

VOLUME 19 Nº 6 - NOVEMBRO/DEZEMBRO 2016



Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia

Brazilian Journal of Geriatrics and Gerontology



Revista Brasileira de Geriatrics e Gerontologia

Brazilian Journal of Geriatrics and Gerontology

VOLUME 19 Nº 6 - NOVEMBRO/DEZEMBRO 2016

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 / Contributions

Os manuscritos devem ser encaminhados ao Editor Executivo e seguir as “Instruções aos Autores” publicadas no site www.rbgg.com.br

All 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.com

All 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.br

Web: www.scielo.br/rbgg

Site: 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



EDITORIAL/EDITORIAL

TEMPO DE REFLETIR	885
A time to reflect	
<i>Célia Pereira Caldas</i>	

ARTIGO DE ATUALIZAÇÃO/ATUALIZATION ARTICLE

LINHA DE CUIDADO PARA O IDOSO: DETALHANDO O MODELO	887
Care pathway for the elderly: detailing the model	
<i>Renato Veras</i>	

ARTIGOS ORIGINAIS / ORIGINAL ARTICLES

SUICÍDIOS E TENTATIVAS DE SUICÍDIO DE PERSONAGENS IDOSOS EM FILMES: FATORES RELACIONADOS NOS FILMES DE LONGA-METRAGEM	906
Suicide and suicide attempts by the elderly in film: related factors as shown in feature films	
<i>Laércio Maciel Scalco, Juvenal Fernandes dos Santos, Monique Gomes da Silva Scalco, Armando José China Bezerra, Vicente de Paula Faleiros, Lucy Gomes</i>	

CONDIÇÕES DE SAÚDE BUCAL E ATIVIDADES DA VIDA DIÁRIA EM UMA POPULAÇÃO DE IDOSOS NO BRASIL	917
Oral health conditions and activities of daily living in an elderly population in Brazil	
<i>Diviane Alves da Silva, Yan Nogueira Leite de Freitas, Tamires Carneiro de Oliveira, Romerito Lins da Silva, Carla Patrícia de Castro Pegado, Kenio Costa de Lima</i>	

PREVALÊNCIA DE SINTOMAS DEPRESSIVOS EM IDOSAS DE UM CENTRO DE REFERÊNCIA DE ATENÇÃO AO IDOSO NO MUNICÍPIO DE PASSO FUNDO, RIO GRANDE DO SUL	930
Prevalence of depressive symptoms among elderly women from a Center of Reference and Care for the Elderly in the city of Passo Fundo, Rio Grande do Sul	
<i>Mayara Chaves Piani, Ana Luísa Sant'Anna Alves, Juliane Bervian, Daniela Bertol Graeff, Julia Pancotte, Marlene Doring, Bernadete Maria Dalmolin</i>	

A SEXUALIDADE SOB O OLHAR DA PESSOA IDOSA	939
Sexuality through the eyes the elderly	
<i>Yasmim da Silva Uchôa, Dayara Carla Amaral da Costa, Ivan Arnaldo Pamplona da Silva Junior, Saulo de Tarso Saldanha Eremita de Silva, Wiviane Maria Torres de Matos Freitas, Soanne Chyara da Silva Soares</i>	

IMPACTO DE UM PROGRAMA DE TRÊS MESES DE EXERCÍCIOS RESISTIDOS PARA IDOSOS COM OSTEOARTRITE DE JOELHOS, DA COMUNIDADE DE SANTA CRUZ, RIO GRANDE DO NORTE, BRASIL	950
Impact of a three-month resistance training program for elderly persons with knee osteoarthritis residing in the community of Santa Cruz, Rio Grande do Norte, Brazil	
<i>Rosa Sá de Oliveira Neta, Frank Kleber de Lima Jr., Tiago Delfino Paiva, Mayra Carmem de Medeiros, Renata Trajano Jorge Caldas, Marcelo Cardoso de Souza</i>	

EVIDÊNCIAS PSICOMÉTRICAS DA ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DO VULNERABILITY ABUSE SCREENING SCALE (VASS) PARA DETECÇÃO DE VIOLÊNCIA CONTRA IDOSOS	958
Psychometric evidence of the transcultural adaptation of the Vulnerability to Abuse Screening Scale (VASS) for the detection of violence against the elderly	
<i>Rodrigo da Silva Maia, Eulália Maria Chaves Maia</i>	

Sumário / Contents

PADRÃO ALIMENTAR DE IDOSOS: CARACTERIZAÇÃO E ASSOCIAÇÃO COM ASPECTOS SOCIOECONÔMICOS	970
Dietary patterns of the elderly: characteristics and association with socioeconomic aspects <i>Jacqueline Danesio Souza, Marcos Vidal Martins, Fernanda Silva Franco, Karina Oliveira Martinho, Adelson Luiz Tinôco</i>	
FATORES ASSOCIADOS À SÍNDROME METABÓLICA EM IDOSOS DO INTERIOR DO NORDESTE BRASILEIRO	978
Factors associated with metabolic syndrome among the elderly in the northeast of Brazil <i>Fabiana Lucena Rocha, Rômulo Lustosa Pimenteira de Melo, Tarciana Nobre de Menezes</i>	
CORRELAÇÃO ENTRE LOMBALGIA E CAPACIDADE FUNCIONAL EM IDOSOS	987
Correlations between low back pain and functional capacity among the elderly <i>Elias Nasralla Neto, Walkíria Shimoya Bittencourt, Mara Lilian Soares Nasralla, Andre Luiz Lopes de Oliveira, Ana Carolina Gaudencio de Souza, Jéssica Fialho do Nascimento</i>	
PREVALÊNCIA DE QUEDAS E AVALIAÇÃO DA MOBILIDADE EM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS	995
Prevalence of falls and evaluation of mobility among institutionalized elderly persons <i>Lidiane Maria de Brito Macedo Ferreira, Javier Jerez-Roig, Fabienne Louise Juvêncio Paes de Andrade, Nayara Priscila Dantas de Oliveira, José Rodolfo Torres de Araújo, Kenio Costa de Lima</i>	
FATORES ASSOCIADOS À INSTITUCIONALIZAÇÃO DE IDOSOS: ESTUDO CASO-CONTROLE	1004
Factors associated with the institutionalization of the elderly: a case-control study <i>Ezequiel Vitorio Lini, Marilene Rodrigues Portella, Marlene Doring</i>	
AVALIAÇÃO DE FUNCIONALIDADE E INCAPACIDADE DE IDOSOS LONGEVOS EM ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL UTILIZANDO A WHODAS 2.0	1015
Evaluation of functionality and disability of older elderly outpatients using the WHODAS 2.0 <i>Bruna Veiga, Rita Aparecida Bernardi Pereira, Adriane Miró Vianna Benke Pereira, Renato Nickel</i>	
DOENÇA DE ALZHEIMER: DESAFIOS ENFRENTADOS PELO CUIDADOR NO COTIDIANO FAMILIAR	1022
Alzheimer's disease: everyday challenges faced by family caregivers <i>Luciane Salete Kucmanski, Leoni Zenevicz, Daniela Savi Geremia, Valeria Silvana Faganello Madureira, Tatiana Gaffuri da Silva, Sílvia Silva de Souza</i>	
ARTIGO DE REVISÃO / REVIEW ARTICLE	
REDES SOCIAIS E QUALIDADE DE VIDA DOS IDOSOS: UMA REVISÃO E ANÁLISE CRÍTICA DA LITERATURA	1030
Social networks and quality of life of elderly persons: a review and critical analysis of literature <i>Odília Maria Rocha Gouveia, Alice Delerue Matos, Maria Johanna Schouten</i>	



Tempo de refletir

A time to reflect

Tudo tem o seu tempo determinado, e há tempo para todo propósito debaixo do céu: há tempo de nascer e tempo de morrer; tempo de plantar e tempo de colher... (Eclesiastes 3:1)

Além de ser uma referência nacional enquanto um Programa de Promoção da Saúde do Idoso, a UNATI/UERJ é um marco em minha trajetória de vida. Ter participado do nascimento e desenvolvimento desse projeto é uma das mais queridas e gratas realizações que um profissional de saúde pode almejar.

Ao escrever o editorial do volume 19, número 6 da RBGG, neste ano de 2016, quando comemoramos os 18 anos da RBGG, não posso deixar de refletir sobre essa efeméride e o seu significado na trajetória da UnATI/UERJ.

A iniciativa de criar a revista deu-se com o intuito de responder à demanda crescente por parte de pesquisadores, pós-graduandos e demais estudiosos interessados em obter subsídios para a realização de seus trabalhos dentro destas desafiadoras áreas de interesse: o envelhecimento, a velhice e os idosos no Brasil.

O envelhecimento humano vem sendo abordado nos meios acadêmicos através de dois campos da produção do conhecimento. A geriatria, de natureza mais biológica, e a gerontologia, campo de conhecimento que articula diversas áreas da produção acadêmica (como artes, arquitetura, direito, saúde) ao processo de envelhecimento humano. Na época, não havia um periódico que disseminasse com regularidade o conhecimento produzido tanto pela geriatria quanto pela gerontologia.

Para atender a essa demanda, a RBGG foi criada em 1998, com o nome de *Textos sobre Envelhecimento*. Desde a sua criação, foi definida como um periódico especializado que publica produção científica no âmbito da Geriatria e Gerontologia, com o objetivo de contribuir para o aprofundamento das questões atinentes ao envelhecimento humano.

Não é possível mencionar essa história sem dar o merecido crédito à Professora Shirley Donizete Prado, coordenadora do Centro de Referência e Documentação sobre Envelhecimento na época, que idealizou e tomou a iniciativa de desenvolver o projeto de criação da Revista. Também não posso deixar de mencionar a Senhora Conceição Ramos de Abreu, editora executiva da RBGG desde a sua criação, ainda como *Textos sobre Envelhecimento*. A professora Shirley Prado e a Senhora Conceição de Abreu, embora já não façam parte da equipe editorial, estarão para sempre na História da UnATI. E a elas a nossa gratidão e admiração.

O primeiro número dos *Textos* incluiu temas voltados para a saúde e a qualidade de vida das pessoas idosas, compreendendo-as em seu sentido amplo, como impõe a perspectiva multiprofissional e interdisciplinar,

abarcando suas condições de vida e aspectos a serem considerados quando se busca investir num envelhecimento mais autônomo e independente.

Até o primeiro semestre de 2001, os *Textos sobre Envelhecimento* existiam apenas em forma impressa, em português, periodicidade semestral, com uma média de três artigos originais e 60 páginas por número. A maior parte dos artigos correspondiam a trabalhos derivados de dissertações e teses desenvolvidas em programas de pós-graduação no Brasil.

886

A partir de 2001, a revista passa a seguir a metodologia SciELO para disponibilização de textos científicos na Internet, a qual incluía marcadores para navegação interna aos artigos, *links* nas referências bibliográficas, possibilitando ao leitor acesso direto à base de dados onde determinada obra está catalogada ou ao seu texto integral, se a obra estiver na biblioteca virtual SciELO (www.scielo.org.br) e indicadores bibliométricos e de impacto. Desde então, sua periodicidade foi progressivamente aumentando até a atual periodicidade bimestral, publicada nos idiomas português e inglês, no formato totalmente eletrônico.

Desta forma, aos 18 anos, podemos olhar para essa história, refletir e concluir que a RBGG vem avançando no cumprimento de sua missão de contribuir para a consolidação de redes nacionais e internacionais de informação sobre envelhecimento e saúde.

Parabéns RBGG!!! Parabéns a todos os profissionais que ao longo desses 18 anos contribuíram para a construção deste periódico, cujo impacto só vem aumentando. Todos fazemos parte dessa história.

Profa. Célia Pereira Caldas



Linha de cuidado para o idoso: detalhando o modelo

Care pathway for the elderly: detailing the model

Renato Veras¹

Resumo

Sabemos que quanto mais o profissional de saúde conhece o histórico do seu paciente, melhores serão os resultados. É assim que devem funcionar os modelos contemporâneos e resolutivos de cuidado recomendados pelos mais importantes organismos nacionais e internacionais de saúde. Os modelos assistenciais vigentes são do tempo em que o Brasil era um país de jovens e de doenças aguda. A preocupação com um modelo de cuidado de maior qualidade, mais resolutivo e com melhor relação custo efetividade, não é uma preocupação somente brasileira. O mundo todo está debatendo o tema, reconhecendo a necessidade de mudanças e propondo melhorias em seus sistemas de saúde. O mesmo ocorre entre nós, a reflexão deste texto, comentado pela Dra. Martha de Oliveira, diretora da ANS, está em sintonia com esse movimento. Estamos privilegiando a lógica que valoriza as instâncias leves e o monitoramento constante, o médico responsável por uma carteira de clientes e que os acompanha em todas as instâncias de cuidado. Como se vê, o texto propõem um cuidado integrado, um fluxo de ações de educação, promoção da saúde, prevenção de doenças evitáveis, postergação de moléstias, cuidado precoce e reabilitação de agravos. É hora de mudar e inovar!

Palavras-chave: Serviços de Saúde para Idosos. Cuidados Integrals de Saúde. Monitoramento. Percursos Assistenciais.

Abstract

Greater knowlegde of patient history among health professionals leads to improved results. This is how the contemporary and resolute models of care recommended by the most important national and international health agencies work. Current models of care stem from a time when Brazil was a country of young people and acute diseases. But the desire for a higher quality, more efficient and more cost-effective model of care is not only a Brazilian phenomenon. The whole world is debating the issue, recognizing the need for change and proposing improvements in their health systems. The same thing is occurring here. The theme of this text, as Dr. Martha de Oliveira, director of the Agência Nacional de Saúde Suplementar (National Agency Of Supplementary Health) (ANS) comments below, is in agreement with this movement. We advocate a logic that prioritizes low-intensity interventions and constant monitoring, with the doctor responsible for a

Keywords: Health Services for the Aged . Integral Health Care. Monitoring. Care Pathways.

¹ Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Universidade Aberta da Terceira Idade (UnATI/ UERJ). Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

portfolio of clients who he or she accompanies throughout the different care settings. The text proposes integrated medical treatment, a flow of educational actions, health promotion, the prevention of preventable diseases, the postponement of illness, early care intervention and rehabilitation from sickness. It is time to change and innovate!

INTRODUÇÃO

O idoso tem particularidades bem conhecidas – mais doenças crônicas e fragilidades, mais custos, menos recursos sociais e financeiros. Envelhecer, ainda que sem doenças crônicas, envolve alguma perda funcional. Com tantas situações adversas, o cuidado do idoso deve ser estruturado de forma diferente do que é realizado para o adulto, com uma assistência especial. A prestação de serviços de saúde, atualmente, fragmenta a atenção ao idoso, com multiplicação de consultas de especialistas, informação não compartilhada, inúmeros fármacos, exames e outros procedimentos. Sobrecarrega o sistema, provoca forte impacto financeiro em todos os níveis e não gera benefícios significativos para a qualidade de vida.¹⁻³

O cuidado para com o idoso tem de ser estruturado de forma diferente da que é realizada para com o adulto. Os modelos assistenciais são do tempo em que o Brasil era um país de jovens, hoje somos um jovem país de cabelos brancos.

Sabemos que a projeção demográfica para os próximos anos mostrará uma população mais envelhecida – portanto, o panorama atual só tende a piorar se o modelo se mantiver inalterado. O aumento da longevidade acarreta maior uso dos serviços de saúde, gerando mais custos, ameaçando a sustentabilidade do sistema e gerando novas demandas. Os modelos assistenciais são do tempo em que o Brasil era um país de jovens e de doenças agudas; agora somos um país envelhecido e de doenças crônicas. A promoção e a educação em saúde, a prevenção e retardamento de doenças e fragilidades, a manutenção da independência e da autonomia são ações que precisam ser ampliadas.^{4,5}

Um modelo contemporâneo de saúde do idoso precisa reunir um fluxo de ações de educação, promoção da saúde, prevenção de doenças evitáveis,

postergação de moléstias, cuidado precoce e reabilitação de agravos. Ou seja, uma linha de cuidado ao idoso que pretenda apresentar eficácia e eficiência deve pressupor uma rede articulada, referenciada e com um sistema de informação desenhado em sintonia com essa lógica.

Atualmente, os sistemas de saúde funcionam com poucos pontos de atenção, os quais não funcionam de forma integrada. Em geral, os pacientes entram nessa rede desarticulada em um estágio muito avançado. A porta de entrada acaba sendo a emergência do hospital. Tal modelo, além de inadequado e anacrônico, tem uma péssima relação custo-benefício, pois é centrado no hospital, faz uso intensivo de tecnologias de alto custo. Seu fracasso, no entanto, não deve ser imputado aos usuários, mas ao modelo assistencial praticado, pois há uma sobrecarga de usuários nos níveis de maior complexidade por causa da carência de cuidado nos primeiros níveis.

Um dos problemas da maioria dos modelos assistenciais vigentes talvez seja o foco exclusivo na doença. Mesmo quando se oferece um programa com uma lógica de antecipação dos agravos, as propostas são voltadas, prioritariamente, para a redução de uma determinada moléstia, esquecendo que numa doença crônica já estabelecida o objetivo não deve ser a cura, mas a busca pela estabilização do quadro clínico e o monitoramento constante, de forma a impedir ou amenizar o declínio funcional.⁶

Os estudos evidenciam que a atenção deve ser organizada de maneira integrada e os cuidados precisam ser coordenados ao longo do percurso assistencial numa lógica de rede, desde a entrada no sistema até os cuidados ao fim da vida.

Portanto, os novos modelos de atenção à saúde para idosos são aqueles que apresentam uma proposta de linha de cuidados, com foco em ações de educação, promoção da saúde, prevenção de doenças

evitáveis, postergação de moléstias, cuidado precoce e reabilitação⁷.

O modelo é baseado na identificação precoce dos riscos de fragilização dos usuários. Uma vez identificado o risco, a prioridade é a reabilitação precoce, a fim de reduzir o impacto das condições crônicas na funcionalidade; busca-se intervir antes de o agravo ocorrer. A ideia é monitorar a saúde, não a doença; a intenção é postergar a doença, a fim de que o idoso possa usufruir seu tempo a mais de vida. Assim, a melhor estratégia para um adequado cuidado do idoso é utilizar a lógica de permanente acompanhamento da sua saúde, tê-lo sempre sob observação, variando apenas os níveis, a intensidade e o cenário da intervenção⁸.

Pode-se pensar, desta forma, em um conjunto de ações assistenciais estruturadas para atender a determinado agravo de saúde do indivíduo, com base numa avaliação de risco. Esse risco é composto por aspectos clínicos, sociais, econômicos e ambientais, entre outros.

Os níveis hierárquicos devem ser parte integrante do projeto terapêutico e do ‘caminho’ assistencial a ser percorrido pelo usuário. Essa integração é definidora do sucesso do modelo, inclusive do ponto de vista financeiro.

A hierarquização da rede possibilita pelo menos dois elementos fundamentais para o cuidado do idoso: a diminuição de iatrogenia e a organização do fluxo de cuidados. As diretrizes e os protocolos

clínicos também são essenciais na construção do projeto terapêutico. Eles devem direcionar a boa prática, serem pautados na melhor evidência disponível e adequados a cada situação clínica. O plano terapêutico é o fio condutor para o fluxo da linha do cuidado, e esta estabelece o percurso assistencial de acordo com suas necessidades⁸.

Visando à eficácia do modelo assistencial, deve-se ampliar a gestão da informação, valorizar o conhecimento científico e reduzir o poder absoluto das máquinas. Torna-se necessário mudar a lógica assistencial, que se encontra defasada. Por este motivo, os gestores devem buscar intervenções que visem diminuir o uso das instâncias avançadas de cuidado (entre elas o hospital), ampliar a oferta de cuidados em instâncias mais leves (entre as quais, o núcleo integrado de cuidado), sempre que possível em caráter preventivo, fora do ambiente hospitalar.

Existem algumas sugestões de modelos de linhas de cuidado. O importante é que cada instituição de saúde tenha conhecimento de sua carteira, seu perfil e necessidades, de modo a construir a melhor forma de organizar sua prestação de serviços.

O modelo que propomos é composto por cinco níveis hierarquizados de cuidado – acolhimento, núcleo integrado de cuidado, ambulatório geriátrico, e os cuidados complexos de curta duração e longa duração (Figura 1) –, mas é nos três primeiros níveis, nas instâncias leves de cuidado, que se faz a diferença⁹.



Figura 1. Modelo brasileiro de cuidado integrado ao idoso. Rio de Janeiro, RJ, 2016.

Deve-se desenhar um modelo em que haja várias instâncias de cuidado anteriores ao hospital, que é equivocadamente visto como local privilegiado da cura. Esse é um erro conceitual. A internação de pessoas idosas deve apenas ocorrer no momento agudo da doença crônica, pelo menor tempo possível ou em casos de urgências^{7,10}.

A porta de entrada no sistema tem de ser o local facilitador para que o cliente e sua família sintam-se protegidos e amparados. É nessa instância, do primeiro contato, que o usuário é informado de todas as possibilidades e dos percursos assistenciais. Acolher é fundamental para quem chega, e um estímulo para desenvolver confiança e fidelizar-se.

A proposta de linha de cuidado ao idoso deve ser compreendida como uma estratégia de estabelecimento de “percursos assistenciais”, organizando o fluxo de indivíduos de acordo com seu grau de fragilidade. A identificação do risco e a integralidade da atenção nos diferentes pontos da rede são os cerne desse modelo. A hierarquização não pressupõe um percurso evolutivo entre os níveis de atenção do modelo, apesar da tendência esperada; as etapas não podem ser absolutamente fixas, porque existe a possibilidade de reversão da incapacidade e retorno a um patamar de menor complexidade, dependendo da situação.

É necessário melhores resultados assistenciais e econômico-financeiros. O que é preciso para tal? Que todos entendam da necessidade de mudanças e que se permitam inovar. Inovar no cuidado, inovar na forma de se remunerar o setor e inovar na avaliação de qualidade do setor. Muitas vezes inovar significa se resgatar cuidados e valores mais simples, que se perderam dentro do nosso sistema de saúde.

O modelo necessário

Existem quatro aspectos que fundamentam a porta de entrada (ou nível 1) do modelo: acolhimento, fidelização, integralidade e avaliação do risco de fragilização/incapacidade.

Devemos considerar que, no modelo construído, os níveis 1 a 3, em laranja (Figura 1), são as instâncias leves, ou seja, de custos menores e compostas,

basicamente, pelo cuidado dos profissionais de saúde, todos bem treinados. O esforço deve ser realizado para manter os pacientes nesses níveis leves, visando preservar sua qualidade de vida e sua participação social. Já as instâncias em marrom, as pesadas, são de alto custo e é onde se situam o hospital e as demais unidades de longa permanência. O empenho deve ser para tentar reabilitar o paciente e trazê-lo para as instâncias leves, apesar de nem sempre ser possível. Busca-se, portanto, permanecer com o idoso nos três primeiros níveis de cuidado, com vistas a preservar sua qualidade de vida e reduzir os custos. A meta é concentrar nessas instâncias mais de 90% dos idosos¹⁰.

Os modelos de atenção para esse segmento etário precisam ser centrados na pessoa, considerando suas necessidades especiais. O cuidado deve ser gerenciado desde a entrada no sistema até o fim da vida, com acompanhamento constante. Sabemos que os idosos possuem especificidades decorrentes de doenças crônicas, de fragilidades orgânicas e sociais⁵. A reprodução gráfica do modelo (Figura 1) auxilia na compreensão de aspectos importantes do modelo proposto. A entrada através do Nível 1 (acolhimento) garante um acesso consciente, um início pautado na transparência das regras de funcionamento, das carências, dos direitos e deveres, da atenção ofertada, da bonificação e premiação existentes. Constitui-se, portanto, a porta de entrada, um momento crucial para estabelecimento da empatia e da confiança, elementos fundamentais para a fidelização do usuário.

Outro diferencial importante é a proposição de registrar os “percursos assistenciais” do paciente por meio de um sistema de informação amplo, que registre não somente a evolução clínica da pessoa idosa, mas também sua participação em ações de prevenção, individuais ou coletivas, assim como o apoio do gerente de acompanhamento e as chamadas telefônicas realizadas para ou pelo “GerontoLine” (denominação que demos para um *call-center* qualificado e resolutivo, que será comentado mais adiante). Isto permite um compartilhamento da informação, possibilitando avaliação mais integral do indivíduo, inclusive com o prontuário médico da unidade hospitalar regido por normas específicas.

O gerente de acompanhamento é um profissional da área de saúde, geralmente uma enfermeira, que recebe e acompanha o idoso e a família a partir

do nível 2 (Núcleo Integrado de Cuidado). O instrumento breve de identificação de risco feita no ingresso permite um marco zero de monitoramento e parâmetro para acompanhamento do plano terapêutico entre os diferentes pontos da rede. Esse profissional cuida da transição do cuidado entre os serviços e reavalia anualmente, ou quando necessário, a capacidade funcional da pessoa, incentivando-a a participar do processo de cuidado por meio da interlocução entre o discurso assistencial e o paciente, normalmente em situação de fragilidade. Para manter a qualidade da assistência, recomenda-se que cada gerente de acompanhamento tenha até 300 idosos sob sua responsabilidade (para 20 horas semanais de trabalho, sugerimos uma carteira de 300 clientes), como forma de garantir o estabelecimento da confiança e da vinculação com o idoso, valores inerentes a uma assistência qualificada⁶.

O nível 2 é o local de integração das várias ações de educação, promoção e prevenção de saúde por intermédio de ambulatório para idosos com baixo risco, centro de convivência e conveniência, serviços de reabilitação, serviços de apoio ao cuidado e ao autocuidado, apoio à família e local onde o idoso é apresentado ao seu gerente de acompanhamento.

O “GerontoLine” será um serviço de apoio onde o idoso e seus familiares sintam-se protegidos, tenham suas necessidades atendidas e suas dúvidas esclarecidas sobre a assistência recebida. Deve funcionar como um diferencial, exercendo o papel de facilitador e reforço na relação empresa-segurado. A equipe de atendentes deve ser formada por pessoal qualificado, sob a coordenação de um profissional com formação em psicologia, cujo papel será o de conversar com o cliente e atender suas demandas. A prerrogativa é que toda situação tenha uma solução satisfatória. Caso necessário, o atendente deve retornar a ligação com a resposta que não puder ser oferecida no momento anterior. O “GerontoLine” deve ser um canal de comunicação efetiva, de apoio à assistência e aos demais serviços ofertados.

No nível 3 (ambulatório geriátrico), destacamos a importância da equipe multidisciplinar composta por médico, enfermeiro e assistente social. Eles realizam a avaliação geriátrica multidimensional, que permitirá intervenções específicas quando necessário. Essa avaliação considera aspectos médicos, de cuidados, de suporte social, de meio ambiente, cognitivos, afetivos,

de crenças religiosas e econômicas que constituem o plano terapêutico, construído coletivamente e discutido com a equipe de saúde e o gerente de acompanhamento. Esse nível também é o local onde se localiza o atendimento domiciliar de baixa e média complexidades.

Com relação aos familiares da pessoa idosa, observamos que há modelos distintos, com arranjos variados, do que podemos considerar como participação – existem idosos que vivem sós, sem suporte de uma rede familiar, e isso não quer dizer que não haja amigos ou empregados; outros convivem com acompanhantes; uns são assistidos à distância; e ainda há aqueles que vivenciam relações pautadas nas obrigações morais sem afeto. O suporte não deve se restringir à relação familiar consanguínea, mas ser extensivo àqueles que vivem ou convivem com o idoso.

Ressaltam-se, assim, aspectos ausentes na maioria dos modelos assistenciais para pessoas idosas existentes no país e que, quando devidamente registrados em sistema único de informações, proporcionam algo muito importante para o cuidado: quanto mais o profissional de saúde conhece o histórico do seu paciente, melhores serão os resultados, e é assim que devem funcionar os modelos contemporâneos e resolutivos de cuidado¹¹.

A busca da excelência e de práticas inovadoras deve ser permanente e constitui um desafio que ultrapasse o conhecimento das ciências biológicas. A interlocução com as ciências sociais e econômicas deve ser permanente, como forma de manter modelos assistenciais mais eficientes, resolutivos, de qualidade superior e custos mais baixos, que possibilitem a inclusão e a redução de riscos^{12,13}.

O geriatra deveria possuir uma carteira de clientes. Para cada carteira de clientes deveria haver uma dupla formada pelo Médico e pela Enfermeira. A Enfermeira é a Gerente de Cuidados, a responsável pelo acompanhamento dos clientes. É o suporte para o Médico, para o cliente e para a sua família. Com um eficiente sistema de Informação, um “GerontoLine” qualificado, uma Gerente de Cuidado e um Médico com sua carteira de clientes, as chances de sucesso são bem maiores. O modelo de remuneração deve estimular a Performance eficiente dos profissionais. Enfim, a melhor proposta é aquela em que todos ganham!

Acolhimento: o início do processo

Detalharemos aqui a proposta para o primeiro nível, que é a porta de entrada do sistema, local do acolhimento, cadastramento e início do processo de monitoramento do perfil de saúde do idoso^{14,18}.

O nosso modelo é composto de cinco níveis. O nível 1 é o do acolhimento. Acolher faz toda a diferença e é fundamental para que o idoso e sua família possam desenvolver confiança no sistema e, assim, fidelizarem-se. Durante o primeiro contato com a empresa, deve haver a apresentação do modelo de assistência. A atitude do profissional da porta de entrada deve ser educativa, com esclarecimentos sobre a forma de atendimento, a lógica das intervenções, as ações disponíveis e explicações da proposta do plano com base no modelo de promoção e prevenção e de níveis hierárquicos diferenciados¹⁸.

