2007 [acesso em 02 de Junho de 2015]; 17:271-88. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=471895&indexSearch=ID>
29. Reid IR. Cardiovascular effects of calcium supplements. *Nutrients* [Internet] 2013 [acesso em 02 de Junho de 2015];5(7):2522-9. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3738985/pdf/nutrients-05-02522.pdf>

Recebido: 30/12/2015

Revisado: 24/06/2016

Aprovado: 26/09/2016

Nutren® Senior

Desenvolvido para quem já passou dos 50 anos e ainda tem muito o que aproveitar.

A ação sinérgica
**de proteína,
cálcio e vitamina D:**¹⁻⁵

- fortalece o músculo e a saúde óssea
- restaura a força e a energia
- auxilia no bom estado nutricional



Cada porção de
Nutren® Senior pó
(55 g) oferece:

480 mg
cálcio

20 g
proteína

440 UI
vitamina D*

* 440 UI equivalem a 11 µg de vitamina D

Conheça também o Nutren® Senior chocolate pronto para beber!

Referências bibliográficas: 1. Bauer J, Biolo G, Cederholm T et al. Evidence-Based Recommendations for Optimal Dietary Protein Intake in Older People: A Position Paper From the PROT-AGE Study Group. JAMDA 2013;14:542-559 2. Verbrugge FH, Gelen E, Milisen K et al. Who should receive calcium and vitamina D supplementation. Age and Ageing 2012;0:1-5 3. Montgomery SC, Streit SM, Beebe L et al. Micronutrient needs of the elderly. Nutr Clin Pract 2014;29:435 4. Maciel MG. Atividade física e funcionalidade do idoso. Motriz, Rio Claro 2010;16:1024-1032 5. Paddon-Jones D et al. Dietary protein recommendations and the prevention of sarcopenia: Protein, amino acid metabolism and therapy Curr Opin Clin Nutr Metab Care. January 2009 ; 12: 86-90.

EDITORIAL/EDITORIAL

A PRÁTICA REGULAR DE ATIVIDADES FÍSICAS E O ENVOLVIMENTO SOCIAL DA PESSOA IDOSA
The regular performance of physical activity and the social involvement of elderly persons

ARTIGOS ORIGINAIS/ORIGINAL ARTICLES

ESTUDO COMPARATIVO DO PERFIL DE SAÚDE BUCAL EM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS NO BRASIL
E EM BARCELONA, ESPANHA
Comparative Study of the Oral Health Profile of Institutionalized Elderly Persons in Brazil and Barcelona, Spain

HIV/AIDS EM IDOSOS: ESTIGMAS, TRABALHO E FORMAÇÃO EM SAÚDE
HIV/aids among the elderly: stigmas in healthcare work and training

O CUIDADO PALIATIVO A IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS: VIVÊNCIA DOS AJUDANTES DE AÇÃO DIRETA
Palliative Care for Institutionalized Elderly Persons: Experience of Caregivers

PERFIL DE IDOSOS PNEUMOPATAS ADMITIDOS EM CENTRO DE REABILITAÇÃO PULMONAR
Profile of Pneumopathic Elderly Persons Admitted to a Pulmonary Rehabilitation Center

DESENVOLVIMENTO DE UM PROGRAMA DE TREINO COGNITIVO PARA IDOSOS
Development of a cognitive training program for the elderly

ADIPOSIDADE CENTRAL EM IDOSAS DE UMA UNIDADE GERONTO-GERIÁTRICA
Central adiposity among elderly women in a gerontology-geriatric unit

SENSIBILIDADE GUSTATIVA DE ADULTOS E IDOSOS
Taste sensitivity of adults and elderly persons

INCAPACIDADE FUNCIONAL E FATORES ASSOCIADOS EM IDOSOS APÓS O ACIDENTE VASCULAR
CEREBRAL EM VITÓRIA – ES, BRASIL
Functional disability and associated factors in elderly stroke survivors in Vitória, Brazil

PERFIL DO ESTILO DE VIDA DE LONGEVOS
Profile of lifestyle of older elderly persons

FATORES ASSOCIADOS À INDEPENDÊNCIA FUNCIONAL DE MULHERES IDOSAS NO MUNICÍPIO
DE CUIABÁ/MT
Factors associated with the functional independence of elderly women in the city of Cuiabá

AVALIAÇÃO AUDITIVA PERIFÉRICA E CENTRAL EM IDOSOS
Peripheral and central auditory assessment in among the elderly

ESTRATÉGIAS DE CUIDADO BUCAL PARA IDOSOS COM DOENÇA DE ALZHEIMER NO DOMICÍLIO
Home-based oral healthcare strategies of elderly people with Alzheimer's disease

EXERCÍCIO DA SEXUALIDADE EM PESSOAS IDOSAS E OS FATORES RELACIONADOS
The exercise of sexuality among the elderly and associated factors

IDENTIFICAÇÃO DE PRESCRIÇÃO INAPROPRIADA EM AMBULATÓRIO DE GERIATRIA UTILIZANDO
OS CRITÉRIOS STOPP E START
Identification of inappropriate prescribing in a Geriatric outpatient clinic using the Criteria Stopp Start

Sumário/Contents