É de fundamental importância que esse momento seja muito bem estruturado e que passe confiança e uma excelente impressão da proposta assistencial da empresa. É aqui que a pessoa é informada sobre os diferenciais do modelo – integralidade, seu médico assistente, acompanhamento individualizado por meio de um gerente de acompanhamento, do “GerontoLine”, das avaliações constantes, da equipe de saúde, da atenção global do cuidado, entre outros elementos, mais do que a mera assistência clínica. Um importante esclarecimento refere-se ao médico do paciente. A centralidade desse modelo dá-se por meio do médico gestor ou médico assistente. Esse profissional é o condutor do processo. Caso ele precise de um parecer ou considere ser necessária a intervenção de um médico que domine uma área específica, o médico assistente encaminhará seu paciente para um especialista. A condução do caso, no entanto, é responsabilidade do generalista. Após a consulta com o especialista, tudo será registrado no prontuário único do paciente e este voltará para o seu médico¹⁵.

Nos projetos internacionais, o médico generalista ou de família absorve integralmente para si de 85% a 90% dos seus clientes, sem necessidade da ação de um médico especialista. Além disto, o médico assistente pode utilizar os profissionais de saúde com formações específicas (em nutrição, fisioterapia, psicologia ou fonoaudiologia). Portanto, o cliente terá uma gama

muito maior de profissionais ao seu dispor, mas quem indica e encaminha é seu médico assistente. Importante também frisar que no Brasil há um excesso de consultas realizadas por especialistas. Isso ocorre porque o modelo atual de assistência prioriza a fragmentação do cuidado. Esse problema cultural fica evidenciado ao se observar o modelo inglês, o *National Health Service* (NHS), que tem como figura central de organização os *General Practitioners* (GP), médicos generalistas com alta capacidade resolutiva, permitindo estabelecer a fidelização do paciente com o referido profissional. O modelo americano, por sua vez, opta pelo encaminhamento para inúmeros médicos especialistas. Estamos falando de dois países ricos, de grande tradição na medicina, que utilizam modelos diferentes e proporcionam resultados também bastante distintos¹⁶.

Solicitamos a fidelização do cliente a nossa proposta assistencial. Mas, o que oferecemos? Propomos para aqueles que aderirem a esse cuidado uma BONIFICAÇÃO. O estímulo pecuniário através da concessão de bonificação mostra-se uma ação bastante eficiente, onde TODOS ganham, o cliente com a melhoria de sua saúde e a empresa com a redução dos custos.

O início desta nova relação deve ser pautado em aspectos técnicos assistenciais, além das questões administrativas e financeiras inerentes ao contrato – nada deve ser omitido. O vínculo inicial deve ser baseado na confiança e na transparência, para que o usuário possa decidir se deseja ou não participar, dado que sua adesão implica bonificações e premiações vinculadas ao uso dos serviços, como incentivos concedidos pelo plano de saúde e fomentados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). A recusa em participar é um direito do cliente e não impossibilita a sua admissão em um outro momento. O mesmo ocorre para os clientes idosos já usuários da empresa, os quais poderão aderir a este novo produto.

O início do processo ocorre quando o novo cliente é convidado a conhecer o que estamos propondo e obter todos os esclarecimentos de um profissional de saúde treinado e que desempenha uma função muito mais ampla do que a de um mero corretor de venda de um plano de saúde. Contudo, caso já seja cliente da empresa e esteja mudando de produto, a oferta para adesão pode acontecer durante uma consulta

ambulatorial ou na internação. O profissional de saúde responsável pelo acolhimento vai aonde o usuário está sendo atendido, como forma de captação e ampliação da cobertura de participantes na nova proposta assistencial.

O primeiro atendimento deve ser realizado por um profissional de saúde, com formação em geriatria ou gerontologia, normalmente uma enfermeira, que irá explicar a linha do cuidado e suas várias instâncias de atendimento, estabelecendo uma relação de confiança entre usuário (e sua família) e o modelo de cuidado proposto. Essa profissional fará uma ampla exposição das ações propostas, enfatizando, sobretudo, a promoção da saúde e a prevenção de doenças, além de todos os percursos assistenciais da rede de atenção, permitindo ao usuário uma compreensão abrangente do modelo. Deve-se detalhar de modo claro e didático aos usuários os vários procedimentos que serão realizados, diferenciais que acreditamos serem benéficos e que visam melhorar a qualidade de vida e de saúde dos idosos, do mesmo modo que a participação do idoso deve ser incentivada, porque faz parte deste modelo de atenção à saúde.

Julgamos importante, no entanto, que haja um médico presente na unidade de acolhimento, em caso de dúvida ou na eventualidade de um usuário não aceitar determinada informação sobre sua doença. Nesse tipo de conflito (raro, mas que pode ocorrer), o médico tem que intervir. A confiança e a fidelidade ao sistema são consequências da percepção do usuário do quanto ele é respeitado e do que lhe é oferecido e de que há vantagens para ambos: o idoso percebe sua saúde bem cuidada e se sente protegido; a operadora obtém a fidelização com custos mais baixos.

Em função do pequeno conhecimento da sociedade sobre este modo de cuidar, muitos pacientes e seus familiares poderão ficar em dúvida e se recusar a optar por esse produto. É importante frisar que nenhum usuário será obrigado a participar da proposta assistencial ofertada. Neste caso, fará uso do plano de saúde convencional e a operadora não poderá recusar aqueles que não desejam participar, como determina a Lei nº 9.656, de 03/06/1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, ratificada pela Súmula Normativa nº 27 da ANS, de 10/06/2015, que proíbe a seleção de riscos pelas operadoras de planos de saúde, tanto na contratação como na exclusão de beneficiários¹⁷.

Neste espaço de acolhimento também estarão disponíveis materiais educativos para que, de acordo com a necessidade do usuário, seja possível iniciar a orientação sobre patologias crônicas, como hipertensão, diabetes e osteoartrite, além do uso seguro de medicação, nutrição saudável, segurança ambiental, atividade física e orientações sobre vacinas. Durante o acolhimento, é aberto um registro eletrônico único, longitudinal e multiprofissional. Lá estarão armazenadas as informações de todas as instâncias de cuidado do modelo assistencial, desde o primeiro contato até o cuidado paliativo na fase final da vida. Esse registro deve conter informações sobre a história clínica e os exames físicos do paciente idoso, mas é essencial que tenha informações sobre seu dia a dia, sua família, seu apoio social, entre outras. Seu prontuário deverá também contar com os registros dos demais profissionais não médicos, como fisioterapeutas, nutricionistas e psicólogos, entre outros.

A participação da família, a explicação das atividades do "núcleo integrado de cuidado" (nível 2, a ser explicado) e os *screenings* epidemiológicos decorrentes de atendimentos nos serviços ofertados são outros importantes diferenciais deste produto. A informação sobre todos os procedimentos é fundamental para o monitoramento do associado e a confecção do cartão do cliente, que poderá ter um *chip* contendo número de registro, nome do contato familiar, unidade em que é atendido, médico e enfermeira responsáveis, um sumário de importantes eventos e o acesso ao seu registro eletrônico.

Este modelo é pautado pelo monitoramento do paciente em todos os níveis, verificando a efetividade das ações para tomada de decisões e acompanhamento. Como forma de organizar o acesso aos níveis do modelo, é realizada uma triagem epidemiológica básica, de poucas perguntas que permitam identificar algumas características operacionais para priorizar o atendimento e utilizar os recursos adequadamente, por meio da aplicação de um instrumento breve de identificação de risco (IR). A tomada de decisão técnica sobre o encaminhamento do cliente precisa ocorrer mediante a pactuação do envolvimento na proposta de atenção à saúde e com base na avaliação do risco de incapacidade. Deste modo, o IR "organiza a fila", definindo prioridades com base na necessidade e não na perversa busca de senha para atendimento.

O importante é que a identificação de risco seja aplicada em todos os usuários em seu ingresso no modelo. Pode ser autoaplicável, anterior a ida ao acolhimento (nível 1), permitindo uma acolhida ao usuário com informações prévias.

Existem vários instrumentos validados e que preenchem todos os requisitos científicos de qualidade. Para a porta de entrada, no nível 1, sugerimos utilizar o questionário Prisma-7. Desenvolvido no Canadá, ele é destinado ao rastreamento do risco de perda funcional do idoso. Composto de sete itens, apresenta como benefícios a facilidade e a rapidez da aplicação e das respostas (do tipo sim/não), maior objetividade, menor risco de parcialidade do entrevistador, menor possibilidade de erros e maior facilidade na análise dos resultados¹⁸.

Além da identificação de risco realizada no acolhimento, na fase inicial do processo, os demais instrumentos epidemiológicos serão utilizados anualmente a partir da etapa posterior, ou seja, o nível 2. As informações farão parte do prontuário eletrônico do paciente e serão mantidas até o final do percurso assistencial. O médico e a sua gerente de acompanhamento, além da equipe interprofissional geriátrica, farão avaliações mais detalhadas, a fim de propor um plano de intervenção.

Propomos que a ratificação da contratação do plano de saúde seja realizada durante o acolhimento, como forma de garantir que todos os esclarecimentos sejam prestados e não haja nenhuma dúvida por parte do cliente, possibilitando, deste modo, um início de relacionamento transparente. O início dessa nova relação deve ser pautado em aspectos técnicos assistenciais, além das questões administrativas e financeiras inerentes ao contrato terapêutico – nada dever ser omitido.

A entrevista qualificada de adesão é um momento de grande importância durante a contratação de um plano de saúde, pois, além de criar uma relação de confiança entre as partes, permite que o foco não seja exclusivo na relação contratual. É uma oportunidade única para avaliação do paciente e sua inserção na rede de cuidados. É parte integrante do contrato o preenchimento do documento de saúde (declaração de saúde), onde são informadas todas as possíveis doenças ou lesões preexistentes (DLP) e se estabelece a cobertura parcial temporária (CPT).

Seu preenchimento é necessário para compreender o contrato a ser assinado, definindo prazos de carência, procedimentos cobertos nos casos de urgência e emergência e cobertura oferecida nos casos de DLP. O preenchimento indevido pode caracterizar uma situação de fraude, ficando sujeito à suspensão da cobertura ou à rescisão unilateral do contrato.

O usuário deve sempre preencher a declaração de saúde mediante entrevista qualificada orientada por um profissional de saúde pertencente à contratada, sem qualquer ônus. Entretanto, sabemos que essa entrevista inicial, que consideramos de grande importância para a fidelização do cliente no modelo assistencial proposto, é realizada pelo corretor que vende o plano de saúde, o qual, com frequência, não informa ao futuro usuário que preencheu sua declaração de saúde, pois seu interesse é vender o produto.

A relação com o usuário precisa mudar. Deve ser transparente, estabelecer um pacto baseado em verdades. As ações realizadas devem ser registradas no sistema de informações, que deve ser aberto no acolhimento e seguido até o final da vida do paciente¹⁹.

O modelo de hierarquização de cuidado propicia o conhecimento de seus usuários, seu perfil e suas necessidades, de modo a organizar da melhor forma a prestação de serviços. Uma coisa é certa: sem a organização do cuidado do idoso e sem a elaboração de um plano de cuidados, o envelhecimento populacional e o aumento da prevalência de doenças podem deixar de ser oportunidades, tornando-se entraves à sustentabilidade do sistema de saúde suplementar brasileiro.

Importante ressaltar que a proposta apresentada não tem por objeto apenas a discussão de mecanismos de redução dos custos em saúde. Esse fator é um elemento importante do contexto, como tantos outros que nos movem em busca de um objetivo mais amplo, que é o cuidado integral do idoso. O modelo apresentado tem por compromisso e meta a melhoria da qualidade e da coordenação do atendimento prestado desde a porta de entrada no sistema e por todo o contínuo do cuidado, evitando redundâncias de exames e prescrições, interrupções na trajetória do usuário e a iatrogenia gerada pela desarticulação das intervenções em saúde.

O hospital e a emergência sempre serão instâncias de cuidado importantes para a atenção à saúde, mas é preciso redefinir e recriar a função que exercem na rede assistencial atualmente. Essas unidades de cuidado devem ser reservadas prioritariamente para os momentos de agudização da doença crônica²⁰.

Detalhando os gráficos do modelo

O vínculo inicial deve ser pautado na confiança e na transparência, para que o usuário possa escolher participar ou não do modelo, dado que sua adesão pode implicar bonificações e premiações vinculadas ao uso dos serviços, como incentivos concedidos pelo plano de saúde e incentivados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

A Figura 2 foi apresentada no livro “Idosos na Saúde Suplementar: uma urgência para a saúde da sociedade e para a sustentabilidade do setor”, do Projeto Idoso Bem Cuidado, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Tanto a Figura 2 como a Figura 1 seguem a lógica do cuidado, da integralidade e da busca pelas mudanças necessárias. É necessário inovar no cuidado, na forma de remunerar e avaliar a qualidade ofertada. Vale a pena ressaltar a ênfase conferida ao modelo e à remuneração, como pode ser visto nas duas plataformas sobrepostas: uma relativa ao modelo assistencial e outra relativa ao modelo de remuneração.

Triade para o sucesso! 1. O médico e a enfermeira são responsáveis por uma carteira de clientes. 2. O cliente receberá estímulo financeiro (bonificação) para aderir ao modelo assistencial, que é baseado no monitoramento e na fidelização à equipe de saúde. 3. A remuneração do médico e da equipe de saúde será estabelecida a partir do sucesso no cuidado. Melhor performance, maiores valores. Reconhecemos que os profissionais de saúde são mal remunerados.

A Figura 2 mostra, com importância semelhante, a qualidade do cuidado oferecido pelo médico assistente, sua carteira de clientes e sua remuneração variável. Ênfase também é conferida, no centro do gráfico, à carteira de clientes, às avaliações funcionais, ao rastreamento de risco, ao gerenciador de cuidados e a um eficiente sistema de informações, que registra todas as ações dos clientes. Também é destacada a importância das várias instâncias de cuidado, como o ambulatório, o hospital, a atenção domiciliar, a reabilitação, a equipe multidisciplinar, o centro de convivência e o cuidado paliativo. Todas fazem parte da rede de cuidado e estão integradas por meio do sistema de informação e do seu médico assistente, que é a referência clínica por todo o seu percurso no modelo. Fica bastante evidente que o hospital é apenas uma das instâncias. Está em igualdade com as demais, mas superado pela importância das ações preventivas, que estão no centro do modelo. A lógica, nas instâncias leves é do cuidado integral, da equipe multidisciplinar e do médico responsável pelo paciente.

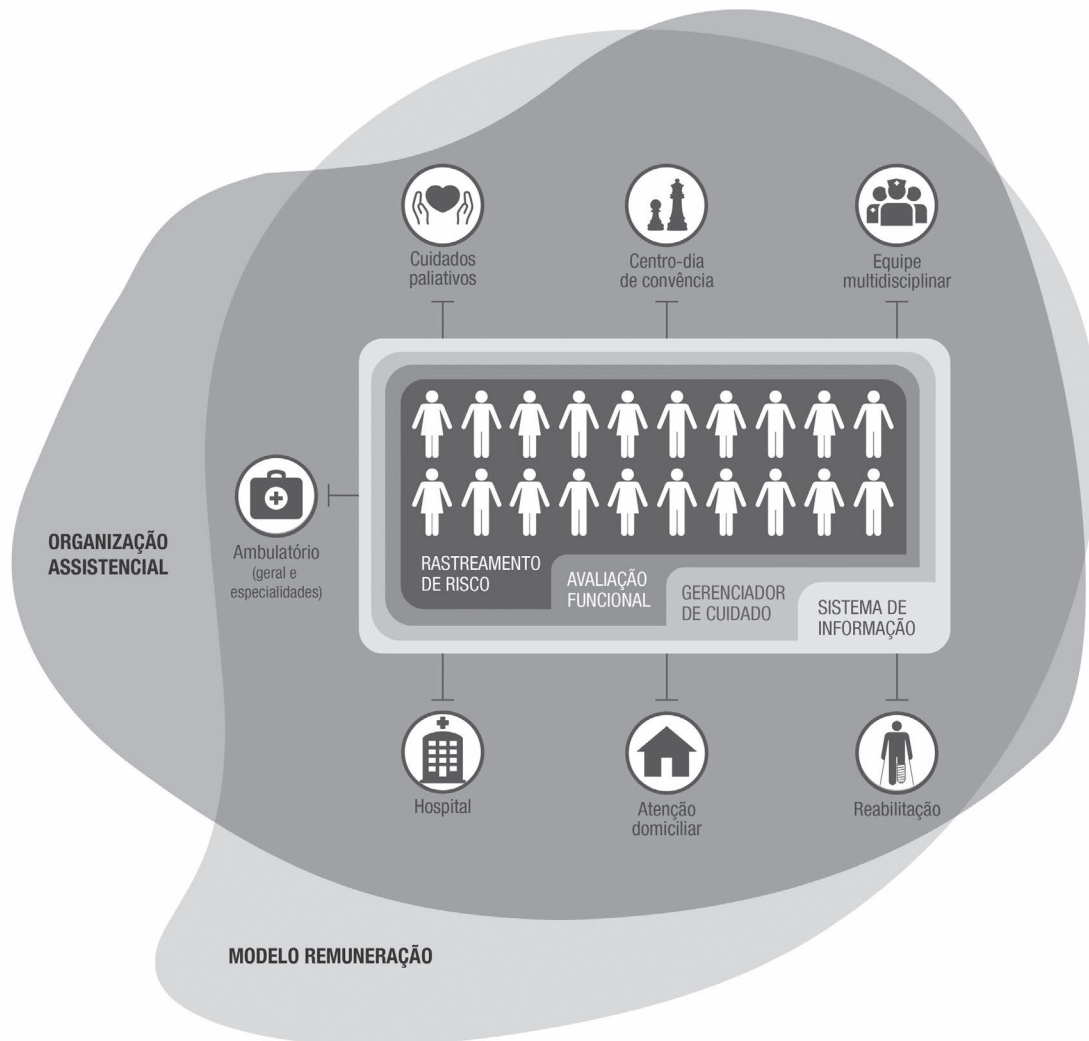


Figura 2. Projeto Idoso Bem Cuidado. Rio de Janeiro, RJ, 2016.

A Figura 1 apresenta o sumário gráfico do modelo desenvolvida pela Universidade Aberta da Terceira Idade (UnATI/UERJ). No centro estão colocados alguns elementos-chave. Há a preocupação de incluir o idoso e sua família, um destaque para a figura do gerente de acompanhamento e do “GerontoLine”, ou seja, estruturas que reforçam a centralidade no cliente e em sua família e as facilidades de comunicação entre profissionais de saúde e cliente. Também há uma mensagem relevante ao estruturar o modelo em cinco segmentos, com cores distintas para os grupos 1 a 3 (instâncias de cuidado mais leves) e para os grupos 4 e 5 (instâncias mais pesadas). O detalhamento dos cinco grupos permite um melhor entendimento da filosofia baseada na funcionalidade, não na doença.

Nesta primeira figura, no nível 2, encontra-se o Núcleo Integrado de Cuidado, uma unidade que se caracteriza por ser o ponto de atenção da rede. Inclui sistemas de apoio à vida autônoma e independente, com ações de alimentação, serviços de suporte à família, “GerontoLine”, centro de convivência e conveniência (local onde se podem adquirir facilidades para os idosos – equipamentos variados, compra de pacotes de turismo, ingressos e transportes para lazer, como teatros e visitas a museus, ou seja, tudo que facilite a vida do idoso e seus familiares), além de serviços de reabilitação e apoio ao cuidado e ao autocuidado. Trata-se, enfim, do coração do modelo, onde serão realizadas todas as articulações para as demais unidades, a partir

das avaliações. As ações realizadas no Núcleo Integrado de Cuidado visam facilitar uma vida ativa para idosos autônomos e independentes, bem como oferecer facilidades de equipamentos de suporte para auxiliar as famílias com idosos dependentes. Além disso, há outros sistemas de apoio para auxiliar o autocuidado, incluindo a supervisão da administração de medicamentos e o agendamento de consultas²¹.

O idoso que apresenta risco baixo e moderado será acompanhado ambulatoriamente. Dependendo da avaliação realizada, será possível decidir se a intervenção necessária está no nível ambulatorial clínico ou geriátrico. O ambulatório clínico localizado no nível 2 é aquele onde estarão os idosos com uma patologia e de baixa demanda. O nível 3 é para os idosos de múltiplas patologias e que necessitam de um apoio geriátrico mais robusto.

O terceiro nível (ambulatório especializado ou geriátrico) está estruturado para atender idosos com síndrome geriátrica e fragilizados ou em processo de fragilização, os quais necessitam de acompanhamento especializado, mais pormenorizado e de maior complexidade. O cuidado deve ser realizado por médicos geriatras e equipe multidisciplinar de saúde.

No nível geriátrico, o acompanhamento é realizado por equipe multiprofissional, voltando sua abordagem para a manutenção e reabilitação da funcionalidade. Trata-se de um ambulatório geriátrico, voltado para o idoso mais frágil ou de maior risco, que demanda esse tipo de intervenção. As ações visam interromper/diminuir a evolução da fragilidade, paralelamente à redução dos custos. O atendimento domiciliar (consulta e procedimento) também pertence a essa estação de cuidado.

Como já mencionado, é essencial saber o quanto as doenças crônicas impedem o idoso de exercer suas atividades rotineiras de forma autônoma e independente. É no nível 3 que a avaliação geriátrica multidimensional será aplicada, pois é um instrumento importante para precisar um diagnóstico, um prognóstico e um julgamento clínico adequado para um planejamento assistencial efetivo. A prática médica mostra que a diminuição da capacidade funcional do idoso é que o tornará dependente de um nível mais complexo de assistência. E ela poderá ser ocasionada pela evolução da própria patologia

de base, por sua má administração e sequelas ou pela inadequada assistência recebida – seja familiar, social ou institucional.

O atendimento domiciliar constitui uma modalidade de atenção substitutiva ou complementar às já existentes, caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção/tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, com garantia de continuidade e integração a redes de cuidados. A atenção domiciliar pode ser disponibilizada em três categorias diferentes:

- a) atendimento domiciliar nível 1: adequado a pacientes idosos, que residem só e têm dificuldade de deambular. Neste caso, se o serviço não for domiciliar, o idoso fica sem assistência e seu quadro só tende a se agravar. Na verdade, essa modalidade de nível 1 é semelhante a uma consulta ambulatorial;
- b) atendimento domiciliar nível 2: utiliza tecnologia relativamente simples e é indicado quando o paciente necessita de procedimento que pode ser realizado no domicílio, como reabilitação após fratura, feridas e outras convalescenças após internação hospitalar;
- c) atendimento domiciliar nível 3: utiliza estrutura bastante semelhante à do hospital e funciona bem para os idosos, que permanecem em sua residência e no seu quarto, sem riscos de infecção hospitalar e em um ambiente ao qual está acostumado.

O quarto e o quinto níveis do modelo devem ser usados com parcimônia, em momentos precisos e sempre com o acompanhamento da equipe do projeto. Dividimos as instâncias de cuidado mais "pesadas" (em marrom no gráfico) em dois grupos: os de curta duração e os de longa duração²².

É no quarto nível que se encontra o atendimento domiciliar de maior complexidade, ou de nível 3, pois apostar em instalações hospitalares e espaços para tratamentos ultra especializados é ir contra uma tendência que aponta para o risco de amargas perdas – sejam econômicas ou do ponto de vista do cuidado. O avanço tecnológico das últimas décadas proporcionou a miniaturização e automação de equipamentos de alta tecnologia,

tais como os respiradores mecânicos, as bombas de infusão, as máquinas de diálise e os equipamentos de administração de medicamentos, tornando-os mais usuais, simples e de mais baixo custo. Pode-se, portanto, transferir parte da parafernália hospitalar para o interior da residência do paciente.

Procedimentos cirúrgicos que demandavam vários dias de internação foram reduzidos à metade. Procedimentos vários que antes demandavam hospitalização são realizados em consultórios/ambulatorios, trazendo mais conforto, reduzindo as chances de infecção hospitalar, além de uma conta menor para o pagador. Esses fatores levam a uma menor utilização do hospital, com a consequente ampliação dos procedimentos realizados no próprio lar (*home-care*).

Sabemos que sempre iremos necessitar de bons hospitais. Além do mais, nem todos os pacientes e residências são elegíveis para o tratamento domiciliar. Não é propósito, portanto, passar uma concepção niilista. O que não é razoável é transformarmos os hospitais em porta de entrada do sistema de saúde, quando a medicina mais contemporânea mostra que essa instância de cuidado, além de mais caro, deve a ficar restrita a indicações precisas. O *home-care* não é um modismo, apenas uma modalidade mais contemporânea de cuidar. Aliás, a “invenção” do moderno hospital é que é algo recente. Até bem pouco tempo atrás, o cuidado se dava na residência²³.

À semelhança dos níveis anteriores, o nível 4 também trabalha com a lógica preventiva e tem por objetivo reduzir a progressão e as complicações de uma doença já sintomática, sendo aspecto importante da terapêutica e da reabilitação. Sabemos da importância do hospital e não desprezamos sua capacidade no processo de recuperação de um doente, mas essa instância deve ser reservada para casos bem específicos e definidos e pelo menor período possível. Após a remissão da fase aguda, a assistência domiciliar pode ser o melhor local para continuação do tratamento. Reservamos os *hospices* ou cuidados paliativos, na fase terminal, para um curto período e para casos específicos. O mesmo se aplica as outras instâncias do nível 4, que se caracteriza por um acompanhamento de curto prazo e pelo encaminhamento para uma instância mais adequada tão logo seja possível. No nível 4,

o tempo de internação deve ser curto, inclusive no segmento *hospice* ou na Unidade de Internação de Cuidados Paliativos, que deve ser utilizada apenas em fase terminal, visando amenizar todas as formas possíveis de sofrimento.

No nível 5 observa-se uma grande contradição na lógica assistencial. Embora reconhecidas na área da saúde, as instâncias de longa duração não contam com cobertura do setor privado. No setor público, por sua vez, esses locais têm sua gestão transferida para instituições filantrópicas, religiosas ou para o segmento social do governo. Infelizmente, as instâncias de longa duração, são vistas como depósitos de idosos doentes, particularmente os asilos, locais que, em sua maioria, funcionam como repositório de problemas sociais, de abandono e de muito pouca atenção da área da saúde.

Não deveria ser assim, pois neste quinto nível encontra-se a unidade de reabilitação para casos que exijam acompanhamento por longo período. Já as residências assistidas são alternativas interessantes para manter o idoso sob proteção da família, em local não institucionalizado, preservando os laços afetivos e um apoio afetivo mais intenso. As instituições de longa permanência para idosos, apesar de não serem uma opção prioritária, podem ser os únicos locais para idosos sem família ou com dificuldade financeira. Essa estrutura acaba sendo a única saída para o cuidado de um paciente com essas características. Em suma, o nível 5 de cuidado exige uma política mais inclusiva e uma participação mais efetiva dos setores público e privado para evitar o abandono no último período da vida. Como são ações de longo curso, a discussão fundamental diz respeito à estruturação de um mecanismo de financiamento, caso contrário pouco avanço será alcançado.

Para o sucesso deste modelo, portanto, é preciso que os clientes sejam orientados a fazer parte dos programas e ações propostas, em vez da lógica vigente de utilizar o plano de saúde apenas quando da realização de exames ou da entrada em um hospital já com doença em estágio avançado. O modelo reúne todas as instâncias de cuidado, não exclui absolutamente nada em relação à assistência requerida – aliás, inclui novas unidades normalmente não oferecidas aos clientes de muitas prestadoras de saúde – e prioriza a lógica do cuidado em instâncias

mais “leves”. Nelas se oferece a melhor assistência possível, com profissionais treinados e qualificados, baseados nas modernas concepções científicas de atendimento. Em síntese, nossa proposta é investir na saúde para reduzir o gasto com a doença.

Especificidades e características do modelo

Os modelos de atenção do segmento populacional dos idosos precisam ser centrados na pessoa, considerando suas características e necessidades. O cuidado precisa ser gerenciado desde a entrada no sistema até o fim da vida, com a integralidade dos serviços e das ações ofertadas de forma planejada, com acompanhamento constante. Sabemos que os idosos possuem especificidades decorrentes da própria idade, como doenças crônicas, de fragilidades orgânicas e sociais, com maior custo para seu cuidado. Diante de tantas situações adversas, o cuidado do idoso tem de ser estruturado de forma diferente e especial.

Alguns aspectos do modelo são fundamentais e serão descritos com maior detalhamento a seguir:

- a) Ao chegar ao nível 1, no momento do acolhimento, o novo usuário é apresentado ao modelo e tem a oportunidade de esclarecer todas as dúvidas. O primeiro atendimento deve ser realizado por um profissional de saúde, que irá explicar a linha do cuidado e suas várias instâncias de atendimento, estabelecendo uma relação de confiança entre o usuário, sua família e o modelo de cuidado proposto. Esse profissional fará uma ampla exposição das ações propostas, enfatizando, sobretudo, a promoção da saúde e a prevenção de doenças, além de todos os percursos assistenciais da rede de atenção, permitindo uma compreensão abrangente do modelo. Deve-se detalhar de modo claro e didático aos usuários os vários procedimentos que serão realizados, diferencial que acreditamos ser benéfico e que visa melhorar a qualidade de vida e de saúde dos idosos, do mesmo modo que a participação do idoso deve ser incentivada, porque faz parte desse modelo de atenção à saúde.
- b) O ideal para um sistema de saúde organizado e resolutivo é que se tenha um Registro Eletrônico

de Saúde (RES), que é um repositório eletrônico de informações a respeito da saúde dos usuários. Idealmente, esse repositório precisa ter padrões mínimos para que seja acessível em qualquer instância do sistema e pelo próprio paciente. Sinaliza-se que na concepção e implementação do RES devem estar contemplados requisitos de sigilo e privacidade de dados pessoais dos pacientes, com níveis de acesso diferenciados conforme a natureza da informação disponibilizada, em acordo à legislação federal em vigor sobre o tema. Um diferencial importante é a proposição de registrar os “percursos assistenciais” do paciente, por meio de um sistema de informação amplo, que anote não somente a evolução clínica da pessoa idosa, mas também sua participação em ações de prevenção individuais ou coletivas. Da mesma forma, o apoio do gerente de acompanhamento e as chamadas realizadas para ou pelo que estamos chamando de “GerontoLine” permitem um compartilhamento da informação, possibilitando uma avaliação mais integral do indivíduo, inclusive com o prontuário médico da unidade hospitalar.

- c) A avaliação funcional é definidora da estratificação e da alocação correta do paciente idoso em sua linha de cuidado, além de ser capaz de antecipar seu comportamento assistencial.

Há uma série de instrumentos de avaliação para rastreamento de risco e organização da porta de entrada do sistema de saúde, validados e traduzidos para o português. Para esse primeiro contato, sugerimos a utilização do Prisma-7. Sabemos que a autonomia funcional é um importante preditor da saúde do idoso, mas avaliar sistematicamente toda a população idosa utilizando escalas longas e abrangentes não é o ideal. A abordagem em duas fases, concentrando a avaliação completa apenas nos idosos em situação de risco, captados por um processo de triagem, é mais eficaz e menos onerosa.

Portanto, para essa primeira fase (da triagem rápida), devemos utilizar um instrumento com os seguintes critérios:

- ser simples e seguro;
- ter tempo de aplicação curto e baixo custo;

- ter suficiência em precisão para detectar o risco investigado;
- ser validado para a população e para a condição a ser verificada;
- ter sensibilidade e especificidade aceitáveis;
- apresentar um ponto de corte bem definido.

O processo de validação e adaptação transcultural do questionário Prisma-7 para o Brasil mostrou que o ponto de corte referente à pontuação 4 (quatro ou mais respostas positivas) é o ideal. O instrumento não requer material especial, qualificação ou treinamento. O tempo de aplicação é de três minutos e os níveis sociocultural e de escolaridade não influenciam na compreensão das questões.

O Prisma-7 tem sido utilizado sistematicamente na porta de entrada do sistema de saúde do Canadá e pela British Geriatrics Society e pelo Royal College of General Practitioners, na Inglaterra, como instrumento de rastreio para perda funcional e fragilidade.

Após a aplicação desse instrumento de triagem rápida no nível 1, o resultado obtido vai para o sistema de informação. O idoso fará novas avaliações funcionais em outra instância de cuidado. No nível 1 será realizado apenas o Prisma-7. Nos níveis 2 e 3, o paciente será submetido aos demais instrumentos que fazem parte dessa avaliação funcional. A Escala de Katz, que avalia as atividades de autocuidado na vida diária, e a Escala de Lawton, para as atividades instrumentais, são exemplos de instrumentos universalmente utilizados. Na nossa proposta, utilizaremos alguns dos importantes protocolos já traduzidos e validados no Brasil.

- d) O “GerontoLine” é um diferencial; um *call-center* que funciona como serviço de apoio aos idosos e seus familiares. Seu papel é manter relacionamento direto com os usuários e atender suas demandas.
- e) O gerente de acompanhamento é um profissional da área de saúde (geralmente, um enfermeiro)

que acompanha o idoso e sua família a partir do nível 2 (Núcleo Integrado de Cuidado). A avaliação funcional breve feita no ingresso permite um marco zero de monitoramento e serve de parâmetro para acompanhamento do plano terapêutico entre os diferentes pontos da rede. Esse profissional é responsável pela transição do cuidado entre os serviços e reavalia anualmente, ou quando necessário, a capacidade funcional da pessoa, incentivando-a a participar do processo. Sua função é de extrema importância para o modelo proposto e sua atuação segue a mesma lógica do navegador (*navigator*) americano, criado para orientar os pacientes com câncer a circular dentro da rede de cuidados e seguir os protocolos.

A função do navegador está presente em algumas operadoras dos Estados Unidos e seu papel é central nesta proposta. De acordo com a Associação Médica Americana, é responsabilidade desse profissional o gerenciamento do cuidado do usuário ao longo dos diferentes níveis de complexidade do sistema de saúde, verificando se as prescrições e orientações estão sendo cumpridas.

- f) O médico do paciente, aquele médico da família de antigamente, atende no ambulatório localizado no nível 2 do modelo, mas acompanha o idoso em todas as instâncias de cuidado. Caso o paciente seja internado no hospital, o médico não o assistirá nessa unidade da rede, porém, como seu responsável e ponto de referência, ele será informado de tudo que acontece, ao lado da sua enfermeira, e manterá contato com o médico do hospital, da internação domiciliar ou de qualquer outra instância de cuidado. O importante é garantir que todo cliente terá seu médico, independentemente do local da assistência. A relação entre médico, gerente de acompanhamento e paciente deve ser intensa.

O modelo completo é composto de 5 níveis, no entanto, são nos 3 primeiros que se faz a diferença. Por este motivo, ênfase é conferida aos 3 primeiros níveis de cuidado. Nosso foco, portanto, é para um modelo mais resolutivo e acolhedor, baseado no cuidado integral e no que há de mais atual e contemporâneo no conhecimento científico. Não negamos e não somos contrários, e nem

abandonamos as demais instâncias de cuidado, mas a “novidade” do modelo não está no hospital nem no asilo.

Tendência de mudança

A preocupação com um modelo de cuidado ao idoso de maior qualidade e mais efetivo não é somente brasileira. O mundo todo está debatendo o tema, reconhecendo a necessidade de mudanças e propondo melhorias em seus sistemas de saúde.

O mesmo ocorre entre nós, ao apresentarmos os estudos realizados na UnATI/UERJ e no âmbito do projeto Idoso Bem Cuidado, da ANS. Os gráficos que resumem esses trabalhos sintetizam de forma perfeita o modelo que buscamos. Não existe um modelo único, mas uma lógica que privilegia as instâncias leves, o monitoramento constante, um serviço telefônico eficiente, o médico responsável por uma carteira de clientes e que o acompanha em todas as instâncias de cuidado, uma enfermeira que trabalha em dupla com seu médico, o trabalho em equipe, o uso do instrumental epidemiológico para monitorar a funcionalidade e um prontuário eletrônico de qualidade. Todos esses elementos fazem um contraponto ao modelo baseado nos médicos especialistas, na desarticulação dos profissionais, no uso prioritário do hospital, no consumo elevado de fármacos e no excesso dos exames laboratoriais e de imagem²⁴.

Em síntese, existem algumas sugestões de modelos de linhas de cuidado. O importante é que cada instituição de saúde tenha conhecimento de sua população, seu perfil e suas necessidades, de modo a construir a melhor forma de organizar sua prestação de serviços. Uma coisa é certa: sem a organização do cuidado do idoso e a elaboração de um plano de cuidados, o envelhecimento populacional e o aumento da prevalência de doenças crônicas no setor público ou suplementar de saúde brasileiro podem deixar de ser oportunidades e se tornar entraves à própria sustentabilidade do sistema.

CONCLUSÃO

A proposta deste modelo de cuidado integrado para o idoso configura-se como um fluxo de ações de educação, promoção da saúde, prevenção de doenças evitáveis, postergação de moléstias, cuidado precoce e reabilitação de agravos. Ou seja, uma linha de cuidado para o idoso que seja um percurso assistencial por dentro de uma rede articulada, referenciada e com um sistema de informação desenhado em sintonia com essa lógica.

Transformar a lógica do cuidado em saúde no Brasil é um grande desafio e também uma necessidade. E ganha uma relevância ainda maior quando falamos da atenção à saúde de pessoas em situações de maior vulnerabilidade, como é o caso dos idosos. Esse tipo de mudança e inovação precisa ser construída no cotidiano dos serviços, na formação dos profissionais de saúde, na forma como o sistema de saúde é gerido e organizado para a assistência e em seu financiamento. Não há como falar de reorganização da prestação dos serviços sem falar de modelos de remuneração, pois um determina o outro. Precisamos enfrentar esse debate para avançar em direção a uma maior qualidade do cuidado em saúde e para que seja possível remunerar de forma adequada outras instâncias de cuidado e novas formas de produzir saúde – como o Núcleo Integrado de Cuidado e as instâncias de cuidado de transição – imprescindíveis em um cenário de prevalência de doenças crônicas.

Acreditamos que é possível envelhecer com saúde e qualidade de vida, desde que todos os atores do setor se percebam responsáveis pelas mudanças necessárias e se permitam inovar. Inovar no cuidado, na forma de remunerar e avaliar a qualidade do setor²⁵.

Lembramos sempre que, muitas vezes, inovar significa resgatar cuidados e valores mais simples, que se perderam dentro do nosso sistema de saúde. Já perdemos muito tempo; precisamos agora iniciar a construção dessa nova forma de cuidar dos idosos. Não podemos mais esperar.

Comentário de Especialista

Envelhecer: Uma conquista da nossa sociedade; precisamos garantir que seja com saúde e qualidade!

Martha Oliveira¹

903

Comentar o relevante texto do professor Renato Veras é para mim um privilégio. Sua trajetória de estudos e propostas para um sistema de saúde melhor para o idoso no Brasil são fundamentais para que essa conquista da nossa sociedade - ter uma maior expectativa de vida - se dê em plenitude.

O atual modelo assistencial no Brasil privilegia a baixa qualidade nos serviços e a ineficiência, remunerando por volume, num sistema fragmentado e desarticulado.

Temos algumas tecnologias em excesso e vários aparatos em saúde que simplesmente não se desenvolveram no Brasil, em especial na saúde suplementar, como atenção domiciliar e o cuidado paliativo, entre outros.

O idoso, por ter maior vulnerabilidade e maior utilização do sistema de saúde, é um dos mais prejudicados pelo atual modelo assistencial.

Como cita Don Berwick do *Institute for Healthcare Improvement* (IHI), “Todo sistema de saúde é perfeitamente desenhado para atingir os resultados que se atinge”. Nosso sistema de saúde conseguiu fazer transição demográfica (envelhecemos), transição epidemiológica (temos agora tripla carga de doenças), transição nutricional (saímos da desnutrição para a obesidade), mas não conseguimos fazer a tão necessária transição nas nossas instituições de saúde, que permanecem organizadas para tratar doenças agudas, infecciosas.

Alguns elementos são necessários em um sistema para que se possa mudar os resultados em saúde:

avaliação e remuneração que levem em consideração a qualidade e sistema de informações que possa facilitar a linha de cuidado do paciente, são alguns deles.

Para se alterar esse modelo, precisamos pautar essas mudanças em eixos que também foram citados no texto do Prof. Renato: avaliação funcional, um médico centralizador do cuidado, um gerente de acompanhamento, equipe multiprofissional.

Também se destaca a importância dos níveis hierarquizados de cuidado, que organizam o caminho desse idoso, de acordo com sua linha de cuidado.

Todo esse modelo descrito traz como proposta uma reorganização do cuidado que já se demonstrou ser muito mais eficaz e de menor custo para o sistema de saúde. Significa de forma simples fazer o necessário, de forma correta, com foco no elemento mais importante de todo processo que é o paciente.

Outra proposta destacada seria contar com a participação do próprio idoso no modelo, se utilizando de estratégias que possam ajudar no convencimento da importância do cuidado preventivo, como a bonificação que poderia ser utilizada pelos planos de saúde.

Para finalizar, chegou a hora de incluirmos em nossas discussões em torno da formação profissional e organização dos serviços o debate sobre curar e cuidar. Estamos precisando nos organizar para cuidar das pessoas, num sistema de saúde que até agora focou em curar pacientes. Isso fará grande diferença nesse momento de envelhecimento populacional.

¹ Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), Desenvolvimento Social. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

REFERÊNCIAS

1. Veras RP, Caldas CP, Cordeiro HA. Modelos de atenção à saúde do idoso: repensando o sentido da prevenção. *Physis*. 2013;23(4):1189-1213.
2. Banco Mundial. Envelhecendo em um Brasil mais velho: implicações do envelhecimento populacional para o crescimento econômico, a redução da pobreza, as finanças públicas e a prestação de serviços. Washington, DC: The World Bank; 2011.
3. Da Silveira DP, Araújo DV, Gomes GHG, Lima KC, Estrella K, Oliveira M, et al. Idoso na saúde suplementar: uma urgência para a saúde da sociedade e para a sustentabilidade do setor. Rio de Janeiro: ANS; 2016.
4. BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Plano de cuidado para idosos na saúde suplementar. Bonfim EG, Coelho KSC, Pasinato MT, De Oliveira MR, Veras RP, elaboração técnica. Rio de Janeiro: ANS; 2013.
5. Veras RP, Estevam A. Modelo de atenção à saúde do idoso: ênfase sobre o primeiro nível de atenção. In: Organização Pan-Americana da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar. Conhecimento técnico-científico para qualificação da saúde suplementar. Lozer AC, Godoy CVC, Leles FAG, Coelho KSC, organizadores. Brasília, DF: OPAS; 2015. p.73-84. Co-publicação Agência Nacional de Saúde Suplementar.
6. Veras RP. A urgente e imperiosa modificação no cuidado à saúde da pessoa idosa [Editorial]. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2015;18(1):5-6.
7. Veras RP, Caldas CP, Da Motta LB, De Lima KC, De Siqueira RC, Rodrigues RTSV, et al. Integração e continuidade do cuidado em modelos de rede de atenção à saúde para idosos frágeis. *Rev Saúde Pública*. 2014;48(2):357-65.
8. Veras RP, Caldas CP, Cordeiro HA, Motta LB Da, De Lima KC. Desenvolvimento de uma linha de cuidados para o idoso: hierarquização da atenção baseada na capacidade funcional. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2013;16(2):385-92.
9. Veras RP, Amorim AE. Relatório final UNATI/ UERJ: Projeto: Modelo de hierarquização da atenção ao idoso com base na complexidade dos cuidados: proposta de monitoramento dos três níveis de cuidado na assistência suplementar. Rio de Janeiro; 2015. Contrato BR/CNT/1401445.001.
10. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº. 2.528 de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2006.
11. Ramos LR, Andreoni S, Coelho-Filho JM, Lima-Costa MF, Matos DL, Rebouças M, et al. Perguntas mínimas para rastrear dependência em atividades da vida diária em idosos. *Rev Saúde Pública*. 2013;47(3):506-13.
12. Moraes EN. Atenção à saúde do idoso: aspectos conceituais. Brasília, DF: OPAS; 2012.
13. Veras RP. Estratégias para o enfrentamento das doenças crônicas: um modelo em que todos ganham. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2011;14(4):779-86.
14. De Lima KC, Veras RP, Caldas CP, Da Motta LB, Bonfada D, Santos MM, et al. Effectiveness of intervention programs in primary care for the robust elderly. *Salud Pública Méx*. 2015;57(3):265-74.
15. Veras RP. Prevenção de doenças em idosos: os equívocos dos atuais modelos. *Cad Saúde Pública*. 2012;28(10):1834-40.
16. Veras RP. Experiências e tendências internacionais de modelos de cuidado para com o idoso. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2012 [acesso em 12 de dezembro de 2012.];17(1):231-8. Disponível em: http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/artigo_int.php?id_artigo=8612
17. BRASIL. Resolução Normativa - RN nº. 265, de 19 de agosto de 2011. Dispõe sobre a concessão de bonificação aos beneficiários de planos privados de assistência à saúde pela participação em programas para Promoção do Envelhecimento Ativo ao Longo do Curso da Vida e de premiação pela participação em programas para População-Alvo Específica e programas para Gerenciamento de Crônicos. Agência Nacional de Saúde Suplementar; 2011. Disponível em: http://www.ans.gov.br/texto_lei.php?id=1796
18. BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Plano de cuidado para idosos na saúde suplementar. Rio de Janeiro: ANS; 2013.
19. De Lima KC, Caldas CP, Veras RP, Correa RF, Bonfada D, De Souza DLB, et al. Health Promotion and Education: a study of the effectiveness of programs focusing on the aging process. *Int J Health Serv*. Epub 2 agosto de 2016.
20. Caldas CP, Veras RP, Da Motta LB, Guerra ACLC, Trocado CVM. Atendimento de emergência e suas interfaces: o cuidado de curta duração a idosos. *J Bras Econ Saúde*. 2015;7(1):62-9.

21. Gordilho A, Sérgio J, Silvestre J, Ramos LR, Freire MPA, Espíndola N, et al. Desafios a serem enfrentados no terceiro milênio pelo setor saúde na atenção integral ao idoso. Rio de Janeiro: UnATI/UERJ; 2000.
22. Veras RP. A necessária gestão qualificada na área da saúde: decorrência da ampliação do segmento etário dos idosos. J Bras Econ Saúde. 2011;3(3):31-9.
23. Foucault M. Microfísica do Poder. Rio de Janeiro: Edições Graal; 1990.
24. Veras RP, Lima-Costa MF. Epidemiologia do envelhecimento. In: De Almeida Filho N, Barreto ML. Epidemiologia e Saúde: fundamentos, métodos, aplicações. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011. p. 427-37.
25. Lima-Costa MF, Veras RP. Saúde pública e envelhecimento [Editorial]. Cad Saúde Pública. 2003;19(3):700-1.

Recebido: 28/11/2016

Revisado: 01/12/2016

Aprovado: 06/12/2016



Suicídios e tentativas de suicídio de personagens idosos em filmes: fatores relacionados nos filmes de longa-metragem

Suicide and suicide attempts by the elderly in film: related factors as shown in feature films

906

Laércio Maciel Scalco¹
Juvenal Fernandes dos Santos¹
Monique Gomes da Silva Scalco²
Armando José China Bezerra¹
Vicente de Paula Faleiros^{1,3}
Lucy Gomes^{1,3}

Resumo

Objetivo: Analisar os casos de suicídios e tentativas de suicídio em personagens idosos na filmografia de longa metragem. **Método:** Foi realizada pesquisa em portais especializados em arte cinematográfica sendo identificados 19 filmes de longa metragem, produzidos no período de 1950 a 2014. Após os autores assistirem as obras, foram feitas as sinopses descrevendo a construção suicida e transcritas as citações que retratavam o perfil do personagem idoso. **Resultados:** Analisados os filmes abordando suicídio em idosos, foram classificados por: gênero masculino em 13 (68%); depressão com desesperança em 12 (63%); existência e eficiência dos serviços de saúde, enfermidade física e ausência de apoio familiar, em 10, cada (53%); rigidez cognitiva em oito (42%); ideação suicida prévia em sete (37%); pressuposições disfuncionais e autoconceito negativo em seis, cada (32%); deficit para a resolução de problemas e ausência de apoio social em cinco, cada (26%). **Conclusão:** O cinema retratando a temática do suicídio em idosos faz conhecer e discutir o assunto, possivelmente, contribuindo para a prevenção nesse grupo populacional.

Abstract

Objective: to analyze cases of suicide and suicide attempts by elderly persons in feature films. **Method:** a survey of specialized internet cinema portals was carried out. A total of 19 feature films produced between 1950 and 2014 were identified. After the authors watched the films, synopses were written describing the circumstances of the suicide and dialogue that described the profile of the elderly character was transcribed. **Results:** films that described suicide among the elderly were classified as follows: male gender in 13 films (68%), depression with hopelessness in 12 (63%), existence and efficiency of health services, physical illness and absence of familiar support in ten (for each category) (53%), cognitive rigidity in eight (42%), suicidal thinking in seven (37%), dysfunctional assumptions and a self-perception of negativity in six (32%), problem-solving deficits in five (26%) and a lack of social support in five (26%). **Conclusion:** the portrayal of suicide among the elderly in films helps to raise awareness of this subject and prevent it.

Palavras-chave: Suicídio. Tentativa de Suicídio. Idoso. Filmes.

Keywords: Suicide. Suicide Attempt. Elderly. Films.

¹ Universidade Católica de Brasília, Escola de Medicina. Brasília, Distrito Federal, Brasil.

² Universidade de Brasília, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-graduação em Ciências Médicas. Brasília, Distrito Federal, Brasil.

³ Universidade Católica de Brasília, Programa de Pós-graduação em Gerontologia. Brasília, Distrito Federal, Brasil.

INTRODUÇÃO

O suicídio é problema de saúde pública mundial. Atualmente, é responsável por mais de um milhão de mortes no mundo, sendo especialmente preocupante entre os idosos¹. Segundo a Organização Mundial de Saúde, o número de suicídios tem crescido em ritmo constante ao longo da vida tanto de homens como de mulheres, alcançando as taxas máximas naqueles com idade mais avançada².

Uma das formas de se compreender o fenômeno do suicídio no idoso é por meio de sua representação na arte cinematográfica. O cinema otimiza a possibilidade de ver, ouvir e experimentar algo vivenciado na realidade de forma protegida³. Entretanto, o número de filmes mostrando personagens idosos suicidas não corresponde à realidade⁴. Levantamento realizado entre as obras cinematográficas de 1900 a 2014 mostrou que a maioria dos filmes retrata a vivência de jovens, uma vez que essa é a preferência do público consumidor⁴.

O objetivo da presente pesquisa foi analisar as diversas apresentações de suicídios e tentativas de suicídio na população idosa na filmografia de longa metragem, destacando as características que poderiam ser consideradas fatores relacionados.

MÉTODO

Pesquisados títulos nacionais e internacionais, selecionando-se todos os filmes produzidos entre

1950 e 2014 que exibissem personagem idoso com ideia suicida ou que houvesse cometido suicídio. Foram acessados, em fevereiro e março de 2015, os seguintes portais especializados em arte cinematográfica: www.imdb.com (*Internet Movie Data Base*), www.nfb.ca (*National Film Board of Canada*), www.cinema10.com.br, www.adorocinema.com, www.cinemateca.gov.br, www.filmesdecinema.com.br, www.cineplayers.com, www.interfilmes.com, www.cineclick.com.br e www.revistaforum.com.br. Utilizaram-se na pesquisa os termos “suicídio e idoso” e “suicídio e envelhecimento”, com suas respectivas versões em inglês e espanhol.

Os filmes selecionados foram assistidos separadamente por cada um dos autores da pesquisa. Após triagem, foram feitas as respectivas sinopses com a descrição da construção dos suicídios dos personagens idosos. Sempre que possível, transcreveram-se citações dos personagens que retratassem o perfil do suicida. Os personagens foram classificados segundo os seguintes fatores relacionados: depressão com desesperança, autoconceito negativo, rigidez cognitiva e pressuposições disfuncionais, deficit de resolução de problemas, enfermidade física, falta de apoio familiar e social, existência e eficiência dos serviços de saúde e gênero.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No Quadro 1, estão listados os 19 filmes analisados em ordem cronológica, produzidos no período de 1950 a 2014.

Quadro 1. Relação dos 19 filmes produzidos entre 1950 e 2014, que abordam a temática do suicídio em personagens idosos. Brasília, DF, 2014.

- Crepúsculo dos Deuses (Sunset Boulevard, EUA, 1950) dir. Billy Wilder
- Humberto D. (Umberto D., Itália, 1952) dir. Vittorio De Sica
- Ensina-me a Viver (Harold and Maude, EUA, 1971) dir. Hal Ashby
- A Balada de Narayama (Narayama bushikô, Japão, 1983) dir. Shôhei Imamura
- Direito de Morrer (Right of Way, EUA, 1983) dir. George Schaefer
- A Excêntrica Família de Antônia (Antônia, Holanda, 1995) dir. Marleen Gorris
- Deuses e Monstros (Gods and Monsters, EUA, 1998) dir. Bill Condon
- Cowboys do Espaço (Space Cowboys, EUA, 2000) dir. Clint Eastwood
- Primavera, Verão, Outono, Inverno... E Primavera (Bom yeoreum gaeul gyeoul geurigo bom, Coréia do Sul, 2003) dir. Ki-duk Kim
- A Ponte (The Bridge, Reino Unido, 2006) dir. Eric Steel
- Tudo Pode Dar Certo (Whatever Works, EUA, 2009) dir. Woody Allen
- Você Não Conhece Jack (You don't know Jack, EUA, 2010) dir. Barry Levinson
- Poesia (Shi, Coréia do Sul, 2010) dir. Lee-Chong-Dong
- Rugas (Arrugas, Espanha, 2011) dir. Ignacio Ferreras
- A Pequena Loja de Suicídios (Le magasin des suicides, França, 2012) dir. Patrice Leconte
- Amor (Amour, França, 2012) dir. Michael Haneke
- O Artista e a Modelo (El artista y la modelo, Espanha, 2012) dir. Fernando Trueba
- Álbum de Família (August: Osage County, EUA, 2013) dir. John Wells
- Getúlio (Getúlio, Brasil, 2014) dir. João Jardim

A seguir, são apresentadas as sinopses de cada um desses filmes, focando-se nos fatores relacionados à conduta de suicídio dos personagens idosos.

Crepúsculo dos Deuses

Drama que aborda a relação de Joe e Norma, atriz decadente do cinema mudo que sonha com retorno às telas cinematográficas. Joe percebe que Norma vive num mundo fantasioso mantido por seu mordomo, valendo-se dessa relação para obter vantagens financeiras. Egocêntrica, histriônica, desconectada da realidade, Norma sofre de episódios depressivos frequentes, durante os quais tenta se matar.

Humberto D

História ambientada na Itália, década de 50, na qual aposentados protestam nas ruas buscando aumento no valor das pensões. Umberto Domenico é um deles, vendendo pequenas posses para completar o aluguel de quarto onde dorme. Para não ser despejado, tenta sem sucesso empréstimo financeiro com seus colegas e mendiga na rua, abandonando a

pensão com seu cão de estimação. O personagem, então, tenta suicídio.

Ensina-me a Viver

Revela relação amorosa entre Harold, jovem de 20 anos depressivo, e Maude, idosa de 79 anos que o ensina a se encantar pela vida. Ambos apaixonam-se e decidem se casar. Para surpresa de Harold, Maude já havia tomado a decisão de se suicidar quando completasse 80 anos, por julgar-se “uma velha” e assim o faz.

A Balada de Narayama

Retrata povoado em área rural do Japão do século 19, no qual há tradição de transportar os personagens idosos, ao completarem 70 anos, ao cume da montanha Narayama, onde são abandonados à morte. Eles acreditam que, ao fim da vida, todos chegam metaforicamente ao cume dessa montanha e encontram ali os seus mortos. Os personagens idosos aceitam a morte como fim de um ciclo, não aceitando viver uma velhice com limitações físicas e

dependência. Também se sacrificam para melhorar a divisão de alimentos, que é insuficiente para todos.

Direito de Morrer

História de um feliz casal de personagens idosos cuja esposa recebe diagnóstico de doença terminal. Mesmo com o marido saudável, o casal decide cometer suicídio conjuntamente, aparentemente com plena noção da situação. Comunicam a decisão à única filha: “*Nós vivemos nossa vida inteira juntos e decidimos que queremos morrer juntos*”. São abordados por representante do município que decide representá-los judicialmente. “*Nós só queremos estar juntos. Por que isso é tão difícil de entender?*”, diz o personagem idoso. O casal suicida-se.

A Excêntrica Família de Antônia

Narra história com a morte como tema central, além do suicídio do personagem Dedo Torto. Esse é personagem idoso solitário, que diz: “*Nós mesmos inventamos o tempo... o velho fede o cheiro do tempo que passou*”. Dedo Torto tem discurso carregado de negativismo. Em outro momento, escreve: “*A desgraça é a regra. Não a exceção. Nunca fui capaz de aceitar a simples concepção de que tudo um dia vai melhorar. Nada irá melhorar. Nada será melhor, ou pior, só será diferente*”. Por fim, Dedo Torto enforca-se.

Deuses e Monstros

É a história de James, diretor e criador do filme *Frankenstein*, quando já idoso e aposentado. Apresenta acidente vascular cerebral, passando a sofrer de condição neurológica de grave sofrimento. James passou infância e adolescência em ambiente pobre e, quando adulto, não foi capaz de aceitar seu passado. Agora, já idoso, suas memórias o perturbam: “*Passei grande parte da minha vida fugindo do passado e agora estou me afogando nele*”. Essas memórias o entristecem, decidindo se suicidar.

Cowboys do Espaço

Agentes são chamados para consertar satélite em mau funcionamento, o que somente poderá ser

feito com o envio de equipe idosa para operar no espaço. “*Bom... esse velho é tudo o que você tem. Eu não posso encher uma nave de geriátricos!*” Descubrem que um dos pilotos é portador de câncer incurável. Em certo momento da missão, um dos homens precisa guiar com seu próprio corpo o satélite em rota distinta e que, assim, se perderia no espaço. O piloto doente aceita a missão, num suicídio altruísta.

Primavera, Verão, Outono, Inverno... e Primavera

Retrata dois monges budistas anônimos. O personagem monge idoso, que vive em casa num lago em lugar ermo, recebe uma criança para criar, a quem ensina respeito e disciplina. No entanto, quando o monge jovem fica adulto, vai morar na cidade e comete crime grave, sendo preso. O monge passa a viver sozinho e, com o passar do tempo, decide cometer suicídio, imolando-se. O suicídio do personagem idoso parece ser social e religiosamente aceito, representando o reinício de um ciclo, o início de nova vida transformando-se em animal (cobra). O monge jovem retorna a casa e passa a viver sozinho até receber uma criança para criar, como ocorrera com o antecessor.

A Ponte

Documentário sobre suicídios na ponte *Golden Gate*, em São Francisco, Estados Unidos, em 2004. Nos minutos iniciais, indivíduo com idade aparente de 70 anos, após contemplar o horizonte, salta num movimento rápido, caindo no mar 67 metros abaixo. A guarda costeira resgata o corpo. O documentário é produzido com gravação de câmera que, durante período de um ano, registrou fatos ocorridos na lateral da ponte. Embora haja inúmeros depoimentos de familiares, não há entrevistas com os parentes do personagem idoso relatado.

Tudo Pode Dar Certo

Bóris é um personagem idoso mal humorado, que sofre de ataques de pânico. É confiante em sua capacidade intelectual e faz frequentes reflexões pessimistas sobre a humanidade. Diz: “*Você (público) existe mais graças à sua sorte do que você gostaria de admitir*.”

Próximo ao desfecho, vive decepção amorosa com mulher que, quando jovem, se apaixonara por ele. Bóris parece aceitar a situação, mas horas depois, salta pela janela sem sucesso. *“A vida de todos deve ser salva? Mesmo? (...) Precisamos instalar dispositivos que acionem automaticamente a descarga nos banheiros públicos porque não somos capazes de fazer isso sozinhos.”*

Você Não Conhece Jack

Documentário sobre suicídio assistido e bibliografia do Dr. Jack Kevorkian. Entre os pacientes ilustrados está um idoso debilitado com doença pulmonar obstrutiva crônica. Ocorre a desistência do paciente após iniciada a tentativa de autoextermínio para logo a seguir solicitar seu reinício. Embora vários casos reais de suicídio sejam mostrados no filme, as características dos pacientes são pouco exploradas.

Rugas

Animação que tem como personagem principal o idoso Emílio, internado em instituição de longa permanência para idosos (ILPI). Ele tem dificuldades para se adaptar ao novo ambiente, sentindo falta do que fazer e recebendo raramente visita dos familiares. Embora o suicídio não seja concretizado, numa das cenas Emílio, triste, entra sozinho e vestido com roupas na piscina do ginásio.

A Pequena Loja de Suicídios

É narrada a história da família que vende artigos que auxiliam pessoas a se suicidarem. Uma idosa quer comprar arma diferente, que não faça barulho nem sujeira; a seguir, outra idosa quer comprar corda para se matar. Um suicida vai à loja acompanhado de personagem idoso que logo adianta que ele não é o suicida, provavelmente rejeitando a expectativa de que o candidato natural a executar tal ato fosse ele. Outras falas dos personagens são destacados: *“De que adianta resistir quando a vida não é cor de rosa, quando nosso estado de espírito é triste? De que adianta lutar contra o pessimismo?”*

Amor

História do casal octogenário Georges e Anne. Ela sofre acidente vascular encefálico, recusando-se ser cuidada fora do domicílio. Deixa, assim, os encargos a seu companheiro que, inicialmente, contrata cuidadora formal que violenta psicologicamente a doente. Anne progressivamente desenvolve demência vascular. Possuem escassa rede social, vivendo parcialmente isolados da sociedade, interagindo eventualmente com a filha. Georges executa eutanásia em Anne e a história sugere que ele comete suicídio a seguir.

O Artista e a Modelo

Marc é um artista idoso que mora no interior da França, fazendo desenhos, quadros e esculturas. Certo dia, sua esposa dá abrigo a jovem refugiada que passa a ser modelo de Marc. O artista passa a sentir atração sexual pela modelo, o que o frustra tendo confessado esse fato à esposa. Ele não deslumbrava expectativas para o futuro e por isso não fazia planos. *“Para onde quer que eu vá? Eu mesmo morrerei em breve.”* E afirmava: *“Quando começamos a entender as coisas é porque já é hora de partir.”* Ele se despede da modelo antes do suicídio.

Poesia

Retrata Agnes, idosa de 65 anos de idade, com diagnóstico de Alzheimer, que vive para cuidar do neto. Ela é informada que este participara de estupro coletivo de garota de 16 anos e o entrega à polícia. Trabalha como cuidadora formal de homem sequelado por acidente vascular encefálico, que tenta seduzi-la. Participa de clube de poesia, mas não consegue escrever, afirmando: *“Para escrever um poema, é preciso ter um coração.”* Progressivamente, vai se entristecendo, isolando-se e apegando-se às memórias da menina morta, sem encontrar sentido para viver. O filme termina com seu desaparecimento, sugerindo seu suicídio: *“Agora é hora de dizer adeus, como o vento que permanece e depois vai. Exatamente como as sombras.”*

Álbum de Família

É mostrado um casal de idosos, ele alcoolista e ela com câncer em tratamento. Vivem isolados em casa na zona rural, distante dos filhos, até que um dia ele decide abandonar a esposa e cometer suicídio. As características desse personagem idoso suicida são pouco exploradas. Entretanto, o ambiente familiar na qual ele estava inserido leva a crer que o ato foi motivado pelos escassos vínculos que o envolvia.

Getúlio

História do ex-presidente brasileiro que morreu aos 72 anos e conviveu com pressão por parte de inimigos políticos e jornalistas, que executaram contra ele ataques pessoais em série. Como consequência, foi reprovado pela opinião pública, experimentando manifestações hostis quando aparecia em público. Sua filha encontrou rascunho de carta de despedida e desconfiou de suas ideias suicidas, confrontando-o, mas Getúlio negou essa intenção. Planejou sua morte registrando mensagem póstuma com os trechos: “*Sigo o destino que me é imposto. Nada mais vos posso dar a não ser meu sangue. Era escravo do povo e hoje me liberto para a vida eterna. Saio da vida para entrar para a história.*”

Fatores cognitivos e transtornos psiquiátricos

Os indivíduos suicidas frequentemente apresentam doenças mentais, sejam desordens depressivas e/ou transtorno da personalidade e abuso de álcool ou outras drogas⁵.

Fatores de risco para o suicídio em idosos envolvem sofrimento que perpassa dimensões sociais, culturais, psicológicas, ambientais e biológicas, e que se combinam na experiência singular do falecido⁶. A interpretação negativa do fator de risco o torna mais vulnerável, mais do que a simples existência do mesmo.

Os 19 filmes analisados destacam fatores relacionados ao suicídio dos idosos. Esses filmes mostraram: pressuposições disfuncionais (n=6; 32%); rigidez cognitiva (n=8; 42%), déficit para a resolução de problemas (n=5; 26%), autoconceito negativo (n=6; 32%), ideação suicida prévia (n=7; 37%), depressão com desesperança (n=12; 63%),

gênero masculino (n=13; 68%), existência e eficiência dos serviços de saúde (n=10; 53%), enfermidade física (n=10; 53%) e ausência de apoio familiar (n=10; 53%) e social (n=5; 26%).

É focando-se as razões dos idosos que os levam ao comportamento suicida que se visualiza a relevância da dinâmica existencial e os sofrimentos por eles considerados insuportáveis. Assim, nas películas analisadas, visualizam-se enredos nos quais esses fatores se combinam, superpondo-se uns aos outros. A seguir, são discutidas cada uma dessas características.

Depressão com desesperança

A depressão em idosos está frequentemente associada ao comportamento suicida⁶, pois aqueles em estado depressivo perdem a capacidade de enfrentamento dos fatores estressores em comparação com os que não apresentam tal sintomatologia⁷. É o elemento mais eloquente em parcela significativa das tentativas de suicídio, decorrente do vazio, desconforto e sentimento de inutilidade que produz⁸.

Desesperança é a variável psicológica-chave no suicídio, sendo fator relacionado, bem como preditor do suicídio⁹. Ela é tema onipresente em *Umberto D*, no qual o Umberto não imagina que sua vida possa melhorar. No filme *Poesia*, Agnes não vê razões para viver após a prisão de seu neto, do mesmo modo que Georges, em *Amor*, não vê sentido na vida sem a companhia da esposa.

O marido alcoolista de *Álbum de Família* não tem esperanças vivendo em ambiente familiar doentio. Getúlio não enxerga mais possibilidades em sua carreira presidencial. Maude, de *Ensina-me a Viver*, vislumbra futuro sombrio após completar 80 anos e não acredita que a vida possa ser desfrutada na velhice. Em *O Artista e a Modelo*, o personagem idoso está desesperançado, apesar de não demonstrar tristeza, o que também ocorre em alguns dos pacientes do Dr. Jack de *Você Não Conhece Jack*. Neste último, todos os doentes carecem de razão para viver e não creem ser possível enfrentar suas doenças.

No filme *A Pequena Loja de Suicídios*, Carmel e outros personagens sintetizam a desesperança, pois, para eles, os mundos atual e futuro não oferecem

alento, vendo o suicídio como única alternativa para alívio dos sofrimentos. Em *Tudo Pode Dar Certo*, Bóris aparentemente acredita que, com o fim do namoro, não é mais possível ser feliz, parecendo crer também que é impossível reatar o namoro, enquanto na obra *Direito de Morrer*, quando a mulher recebe o diagnóstico de doença terminal, o casal opta pelo suicídio na esperança de permanecerem juntos na vida pós-morte.

Em *Rugas*, Emílio acha que nunca mais sairá da ILPI devido sua condição crônica. Algumas doenças crônicas são apresentadas na literatura como fator de risco para o suicídio⁹. O mesmo ocorre com o Whale, de *Deuses e Monstros*, que apresenta depressão após acidente vascular cerebral, a doença física que mais frequentemente está associada à depressão¹⁰. No filme *A Excêntrica Família de Antônia*, em cena retratando Dedo Torto, Therese lê carta enviada por ele, na qual fica patente sua desesperança. Finalmente, a associação entre desesperança e desejos suicidas em pacientes psiquiátricos não internados é ilustrada por Norma Desmond, em *Crepúsculo dos Deuses*, e por Bóris, na obra *Tudo Pode dar Certo*, que já haviam tentado o suicídio anteriormente.

Autoconceito negativo

A importância exagerada à constante multiplicação de fontes econômicas faz com que o idoso seja visto como num estágio improdutivo. Em adição, a preocupação com a estética e a juventude permanente, leva o sujeito a ter vergonha de si, apresentando autoconceito negativo⁵. Este é indicador de risco de suicídio em adultos, independente da desesperança, embora a literatura não indique esse risco especificamente em idosos⁹.

Os relatos cinematográficos nefastos acerca da idade avançada, como expressa Maude em *Ensina-me a Viver* e Dedo Torto em *A Excêntrica Família de Antônia*, provavelmente denotam um autoconceito negativo. Nestes casos, mostram a vergonha de serem velhos e doentes. *Getúlio*, no filme de mesmo nome, sugere também um autoconceito negativo, uma vez que o rechaço que o presidente sofria das multidões passa a atingi-lo como algo muito pior do que simples rejeição popular. Em *Deuses e Monstros*, Whale culpa-se por desenvolver e nutrir sentimento amoroso por outro homem. A questão que o aflige

é se achar infiel a antigo namorado já falecido e por quem fora apaixonado. Perceber-se como peso para outros ou ser considerado inútil também reflete autoconceito negativo⁶, sendo emblemáticas, neste sentido, as personagens idosas de *A Balada de Narayama* e *Ensina-me a Viver*.

Rigidez cognitiva e pressuposições disfuncionais

Na depressão, o pensamento torna-se mais rígido e distorcido, os julgamentos tornam-se absolutos e as crenças básicas do indivíduo sobre o eu, o mundo real e o futuro, enrijecem-se de modo negativo¹¹. Erros lógicos negativamente distorcem percepções e inferências, contribuindo e conduzindo a falsas conclusões¹¹. Em *O Artista e a Modelo*, o personagem idoso é dotado de rigidez cognitiva, na medida em que não se permite avaliar algo como mediano, mas sempre como muito bom ou imprestável, sendo essa rigidez fator relacionado ao suicídio¹¹. Boris, em *Tudo Pode Dar Certo*, também é rígido, reagindo de maneira catastrófica ao término do namoro.

À medida que a depressão é controlada, na maioria dos casos, é recuperada flexibilidade cognitiva e diminuem os pensamentos negativos. Para outros, no entanto, pressuposições negativas persistem e favorecem a cronificação da depressão e, em alguns casos, possibilidade de suicídio. Tal parece ter sido a experiência de Norma Desmond, em *Crepúsculo dos Deuses*. Aparentemente portadora de transtorno de personalidade, em situações nas quais se encontrava angustiada devido à perda de objetos afetivos, não enxergava alternativa para o desconforto experimentado a não ser o suicídio, cortando os pulsos. Semelhante é a situação em *Direito de Morrer*, no qual a idosa não demonstra tristeza, podendo ter dissimulado um quadro depressivo. Georges, o marido idoso em *Amor*, por sua vez, poderia estar dissimulando sintomas de depressão ou, também, ser altruísta ao se suicidar para que sua esposa pudesse tê-lo a seu lado.

Pressuposições disfuncionais predisõem à ideação suicida¹², como ilustrado em *A Balada de Narayama*, no qual os personagens acreditam que o último trajeto da vida deverá ser feito por estrada onde Deus será encontrado no final, ou seja, no cume da montanha Narayama.

Deficit de resolução de problemas

Há relação entre pouca habilidade para resolução de problemas e suicídio¹¹. No Brasil, investigação com 20 idosos que tentaram suicídio e passaram a superar o impulso de tirar a própria vida, mostrou estratégias de enfrentamento (*coping*), emergindo cinco núcleos: religiosidade e práticas religiosas; apoio social e familiar; suporte dos serviços de saúde; contato com animais de estimação (como observado em *Humberto D*) e retomada da autonomia para gerir a própria vida¹³.

Entre as estratégias para enfrentamento de situações de crise, está associação positiva com a dimensão religiosa¹⁴. Religiosidade exerce função de proteção, conforto e oferece respostas às adversidades da vida, além de criar possibilidades de interação com o outro, quando compartilhada nos eventos comunitários. Apoio da religião, ou relação com Deus, independente de associação com práticas, é mencionado como fundamental para superação de pensamentos suicidas¹⁵. As instituições religiosas também aparecem como ambientes onde surgem novos relacionamentos e aprendizado de novas ocupações, propiciando ocupação do tempo e saída dos lugares que lhes trazem sofrimento e, assim, possibilitando reconquista da capacidade de tomar decisões, permitindo deslocar foco da atenção de zona de desconforto e descontentamento representada por seus problemas, para novos projetos de vida¹⁵.

Suicidas apresentam dificuldades para produzir novas ideias, identificar soluções e gerar alternativas, sendo menos propensos a engajar-se quando necessário¹¹. O personagem artista idoso em *O Artista e a Modelo* tem dificuldades para estabelecer relações com seus vizinhos. Quando as crianças se aproximam, ele as assusta com sua carabina para que corram e não voltem mais. Em *Amor*, quando Georges mata sua esposa, ele optou por solução que permitia a ele esquivar-se do contato com o sofrimento da mulher. Em *Tudo Pode Dar Certo*, Bóris costumava reagir de forma explosiva quando colocado em situação desagradável, não insistindo com sua ex-namorada para reatar o namoro e tentando o suicídio a seguir.

Enfermidade física

Adoecimento físico é fator de risco para suicídio entre idosos⁶. Deterioração funcional e tipo de doença (principalmente cardíaca e articular) são preditores independentes para depressão em idosos¹⁶. O que mais os afeta é perda da autonomia e da intimidade que, juntamente com desejo de maior número de atividades diárias, emerge como demanda insistente de idosos em risco de suicídio⁵. A associação com uso abusivo de álcool e outras drogas aumenta o risco de suicídio⁸.

Cura ou tratamento das doenças melhorando a qualidade de vida destaca-se para que o idoso recupere desejo de viver e supere ideia suicida. Melhora da saúde contribui para que pensem em novos projetos de vida, o que é fundamental para mantê-los com boa autoestima¹³.

Esse tema aparece em diversos filmes analisados, como *Direito de Morrer*, *Deuses e Monstros*, *Cowboys do Espaço*, *Você não conhece Jack*, *Rugas*, *Pequena Loja de Suicídios*, *Amor*, *Poesia e Álbum de Família*. Como as doenças retratadas são na maioria degenerativas, podem também estar acompanhadas de desesperança.

Apoio familiar e social

Apoio familiar se concretiza na proteção oferecida aos idosos por membros da família que demonstrem compreensão, empatia e estímulo às experiências positivas¹⁷. Por apoio social, entendem-se atitudes e ações de suporte emocional, instrumental e material, oferecidas por instituições e profissionais da área social e de saúde, ou por pessoas da comunidade, de forma a manter os idosos independentes e ativos. Entretanto, é a qualidade dos relacionamentos mais que a quantidade que parece ser importante¹⁷. A literatura constata conexão do contexto familiar e social com o suicídio, bem como o impacto do mesmo nas famílias e no círculo social¹⁸⁻²⁰.

A situação do suicídio no mundo é mais grave nos países de média e baixa renda, pois 75% deles situam-se nessas áreas²¹. Em idosos, as restrições impostas pela situação financeira são ainda mais cruéis, porque

geralmente se sobrepõem a outros tipos de perdas, como privação de espaço para residir, abandono consciente ou ocasionado pela falta de condição de cuidá-los por parte dos parentes, dependências e dificuldades por doenças ou por problemas de idade e usurpação de seus bens²², a exemplo do que ocorre com o personagem de *Humberto D.*

Prevenção do suicídio em idosos está atrelada ao enriquecimento das redes sociais, aumento de apoio e intervenção sobre a disfunção familiar e sobre o modo de como lidar com os desafios impostos à vida na velhice². A desconexão social tem efeitos potenciais negativos sobre a saúde mental dos idosos, alimentando neles o desejo de se desligarem da sociedade e aproximarem-se do suicídio²³.

Falta de apoio familiar

Garantia da independência para tomar decisões sobre o cotidiano, sobre seus bens e a própria vida, é muitas vezes cerceada aos idosos por decisão dos familiares. Essa coerção faz parte das circunstâncias que funcionam, para alguns, como gatilho para desencadear o desejo de morrer²⁴.

O impacto da violência entre gerações está, muitas vezes, associada a ideias e atos suicidas⁸. Entrevistas com 63 idosos, em 14 localidades brasileiras, mostraram que, em ordem de relevância, as influências dos problemas e conflitos familiares nas ideias e tentativas de suicídio foram: perdas familiares significativas, conflitos familiares e intergeracionais e violências explícitas e veladas²².

Histórias de suicídio na família estão fortemente associadas ao risco de mortes autoinfligidas de idosos¹. O suicídio de um familiar traz, sobretudo para o idoso, desde tristeza até desespero por não ter sido capaz de fazer algo a respeito²⁰.

Em *Álbum de Família*, os vínculos do suicida com a família são frágeis e conflitos repetitivos aparecem ligados ao suicídio, assim como violência familiar ao alcoolismo do casal. No filme *Rugas*, a institucionalização, solidão e isolamento são evidentes, quando se verificam escassas visitas e falta de atenção das famílias. Residir em ILPI pode levar a afastamento dos parentes, justo no momento

da vida em que a fragilidade é maior, sendo que as visitas familiares diminuem à medida que o tempo de institucionalização aumenta. Nestes casos, laços afetivos vão se desfazendo, aumentando isolamento, abandono, vazio e perda do sentido da vida^{8,25,26}.

A convivência com animais de estimação está entre as interações alternativas consideradas relevantes, principalmente quando os idosos convivem com eles como se fossem membros da família. A relação indivíduo-animal é talvez mais intensa e profunda na velhice do que em qualquer outro ciclo de vida²⁷ e, assim, o apego afetivo do idoso que tem comportamento suicida com algum animal de estimação facilita a superação dos desejos de morte¹³. Diante do distanciamento familiar e da solidão, o apego aos animais de estimação, como ocorre em *Humberto D.*, destaca-se como retomada da capacidade funcional – cuidar e não somente ser cuidado, da sensação de ser útil e ser amado, assim como de preencher o tempo.

Falta de apoio social

Falta de suporte social é fator de risco para suicídio⁵. No apoio social, valorizam-se desde formas acolhedoras de receber pessoas idosas até cuidados institucionais. Relações de amizade são elementos significativos nas situações de risco para tentativas de suicídio, destacando-se a importância dos vínculos sociais extrafamiliares na vida cotidiana²⁸. Apesar de muitos idosos sentirem-se excluídos e incompreendidos pelos familiares, é possível que encontrem nos amigos o acolhimento de que precisam para continuar suas vidas e realizar seus projetos. Por isso, cultivar esses relacionamentos é fator protetor contra ideiação, tentativas e efetivação da morte autoinfligida¹. As relações de amizade e companheirismo foram também destacadas por idosos que moram em ILPI, onde criam novos vínculos afetivos que lhes dão suporte emocional, particularmente frente à ausência dos familiares.

Em *Poesia*, a protagonista cria o neto sem ajuda de ninguém, enquanto no filme *Amor*, o personagem idoso cuida sozinho da esposa. Em *Humberto D.*, Humberto não dispõe de dinheiro suficiente para seu sustento e não tem a quem recorrer. Já na obra

Rugas, o personagem idoso é institucionalizado e lá desenvolve novas amizades.

Existência e eficiência dos serviços de saúde

Estudos apontam uma relação entre rede de atenção à saúde mental precária ou inexistente e maior incidência de suicídio nos idosos²⁹. Em outra pesquisa, idosos citaram como importante o acolhimento nos serviços de saúde, particularmente nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), identificados como espaços apropriados para realização do cuidado integral a pessoas com sofrimento psíquico e desejo de morte¹³.

Não é mencionado amparo à saúde nos personagens idosos em *A Balada de Narayama*, *Humberto D*, *O Artista e a Modelo* e *Primavera, Verão, Outono, Inverno... E Primavera*. Em *Poesia*, ao fornecer diagnóstico de doença de Alzheimer, o médico não expressa interesse pela repercussão da notícia, não sendo mencionado acompanhamento de profissionais da saúde à paciente.

Gênero

A questão do gênero foi a que mais distinguiu casos de tentativas de suicídio, quanto à gravidade, aos meios utilizados e aos fatores associados⁸.

Estudo brasileiro mostrou que a maioria das idosas suicidas havia sofrido violência em todos os ciclos vitais (infância, juventude, vida adulta e velhice), suicidando-se após cumprir rigidamente o papel de gênero imposto pela sociedade patriarcal²⁹. Nelas, encontraram-se desigualdades de gênero: iniciadas na infância, com educação diferenciada de gênero; seguidas na juventude, com iniciação sexual, casamento e maternidade; continuadas na vida adulta,

com violência perpetrada por parceiro íntimo e/ou outros familiares; e culminando na velhice destituída de autonomia, com perda de laços, bens e referências²⁹.

Nos 19 filmes analisados, sete pacientes eram do gênero feminino, enquanto 14 eram do masculino. Assim, a cinematografia parece espelhar a prevalência do gênero masculino nos casos de personagens idosos suicidas.

CONCLUSÃO

Diante da vulnerabilidade da população idosa em relação à morte por suicídio, é importante que se obtenha maior compreensão sobre tentativas de suicídios, ideações, assim como sobre pensamentos e comportamentos relacionados às tentativas de suicídio e ideias suicidas. A obra cinematográfica versando sobre o tema representa contribuição de grande utilidade, obtendo-se imagens mais abrangentes dos antecedentes do suicídio indicando, assim, a direção para se detectar e prevenir, com mais eficácia e eficiência, as mortes que forem evitáveis.

No Brasil, não existem políticas públicas voltadas para os idosos que dialoguem com o fenômeno do suicídio, o que dificulta acesso e atendimento adequado de saúde àqueles com essa demanda. A falta dessas políticas intensifica os problemas dos idosos, principalmente daqueles que não têm vida familiar saudável e contam com poucas alternativas no enfrentamento e na solução de conflitos. Com a discussão do tema utilizando-se a obra cinematográfica, obtém-se conhecimento das características dos suicidas e dos que tentam o suicídio, possibilitando a implementação de estratégias de prevenção, detecção e intervenção elaboradas nos cuidados primários de saúde, para idosos com ideias suicidas ou com histórico de tentativas de suicídio, a fim de diminuir a possibilidade de virem a se tornar suicidas.

REFERÊNCIAS

1. Conwell Y. Suicide in later life: challenges and priorities for prevention. *Am J Prev Med*. 2014;47(3 Suppl 2):244-50.
2. World Health Organization. *The World Health Report 2001. Mental Health: New Understanding*, New Hope. Geneve: WHO; 2002.

3. Dantas AA, Martins CH, Militão MSR. O cinema com instrumento didático para a abordagem de problemas bioéticos: uma reflexão sobre a eutanásia. *Rev Bras Educ Méd.* 2011;35(1):69-76.
4. Stack S, Bowman B. *Suicide movies: social patterns 1900-2009.* Cambridge: Hogrefe Publishing; 2011.
5. Fachola MCH, Lucero R, Porto V, Diaz E, Paris MA. Suicide attempts and suicide ideation among the elderly in Uruguay. *Cienc Saúde Coletiva.* 2015;20(6):1693-1702.
6. Cavalcante FG, Minayo MCS, Mangas RMN. Diferentes faces da depressão no suicídio em idosos. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2013;18(10):2985-94.
7. Kraaij V, Pruyboom E, Garnefski N. Cognitive coping and depressive symptoms in the elderly: a longitudinal study. *Aging Ment Health.* 2002;6(3):275-81.
8. Cavalcante FG, Minayo MCS. Estudo qualitativo sobre tentativas e ideias suicidas com 60 pessoas idosas brasileiras. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2015;20(6):1655-66.
9. Salkovskis P, Wolpert L. Does psychoanalysis have a valuable place modern mental health services? *BMJ.* 2012;344:1188.
10. Terroni LMN, Leite CC, Tinone G, Fraguas Jr R. Depressão pós AVC: fatores de risco e terapêutica antidepressiva. *Rev Assoc Méd Bras.* 2003;49(4):450-9.
11. Salkovskis PM. *Fronteiras da terapia cognitiva.* São Paulo: Casa do Psicólogo; 2004.
12. Bonner RL, Rich AR. A prospective investigation of suicidal ideation in college students: a test of a model. *Suicide Live Threat Behav.* 1988;18(3):245-58.
13. Figueiredo AEB, Silva RM, Vieira LJES, Mangas RMN, Sousa GS, Freitas JS, et al. É possível superar ideias e tentativas de suicídio? Um estudo sobre idosos. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2015;20(6):1711-19.
14. Nock MK, Borges G, Bromet EJ, Cha CB, Kessler RC, Lee S. Suicide and Suicidal Behavior. *Epidemiol Rev.* 2008;30(1):133-54.
15. Figueiredo AD. *Formar para as humanidades nas sociedades contextuais.* Braga: Universidade Católica Portuguesa; 2006.
16. Yang YT, Wang YH, Chiu HT, Wu CR, Handa Y, Liao YL, Elsa YH. Functional limitations and somatic diseases are independent predictors for incident depressive disorders in seniors: findings from a nationwide longitudinal study. *Arch Gerontol Geriatr.* 2015;61(3):371-7.
17. Rios MA, Anjos KF, Meira SS, Nery AA, Casotti CA. Completude do sistema de informação sobre mortalidade por suicídio em idosos no estado da Bahia. *J Bras Psiquiatr.* 2013;62(2):131-8.
18. Martinez VTP, Parra ZL. Repercusión familiar del comportamiento suicida. *Rev Cubana Med Gen Integr.* 2004;20(5-6):1-6.
19. Krüger LL, Werlang BG. A dinâmica familiar no contexto da crise suicida. *Psico USF.* 2010;15(1):59-70.
20. Figueiredo AEB, Silva RM, Mangas RMN, Vieira LJES, Furtado HMJ, Gutierrez DMD, et al. Suicídio de idosos: impacto na família brasileira. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2012;17(8):1993-2002.
21. World Health Organization. *Preventing suicide: a global imperative.* Geneve: WHO; 2014.
22. Silva RM, Mangas RMN, Figueiredo AEB, Vieira LJES, Sousa GS, Cavalcanti AMTS, et al. Influências dos problemas e conflitos familiares nas ideias e tentativas de suicídio de pessoas idosas. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2015;20(6):1703-10.
23. Durkheim F. *O suicídio: um estudo sociológico.* Rio de Janeiro: Zahar; 2011.
24. Meneghel SN, Gutierrez DMD, Silva RMS, Grubits S, Hesler LZ, Cecon RF. Suicídio de idosos sob a perspectiva de gênero. *Cienc Saúde Coletiva.* 2012;17(8):1983-92.
25. Pinto LW, Assis SG, Pires TO. Mortalidade por suicídio em pessoas com 60 anos ou mais nos municípios brasileiros no período de 1996 a 2007. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2012;17(8):1963-72.
26. Oliveira SC, Santos AA, Pavarini SCI. Relação entre sintomas depressivos e a funcionalidade familiar de idosos institucionalizados. *Rev Esc Enferm USP.* 2014;48(1):66-72.
27. Suthers-McCabe HM. Take one pet and call me in the morning. *Generations.* 2001;25(2):93-5.
28. Shah A, Bhat R. The relationship between elderly suicide rates and mental health funding, service provision and national policy: a cross-national study. *Int Psychogeriatr.* 2008;20(3):605-15.
29. Meneghel SN, Moura R, Hesler LZ, Gutierrez DMD. Tentativa de suicídio em mulheres idosas: uma perspectiva de gênero. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2015;20(6): 721-30.

Recebido: 07/03/2016

Revisado: 26/09/2016

Aprovado: 25/10/2016



Condições de saúde bucal e atividades da vida diária em uma população de idosos no Brasil

Oral health conditions and activities of daily living in an elderly population in Brazil

Diviane Alves da Silva¹
Yan Nogueira Leite de Freitas²
Tamires Carneiro de Oliveira²
Romerito Lins da Silva³
Carla Patrícia de Castro Pegado³
Kenio Costa de Lima²

Resumo

Objetivo: Analisar a relação entre as condições de saúde bucal de uma população de idosos e a capacidade funcional na realização das atividades básicas da vida diária. **Método:** Foi realizado um estudo seccional de base populacional, com 441 indivíduos com 60 anos de idade ou mais de ambos os sexos, tendo como cenário o município de Macaíba, Rio Grande do Norte. A partir de exame epidemiológico intraoral, avaliou-se o grau de ataque de cárie (índice CPO-d), a condição periodontal (índices CPI e PIP), o uso e necessidade de prótese dentária e a presença de lesões bucais. Para avaliação da capacidade funcional foi utilizada a Escala de Independência em Atividades da Vida Diária. Características socioeconômicas e demográficas foram pesquisadas através de questionário estruturado. **Resultados:** As variáveis de saúde bucal foram submetidas à análise fatorial, da qual resultaram quatro indicadores. Não se observou associação entre tais indicadores e a capacidade funcional dos idosos. As variáveis sexo, idade, presença de cuidador, zona de residência dominante, tempo da última visita ao dentista, tipo de serviço procurado em tal visita e autopercepção quanto à substituição de prótese apresentaram associações significativas com os indicadores de saúde bucal. **Conclusão:** Diante da não identificação de efeito da capacidade funcional na saúde bucal dos idosos, aponta-se como aspecto a ser considerado o momento de aferição dos eventos investigados. Sugere-se que a condição de dependência do idoso ocorra em momento distinto daquele em que se observam as sequelas dos problemas bucais, considerados efeitos cumulativos de uma história pregressa de assistência mutiladora.

Palavras-chave: Saúde Bucal. Idoso. Incapacidade Funcional.

Abstract

Objective: To analyze the relationship between the oral health status and functional capacity in performing basic activities of daily living of a population of elderly persons. **Method:** A cross-sectional population-based study with 441 individuals aged 60 years or over both genders was performed in the municipality of Macaíba, Rio Grande do Norte.

Keywords: Oral Health. Elderly. Disabled Persons.

¹ Secretaria de Saúde Pública do Estado do Rio Grande do Norte. Natal, Rio Grande do Norte, Brasil.

² Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva. Natal, Rio Grande do Norte, Brasil.

³ Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Departamento de Odontologia. Natal, Rio Grande do Norte, Brasil.

From intraoral epidemiological examination, the degree of caries attacks (DMFT index), periodontal condition (CPI and PAL indexes), the use and need for dental prosthesis and the presence of oral lesions were evaluated. Independence in Activities of Daily Living was used to evaluate functional capacity. Socioeconomic and demographic characteristics were surveyed using a structured questionnaire. *Results:* Oral health variables were subjected to factor analysis, which resulted in four indicators. There was no association between these indicators and the functional capacity of the elderly. Gender, age, presence of caregiver, dominant area of residence, time of last visit to the dentist, type of care sought during such visit and self-perception regarding prosthesis replacement were significantly associated with oral health indicators. *Conclusion:* Given the non-identification of the effect of functional capacity on the oral health of the elderly, the time of measurement of the events investigated should be considered. It is suggested that dependency among the elderly occurs at different times from when the consequences of oral problems are observed, considering the cumulative effects of a previous history of invasive dental care.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional constitui um dos maiores desafios para a saúde pública contemporânea e, dentre os comprometimentos advindos com o avanço cronológico da idade, destaca-se a ocorrência de incapacidade funcional, caracterizada como qualquer restrição para desempenhar uma atividade dentro da extensão considerada normal para a vida humana¹. A saúde bucal de idosos, por sua vez, embora amplamente divulgada como precária em virtude dos efeitos cumulativos das doenças bucais, atrelados a um modelo assistencial odontológico mutilador, deve ser tomada como objeto de investigação, particularmente, nos estudos epidemiológicos de base populacional, na medida em que a perda dentária, principal sequela entre os idosos, leva à produção de importantes incapacidades que nem sempre são percebidas como problemas funcionais relevantes^{2,3}.

A análise das dimensões da capacidade funcional e da saúde bucal em idosos, buscando identificar os possíveis efeitos de distintos níveis de dependência no estado de saúde bucal desses indivíduos, além de possibilitar o diagnóstico dessas populações com vistas ao planejamento estratégico a partir de políticas públicas específicas, também é importante na identificação de associações, cujas consequências sejam deletérias para o estado de saúde geral e, por conseguinte, para a qualidade de vida do indivíduo^{4,7}.

Identificam-se no Brasil poucos estudos cujos objetivos versem sobre a investigação de tal associação. Além disso, nenhum deles apresenta metodologia

que confira representatividade populacional. Uma pesquisa realizada no município de São Paulo, SP, buscou estimar a prevalência de problemas bucais em idosos, identificando que indivíduos com maior grau de fragilidade apresentavam maiores necessidades quanto à utilização de próteses dentárias⁸. Outro exemplo, foi um estudo realizado com idosos residentes em instituições geriátricas de pequeno porte em Porto Alegre, RS, que identificou uma média inferior de dentes com biofilme entre idosos independentes em relação aos idosos moderadamente ou totalmente dependentes⁹.

O estudo em questão propôs analisar a relação entre a situação de saúde bucal de uma população de idosos e o nível de dependência desses indivíduos, tomando por base a capacidade desses em realizar as atividades básicas da vida diária. Buscou-se avaliar a hipótese de que a perda da capacidade funcional no desempenho de atividades básicas da vida diária associa-se a um quadro de pior condição de saúde bucal em idosos.

MÉTODO

População, amostra e condições éticas

Realizou-se um estudo transversal com uma amostra representativa da população idosa de Macaíba, município localizado no nordeste brasileiro, a 21 Km de Natal, Rio Grande do Norte. A população total desse município em 2010 foi de 69.467 habitantes, dos quais, 6.620 correspondiam a indivíduos com 60 anos de idade ou mais¹⁰.

O cálculo do tamanho da amostra para o estudo tomou por base a prevalência de edentulismo em idosos no Brasil, segundo o levantamento nacional em saúde bucal realizado em 2003 (60,8%)¹¹, além do tamanho da população idosa do município no ano 2000. O parâmetro de prevalência de edentulismo foi selecionado, por representar o agravo em saúde bucal mais comum em idosos. Utilizou-se ainda uma margem de erro de 10%, nível de confiança de 95%, efeito de desenho de 1,5 e taxa de não resposta de 20%. Finalizou-se o cálculo amostral com o ajuste para populações finitas, obtendo-se uma amostra estimada de 428 indivíduos. Foram identificados, no entanto, 466 indivíduos elegíveis para o estudo, sendo destes, arrolados 441 idosos. Tal fato deveu-se à utilização, no cálculo amostral, do ano 2000 como referência para o tamanho da população de idosos do município, além de dados de setores censitários referentes ao ano de 2007. Foram elegíveis para participar do estudo os indivíduos com 60 anos ou mais de idade, de ambos os sexos.

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Norte aprovou o protocolo do estudo, segundo parecer nº 340/2009-CEP/UFRN. Antes da coleta dos dados, os participantes, bem como seus cuidadores, receberam instruções a respeito da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Procedimentos de amostragem

A base probabilística consiste numa condição fundamental para a representatividade de um estudo amostral¹². Para o arrolamento dos indivíduos no presente estudo, aplicou-se a técnica de amostragem probabilística por conglomerados, com dois estágios de sorteio, sendo o primeiro correspondente aos setores censitários e o segundo, aos domicílios.

Para o primeiro sorteio foi determinado o número de 30 setores, por ser considerado um número de pontos ideal, em que uma boa dispersão dos dados pode ser conseguida¹³. Além desses, foram sorteados outros dois setores tidos como suplementares, para o caso de algum impedimento operacional.

O segundo estágio de sorteio correspondeu ao dos domicílios que foi realizado *in loco*, no momento da

coleta dos dados. Para tanto, calculou-se uma fração de amostragem correspondente ao intervalo de domicílios a serem visitados pelos pesquisadores. Tal cálculo resultou numa fração aproximadamente igual a 7.

Coleta dos dados

A coleta dos dados deu-se no período de março/2010 a março/2011, através de entrevistas e exame epidemiológico intraoral. Participaram do estudo os indivíduos que se encontravam no domicílio no momento da coleta dos dados, ou em até três visitas subsequentes do pesquisador.

A ficha clínica fundamentou-se em modelo utilizado no mais recente levantamento que avaliou as condições de saúde bucal da população brasileira¹². Nos exames bucais utilizaram-se espelhos bucais e sondas periodontais preconizadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS), previamente esterilizados. Nestes exames, foram avaliados o grau de ataque de cárie através do índice CPO-d (número de dentes permanentes cariados, perdidos e restaurados) e a condição periodontal a partir dos índices periodontal comunitário (CPI) e de perda de inserção periodontal (PIP). Verificou-se ainda o uso e necessidade de próteses dentárias e a presença de alterações de tecidos moles.

Foram realizadas entrevistas a partir da aplicação de um questionário com variáveis socioeconômicas e demográficas, relativas à saúde geral, ao autocuidado e ao acesso a serviços em saúde bucal. A avaliação da capacidade funcional, por sua vez, deu-se através da Escala de Independência em Atividades da Vida Diária (Escala de Katz), que classifica o indivíduo em independente ou dependente no desempenho de seis funções: alimentar-se, banhar-se, vestir-se, mobilizar-se, deambular, ir ao banheiro e manter controle sobre suas necessidades fisiológicas¹⁴.

Com vistas a assegurar a confiabilidade dos dados a partir de uma adequada reprodutibilidade dos mesmos, foi realizado o treinamento e calibração dos quatro examinadores participantes do estudo. Tal procedimento consistiu de discussões a respeito do instrumento de coleta de dados, abordando aspectos teóricos das variáveis, os códigos e critérios dos índices utilizados nos exames bucais. Além disso,

realizou-se a calibração dos examinadores para os exames bucais, com obtenção de valores de coeficientes Kappa de 0,61 a 1,00, considerados aceitáveis pela literatura e, portanto, indicativos de uma boa reprodutibilidade dos dados¹².

Análise estatística

Realizou-se a análise descritiva das variáveis para a caracterização da amostra segundo as dimensões investigadas e as condições de saúde bucal. As variáveis de saúde bucal foram submetidas a uma análise fatorial, a fim de sintetizar as relações observadas entre as mesmas, identificando-se fatores comuns¹⁵. Esses fatores, por sua vez, foram dicotomizados a partir da mediana das cargas fatoriais.

Em relação às variáveis independentes, algumas foram dicotomizadas pela mediana (idade, escolaridade, gasto com medicamento, doenças referidas, renda familiar e densidade domiciliar) e, para aquelas que apresentavam mais de duas categorias, considerou-se a distribuição dos dados para a dicotomização. Por fim, a variável de capacidade funcional, originalmente com oito categorias, foi dicotomizada em indivíduos totalmente independentes na realização de atividades da vida diária e indivíduos dependentes em ao menos uma das atividades.

As associações entre variáveis dependentes e independentes foram verificadas através dos Testes qui-quadrado e exato de Fisher, considerando um nível de significância de 5%. Utilizou-se a

regressão logística simultânea para identificar as reais associações das variáveis independentes com o desfecho do estudo. Foram incluídas no modelo final todas as variáveis para as quais o *p* valor resultou abaixo de 0,2, nas associações bivariadas. Ressalta-se que a amostra foi considerada de natureza complexa diante do método de amostragem probabilística utilizado (por conglomerados), tido como um desenho complexo de amostragem¹⁶. Por fim, para testar a consistência dos resultados obtidos das análises estatísticas realizadas previamente ao tratamento amostral, bem como a representatividade populacional de tais resultados, procedeu-se à realização de novas análises descritivas e bivariadas para o conjunto de variáveis do estudo.

RESULTADOS

Foram arrolados 441 idosos dentre os 466 indivíduos elegíveis para o estudo. Algumas características da amostra investigada são apresentadas na Tabela 1. A escolaridade dos indivíduos investigados não ultrapassou dois anos completos de estudo e no que se refere ao estado civil, predominaram os indivíduos que possuíam companheiro(a) estável, sendo ou não casados civilmente (57,4%), destacando-se também o percentual de indivíduos viúvos (32,4%). Com isso, observou-se uma maior prevalência de indivíduos cuja companhia na residência é o esposo(a) mais outros familiares (42,6%) ou apenas outros familiares (35,1%) que, geralmente, permaneciam na companhia do idoso, ocupando o papel de cuidador familiar ou dele dependiam financeiramente (Tabela 1).

Tabela 1. Características sociodemográficas, situação de saúde e de saúde bucal dos participantes do estudo (n=441). Natal, RN, 2011.

Características Sociodemográficas	Média (dp)
Idade	71,7 ($\pm 8,76$)
Escolaridade	2,17 ($\pm 2,74$)
Renda familiar (salários mínimos)	2,00 ($\pm 1,19$)
Aglomerado domiciliar	0,65 ($\pm 0,37$)
Características Socioeconômicas e demográficas	(%)
Sexo feminino	68,3
Solteiro(a)	4,8
Casado(a)	57,4
Viúvo(a)	32,4
Desquitado(a)	5,4
Vive sozinho(a)	6,6
Vive com esposo(a)	15,6
Vive com esposo(a) e outros familiares	42,6
Vive com outros familiares	35,1
Recebimento de aposentadoria	77,1
Residência em casa própria	83,4
Situação de saúde	Média (dp)
Doenças autorreferidas	1,5 ($\pm 1,2$)
Situação de saúde	(%)
Dependência em ao menos uma ABVD	10,4
Uso regular de medicação	72,8
Queda recente	11,8
Fratura óssea pós 60 anos	9,5
Tabagismo atual	21,3
Tabagismo pregresso	49,3
Etilismo atual	7,0
Etilismo pregresso	24,4
Variáveis de saúde bucal	Média (dp)
CPO-d médio	28,1 ($\pm 5,77$)
Variáveis de saúde bucal	(%)
Edentulismo	50,8
Auto-percepção positiva da necessidade de substituição de prótese	26,5
Uso do serviço público odontológico na última consulta	63,9
Cobertura por Estratégia Saúde da Família	82,5

dp: desvio-padrão da média; ABVD: atividades básicas da vida diária; CPO-d: número de dentes cariados, perdidos e obturados.

A presença de cuidador foi considerada quando da existência de algum indivíduo, caracterizado como cuidador e/ou responsável, prestador de cuidados diários ao idoso, sob remuneração ou não. Nessa característica, prevaleceu os idosos que não os possuíam, ou não relataram necessidade de cuidados diários (86,4%). No que se refere às condições de residência dos indivíduos, observou-se que a grande maioria relatou ter residido no interior do estado durante a maior parte da vida, e em área urbana (51,7%).

Em relação às variáveis de condições socioeconômicas, verificou-se o predomínio de indivíduos que recebiam aposentadoria, sendo a maioria de um salário mínimo (U\$ 315,02) o que, em certa medida, justifica a ocorrência de uma baixa renda média familiar de dois salários mínimos (U\$ 630,05) em média, visto que, na maioria das vezes, o próprio idoso se enquadra como o único provedor para o sustento familiar. Grande parte dos indivíduos residia em casa própria (83,4%) e não se encontravam inseridos em programas de auxílio governamental (90,0%), porém, dentre aqueles que estavam inseridos, a maior prevalência referia-se ao recebimento do bolsa-família (70,5%). No que se refere à aglomeração domiciliar, representada pela quantidade de pessoas por cômodo, verificou-se uma média de pouco mais que 0,6 pessoas/cômodo nas residências dos indivíduos entrevistados.

Por fim, a forma de aquisição de medicamentos mais relatada foi o recebimento gratuito em unidades ou centros de saúde do município. O estado geral de saúde dos indivíduos foi analisado através de algumas variáveis relacionadas às condições sistêmicas, bem como aos hábitos do tabagismo e do etilismo. A quantidade de doenças para as quais o indivíduo tomava medicação diária foi de 1,2 ($\pm 1,1$) doença, em média. O consumo regular de medicamentos destacou-se na população sob estudo, sendo relatado pela maioria dos indivíduos e, dentre os tipos de medicamentos mais utilizados, estiveram os anti-hipertensivos (57,2%) e os antidiabéticos (16,3%).

Observou-se que, na maioria dos casos, não houve ocorrência de queda dentro das quatro semanas anteriores ao momento da investigação, bem como

não ocorreu fratura óssea a partir dos 60 anos de idade até o momento da pesquisa para a maior parte dos casos. Também foi encontrada uma maior prevalência de indivíduos que não possuíam hábitos progressos ou atuais de tabagismo e etilismo. No entanto, vale destacar, o alto percentual de idosos que fizeram uso progressivo do tabaco. Quanto à capacidade funcional, dentre os indivíduos dependentes em ao menos uma das funções, a maior prevalência foi daqueles que necessitavam de assistência para o desempenho de cinco funções (30,4%), ou seja, indivíduos no limiar da dependência para todas as atividades da vida diária.

No que se refere às características de saúde bucal, a última visita ao dentista foi realizada, na maioria dos casos, há mais de dois anos (62,4%), sendo o serviço público o mais procurado para tal (63,9%). O CPO-d médio da amostra investigada contou com a maior participação do componente perdido (94,3%). A perda total dos dentes foi observada em mais da metade da amostra estudada e o edentulismo funcional (ausência de até 20 elementos dentários - dentição funcional), foi encontrado em 92,7% dos indivíduos. A cárie radicular, uma condição marcante na população idosa, esteve presente em 28,1% dos indivíduos participantes do estudo.

A condição periodontal dos idosos foi avaliada a partir da observação de sangramento gengival, cálculo dentário e bolsa periodontal que estiveram presente em 66,3%, 77,9% e 19,3% dos indivíduos estudados, respectivamente. No que diz respeito ao uso e necessidade de prótese, observou-se que 46,7% dos idosos usavam prótese superior, enquanto que apenas 27,8% usavam alguma prótese inferior. A necessidade de prótese, por sua vez, foi observada em 80% dos indivíduos, quando considerada a arcada superior, e em 86,4%, quando se avaliou a necessidade de prótese inferior.

Previamente aos testes de associação, recorreu-se à análise fatorial para a redução do número de variáveis dependentes do estudo. Utilizando-se o método de análise de componentes principais, foram extraídos quatro fatores representativos das condições de saúde bucal da população estudada. Uma das justificativas para essa quantidade foi o fato de que, em conjunto, tais fatores explicaram 77,41%

da variância total das variáveis incluídas no modelo de análise. Assim, resumidamente, esses quatro fatores passaram a compor as variáveis dependentes do estudo. A Figura 1 apresenta os resultados da análise

fatorial com o percentual de variância explicada por cada fator, bem como o conjunto de variáveis, agrupadas segundo suas correlações, que cada um representa.

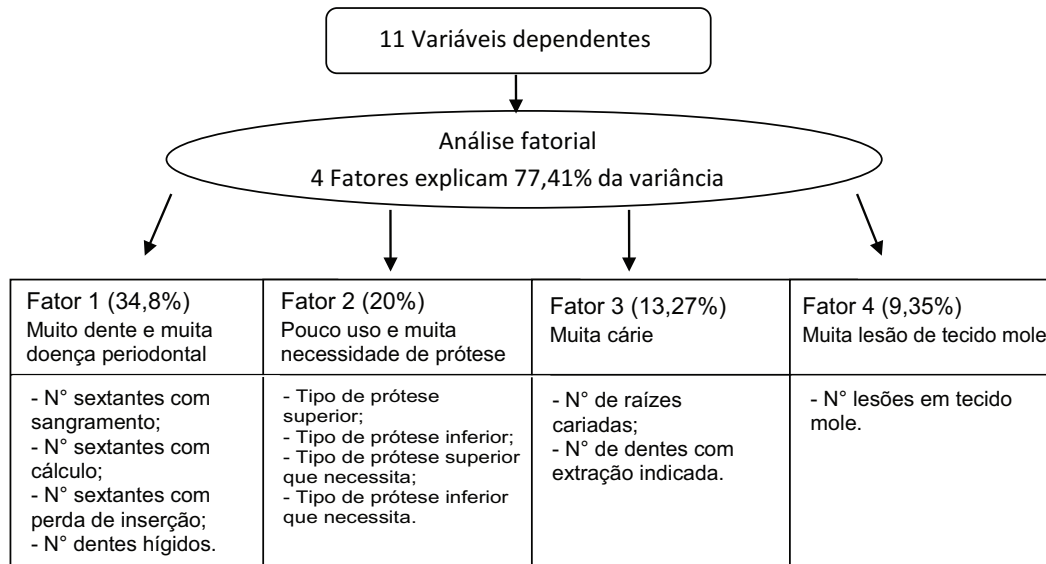


Figura 1. Resultados do processo de análise fatorial no estudo sobre condições de saúde bucal e capacidade funcional em uma população de idosos. Natal, RN, 2011.

Na análise bivariada, observou-se associação significativa entre a capacidade funcional dos idosos e as variáveis fatoriais de saúde bucal relacionadas à presença de cárie (fator 3) e aquela associada ao uso e necessidade de prótese (fator 2). Foi identificada uma menor ocorrência de cárie dentária entre a maioria dos indivíduos dependentes em ao menos uma atividade básica da vida diária, assim como uma maior necessidade e menor uso de próteses dentárias por esses indivíduos. Acredita-se que a menor ocorrência de cárie em indivíduos dependentes, decorra da elevada perda dentária nesses indivíduos.

Tais associações, por sua vez, perderam significância estatística quando do ajuste para algumas variáveis de confusão, combinadas em modelos distintos para cada indicador. Algumas das variáveis independentes, entretanto, mantiveram-se associadas às variáveis fatoriais, dentre as quais o sexo, idade, presença de cuidador, zona de residência dominante, tempo da última visita ao dentista, tipo de serviço procurado em tal visita e autopercepção quanto à substituição de prótese. Os resultados dos testes de associação são apresentados na Tabela 2.

Tabela 2. Associação entre variáveis e a presença das condições representadas pelas variáveis fatoriais de saúde bucal em idosos de Macaíba, Nordeste do Brasil. Natal, RN, 2011.

Variáveis	Dentes e doença periodontal		necessidade de prótese dentária		Dentes e cárie		Lesões bucais	
	Bruta OR (95% CI)	Ajustada†	Bruta OR (95% CI)	Ajustada†	Bruta OR (95% CI)	Ajustada†	Bruta OR (95% CI)	Ajustada†
Feminino (referência masculino)	2,36 (1,57-3,57)*	2,53 (1,56-4,09)*	1,55 (1,03-2,33)*	1,56 (0,98-2,48)	1,44 (0,99-2,22)	1,74 (0,91-3,31)	-	-
>70 anos de idade (referência ≤70 anos)	1,39 (0,95-2,03)	1,15 (0,75-1,77)	0,46 (0,31-0,68)*	0,55 (0,35-0,87)*	-	-	1,65 (1,13-2,41)*	1,18 (0,63-2,21)
>1 ano completo de estudo (referência ≤1 ano)	-	-	1,59 (1,09-2,32)*	1,04 (0,67-1,61)	-	-	0,78 (0,53-1,13)	1,28 (0,72-2,29)
Presença de cônjuge (referência ausência)	0,70 (0,48-1,03)	1,00 (0,64-1,55)	-	-	-	-	-	-
Capital como local de residência dominante (referência interior)	0,63 (0,36-1,10)	0,84 (0,45-1,56)	-	-	-	-	-	-
Zona urbana como local de residência dominante (referência zona rural)	0,72 (0,49-1,04)	0,71 (0,46-1,11)	2,06 (1,41-3,02)*	1,82 (1,19-2,79)*	0,67 (0,46-0,99)*	0,79 (0,45-1,38)	-	-
Recebimento de aposentadoria (referência não recebimento)	-	-	0,63 (0,40-0,99)*	1,10 (0,65-1,86)	-	-	1,38 (0,88-2,15)	0,86 (0,45-1,64)
Presença de cuidador (referência ausência)	2,29 (1,27-4,13)*	1,92 (0,98-3,76)	0,38 (0,21-0,69)*	0,46 (0,23-0,91)*	1,52 (0,86-2,71)	1,90 (0,71-5,10)	1,45 (0,83-2,54)	1,41 (0,54-3,65)
≤0,6 pessoas/cômodo na residência (referência >0,6)	-	-	1,61 (1,10-2,36)*	1,29 (0,85-1,97)	1,29 (0,88-1,89)	1,12 (0,64-1,96)	0,65 (0,44-0,95)*	0,59 (0,33-1,06)
Residência em casa própria (referência casa não própria)	-	-	-	-	1,63 (0,98-2,70)	1,46 (0,68-3,12)	1,41 (0,85-2,33)	1,41 (0,62-3,21)
Independência em ABVD (referência dependência em ao menos uma ABVD)	0,57 (0,30-1,07)	0,83 (0,39-1,76)	2,46 (1,27-4,76)*	1,37 (0,63-2,97)	0,51 (0,26-1,00)*	0,34 (0,09-1,27)	-	-
Presença de ≤1 doença (referência >1 doença)	-	-	-	-	0,76 (0,51-1,11)	0,68 (0,37-1,24)	1,36 (0,93-1,98)	1,03 (0,59-1,79)

continua

Continuação da Tabela 2

Variáveis	Dentes e doença periodontal		Necessidade de prótese dentária		Dentes e cárie		Lesões bucais	
	Bruta OR (95% CI)	Ajustada† (95% CI)	Bruta OR (95% CI)	Ajustada† (95% CI)	Bruta OR (95% CI)	Ajustada† (95% CI)	Bruta OR (95% CI)	Ajustada† (95% CI)
Uso regular de medicamento ausente (referência presença)	-	-	-	-	0,70 (0,45-1,06)	0,95 (0,47-1,93)	-	-
Tabagismo atual ausente (referência presença)	1,37 (0,87-2,17)	1,20 (0,72-2,01)	-	-	-	-	-	-
Etilismo atual ausente (referência presença)	1,87 (0,88-3,95)	1,10 (0,48-2,53)	-	-	-	-	-	-
Autopercepção negativa da necessidade de substituição de prótese (referência autopercepção positiva)	-	-	-	-	0,33 (0,19-0,56)*	0,30 (0,17-0,53)*	3,39 (2,27-6,83)*	3,99 (2,23-7,12)*
Última visita ao dentista há ≤2 anos (referência >2anos)	0,56 (0,37-0,83)*	0,61 (0,39-0,95)*	2,08 (1,39-3,11)*	2,06 (1,32-3,23)*	-	-	-	-
Serviço privado na última consulta (referência público)	1,70 (1,13-2,56)*	1,67 (1,07-2,59)*	1,60 (1,07-2,40)*	1,83 (1,17-2,87)*	-	-	0,73 (0,49-1,08)	0,78 (0,43-1,41)
Cobertura por ESF (referência ausência de cobertura)	-	-	-	-	1,74 (1,06-2,85)*	1,29 (0,63-2,64)	-	-

* p valor <0,05; † Ajustado para as covariáveis que apresentaram p valores <0,02 no Teste qui-quadrado; OR: Razão de chances (Odds Ratio); ABVD: Atividade básica da vida diária; ESF: Estratégia Saúde da Família.

DISCUSSÃO

A capacidade funcional, dimensão crescente para o prognóstico do estado de saúde da população geriátrica¹⁷, quando da associação com as condições de saúde bucal de idosos, demonstrou ausência de efeito sobre tais condições. Tal achado pode decorrer do fato da condição de dependência do idoso ocorrer em momento distinto daquele em que se observam as sequelas dos problemas bucais que, nesses indivíduos, representam efeitos cumulativos de uma história pregressa de cuidados deficientes e assistência mutiladora.

Os resultados ora descritos possuem representatividade populacional, considerando os procedimentos de amostragem utilizados no presente estudo, bem como os procedimentos e parâmetros utilizados no cálculo do tamanho amostral. Além disso, tais resultados foram corroborados quando do tratamento da amostra como complexa, obtendo-se valores estimados de percentuais e médias compatíveis. Esse tratamento deu-se em virtude da utilização de um desenho de estudo complexo de amostragem por conglomerados. Para tanto, foram atribuídos valores de pesos individuais, que representavam a probabilidade de cada indivíduo fazer parte da amostra do estudo, considerando sua pertinência a determinados conglomerados (domicílio e setor censitário). Foram observados ainda, valores de efeito de desenho aceitáveis para a quantidade de conglomerados considerada no método de amostragem do estudo, o que confirma a representatividade dos dados para a população em questão.

O primeiro indicador de saúde bucal interpretado como “muito dente e muita doença periodontal” esteve associado ao sexo, com uma prevalência maior de indivíduos do sexo masculino na categoria de presença de muitos elementos dentários e doença periodontal. Essa associação sugere o descuido com a saúde bucal por parte dos homens em detrimento das mulheres idosas que, em geral, são mais cuidadosas com a saúde geral. Um estudo que analisou a associação entre fatores sociodemográficos e o uso de serviços odontológicos entre idosos brasileiros identificou tal descuido por parte dos homens, na medida em que pertencer a esse sexo esteve associado a nunca ter visitado um dentista¹⁸.

O tempo da última visita ao dentista também esteve associado ao primeiro indicador, com uma maior ocorrência de indivíduos que procuraram o dentista há mais de dois anos na categoria de presença de muitos elementos dentários e doença periodontal. Tal associação mostra a importância das visitas regulares ao dentista por parte dos idosos com vistas não apenas à manutenção dos elementos dentários na boca, mas em condições saudáveis. Nesta perspectiva, dados do levantamento nacional de saúde bucal conduzido em 2002-2003 e apresentados em 2008, mostraram uma maior prevalência de tal procura entre os indivíduos dentados diante dos edentados¹⁹.

Por fim, o tipo de serviço procurado na última visita ao dentista também associou-se ao primeiro indicador, com a maior ocorrência de doença periodontal naqueles idosos que procuram pelo serviço público em detrimento do privado. Identificam-se nessa associação os efeitos cumulativos da histórica precariedade do modelo público de assistência odontológica, fundamentado em práticas iatrogênico-mutiladoras, biologicistas, centradas na técnica e pouco resolutivas, conferido à população em geral e predominante no Brasil até os anos 80²⁰.

O segundo indicador de saúde bucal construído pela análise fatorial referiu-se ao pouco uso e muita necessidade de prótese dentária e tal indicador esteve associado com a idade, indicando um maior uso e menor necessidade de prótese entre os idosos com até 70 anos de idade. Sugere-se que há uma maior preocupação por parte dos idosos mais jovens no que tange à reabilitação protética, tendo em vista a manutenção das funções perdidas com a ausência dos dentes. Por outro lado, indivíduos mais idosos tendem a direcionar suas preocupações para outros problemas de saúde mais abrangentes e incapacitantes que lhes trazem maior debilidade.

Neste sentido, Roncalli em 2006²¹, destaca que entre os idosos a presença de dentes pode significar uma dificuldade a mais para o autocuidado, especialmente para aqueles com limitações funcionais, e a sua perda, desde que substituída por dentes artificiais, não representa motivo de maiores preocupações. Tendo em vista a prática de tratamento odontológico mutilador aos quais os idosos eram submetidos, a perda dentária revela-se na opinião de muitos idosos como uma etapa da

evolução da condição bucal do indivíduo^{21,22}. Assim, o edentulismo era tido como uma condição normal e inevitável no idoso²³.

A zona de residência dominante também se associou ao pouco uso e muita necessidade de prótese dentária, segundo indicador, mostrando uma maior necessidade e, portanto, menor uso de prótese entre os indivíduos que residiam predominantemente em zona rural. Tal associação encontra suporte no acesso aos serviços odontológicos e, neste caso, os serviços especializados de confecção de próteses dentárias que, embora disponibilizados no Brasil pelo Sistema Único de Saúde a partir da Política Nacional de Saúde Bucal de 2006, concentram-se nos centros urbanos, muitas vezes dificultando o acesso para o indivíduo residente em zona rural²⁴.

A presença de cuidador também se associou ao segundo indicador de saúde bucal, apontando para um maior uso e menor necessidade de prótese em indivíduos que não possuíam tal suporte de cuidados. Sugere-se que a presença de cuidador está associada a indivíduos mais dependentes, caracterizando, portanto, tal variável como *proxy* da capacidade funcional. Nesta perspectiva, destaca-se que o uso de aparelho protético possivelmente representa mais um aspecto detentor de necessidade de cuidados que pode requerer do indivíduo que cuida alguma habilidade para manuseio e higienização diária. Saliba et al em 2007²⁵ e Simões e Carvalho em 2011²⁶ apontam que a condição bucal do idoso influencia no tipo de cuidado prestado ao mesmo, considerando importante que os cuidadores sejam motivados a destinar à saúde bucal o cuidado que a ela é devido.

Em relação ao tipo de serviço procurado na última visita ao dentista, identificou-se o menor uso e maior necessidade de prótese entre os indivíduos que buscaram o serviço público. Atribui-se também ao precário modelo de atenção odontológico, pautado em políticas públicas que excluía pacientes adultos e idosos e, por outro lado, trabalhavam na perspectiva de ignorar o tratamento reabilitador como uma atribuição do setor público²¹. O indicador referente ao uso e necessidade prótese associou-se ainda ao tempo da última visita ao dentista, indicando que a maioria dos indivíduos cuja última visita tinha

ocorrido há mais de dois anos utilizavam menos prótese e apresentavam mais necessidade da mesma. Observa-se nessa associação, uma relação com o autocuidado com a saúde bucal, na medida em que se espera daqueles indivíduos que procuram os serviços odontológicos com mais frequência, um comportamento favorável em relação aos cuidados com a saúde bucal¹⁸, representado, neste caso, pela reposição dos elementos dentários perdidos.

O indicador de saúde bucal relacionado à presença de cárie associou-se à autopercepção quanto à necessidade de substituição de prótese dentária, com a presença da maioria dos indivíduos que julgavam ser necessária a substituição de sua prótese na categoria associada à menor presença de cárie. Isso se justifica pela precariedade da situação de saúde bucal dos idosos, já que os indivíduos que julgavam não necessitarem de substituição protética eram aqueles que possuíam mais elementos dentários na boca, sendo esses, portanto, acometidos de alguma doença bucal, seja a cárie, seja a doença periodontal.

A variável descrita anteriormente (autopercepção quanto à necessidade de substituição de prótese dentária) associou-se ainda ao indicador relacionado à presença de alteração em tecido mole, com a maioria dos indivíduos que percebem positivamente a necessidade de substituir sua prótese no grupo com maior prevalência de lesões. Tal associação pode ser justificada pelos indivíduos perceberem a necessidade de substituição da prótese dentária, devido à presença de alguma lesão proveniente desse aparelho, como as estomatites protéticas e hiperplasias fibrosas ocasionados por próteses mal adaptadas²⁷.

A ausência de efeito direto da capacidade funcional sobre as condições de saúde bucal pode estar relacionada às limitações do estudo que se referem à aferição das dimensões ora investigadas. Sugere-se que a condição de dependência vivenciada pelo idoso ocorra em momento distinto daquele em que se observam as sequelas dos problemas bucais que, nesses indivíduos, representam efeitos cumulativos de uma história pregressa de cuidados deficientes e assistência mutiladora. A dependência, por sua vez, caracteriza-se como uma limitação funcional que, assim como os desfechos dos problemas bucais, pode

carregar a natureza cumulativa, no caso da existência de doenças crônicas indutoras de limitação funcional, ou mesmo na presença de qualquer condição crônica, porém não acompanhada dos devidos cuidados para a manutenção de um equilíbrio fisiológico aceitável. Por outro lado, a dependência também pode resultar de uma condição incapacitante aguda, levando o indivíduo a um déficit funcional repentino e progressivo^{4,8}.

Assim, na busca de associações entre as condições de saúde bucal e a capacidade funcional em idosos, observou-se que a identificação do momento em que o idoso passa à condição de dependente, no caso do estudo em questão, em alguma das funções da vida diária, representa um importante aspecto a ser considerado para uma possível identificação da interferência da condição de dependência no estado de saúde bucal de idosos.

REREFÊNCIAS

1. Kagawa CA, Corrente JE. Análise da capacidade funcional em idosos do município de Avaré-SP: fatores associados. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2015;18(3):577-86.
2. Lebrão ML, Laurenti R. Saúde, bem-estar e envelhecimento: o estudo SABE no Município de São Paulo. *Rev Bras Epidemiol.* 2005;8(2):127-41.
3. Pérez RCC, Yáñez SAB, Robledo LMG, Funes JAA. Oral health conditions and frailty in mexican community-dwelling elderly: a cross sectional analysis. *BMC Public Health.* 2012;12:1-12.
4. Moriya S, Tei K, Yamazaki Y, Hata H, Kitagawa Y, Inoue N, et al. Relationships between higher-level functional capacity and dental health behaviors in community-dwelling older adults. *Gerodontology.* 2013;30(2):133-40.
5. Saarela RKT, Soini H, Muurinen S, Suominen MH, Pitkälä KH. Oral hygiene and associated factors among frail older assisted living residents. *Spec Care Dentist.* 2012;33(2):56-61.
6. Naito M, Kato T, Fujii W, Ozeki M, Yokoyama M, Hamajima N, et al. Effects of dental treatment on the quality of life and activities of daily living in institutionalized elderly in Japan. *Arch Gerontol Geriatr.* 2010;50(1):65-8.
7. Petelin M, Cotic J, Perkić K, Pavlic A. Oral health of the elderly living in residential homes in Slovenia. *Gerodontology.* 2012;29(2):447-57.
8. Andrade FB, Lebrão ML, Santos JLF, Duarte YADO. Relationship between oral health and frailty in community-dwelling elderly individuals in Brazil. *J Am Geriatr Soc.* 2013;61(5):809-14.
9. Mello ALSF, Padilha DMP. Condições de higiene bucal de idosos residentes em instituições geriátricas de pequeno porte em Porto Alegre. *Rev Fac Odontol.* 2001;43(2):12-9.
10. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Resultados do Censo Demográfico [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2010 [acesso em 15 maio 2012]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/link.php?uf=rn>
11. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2004.
12. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Projeto SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: manual da Equipe de Campo. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2010.

CONCLUSÃO

A capacidade funcional, quando da associação com as condições de saúde bucal de idosos, demonstrou ausência de efeito direto sobre tais condições, apontando para uma maior relevância em direção a outras associações que foram observadas em relação à saúde bucal dos idosos investigados. Desta maneira, características como: ter mais de 70 anos de idade, ser do sexo feminino, tipo de serviço procurado pelo idoso e o tempo da última visita ao dentista devem ser consideradas na prática clínica, tendo em vista uma maior efetividade na resolução dos problemas bucais em idosos. Aponta-se que na busca de associações entre as dimensões investigadas, a identificação do momento em que o idoso passa à condição de dependente é um passo fundamental, o que, por sua vez, pode ser considerada uma limitação do presente estudo.

13. Roncalli AG. Aspectos técnico-operacionais de um levantamento epidemiológico em saúde bucal. In: Ferreira A, Roncalli AG, Lima KC, organizadores. Saúde bucal coletiva: conhecer para atuar. Natal: EDUFRN; 2006. p. 63-80.
14. 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. *J Am Med Assoc.* 1963;185(12):914-9.
15. Fávero LP, Belfiore P, Silva FL, Chan BL. Análise Fatorial. In: Fávero LP, Belfiore P, Silva FL, Chan BL. Análise de dados: modelagem multivariada para tomada de decisões. Rio de Janeiro: ELSEVIER; 2009. p. 235-69.
16. Szwarcwald CL, Damacena GN. Amostras complexas em inquéritos populacionais: planejamento e implicações na análise estatística dos dados. *Rev Bras Epidemiol.* 2008;11(1):38-45.
17. Freitas RS, Fernandes MH, Coqueiro RS, Reis Júnior WM, Rocha SV, Brito TA. Capacidade funcional e fatores associados em idosos: estudo populacional. *Acta Paul Enferm.* 2012;25(6):933-9.
18. Matos DL, Giatti L, Lima MFC. Fatores sócio-demográficos associados ao uso de serviços odontológicos entre idosos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. *Cad. Saúde Pública.* 2004;20(5):1290-7.
19. Martins AMEBL, Haikal DS, Pereira SM, Barreto SM. Uso de serviços odontológicos por rotina entre idosos brasileiros: Projeto SB Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2008;24(7):1651-66.
20. Roncalli AG. A organização da demanda em serviços públicos de saúde bucal [tese]. Araçatuba: Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Odontologia; 2000.
21. Roncalli AG. Edentulismo. In: Antunes JLF, Perez MA. Epidemiologia da Saúde Bucal. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006. p. 205-18.
22. Glassman P, Subar P. Creating and maintaining oral health for dependent people in institutional settings. *J Public Health Dent.* 2010;70(1):40-8.
23. Hiramatsu DA, Tomita NE, Franco LJ. Perda dentária e a imagem do cirurgião-dentista em um grupo de idosos. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2007;12(4):1051-6.
24. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal: Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2004.
25. Saliba NA, Moimaz SAS, Marques JAM, Prado RL. Perfil de cuidadores de idosos e percepção sobre saúde bucal. *Interface Comun Saúde Educ.* 2007;11(21):39-50.
26. Simões ACA, Carvalho DM. The reality of the oral/dental health of the elderly in the Brazilian Southeast. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2011;16(6):2975-82.
27. Martins AMEBL, Barreto SM, Pordeus AI. Fatores relacionados à autopercepção da necessidade de tratamento odontológico entre idosos. *Rev Saúde Pública.* 2008;42(3):487-96.

Recebido: 05/03/2015

Revisado: 06/09/2016

Aprovado: 07/11/2016



Prevalência de sintomas depressivos em idosas de um Centro de Referência de Atenção ao Idoso no município de Passo Fundo, Rio Grande do Sul

Prevalence of depressive symptoms among elderly women from a Center of Reference and Care for the Elderly in the city of Passo Fundo, Rio Grande do Sul

930

Mayara Chaves Piani¹
Ana Luisa Sant'Anna Alves¹
Juliane Bervian²
Daniela Bertol Graeff³
Julia Pancotte⁴
Marlene Doring⁴
Bernadete Maria Dalmolin⁵

Resumo

Objetivo: Analisar a prevalência de sintomas depressivos em idosas e fatores associados a essa patologia. **Método:** Estudo transversal aninhado ao estudo longitudinal do Centro de Referência e Atenção ao Idoso da Universidade de Passo Fundo, RS. Foram aplicados questionários padronizados e pré-codificados com informações sociodemográficas. O desfecho depressão foi aferido através da Escala de Depressão Geriátrica. Para o nível de atividade física foi utilizado o *International Physical Activity Questionnaire* e o estado nutricional foi avaliado através dos parâmetros do índice de massa corporal. Foi aplicado o Teste qui-quadrado ou o Teste exato de Fischer para verificar a associação entre o desfecho e a exposição. **Resultados:** Foram avaliadas 313 idosas, entre 60 e 89 anos de idade, a maioria (91,3%) pertencia às classes econômicas B e C. A depressão esteve presente em 22 (7,1%) idosas. Na análise bivariada, a depressão esteve associada às idosas de cor não branca (14,6%; $p=0,039$) e às classificadas como insuficientemente ativas (10,6%; $p=0,033$). **Conclusão:** Os resultados indicam a necessidade de incentivar idosos para que façam atividades físicas, no intuito de contribuir para a prevenção da depressão geriátrica.

Palavras-chave:

Envelhecimento. Saúde do Idoso. Depressão.

Abstract

Objective: To analyze depressive symptoms and factors associated with this pathology among elderly women. **Method:** A cross-sectional study nested in the longitudinal study of the Care and Reference Center for the Elderly of the Universidade de Passo Fundo (Passo Fundo University) in Rio Grande do Sul, Brazil, was carried out. Standardized questionnaires, pre-coded with sociodemographic information, were applied. The Geriatric Depression Scale was used to assess the outcome of depression. The International

Keywords: Aging. Health of the Elderly. Depression.

¹ Universidade de Passo Fundo, Instituto de Ciências Biológicas, Programa de Pós-graduação em Nutrição. Passo Fundo, Rio Grande do Sul, Brasil.

² Universidade de Passo Fundo, Faculdade de Odontologia, Curso de Odontologia. Passo Fundo, Rio Grande do Sul, Brasil.

³ Universidade de Passo Fundo, Faculdade de Medicina, Curso de Medicina. Passo Fundo, Rio Grande do Sul, Brasil.

⁴ Universidade de Passo Fundo, Faculdade de Educação Física e Fisioterapia, Programa de Pós-graduação em Envelhecimento Humano. Passo Fundo, Rio Grande do Sul, Brasil.

⁵ Universidade de Passo Fundo, Instituto de Ciências Biológicas, Curso de Enfermagem. Passo Fundo, Rio Grande do Sul, Brasil.

Physical Activity Questionnaire was used to evaluate the level of physical activity and parameters of Body Mass Index were used to assess nutritional status. The chi-squared test or the Fisher exact Test were applied to verify the association between outcome and exposure. *Results:* 313 elderly women were assessed. They were aged from 60 to 89 years, and most (284 - 91.3%) belonged to economic classes B and C. Depression was present in 22 (7.1%) of the elderly women. In bivariate analysis, depression was associated with non-white elderly women (14.6%; $p=0.039$) who were classified as insufficiently active (10.6%; $p=0.033$). *Conclusion:* The results indicate the need to encourage the elderly to perform physical activities to contribute to the prevention of geriatric depression.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento é um processo fisiológico, gradual e irreversível, provocando a diminuição das capacidades funcionais nos indivíduos¹ com alterações psicológicas e motoras, além do aumento na prevalência de doenças²⁻⁴. Dentre as doenças, a depressão é destacada na população idosa e sua presença pode levar à incapacidade funcional⁵. No Brasil, mais de 10% da população idosa apresenta quadros depressivos, sendo esse um dos maiores problemas de saúde pública do mundo⁶. Roncon et al.⁷, em um estudo recente, relatam que a depressão foi a patologia que mais afetava a qualidade de vida física e psicológica em idosos.

As mudanças psicológicas, sociais e biológicas, ao longo da vida, podem tornar o idoso vulnerável a desenvolver determinadas patologias. Existe, na literatura, uma relação direta entre as relações sociais, a qualidade de vida e a capacidade funcional e uma relação inversa desses fatores com a depressão⁸.

Os sintomas depressivos envolvem aspectos de natureza biológica, psicológica e social e têm forte impacto funcional na vida de indivíduos de todas as idades. Na velhice, podem estar associados a diversas perdas, tais como: limitação do acesso àquelas atividades que promovem satisfação e bem-estar, além do aumento do risco para o aparecimento e o agravamento de doenças crônicas. O sedentarismo, a obesidade, assim como hábitos de vida prejudiciais à saúde, são fatores de risco para essa população^{9,10}.

Dentre os fatores associados à sintomatologia depressiva em idosos, destacam-se o sexo feminino^{7,11-15}, a idade avançada^{7,12-15} e o viver sozinho^{7,13,14}. Além das características sociodemográficas, outros fatores

mostram-se associados a maior ocorrência de depressão, tais como: a utilização de medicamentos^{14,15}, as comorbidades^{7,15}, a incapacidade funcional⁷, a percepção negativa de saúde¹² e a inatividade física^{12,15}.

A manutenção da capacidade funcional dos idosos é um dos fatores que interferem na qualidade de vida dessa população. Neste contexto, a prática de atividades físicas deve ser incentivada para essa faixa etária, por ser um importante meio de se alcançar esse objetivo, além de trazer benefícios físicos e psicossociais, melhoram a resistência a doenças e ao estresse^{3,16}.

Os grupos de terceira idade, quando bem estruturados, são um exemplo de espaço para a convivência com pessoas da mesma faixa etária e para poderem desfrutar de atividades físicas e cognitivas¹⁶. Ferreira e Barham¹⁷ ressaltam ainda que, quanto menos o indivíduo estiver envolvido em atividades prazerosas, maior a chance de experimentar o desânimo e este evoluir para a depressão.

A alta prevalência de sintomas depressivos e depressão subsindrômica em idosos reforça a importância da investigação científica, por estarem associados a outras doenças médicas e ao risco de evolução para a depressão maior¹⁸. Estudos regionais e de base populacional são necessários para que as variáveis identificadas possam ser abordadas de maneira mais efetiva e imediata pelos gestores de saúde, bem como por toda área de saúde que atende essa população. Diante do exposto, o objetivo do presente estudo foi analisar a prevalência de sintomas depressivos em idosas e fatores associados a essa patologia, em um Centro de Referência e Atenção ao Idoso do município de Passo Fundo, Rio Grande do Sul.

MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal, com amostra de conveniência, aninhado ao estudo longitudinal do Centro de Referência e Atenção ao Idoso (Elo-Creati). O estudo foi realizado no Creati, que é vinculado à Universidade de Passo Fundo, RS. O Centro oferece oficinas de língua estrangeira, informática, origami, coral, memória e diversas modalidades de atividades físicas.

No município de Passo Fundo residem 21.245 idosos na zona urbana, sendo que 8.685 são homens e 12.560 são mulheres, de acordo com o Censo de 2010¹⁹. No Creati, participam das atividades cerca de 600 idosos. Foram incluídas na pesquisa todas as mulheres com idade igual ou mais de 60 anos, matriculadas em uma ou mais oficinas, no período de agosto de 2014 a agosto de 2015 e que concordaram em participar do estudo. Optou-se estudar somente mulheres por serem maioria no Creati e com pelo menos 60 anos para ser caracterizada como idosa, pois nesse Centro, admitem-se pessoas a partir de 55 anos de idade.

Durante um ano, as coletas foram realizadas como estratégia de maior adesão à pesquisa. As idosas foram sensibilizadas sobre a importância do estudo por meio de palestras e cartazes no Centro, sendo abordadas antes e/ou após a realização das oficinas, para não alterar o fluxo de suas atividades no local.

Como característica de um delineamento transversal, os questionários foram aplicados apenas uma vez a cada participante, por dez acadêmicos e três professores da Universidade de Passo Fundo vinculados à pesquisa, distribuídos nos horários em que havia atividades no Centro. Todos os entrevistadores foram previamente treinados e receberam um manual com orientações gerais e sobre cada questão para auxiliar a coleta e a codificação das respostas. Além disso, sempre havia um professor como revisor acompanhando as coletas para eventuais dúvidas dos entrevistadores. Para as coletas, entrevistadores e entrevistados foram dispostos em várias salas de aula para criar um ambiente calmo e silencioso para as coletas, as quais duravam entre 20 e 30 minutos.

Quanto ao tamanho amostral, para um nível de confiança de 95%, poder estatístico de 80%, razão entre exposto: não exposto (1:1,5) e razão de

prevalência de 2, seria necessária uma amostra de 307 idosas, similar ao número de idosas investigadas. Também foi calculado o poder estatístico para verificar as associações e todas as variáveis de exposição apresentaram poder estatístico superior a 90%.

O desfecho depressão foi aferido através da Escala de Depressão Geriátrica (EDG). O instrumento tem 15 questões com respostas objetivas a respeito de como a pessoa idosa tem se sentido durante a última semana. A EDG não é um substituto para uma entrevista diagnóstica realizada por profissionais da área de saúde mental. É uma ferramenta útil de avaliação rápida para facilitar a identificação da depressão em idosos. As perguntas não podem ser alteradas, deve-se perguntar exatamente o que consta no instrumento. As avaliações dos resultados foram feitas da seguinte maneira: pontuação entre 0 e 5 *sem depressão*, e 6 ou mais, *com depressão*²⁰.

As variáveis de exposição foram: *idade, estado civil, cor da pele, classe econômica, índice de massa corporal (IMC) e nível de atividade física*. A classe econômica foi identificada através do Critério de Classificação Econômica Brasil da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa do ano de 2013²¹. O instrumento é composto por perguntas sobre posse e quantidade de alguns itens como, por exemplo, televisão em cores, rádio, banheiro, entre outros e a escolaridade do responsável pelo domicílio. Após o somatório, classifica-se, de acordo com os pontos de corte, em classe econômica A, B, C, D e E.

O IMC é calculado com base na divisão do peso corporal em quilogramas pela estatura em metro elevada ao quadrado (kg/m^2). Os pontos de corte adotados para avaliar o estado nutricional foram os propostos por Lipschitz²²: baixo peso ($<22 \text{ kg}/\text{m}^2$), eutrofia ($22-27 \text{ kg}/\text{m}^2$) e sobrepeso ($>27 \text{ kg}/\text{m}^2$). O valor do peso corporal foi obtido utilizando-se uma balança digital da marca Tanita®, tipo portátil. Para verificação da estatura utilizou-se um estadiômetro da marca Seca®, com escala de precisão de 0,1cm.

Para o nível de atividade física foi utilizado o *International Physical Activity Questionnaire (IPAQ)*²³, versão curta. Os níveis de atividade física foram calculados com base nos *Guidelines for Data Processing and Analysis of the IPAQ*, a partir das informações de dias de atividade física, utilizando o valor do equivalente metabólico (MET) correspondente para

atividade, sendo 3,3 MET para caminhadas; 4,0 MET para atividade física moderada e 8,0 MET para atividade física intensa. Desta forma, os indivíduos foram classificados em *insuficientemente ativo* (aqueles que não fazem atividade física ou que não foram incluídos nas demais categorias), *suficientemente ativo* (aqueles que atingiram no mínimo 600 MET) e *muito ativo* (aqueles que atingiram no mínimo 1.500 MET).

Foi calculado o poder estatístico do banco de dados para verificar a associação entre o desfecho e a exposição, todas as variáveis de exposição apresentaram poder estatístico superior a 90%. Para as variáveis quantitativas foram calculadas as medidas de tendência central e dispersão e para as variáveis qualitativas foram apresentadas as frequências absolutas e relativas simples. Foi aplicado o Teste qui-

quadrado ou o Teste exato de Fischer para verificar a associação entre o desfecho e a exposição.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Passo Fundo sob o parecer nº 741.214. Todas as participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

RESULTADOS

Foram investigadas 313 idosas entre 60 e 89 anos, com média de idade de 69,24 ($\pm 6,85$) anos, sendo que 292 (93,3%) idosas tinham menos de 80 anos; 195 (62,3%) não tinham companheiro; 262 (84,5%) referiram ser de cor de pele branca e 284 (91,3%) idosas pertenciam às classes econômicas B e C (tabela 1).

Tabela 1. Descrição das características demográficas e socioeconômicas de idosas do Centro de Referência e Atenção ao Idoso. Passo Fundo, RS, 2015.

Variáveis	n (%)
Idade (anos)	
60 a 69	179 (57,2)
70 a 79	113 (36,1)
80 a 89	21 (6,7)
Estado civil*	
Divorciado/Separado	37 (11,8)
Viúvo	117 (37,4)
Casado	114 (36,4)
União estável	4 (1,3)
Solteiro	41 (13,1)
Cor da pele**	
Branco	262 (84,5)
Pardo	33 (10,6)
Preto	10 (3,2)
Indígena	1(0,3)
Amarelo	4 (1,3)
Classe econômica***	
A	17 (5,5)
B	162 (52,1)
C	122 (39,2)
D	10 (3,2)

*n=313 (respostas válidas); **n=310 (respostas válidas); ***n=311 (respostas válidas).

Quanto ao estado nutricional, foi identificado que 46 (15,8%) idosas estavam com baixo peso e 92 (31,5%) estavam com excesso de peso. Os níveis de atividade física *suficientemente ativo* e *muito ativo* foram encontrados em 181 (57,9%) das idosas, grande parte devido às oficinas oferecidas no

Centro. A depressão esteve presente em 22 (7,1%) idosas (tabela 2).

Na análise bivariada, a maior prevalência de depressão esteve associada às idosas de cor não branca (14,6%; $p=0,039$), sendo classificadas como *insuficientemente ativa* (10,6%; $p=0,033$) (tabela 3).

Tabela 2. Descrição do estado nutricional, nível de atividade física e depressão em idosas do Centro de Referência e Atenção ao Idoso. Passo Fundo, RS, 2015.

Variáveis	n (%)
Índice de massa corporal*	
Baixo peso	46 (15,8)
Eutrófico	154 (52,7)
Excesso de peso	92 (31,5)
Nível de atividade física**	
Insuficientemente ativo	132 (42,2)
Suficientemente ativo	147 (47,0)
Muito ativo	34 (10,9)
Escala de Depressão Geriátrica***	
Sem depressão	288 (92,9)
Com depressão	22 (7,1)

*n=292 (respostas válidas); **n=313 (respostas válidas); ***n=310 (respostas válidas)

Tabela 3. Descrição da associação entre depressão e características demográficas, socioeconômicas, estado nutricional e nível de atividade física de idosas do Centro de Referência e Atenção ao Idoso. Passo Fundo, RS, 2015.

Variáveis	Depressão		p-valor [†]
	Sim n (%)	Não n (%)	
Idade (anos)*			0,551
60 a 69	162 (91,5)	15 (8,5)	
70 a 79	107 (94,7)	6 (5,3)	
80 a 89	19 (95,0)	1 (5,0)	
Estado civil*			0,216
Com companheiro	178 (91,8)	16 (8,2)	
Sem companheiro	110 (94,8)	6 (5,2)	
Cor da pele**			0,039 [■]
Branco	244 (94,2)	15 (5,8)	
Não branco	41(85,4)	7 (14,6)	

continua

Continuação da Tabela 3

Variáveis	Depressão		<i>p</i> -valor [□]
	Sim n (%)	Não n (%)	
Classe econômica***			0,081
Classes A e B	168 (94,9)	9 (5,1)	
Classes C e D	118 (90,1)	13 (9,9)	
Índice de massa corporal [•]			0,640
Baixo peso	44 (95,7)	2 (4,3)	
Eutrófico	140 (92,1)	12 (7,9)	
Excesso de peso	83 (91,2)	8 (8,8)	
Nível de atividade física*			0,033 [■]
Insuficientemente ativo	118 (89,4)	14 (10,6)	
Suficientemente ativo e muito ativo	170 (95,5)	8 (4,5)	

*n=304 (respostas válidas); **n=301 (respostas válidas); ***n=302 (respostas válidas); •n=283 (respostas válidas); [□]Teste qui-quadrado;[■]Teste Exato de Fisher.

935

DISCUSSÃO

No presente estudo, ao caracterizar os dados socioeconômicos e demográficos da amostra, foi possível evidenciar a maioria formada por idosas jovens. Em estudos dirigidos para essa faixa populacional, são frequentes amostras formadas apenas por mulheres ou, quando as amostras são mistas, é comum que o número de mulheres seja superior ao número de homens^{4,7,11,13}. Esses achados reforçam o fato de que as mulheres vivem, em média, mais que os homens e que um maior número de mulheres frequentam programas específicos para o público idoso^{2,11-15,24}.

Quanto ao estado civil, a maioria da amostra estudada (62,3%) não possuía companheiro, ou seja, era solteira, divorciada ou viúva. Estudos referem que a população idosa vive sem companheiro²⁵ e, no Paraná²⁶, verificou-se que aproximadamente 34% dos entrevistados eram viúvos. Na faixa etária de 80 anos de idade ou mais, esse número sobe para 63%, aproximadamente^{7,13,27}. Verifica-se que a mulher, em comparação ao homem ao enfrentar a viuvez, é menos propensa a buscar uma nova união²⁶.

Em relação à condição financeira do grupo estudado, o fato de a maioria das idosas pertencer às classes econômicas B e C é característico do Brasil, porque a situação financeira no país muda com a aposentadoria, ocorrendo um declínio social e de moradia, diminuindo o papel produtivo, o que pode ocasionar diminuição de *status*^{2,12,24,28}.

Com relação à prevalência de depressão nesse grupo de idosas, apenas 22(7,1%) apresentaram depressão, menos da metade da prevalência encontrada nos trabalhos de Oliveira et al.²⁶ (24,2%) e Borges et al.¹² (17,4%), e ambos realizados com idosos residentes em seu ambiente familiar. Outro estudo realizado em Passo Fundo, RS, por Borges e Dalmolin²⁹, avaliando 151 idosos assistidos pela Estratégia de Saúde da Família, utilizando o mesmo instrumento de coleta, EDG, verificou que 18,0% apresentaram depressão leve e 3,3% depressão severa, resultados superiores aos encontrados neste estudo. Casagrande et al.¹⁶, avaliando um grupo de idosos, apontaram que apenas 12,0% dos entrevistados apresentaram sintomas de depressão. Esse resultado se assemelha ao encontrado nesta pesquisa, o que sugere uma reduzida prevalência de depressão em idosos pertencentes a grupos específicos, provavelmente,

por serem mais ativos socialmente, culturalmente e fisicamente^{4-6,12}. Além disso, atividades de educação em saúde realizadas em grupos são recursos que permitem a aproximação entre os profissionais e os receptores do cuidado, além de contribuírem para o oferecimento de informações com pessoas que estão passando pela mesma experiência, tendo um espaço para expressar seus sentimentos, dúvidas, ansiedades e obter respostas aos questionamentos¹.

Neste contexto, prevalência elevada foi verificada por Suassuna et al.²⁸ em idosos de um ambulatório geriátrico, onde 53,0% da população estudada apresentaram sintomas depressivos, apresentando um maior comprometimento de saúde quando comparados com idosos da comunidade.

Estudos nacionais relacionados à prevalência de depressão em idosos costumam identificar divergências quando analisados com estudos internacionais. A esse fato, pode-se atribuir as diferentes metodologias de aferição nos estudos, além das possíveis diferenças sociodemográficas observadas em cada país^{9,13,19}.

A depressão em idosas é um problema de âmbito mundial e evidencia a necessidade de estudos que identifiquem os fatores associados a esse problema de saúde pública. Saliente-se ainda, que estudos transversais com associações devem ser avaliados com cautela pela grande variabilidade de critérios metodológico utilizados^{5,8,12-14,24,30}.

Quanto ao estado nutricional do grupo estudado, os resultados mostraram que 92 (31,5%) das idosas estavam com excesso de peso. Duarte e Rego³¹ avaliaram 1.120 idosos, sendo que 19,0% apresentaram baixo peso, mais da metade (54,0%) foi classificada como eutrofia³¹. Magro et al.³² encontraram 50,0% das idosas com excesso de peso. Andrade et al.³³ verificaram a prevalência de excesso de peso e obesidade alta, sendo 41,8% e 23,4%, respectivamente. Os resultados do presente estudo mostraram que a maioria das idosas pesquisadas (n=181; 57,9%) faziam atividades físicas, sejam elas consideradas como *muito ativas* ou *suficientemente ativas*, o que pode ter colaborado com a baixa frequência relativa de excesso de peso comparado aos outros estudos³⁻⁵.

No entanto, quando a análise bivariada foi realizada, os dados mostraram que a depressão

esteve associada às idosas classificadas como *insuficientemente ativa* ($p=0,033$). Isso reforça que a inatividade física pode contribuir com o aumento dos níveis de depressão em indivíduos idosos. A relação entre exercício físico, saúde, qualidade de vida e envelhecimento vem sendo cada vez mais discutida e analisada cientificamente por profissionais de diferentes áreas^{3-6,24,28}.

Dados da Vigitel³⁴ mostram que 51,7% das mulheres com mais de 65 anos de idade não praticam atividades físicas. Silva et al.³⁵ ao compararem atividade física e qualidade de vida de idosos sedentários e ativos relatam que idosos praticantes de exercícios físicos possuem melhor qualidade de vida. Ferreira et al.³⁶ ressaltam que a prática de exercício físico regular colabora para prevenção da depressão.

A manutenção da capacidade funcional dos idosos contribui para uma melhor qualidade de vida dessa população. A prática de atividades físicas na terceira idade é um meio de alcançar esse objetivo, proporcionando uma melhora psicossocial³, diminuir ocorrência de sintomas depressivos, elevar a autoestima e motivação⁵, além de reduzir os efeitos do envelhecimento e prevenir doenças coronarianas e degenerativas⁴.

Portanto, conhecer as características dessa amostra de idosas ativas e as associações com a depressão pode alertar e agregar conhecimentos para possibilitar melhor aprofundamento acerca dessa temática, já que é uma parcela diferenciada da população envelhecida, que vive de forma ativa, diferente de cenários de idosos institucionalizados ou restritos ao lar. Uma limitação do estudo pode ser referida por tratar-se de um estudo transversal onde existe a possibilidade de viés de memória, uma vez que, as variáveis investigadas ocorreram no passado.

CONCLUSÃO

Os resultados evidenciam uma pequena prevalência de depressão na amostra investigada, sendo maior entre as idosas com menor nível de atividade física e de cor não branca. Esses achados sugerem que é relevante o fato de as idosas serem ativas, neste caso, fazerem parte de um Centro de Referência e Atenção ao Idoso.

Considerado ainda que, no Brasil, as condições de assistências à saúde, previdenciárias e sociais são precárias, a maioria dessas responsabilidades são transferidas para o próprio idoso, provocando sentimentos de medo e preocupação. Neste

sentido, cada vez mais se verifica a importância do planejamento, por parte dos profissionais da saúde e dos programas com ações direcionadas a essa população que estará em crescimento considerável nos próximos anos.

REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial de Saúde. Guia global cidade amiga do idoso. Genebra: OMS; 2008.
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2010: características da população e dos domicílios [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2011 [acesso em 04 jul. 2016]. Disponível em: http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/93/cd_2010_caracteristicas_populacao_domicilios.pdf
3. Maciel MG. Atividade física e funcionalidade do idoso. *Motriz Rev Educ Fís.* 2010;16(4):1024-32.
4. Souza WC, Mascarenhas LPG, Grzelczak MT, Tajés Junior D, Brasilino FF, Lima VA. Exercício físico na promoção da saúde na terceira idade. *Saúde Meio Ambiente.* 2015;4(1):55-65.
5. Meurer ST, Borges LJ, Benedetti TRB, Mazo GZ. Associação entre sintomas depressivos, motivação e autoestima de idosos praticantes de exercícios físicos. *Rev Bras Ciênc Esporte.* 2012;34(3):683-95.
6. Mazo GZ, Krug RR, Virtuoso JF, Streit IA, Benetti MZ. Autoestima e depressão em idosos praticantes de exercícios físicos. *Kinesio.* 2012;30(1):188-99.
7. Roncon J, Lima S, Pereira MG. Qualidade de vida, morbidade psicológica e stress familiar em idosos residentes na comunidade. *Psicol Teor Pesqui.* 2015;31(1):87-96.
8. Ramos GCF, Carneiro JA, Barbosa ATF, Mendonça JMG, Caldeira AP. Prevalência de sintomas depressivos e fatores associados em idosos no norte de Minas Gerais: um estudo de base populacional. *J Bras Psiquiatr.* 2015;64(2):122-31.
9. Siqueira DGB, Souza RKT, Mesas AE, Santos HG, Bortoletto MSS. Diferenças entre sexos nos determinantes da obesidade abdominal em adultos de 40 anos ou mais: estudo de base populacional. *Rev Nutr.* 2015;28(5):485-96.
10. Fauziana R, Jeyagurunathan A, Abdin E, Vaingankar J, Sagayadevan V, Shafie S, et al. Body mass index, waist-hip ratio and risk of chronic medical condition in the elderly population: results from the Well-being of the Singapore Elderly (WiSE) Study. *BMC Geriatr.* 2016;16:125.
11. Batistoni SST, Neri AL, Cupertino APFB. Medidas prospectivas de sintomas depressivos entre idosos residentes na comunidade. *Rev Saúde Pública.* 2010;44(6):1137-43.
12. Borges LJ, Benedetti TRB, Xavier AJ. Fatores associados aos sintomas depressivos em idosos: Estudo EpiFloripa. *Rev Saúde Pública.* 2013;47(4):701-10.
13. Frade J, Barbosa P, Cardoso S, Nunes C. Depression in the elderly: symptoms in institutionalised and non-institutionalised. *Referência.* 2015;4(4):41-9.
14. Lima MTR, Silva RS, Ramos LR. Fatores associados à sintomatologia depressiva numa coorte urbana de idosos. *J Bras Psiquiatr.* 2009;58(1):1-7.
15. Alvarenga MRM, Oliveira MAC, Faccenda O. Sintomas depressivos em idosos: análise dos itens da Escala de Depressão Geriátrica. *Acta Paul Enferm.* 2012;25(4):497-503.
16. Casagrande GHJ, Monique FS, Carpes PBM. Qualidade de vida e incidência de depressão em idosos que frequentam grupos de terceira idade *Rev Bras Ciênc Envelhec Hum.* 2013;10(1):52-65.
17. Ferreira HG, Barham EJ. O Envolvimento de idosos em atividades prazerosas: revisão da literatura sobre instrumentos de aferição. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2011;14(3):579-90.
18. Barcelos-Ferreira R, Izbicki R, Steffens DC, Bottino CM. Depressive morbidity and gender in community-dwelling Brazilian elderly: systematic review and meta-analysis. *Int Psychogeriatr.* 2010;22(5):712-26.
19. Prefeitura Municipal de Passo Fundo. Censo Demográfico 2010. Passo Fundo: PMPF [acesso em 11 out. 2016]. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=431410&search=rio-grande-do-sul|passo-fundo>
20. Almeida OP, Almeida SA. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão em Geriatria (GDS) versão reduzida. *Arq Neuropsiquiatr.* 1999;57(2B):421-6.
21. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Critério de Classificação Econômica Brasil [Internet]. São Paulo: ABEP [acesso em 1 jan. 2014]. Disponível em: <http://crq.abep.org/Login.aspx?ReturnUrl=%2f#>

22. Lipschitz DA. Screening for nutritional status in the elderly. *Prim Care*. 1994;21(1):55-67.
23. International Physical Activity Questionnaire. Guidelines for data processing and analysis of the International Physical Activity Questionnaire(IPAQ): short and long forms [Internet]. IPAQ Web site: IPAQ group; 2005 [acesso em 10 ago. 2016]. Disponível em: www.institutferran.org/.../scoring_short_ipaq_april04.pdf
24. Aguiar AMAD, Marques APDO, Silva ECD, Costa TRD, Ramos RDSPD, Leal MCC. Prevalência e determinantes de sintomatologia depressiva em idosos assistidos em serviço ambulatorial. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2014;17(4):853-66.
25. Silva SPZ, Marin MJS, Rodrigues MR. Condições de vida e de saúde de idosos acima de 80 anos. *Rev Gaúcha Enferm*. 2015;36(3):42-8.
26. Oliveira MF, Bezerra VP, Silva AO, Alves MSCF, Moreira MASP, Caldas CP. Sintomatologia de depressão autorreferida por idosos que vivem em comunidade. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2012;17(8):2191-8.
27. Pilger C, Menon MH, Mathias TAF. Características sociodemográficas e de saúde de idosos: contribuições para os serviços de saúde. *Rev Latinoam Enferm*. 2011;19(5):1230-8.
28. Suassuna PD, Veras RP, Lourenço RA, Caldas CP. Fatores associados a sintomas depressivos em idosos atendidos em ambulatório público de Geriatria. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2012;15(4):643-50.
29. Borges DT, Dalmolin BM. Depressão em idosos de uma comunidade assistida pela Estratégia de Saúde da Família em Passo Fundo, RS. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2012;7(23):75-82.
30. Hoffmann EJ, Ribeiro F, Farnese JM, Lima EWB. Sintomas depressivos e fatores associados entre idosos residentes em uma comunidade no norte de Minas Gerais, Brasil. *J Bras Psiquiatr*. 2010;59(3):190-7.
31. Duarte MB, Rego MAV. Comorbidade entre depressão e doenças clínicas em um ambulatório de geriatria. *Cad Saúde Pública*. 2007;23(3):691-700.
32. Magro M, Rodrigues MGG, Hack J, Dal Santos M, Chiconatto P, Melhem ARF, et al. Estado nutricional de idosas e variáveis associadas com o recebimento de benefício social. *Rev Ciênc Saúde*. 2013;6(2):110-7.
33. Andrade FB, Caldas Júnior AF, Kitoko PM, Batista JEM, Andrade TB. Prevalence of overweight and obesity in elderly people from Vitória-ES, Brazil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2012;17(3):749-56.
34. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar. *Vigitel Brasil 2008: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde; 2009.
35. Da Silva MF, Goulart NBA, Lanferdini FJ, Marcon M, Dias CP. Relação entre os níveis de atividade física e qualidade de vida de idosos sedentários e fisicamente ativos. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2012;15(4):634-42.
36. Ferreira L, Roncada C, Tiggemann CL, Dias CP. Avaliação dos níveis de depressão em idosos praticantes de diferentes exercícios físicos. *Conscientiae Saúde*. 2014;13(3):405-10.

Recebido: 23/11/2015

Revisado: 30/05/2016

Aprovado: 21/10/2016



A sexualidade sob o olhar da pessoa idosa

Sexuality through the eyes the elderly

Yasmim da Silva Uchôa¹
Dayara Carla Amaral da Costa¹
Ivan Arnaldo Pamplona da Silva Junior¹
Saulo de Tarso Saldanha Eremita de Silva¹
Wiviane Maria Torres de Matos Freitas¹
Soanne Chyara da Silva Soares¹

Resumo

Objetivo: Identificar a percepção dos idosos acerca da sexualidade. *Método:* Estudo quantitativo, observacional, do tipo transversal analítico, em instituição ambulatorial especializada na assistência à terceira idade em Belém, PA. Foi aplicado questionário, de autoria própria, em 200 idosos, objetivando identificar questões relacionadas à sexualidade na juventude e nos dias atuais, estratégias de estímulo e fatores de inibição da sexualidade na terceira idade, entre outros. Os dados foram submetidos à análise estatística com teste G de aderência. *Resultados:* Os idosos apresentaram idade média de 72 ($\pm 5,92$) anos. A maioria (62,5%) relatou não estar preparado na juventude para iniciar a vida sexual, tinham reduzido conhecimento sobre doenças sexualmente transmissíveis (41%) e suas formas de prevenção (42,3%). Atualmente, 84% não sabiam distinguir sexo de sexualidade, mesmo assim, grande parte (69,5%) acreditava que estimulava a sua sexualidade, identificando a família (16,5%) e religião (15,5%) como fatores inibitórios. Vinte e oito e meio por cento dos pesquisados relataram ter alguma disfunção sexual e mais da metade (52,6%) não buscava orientação médica. Citaram que os profissionais da saúde estão preparados para abordar o tema, porém, eles são quase a última fonte de informação consultada (17,5%) quando o assunto é sexualidade. *Conclusão:* Há muitos fatores que favorecem o mito de que idosos são assexuados: o acesso limitado à informação desde a juventude até a atualidade, as alterações fisiológicas do próprio envelhecimento, os preceitos religiosos e a opressão familiar. Entretanto, vale ressaltar a importância de mais estudos e ações direcionadas a essa população visando à promoção da saúde integral da pessoa idosa.

Palavras-chave: Sexualidade.
Saúde Sexual. Idoso.
Qualidade de Vida.

Abstract

Objective: to identify the perception of elderly persons about sexuality. *Method:* a quantitative, observational and analytical cross-sectional study was performed in an institution specializing in elderly care in Belém, in the state of Pará. A questionnaire, produced by the authors, was applied to 200 elderly persons, aiming to identify issues related to sexuality both in their youth and today, as well as stimulant strategies and sexuality inhibiting factors among the elderly, among other issues. Data was statistically analyzed through the G-Test for adherence. *Results:* The researched elderly had an average age of 72 (± 5.92)

Keywords: Sexuality. Sexual Health. Elderly. Quality of life.

¹ Centro Universitário do Pará (CESUPA), Curso de Fisioterapia. Belém, Pará, Brasil.

years. The majority said they were not prepared for the beginning of sexual activity when young (62.5%), and had little knowledge about sexually transmitted diseases or methods of preventing them (42.3%). Today, the majority (84%) did not understand the distinction between sexuality and sex, even though most (69.5%) believed that they can stimulate their own sexuality. They also identified family (16.5%) and religion (15.5%) as inhibitory factors for their sexuality. A total of 28.5% of those interviewed reported having a sexual dysfunction and more than half (52.5%) did not seek medical support. They believed that health professionals are prepared to deal with the issue, although such professionals are almost the last information source consulted (17.5%) in relation to sexuality. *Conclusion:* many factors support the myth that older people are asexual: limited access to information from their youth to the present day, the physiological changes connected to aging itself, religious precepts and family oppression. However, further studies and actions directed at this population are important to promote the health of the elderly.

INTRODUÇÃO

A expectativa de vida da população aumentou. Estima-se que no Brasil o número de idosos triplicará nos próximos vinte anos¹⁻³. Esse aumento vem acompanhado de uma maior atenção ao envelhecer, processo complexo que ultrapassa a divisão etária⁴⁻⁶, envolvendo aspectos relacionados à saúde, entre eles a sexualidade como variável interferente na qualidade de vida do ser humano⁷. Com base nesta perspectiva, a Organização Mundial da Saúde (OMS) define qualidade de vida como a “percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive, e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”⁸. Tornando-se indispensável compreender o envelhecimento como um processo natural e passível de uma abordagem integral da saúde.

A qualidade de vida engloba o domínio da percepção individual sobre a sexualidade, uma variável complexa por sua multidimensionalidade. A sexualidade pode ser expressa a partir da interação com o outro e manifestando-se nas relações sociais através da corporeidade, ou traduzida como a “maneira de ser e de estar no mundo mediante os Eros que permeiam o cotidiano humano”⁹. Desta forma, pode a sexualidade ser distinguida do sexo que retrata apenas uma das formas de expressão do amor humano^{7,10}.

Envelhecer não significa tornar-se assexuado, porém mitos e tabus socioculturais acerca da sexualidade na terceira idade inibem os idosos de exercer a sua vida de forma integral, uma vez que as alterações fisiológicas do envelhecimento, preceitos

religiosos, opressões familiares e aspectos individuais fortalecem esse estigma social¹¹⁻¹³.

Em relação às mudanças fisiológicas naturais do envelhecimento, o Caderno de Atenção Básica do Ministério da Saúde aponta a presença de disfunção erétil nos homens e disfunção sexual nas mulheres, essas modificações físicas provocam redução da libido sexual e lubrificação. Dentre outras alterações corporais, a flacidez tegumentar, o embranquecer dos pelos, a perda da dentição e as doenças crônicas associadas podem interferir negativamente na expressão da sexualidade^{7,12,14}.

No âmbito religioso, existem aspectos proibitivos que impõem ausência de sexualidade para os idosos, que serão tidos como “pecadores”, bem como poderão ser tachados pejorativamente, quando mulher, de vulgar e sem valores pessoais, quando homem, de “velho assanhado”¹³.

Quanto à opressão familiar e social, há uma inversão de papéis em que o idoso perde o comando na casa e precisa se readaptar à nova realidade, passando de um sujeito ativo à passividade, à espera da finitude. Além disso, os filhos interpretam a sexualidade na terceira idade como algo depreciativo, sendo sinal de segunda infância ou sinal de demência^{13,15}.

No que tange à viuvez, há conceitos equivocados que restringem a sexualidade, por exemplo, o âmbito religioso impede a continuidade da vida afetiva quando o parceiro falece, uma vez que admite um único casamento e por considerar a família como um alicerce da sociedade global¹³. Além disso, quando desfrutam de uma vida sem companheiro,

seja por viuvez ou por outras causas, as mulheres idosas sentem ainda mais que não há espaço para a vida amorosa, vivenciam apenas um silêncio que nega qualquer apelo. E com esse silêncio, agregam-se problemas como solidão e doenças somáticas. Como resultado, a mulher se anula em prol de outras pessoas, na maior parte da vida e em seu ápice do amadurecimento, quando poderia estar desfrutando de sua liberdade e autonomia, vê-se presa a julgamentos, estereótipos e preconceitos impostos pela própria família e pela sociedade¹⁶.

Diante dos mitos e tabus expostos acerca da sexualidade, ignora-se que idosos ainda possuem interesses sexuais, um exemplo disso é que campanhas de prevenção de doenças sexualmente transmissíveis (DST) são precárias para esse público, assim como educação e promoção em saúde. Consequências dessa negligência são demonstradas a partir do aumento de DST nessa população, como a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), mostrando a fragilidade da compreensão da multidimensionalidade da sexualidade humana¹⁶⁻¹⁸.

A partir da complexidade do tema, justifica-se a relevância deste estudo, pois a sexualidade humana é indispensável para a totalidade da vida em qualquer ciclo vital¹⁹. Na tentativa de instigar a reflexão e discussão sobre o tema, a pesquisa objetivou identificar a percepção dos idosos sobre a sexualidade.

MÉTODO

Trata-se de um estudo quantitativo, observacional do tipo transversal analítico, realizado em instituição pública especializada na assistência ambulatorial à pessoa idosa na região metropolitana de Belém, PA. Foram incluídos na pesquisa idosos com idade igual ou superior a 60 anos, de ambos os sexos, devidamente cadastrados na unidade e que aceitaram participar da pesquisa por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), no período de janeiro a fevereiro de 2014.

Foram excluídos da pesquisa indivíduos que objetivamente possuíam diagnóstico clínico de alterações cognitivas e/ou demências, relatadas pelo profissional da área médica ou enfermagem ou acompanhante do idoso e que, subjetivamente,

demonstraram dificuldade de compreensão e/ou resposta incoerente durante a aplicação do questionário.

O cálculo amostral foi realizado para atingir uma amostra de 10% de idosos atendidos na instituição atendendo os critérios de inclusão e exclusão. O cálculo foi baseado no número de idosos cadastrados e a pesquisa realizada com idosos selecionados de modo não probabilístico do tipo “por conveniência”, pois foi realizada com idosos que se encontravam para consultas na instituição, no período da coleta desta pesquisa, através de convite pessoal dos pesquisadores.

O estudo alcançou 211 indivíduos, porém, 200 idosos compuseram a amostra final a partir da aplicação de critérios de inclusão e exclusão, 146 mulheres e 54 homens, atendendo ao cálculo amostral desta pesquisa.

Para a coleta de dados foi aplicado um questionário com perguntas de autoria própria a partir da calibração de itens, em estudo piloto realizado com idosos durante práticas supervisionadas na atenção primária. Por se tratar de uma população idosa e com o intuito de incluir indivíduos de diversos níveis de escolaridade, optou-se pela aplicação do instrumento de modo individualizado e isolado em que o pesquisador lia os itens e possíveis respostas permitindo ao idoso indicar a resposta que melhor representava seu conhecimento sobre as vivências em relação à sexualidade durante a juventude e o conhecimento que possuíam nos dias atuais.

O instrumento foi composto por 16 perguntas que versavam sobre: a) Na juventude: preparação para iniciação da vida sexual, principais fontes de informação, conhecimento sobre DST e sua prevenção na juventude; b) Na atualidade: diferença entre sexo e sexualidade; nível de estímulo, formas que utiliza para estimular e o que dificulta vivenciar a sexualidade; sobre a associação entre envelhecimento e disfunções sexuais, presença de disfunções; e, por fim, o quanto os profissionais estão preparados para abordar sobre o tema com os idosos.

Para cada item investigado, as alternativas de resposta variavam entre *sim* e *não*, escala de graduação de nada/pouco/medianamente/razoavelmente/muito e excepcionalmente em alguns itens com opções diversas pertinentes à pergunta.

Para identificação e descrição dos dados foi empregada a análise descritiva, sendo informados os valores percentuais dos resultados obtidos, bem como a obtenção de medidas de tendência central e dispersão quando pertinente. Para a análise de significância dos resultados, foi realizado o teste G de aderência, que é uma prova não paramétrica aplicada em amostras com dados mensurados na escala nominal e dispostos em duas ou mais categorias mutuamente exclusivas. Através desse teste, verificou-se se a variável categórica observada e esperada da amostra avaliada tinha diferença significativa entre si. Para análise, admitiu-se um $p < 0,05$

O presente estudo foi financiado pelos próprios autores e seguiu as normas de pesquisa envolvendo seres humanos da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Teve início após o aceite da Secretaria Municipal de Saúde e Meio Ambiente de Belém e posterior submissão e aprovação do Comitê

de Ética em Pesquisa, sob número 439.844/13, e assinatura do Termo de Consentimento Livre pelos indivíduos envolvidos na pesquisa.

RESULTADOS

O estudo investigou 200 idosos, sendo 54 (27%) homens e 146 (73%) mulheres, com média de idade de 72 ($\pm 5,92$) anos.

As respostas sobre a investigação da sexualidade durante a juventude identificaram que, no início da vida sexual dos idosos, houve diferença significativa nos resultados, já que a maioria dos idosos não se sentiam preparados para iniciar a vida sexual e relataram os amigos (*outros*) como principal fonte de informações. Observou-se ainda a ausência de informação sobre as DST, bem como de suas formas de prevenção na juventude (Tabela 1).

Tabela 1. Percepção dos idosos sobre a iniciação de sua vida sexual na juventude (n=200). Belém, Pará, 2014.

Variáveis	Total n (%)	p-valor
Se sentia preparado ²		
Nada	125 (62,50)	<0,0001* (Teste G)
Pouco	14 (7)	
Medianamente	25 (12,50)	
Razoavelmente	22 (11)	
Muito	14 (7)	
Fontes de informação ¹		
Rádio	20 (10)	NSA
Televisão	13 (6,50)	
Jornal	10 (5)	
Pais	24 (12)	
Outros	81 (40,50)	
Nenhum	69 (34,50)	
Conhecimento das doenças sexualmente transmissíveis		
Nada	82 (41)	<0,0001* (Teste G)
Pouco	40 (20)	
Medianamente	36 (18)	
Razoavelmente	19 (9,50)	
Muito	23 (11,50)	

Continua

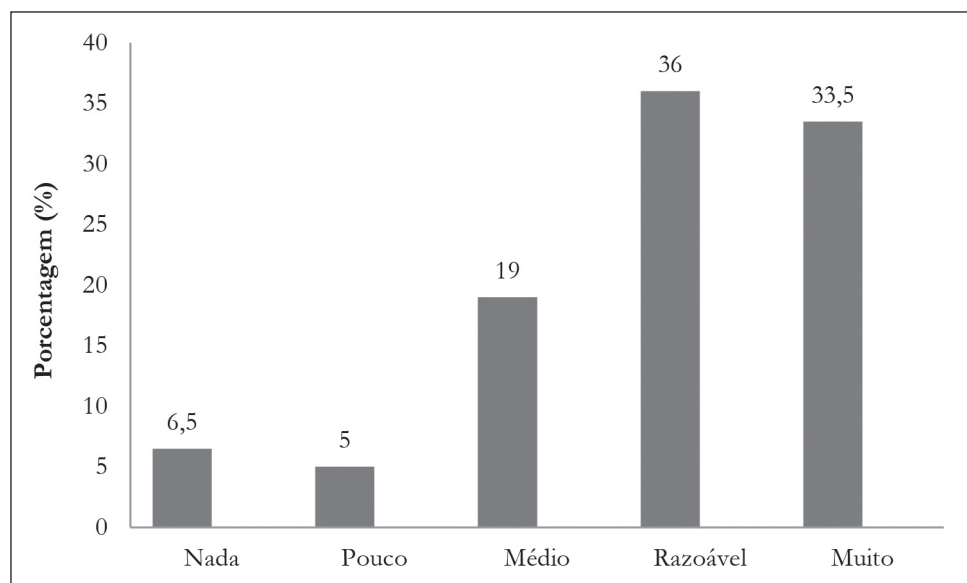
Continuação da Tabela 1

Variáveis	Total n (%)	p-valor
Informações de prevenção de doenças sexualmente transmissíveis ²		
Nada	50 (42,37)	<0,0001* (Teste G)
Pouco	25 (21,19)	
Medianamente	11 (9,32)	
Razoavelmente	20 (16,95)	
Muito	12 (10,17)	

*Diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$); NSA: não se aplica teste estatístico; ¹Nesta variável poderia se obter mais de uma resposta;²Somente aqueles que responderam sim na questão anterior.

Na atualidade, notou-se que a maioria (84%) dos idosos não apresentava a capacidade de distinguir sexo de sexualidade, mesmo assim, a maioria dos idosos considerou estimular de *razoável a muito* a sua sexualidade (Figura 1). Quanto aos fatores que influenciam na sexualidade (Tabela 2), ressaltam-se aspectos de estímulo, tais como o *modo de se*

vestir e em uma análise por gênero (dados não expostos na tabela), o *fazer a barba* para os homens (67,96%) e ainda, o *modo de se vestir* para as mulheres (42,46%). No que tange fatores de inibição, os idosos desconsideraram a existência de barreiras, todavia, uma minoria considerou a *família, religião* e a própria *falta de informações* como fatores impeditivos.



Teste G, p-valor <0,0001.

Figura 1. Percepção do idoso sobre o estímulo da sexualidade atualmente em sua vida (N=200). Belém, Pará, 2014.

Tabela 2. Percepção dos idosos (N=200) sobre os fatores que influenciam a sexualidade na terceira idade. Belém, Pará, 2014.

Dificuldade/Problemas	Total n (%)
Formas de estimular a sexualidade ¹	
Vaidade com o cabelo	67 (33,50)
Usar colônia nova	66 (33)
Modo de se vestir	90 (45)
Dançar	40 (20)
Ato sexual	45 (22,50)
Fazer a barba	34 (17)
Namoro	50 (25)
Reunião com os amigos	64 (32)
Outros	30 (15)
Nenhum	3 (1,5)
Fatores que inibem a sexualidade ¹	
Sociedade	23 (11,50)
Família	33 (16,50)
Religião	31 (15,50)
Falta de informações	30 (15)
Alterações no corpo	16 (8)
Viuvez	18 (9)
Outros	7 (3,50)
Nenhum fator	95 (47,50)

¹Nesta variável poderia se obter mais de uma resposta.

Em relação às disfunções sexuais na terceira idade (Tabela 3), de maneira significativa, a maior parte dos idosos acreditava não ser normal a ocorrência destas entre os senis, e apenas uma minoria relatou possuir alguma disfunção dessa natureza. Dos que afirmaram possuir alguma disfunção sexual, mais da metade não procurou orientação de algum profissional da saúde. Percebe-se assim, que ainda existem idosos com

disfunções sexuais que não buscam assistência, mesmo que boa parte dos idosos considere que os profissionais da saúde estão preparados para tratar do assunto sexualidade com seus pacientes. No entanto, a principal fonte de informação relatada pelos idosos foi a televisão e como quase última escolha, os profissionais de saúde, demonstrando que embora preparados, a temática pode não estar sendo frequentemente abordada pelos profissionais.

Tabela 3. Percepção dos idosos sobre as disfunções sexuais na terceira idade (N=200). Belém, Pará, 2014.

Variáveis	Total n (%)	p-valor
Considera normal possuir alguma doença?		
Sim	63 (31,50)	<0,0001* (Teste G)
Não	137 (68,50)	
Você possui alguma doença?		
Sim	57 (28,50)	<0,0001* (Teste G)
Não	143 (71,50)	
Procurou orientação profissional de saúde ¹		
Sim	27 (47,37)	0,6910 (Teste G)
Não	30 (52,63)	
Quanto à preparação dos profissionais de saúde?		
Nada	18 (9)	<0,0001* (Teste G)
Pouco	16 (8)	
Medianamente	50 (25)	
Razoavelmente	59 (29,50)	
Muito	57 (28,50)	
Fontes de informações ²		
Família	61 (30,50)	NSA
Amigos	51 (25,50)	
Profissionais da saúde	35 (17,50)	
Igreja	49 (24,50)	
Televisão	115 (57,50)	
Revistas	39 (19,50)	
Internet	12 (6)	
Outros	22 (11)	

*Diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$); ¹Somente aqueles que responderam sim na questão anterior; ²Nesta variável poderia se obter mais de uma resposta; NSA: não se aplica teste estatístico.

DISCUSSÃO

A população mundial está envelhecendo rapidamente^{3,20} e a sociedade e o próprio idoso ainda possuem preconceitos, mitos e tabus socioculturais quando se trata de sexualidade, o que traz consequências e influencia a vida daqueles que estão em idade avançada^{1,11-13,21}.

A sexualidade é compreendida como “experiência”, resultado da cultura, história, campos de saberes, subjetividade, não sendo um fenômeno estático e definitivo, tendo uma gama incontável de maneiras de se expressar e vivenciar o prazer²². Está relacionada com o amor, ternura e afetos. Não se trata apenas do ato sexual em si como concebido erroneamente pela sociedade^{7,10,21}. Neste estudo,

os idosos relataram não saber diferenciar sexo de sexualidade, restringindo ao ato sexual e reprodução. Essa é uma concepção equivocada, já que todos os seres humanos nascem como sujeitos sexuados e desfrutam da sexualidade de maneira diferente de acordo com cada etapa da vida, inclusive os idosos^{7,10,21}.

Como resultado de um processo histórico, a sexualidade é influenciada pela ação de instituições, como a escola, igreja e mídia. Já foi visto como algo impuro, sendo o sexo, por exemplo, relacionado somente à reprodução e não ao prazer²³. Concepções como essas podem limitar diálogos entre pais e filhos, entre profissionais de saúde e pacientes, tornando um tema obscuro, vivenciado, mas não abordado. Ratificando essa concepção, observou-se no presente

estudo que os idosos investigados não se sentiam preparados para iniciar a vida sexual, não tinham diálogo sobre sexo e sexualidade com seus pais ou familiares, buscando informações sobre o tema com “outros” e, qualitativamente, eram os amigos, por estarem normalmente na mesma faixa etária e vivenciando experiências semelhantes, porém eram fonte de informações limitadas.

Associada a essa informação limitada durante a juventude, também foi identificado neste estudo que a maioria dos idosos não tinha nenhum conhecimento sobre DST no início da sua vida sexual. A esse respeito, é importante salientar que a gonorreia, por exemplo, encontra-se entre as mais antigas doenças humanas conhecidas^{24,25}.

A educação sexual do idoso não foi construída à sombra das DST, portanto, não se instituiu o hábito do uso de preservativo em suas relações^{24,26}. No presente estudo, a maioria dos idosos relatou que na sua juventude não teve conhecimento nenhum de prevenção das DST. Além de não terem tido essa informação na juventude, atualmente, as campanhas sobre prevenção de DST são direcionadas quase que exclusivamente aos jovens, confirmando que o aumento de casos (42,8% no intervalo de 1998 a 2010) de AIDS nesta população deve-se à precariedade das informações sobre sexualidade^{16,18}.

Na terceira idade, inconscientemente, as pessoas foram condicionadas a acreditar que não devem ou precisam continuar exercitando a sua sexualidade, porém a suspensão ou abandono da mesma pode acelerar o processo de envelhecimento e repercutir, assim, negativamente na saúde do idoso^{27,28}. No entanto, este estudo mostra que os idosos consideraram estimular de *razoável a muito* sua sexualidade, utilizando, sobretudo, o *modo de se vestir e fazer a barba*, contribuindo para o bem-estar e aumentando a disposição para a vida. Apesar da sociedade ainda conceber aos mais novos o exercício da sexualidade e não motivar suficientemente os idosos, eles ainda buscam manifestar-se de outras formas²⁹.

A repressão da sexualidade das pessoas idosas perpassa principalmente pela família, religião e sociedade, sendo os idosos reprimidos de seus prazeres, tendo que se conformar com um destino tedioso para se encaixar dentro de um padrão de vida que a sociedade os impôs¹⁶. Devido a inversão

de papéis, os idosos perdem o comando na casa e precisam se readaptar a nova realidade, passando de um sujeito ativo à passividade, à espera da finitude^{12,13}. Desta forma, nesse período, o indivíduo teria que unicamente assumir o papel de avô, ou ainda de avó, ao lhe ser delegado pelos filhos o cuidado de seus netos, na expectativa de que os monitorem enquanto, concomitantemente, realiza atividades como o tricô e assistir televisão e usufruir de sua aposentadoria¹⁵. Esses tabus e bloqueios psicossociais repercutem sobre a sociedade atual, pois apesar de grande parte dos idosos desta pesquisa relatar que não há nenhum fator que o limite exercer sua sexualidade atualmente, os que relataram a *família, religião e falta de informações*, tiveram destaque.

O processo de envelhecimento pode ocasionar algumas mudanças físicas, tanto nos homens quanto nas mulheres, as quais acarretam disfunções sexuais²⁷. Os fatores biológicos limitam o desenvolvimento sexual, afetando o desejo, o funcionamento sexual e, indiretamente, a satisfação sexual. Apresentam modificações hormonais, das quais ocorrem, principalmente, a redução dos níveis dos hormônios testosterona para os homens e progesterona para as mulheres, repercutindo em mudanças na relação do indivíduo consigo e com a sociedade^{21,30}. Neste contexto, este estudo evidenciou que aproximadamente um terço dos idosos acredita ser normal ter disfunções sexuais e um pouco menos relatou ter disfunção, sendo que nos homens a principal foi a impotência sexual, e nas mulheres a falta de desejo sexual. Assim complementa também o Caderno de Atenção Básica do Ministério da Saúde¹⁴, em que 64% dos homens apresentam disfunção erétil e 65% das mulheres, devido à menopausa, apresentam redução da libido sexual e lubrificação. Mas, em ambos os gêneros, a vida sexual continua ativa¹².

A maior parte dos idosos que afirmou possuir alguma disfunção sexual, não procurou orientação de profissional da saúde, alegando que ainda existem profissionais que não estão preparados para esclarecer sobre o assunto aos seus pacientes. Considerando que a relação terapeuta-paciente é uma interrelação, cabe ao profissional investigar sobre a história sexual do paciente. Desta forma, pode-se inferir que há uma negligência nesse âmbito da saúde, porque a atenção à saúde é realizada com enfoque na queixa ou na doença e não, na integralidade^{7,26}.

Devido essa negligência por parte dos profissionais, no presente estudo, constatou-se que apenas um quinto dos idosos os têm como principais fontes de informação acerca do tema, ocupando posição de destaque a “televisão”. Contraditoriamente, a mídia reforça que a sexualidade está relacionada a corpos jovens, enquanto que o idoso é assexuado. Considerando a necessidade de atenção integral, é importante que os idosos vivam intensamente todas as dimensões da vida, que a sociedade os acolha e que os profissionais estejam atentos sobre o importante papel que deve desempenhar promovendo a saúde do ser humano em todas as fases da vida³¹⁻³³.

Os resultados destacados nesta pesquisa não têm objetivo de encerrar essa discussão. Os dados não devem ser generalizados, uma vez que os resultados e conclusões desta pesquisa podem não se relacionar a outras populações por conta da amostra. Sendo assim, esta pesquisa pressupõe a realidade da temática dentro do contexto de saúde pública e instiga a realização de novas pesquisas. Sugere-se então que novas pesquisas, sobretudo qualitativas, possam ser realizadas objetivando evidenciar a sexualidade sob a visão da pessoa idosa, haja vista a densidade de detalhes relatados informalmente, mas não foram anotados nem considerados nesta pesquisa. Além disso, deve-se motivar a validação de instrumentos quantitativos que versem não somente pela satisfação/frequência sexual do idoso, mas todos os aspectos que envolvem a sexualidade do indivíduo. Pesquisar sobre a temática é imprescindível para fomentar a mudança sociocultural necessária e subsidiar o cuidado integral dos profissionais da saúde.

CONCLUSÃO

Conclui-se que a percepção dos idosos acerca da sexualidade possui algumas limitações, desde a juventude até a atualidade. Perpassa por aspectos ligados ao conhecimento do próprio idoso, como a não distinção entre sexo e sexualidade, podendo reduzir esta ao ato sexual. Visão equivocada que vem desde a juventude, com conhecimentos insipientes advindos de “amigos” para o início da vida sexual, representada pela pouca informação sobre as doenças sexualmente transmissíveis e métodos preventivos na época.

Nos dias atuais, alguns idosos ainda acreditam ser “normal” a presença de disfunções sexuais na terceira idade e assumem ter disfunções, entretanto, não recorrem ao profissional de saúde para mais esclarecimentos. Mesmo com tantas visões equivocadas, os idosos buscam estimular a sua sexualidade, principalmente, pelo modo de se vestir e reconhecem na família, na sociedade e na religião fatores que inibem o exercício da sua sexualidade.

Os resultados apontados nesta pesquisa não encerram a discussão sobre o tema sexualidade em idosos, mas apontam para necessidade de se estudar diversos aspectos inerentes à sexualidade, como por exemplo: o nível de satisfação dos idosos, o nível de formação dos profissionais ou mesmo a percepção da sociedade sobre o tema. É justamente por meio de estudos como esses que mitos e tabus serão rompidos, dignificando integralmente o ser humano, desde o nascimento até a senescência.

REFERÊNCIAS

1. Frugoli A, Magalhães Junior CAO. A sexualidade na terceira idade na percepção de um grupo de idosas e indicações para a educação sexual. *Arq Ciências Saúde UNIPAR* [Internet]. 2011[acesso em 10 abr. 2015];15(1):85-93. Disponível em: <https://revistas.unipar.br/saude/article/view/3696/2398>
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Dados sobre o envelhecimento no Brasil [Internet]. Brasília. DF: IBGE; 2012 [acesso em 30 jun. 2016]. Disponível em: <http://www.sdh.gov.br/assuntos/pessoa-idosa/dados-estatisticos/DadosobreoenvelhecimentoonoBrasil.pdf>
3. Borges GM, Ervatt LR, Jardim AP. Mudança demográfica no Brasil no início do século XXI: subsídios para as projeções da população [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2015 [acesso em 30 jun. 2016]. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv93322.pdf>
4. Koopmans FF, Veiga ES, Costa BNGSC, Silva LA. A representação do sexo na terceira idade: uma contribuição para Saúde da Família. *Cad Unisuam* [Internet]. 2013 [acesso em 10 maio 2015];3(1):178-85. Disponível em: <http://apl.unisuam.edu.br/revistas/index.php/cadernosunuam/article/view/414/372>

5. 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. *Rev Bras Geriatr Gerontol* [Internet]. 2011 [acesso em 20 jan. 2015];14(1):147-57. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232011000100015
6. Brasil. Lei n 8.842, de 04 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 05 jan 1994. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8842.htm
7. Bernardo R, Cortina I. Sexualidade na terceira idade. *Rev Enferm Unisa* [Internet]. 2012 [acesso em 20 mar. 2016];13(1):74-8. Disponível em: <https://www.unisa.br/graduacao/biologicas/enfer/revista/arquivos/2012-1-13.pdf>
8. World Health Organization, Department of Mental Health. The World Health Organization Quality of Life [Internet]. Genebra: WHO; 2012 [acesso em 01 jul. 2016]. Disponível em: https://www.who.int/mental_health/publications/whoqol/en/
9. Labronici LM, Trentini M. Eros proporcionando a compreensão da sexualidade das enfermeiras. *Cogitare Enferm* [Internet]. 2001 [acesso em 11 set. 2015];6(1):67-74. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/82515>
10. Silva LAN, Oliveira AAV. Idosos, Sexualidade e doenças sexualmente transmissíveis: revisão integrativa da literatura. *Rev Divulgação Científica Sena Aires* [Internet]. 2013 [acesso em 20 fev. 2016];2(2):197-206. Disponível em: <http://revistafacsa.senaaires.com.br/index.php/revista/article/view/106/58>
11. Moraes KM, Vasconcelos DP, Silva ASR, Silva RCC, Santiago LMM, Freitas CASL. Companheirismo e sexualidade de casais na melhor idade: cuidando do casal idoso. *Rev Bras Geriatr Gerontol* [Internet]. 2011 [acesso em 10 abr. 2015];14(4):787-98. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v14n4/a18v14n4.pdf>
12. OKUNO MFP, Gomes AC, Meazzini L, Scherrer Júnior G, Belasco Junior D, Belasco AGS. Qualidade de vida de pacientes idosos vivendo com HIV/AIDS. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2014 [acesso em 23 abr. 2015];30(7):1551-9. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v30n7/0102-311X-csp-30-7-1551.pdf>
13. Torres EM. A viuvez na vida dos idosos [Dissertação na Internet]. Salvador: Universidade Federal da Bahia; 2006 [acesso em 23 abr. 2015] Disponível em: https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/12511/1/DISSER_PGENF_188_ELIS%C3%82NGELA.pdf
14. Brasil. Ministério da Saúde. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2006 [acesso em 10 abr. 2015]. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abcad19.pdf>
15. Neto FAD, Santana MAS, Lucena ECL, Soares MCS, Lima KMM. Sexualidade na terceira idade: compreensão e percepção do idoso, família e sociedade. *Rev Univ Vale Rio Verde* [Internet]. 2014 [acesso em 23 abr. 2015];12(1):317-6. Disponível em: <http://revistas.unincor.br/index.php/revistaunincor/article/view/1385>
16. Souza M, Marcon SS, Bueno SMV, Carrera L, Baldissera VDA. A vivência da sexualidade por idosas viúvas e suas percepções quanto à opinião dos familiares a respeito. *Saúde Soc* [Internet]. 2015 [acesso em 20 jun. 2016];24(3):936-44. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v24n3/0104-1290-sausoc-24-03-00936.pdf>
17. Maschio MBM, Balbino AP, Souza PFR, Kalinke LP. Sexualidade na terceira idade: medidas de prevenção para doenças sexualmente transmissíveis e AIDS. *Rev Gaúch Enferm* [Internet]. 2011 [acesso em 15 abr. 2015];32(3):583-9. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S198314472011000300021&script=sci_arttext
18. World Health Organization. A wealth of information on global public health [Internet]. Genebra: WHO; 2014 [acesso em 30 jun. 2016]. Disponível em http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112739/1/WHO_HIS_HSI_14.1_eng.pdf?ua=1
19. Mallaguti W, Bergo AMA. Abordagem interdisciplinar do idoso. Rio de Janeiro: Rubio; 2010.
20. Organização Mundial da Saúde. Guia Global: Cidade Amiga do Idoso [Internet]. Genebra: WHO; 2008 [acesso em 30 jun. 2016.] Disponível em <http://www.who.int/ageing/GuiaAFCPortuguese.pdf>
21. Alencar DL, Marques APO, Leal MCC, Vieira JCM. Fatores que interferem na sexualidade de idosos: uma revisão integrativa. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2014 [acesso em 01 jul. 2016];19(8):3533-42. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csc/v19n8/1413-8123-csc-19-08-03533.pdf>
22. Foucault M. História da sexualidade: a vontade de saber. 13. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal; 1988.
23. Louro GL. O corpo educado: pedagogias da sexualidade. 3. ed. Belo Horizonte: Autêntica Editora; 2007.
24. Rocha FCV, Melo SBS, Chaves NN, Silva Júnior FJG, Sousa CMM, Alves ELM. Prevenção das doenças sexualmente transmissíveis: a visão de um grupo da terceira idade. *Rev Pesqui Cuid Fundam* [Internet]. 2011 [acesso em 27 mar. 2015];3(5 n. esp):63-9. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1935>

25. Penna GO, Hajjar LA, Braz TM. Gonorréia. *Rev Soc Bras Med Trop* [Internet]. 2000 [acesso em 05 jul. 2016];33(5):451-64. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsbmt/v33n5/3125.pdf>
26. Batista AF, Marques APO, Leal MCC, Marino GJ, Melo HMA. Idosos: associação entre o conhecimento da AIDS, atividade sexual e condições sociodemográficas. *Rev Bras Geriatr Gerontol* [Internet]. 2011 [acesso em 13 jun. 2016];14(1):39-48. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232011000100005
27. Silva, VXL, Marques APO, Lira J, Medrado M, Leal MCC, Raposo MCF. Satisfação sexual entre homens idosos usuários da atenção primária. *Saúde Soc* [Internet]. 2012 [acesso em 28 jun. 2016];21(1):171-80. Disponível em <http://www.revistas.usp.br/sausoc/article/view/29828/31714>
28. Araújo SL, Zazula R. Sexualidade na terceira idade e terapia comportamental: revisão integrativa. *Rev Bras Ciênc Envelhec Hum* [Internet]. 2015 [acesso em 15 jun. 2016];12(2):172-82. Disponível em: <http://seer.upf.br/index.php/rbceh/article/viewFile/5054/pdf>
29. Bastos CC, Closs VE, Pereira AMVB, Batista C, Idalêncio FA, De 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* [Internet]. 2012 [acesso em 13 jun. 2016];15(1):87-95. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1809-98232012000100010>.
30. Wylie KR, Wood A, MCMANUS R. Sexuality and old age. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* [Internet]. 2013 [acesso em 13 jun. 2016];56(2):223-30. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23361207>
31. Botacci LFG. A construção social do sexo: alguns aspectos a considerar sobre a terceira idade. *Trilhas Hist* [Internet]. 2011 [acesso em 1 jul. 2016];1(1):145-58. Disponível em: http://www.trilhasdahistoria.ufms.br/index.php/RevTH/article/view/350/pdf_10
32. Goldenberg M. Mulheres e envelhecimento na cultura brasileira. *Cad Espaço Fem* [Internet]. 2012 [acesso em 01 jul. 2016];25(2):46-56. Disponível em: <http://www.seer.ufu.br/index.php/neguem/article/view/21803/11965>
33. Queiroz MAC, Lourenço RME, Coelho MMF, Miranda KCL, Barbosa RGB, Bezerra STF. Representações sociais da sexualidade entre idosos. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2015 [acesso em 01 jul. 2016];68(4):662-7. Disponível em: www.scielo.br/pdf/reben/v68n4/0034-7167-reben-68-04-0662.pdf

Recebido: 03/12/2015

Revisado: 11/07/2016

Aprovado: 07/11/2016



Impacto de um programa de três meses de exercícios resistidos para idosos com osteoartrite de joelhos, da comunidade de Santa Cruz, Rio Grande do Norte, Brasil

Impact of a three-month resistance training program for elderly persons with knee osteoarthritis residing in the community of Santa Cruz, Rio Grande do Norte, Brazil

Rosa Sá de Oliveira Neta¹
Frank Kleber de Lima Jr.¹
Tiago Delfino Paiva¹
Mayra Carmem de Medeiros¹
Renata Trajano Jorge Caldas²
Marcelo Cardoso de Souza¹

Resumo

Objetivo: avaliar o impacto de um programa de três meses de exercícios resistidos na dor e funcionalidade de idosos com osteoartrite de joelhos, da cidade de Santa Cruz, RN. **Método:** estudo quase experimental, com 13 idosos com diagnóstico médico de osteoartrite de joelhos, que realizaram um programa de exercícios resistidos duas vezes por semana, durante 12 semanas. A dor, força muscular, funcionalidade, qualidade de vida e satisfação do paciente foram avaliadas através dos instrumentos: Escala visual analógica de dor, Teste de uma repetição máxima (1RM), questionário *The Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index*, Teste Timed Up and Go, Teste de caminhada de seis minutos, questionário *Short Form (36) Health Survey* e escala *Likert*. Teste *t* pareado e ANOVA de medidas repetidas foram utilizados para análise estatística. **Resultados:** a média de idade dos pacientes foi de 62,0 ($\pm 10,0$) anos. Ao final do estudo, os idosos melhoraram a dor, aumentaram a força muscular, ficaram mais funcionais e melhoraram alguns domínios da qualidade de vida. **Conclusão:** os exercícios resistidos foram efetivos e seguros na melhora da dor, força muscular, funcionalidade e qualidade de vida, no grupo estudado. Idosos da comunidade devem ser encorajados a realizar musculação terapêutica supervisionada.

Palavras-chave:

Treinamento de resistência.
Idosos. Osteoartrite do
Joelho.

Abstract

Objective: to evaluate the impact of a three-month resistance exercise program on the pain and functionality of elderly patients with knee osteoarthritis from the city of Santa Cruz, Rio Grande do Norte. **Method:** a quasi-experimental study was performed with 13 elderly patients diagnosed with knee osteoarthritis, who underwent a resistance training program twice a week for 12 weeks. Pain, muscle strength, functionality, quality of life and patient satisfaction were evaluated using the following instruments: the visual analog scale, one repetition maximum testing, the Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index, the Timed Up and Go Test, the 6-minute walk Test, the Short Form (36) Health Survey and the Likert scale. The paired T-test and ANOVA for repeated

Keywords: Resistance
training. Elderly.
Osteoarthritis, Knee.

¹ Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi (FACISA), Clínica Escola de Fisioterapia. Santa Cruz, Rio Grande do Norte, Brasil.

² Faculdade Santa Terezinha(CEST), Curso de Fisioterapia. São Luís, Maranhão, Brasil.

measures were used for statistical analysis. *Results*: the mean age of the patients was 62.0 (± 10.0) years. At the end of the study, the pain, muscle strength, functional status and some areas of quality of life of the elderly had improved. *Conclusion*: resistance exercises were an effective and safe method of improving the pain, muscle strength, functionality and quality of life of the population studied. The elderly should be encouraged to perform supervised strength training therapy.

INTRODUÇÃO

A osteoartrite (OA) é a doença articular mais comum no mundo, e o joelho é a articulação mais afetada. É uma doença multifatorial em que fatores inflamatórios, degenerativos, genéticos, hormonais e mecânicos estão envolvidos. Várias situações de risco são particularmente identificadas: a ruptura do ligamento cruzado anterior, a meniscectomia, lesões no joelho, desalinhamento em varo ou valgo do joelho e obesidade. É essencial promover programas contra a obesidade alvejando pacientes prioritários que têm outros fatores de risco como uma história de meniscectomia ou lesão no joelho, ou mau alinhamento do joelho¹.

Dentre as doenças reumáticas, a OA representa cerca de 30-40% das consultas em ambulatórios de reumatologia, além disso, afeta mais de 250 milhões de pessoas em todo o mundo². Estatísticas preveem que nos próximos 20 anos, o número de indivíduos afetados pela doença nos Estados Unidos poderá aumentar de aproximadamente 43 milhões para 60 milhões, elevando os gastos com doenças crônicas em mais de 25%³. No Brasil, estima-se que 4% da população brasileira apresente OA, sendo o joelho a segunda articulação mais acometida pela doença, com 37% dos casos⁴.

Segundo o *American College of Rheumatology* (ACR), a OA é uma doença caracterizada por degeneração da cartilagem articular, crepitação, dor que piora com o suporte de peso e melhora com o repouso, rigidez articular, limitação de movimento, fraqueza muscular e graus variados de inflamação local, o que interfere negativamente na qualidade de vida desses pacientes^{5,6}.

No que diz respeito ao estado funcional, aproximadamente 80% dos indivíduos com OA de joelhos ou quadril apresentam limitação de movimento e 25% não conseguem realizar a maioria

de suas atividades de vida diária⁷. Uma revisão qualitativa com mulheres de idade compreendida entre 65 e 92 anos evidenciou que as principais atividades do dia a dia comprometidas em pacientes com OA dos membros inferiores são: a higiene, o vestir-se, a locomoção, os cuidados pessoais e a manutenção da casa⁸⁻¹¹.

A fraqueza muscular do quadríceps também é um achado comum na maioria dos pacientes com OA de joelhos^{12,13} e, talvez por isso, os estudos que investigam a utilização de exercícios de fortalecimento nesses indivíduos têm geralmente enfatizado o fortalecimento muscular através de exercícios resistidos.

Assim, a OA de joelhos é um grande problema de saúde pública e pode levar à incapacidade importante, e, sabendo-se que não existe um único protocolo de exercício resistido efetivo na melhora da função e força muscular para o tratamento de idosos com essa doença, o objetivo deste estudo foi avaliar o impacto de um programa de três meses de exercícios resistidos na dor e funcionalidade de idosos com osteoartrite de joelhos da cidade de Santa Cruz, RN.

MÉTODO

Estudo caracterizado como quase experimental, realizado na Clínica Escola de Fisioterapia da Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi (FACISA), da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), cidade de Santa Cruz, interior do Rio Grande do Norte.

Foram avaliados 13 pacientes idosos selecionados por conveniência, com diagnóstico médico de OA de joelhos primária unilateral ou bilateral de acordo com os critérios do ACR⁵, que apresentaram dor entre 3 e 8 centímetros na escala visual analógica (EVA)¹⁴ de dor com 10 cm em um ou ambos os joelhos. Os dados foram coletados no segundo semestre de 2015.

Esta pesquisa surge de um projeto de extensão que foi realizado a partir da necessidade de agilizar o atendimento desses pacientes, os quais se encontravam na lista de espera da Clínica Escola de Fisioterapia da FACISA/UFRN. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi, sob parecer nº 1.376.142, conforme Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e todos os pacientes leram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Foram excluídos pacientes com doenças inflamatórias ou qualquer condição médica que não permitisse a prática de atividade física, infiltração nos últimos três meses, atividade física regular nos últimos três meses, viagem planejada nas próximas 12 semanas.

Os pacientes foram avaliados na semana 0 (T0), semana 4 (T4), semana 8 (T8) e na semana 12 (T12), sendo aplicados os seguintes instrumentos de acordo com os tempos:

- Escala visual analógica (EVA) para avaliação da dor em T0, T4, T8 e T12, a escala de dor varia de zero centímetro (sem dor) a 10 centímetros (dor insuportável)¹⁴.
- Teste de força muscular de uma repetição máxima (1RM) para avaliação da força muscular dos músculos quadríceps, isquiotibiais, adutores e abdutores do quadril em T0, T4, T8 e T12, realizada através do cálculo de 1RM, que indica o máximo de carga que é sustentado em uma única repetição. O teste foi realizado adicionando-se carga de forma crescente, de acordo com o limite de dor do paciente e foram permitidas até cinco tentativas para identificar a carga máxima que o paciente poderia sustentar em uma execução do movimento. Foi adotado um período de repouso de até cinco minutos entre as tentativas. A carga máxima foi determinada considerando a facilidade e os padrões adequados de execução do movimento¹⁵.
- Escala Likert para avaliação da satisfação do paciente com o tratamento proposto em T4, T8 e T12 é uma escala usada para avaliar o grau de satisfação do paciente em relação ao tratamento que aborda os seguintes itens: a) me sinto muito

pior, b) me sinto um pouco pior, c) estado inalterado, d) me sinto um pouco melhor e e) me sinto muito melhor¹⁶.

- Timed Up and Go (TUG) para avaliação da funcionalidade em T0 e T12: Teste funcional que consiste em levantar-se de uma cadeira, sem ajuda dos braços, andar a uma distância de três metros, dar a volta e retornar. No início do teste, o paciente deveria estar com o dorso apoiado no encosto da cadeira. O paciente recebeu a instrução “vá” para realizar o teste e o tempo foi cronometrado a partir da voz de comando até o momento em que ele apoiasse novamente o dorso no encosto da cadeira¹⁷.
- Teste de caminhada de seis minutos (TC6min) para avaliação da funcionalidade em T0 e T12: Apesar de ter sido desenvolvido para avaliar a capacidade física de pacientes com doenças cardiopulmonares, esse teste também tem sido utilizado (com algumas adaptações) para medir o desempenho para caminhar de pacientes com dificuldades motoras. O teste foi realizado em pista marcada com 20 metros em uma quadra esportiva livre da circulação de pessoas e os pacientes foram instruídos a percorrer toda a pista, podendo interromper o teste caso não se sentissem aptos a continuar¹⁸.
- *Western Ontario McMaster Universities Osteoarthritis Index* (WOMAC) para avaliação da funcionalidade em T0 e T12: Questionário tridimensional que avalia dor, rigidez articular e função. É específico para a avaliação de pacientes com OA de joelhos e o *score* varia de 0-96, quanto maior o *score* final, pior o estado do indivíduo. Esse questionário foi traduzido e validado para o português em 2003¹⁹.
- *Short Form-36* (SF-36) para avaliação da qualidade de vida em T0 e T12: Questionário genérico com 36 itens divididos em domínios como capacidade funcional, limitação física, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental; com *score* variando de 0-100, sendo 100 o melhor estado de saúde possível e 0 o pior²⁰.

O programa de exercícios consistia especificamente no fortalecimento muscular durante 12 semanas, como pode ser observado no Quadro 1.

Quadro 1. Programa de exercícios realizados. Santa Cruz, RN, 2015.

Músculos treinados:
• Quadríceps/ Isquiotibiais/ Adutores do quadril/ Abdutores do quadril
Protocolo:
• Semana 0 a 4: três séries de 12 repetições, com 60% de 1RM
• Semana 4 a 8: três séries de 12 repetições, com 70% de 1RM
• Semana 8 a 12: três séries de 12 repetições, com 80% de 1RM

1RM: Teste de força muscular de uma repetição máxima

Para a análise estatística, foi realizada a análise de medidas repetidas (ANOVA) para comparar as variáveis EVA, *Likert* e Teste de 1RM com *post hoc* de Bonferroni. O teste t pareado foi utilizado para as variáveis TC6, TUG, WOMAC e SF-36. Para realizar a análise dos dados foram aplicados os tratamentos estatísticos Shapiro-Wilk e análise da distribuição pelo gráfico de normalidade Q-Q. Os resultados obtidos na análise da distribuição indicou normalidade para todas as variáveis para $p < 0,05$.

RESULTADOS

A média de idade dos pacientes foi de 62,0 ($\pm 10,0$) anos e a média do índice de massa corporal (IMC) de 30,9 ($\pm 3,7$) kg/m². Somente dois idosos eram do sexo masculino. Seis declararam-se da raça branca, cinco da raça negra e dois pardos. Em média, os idosos tinham seis anos de estudo. Cinco idosos eram aposentados, quatro relataram profissão do tipo não braçal e quatro do tipo braçal.

É possível observar que houve diferença estatisticamente significativa ($p = 0,02$), entre a primeira semana (T0) com a quarta e oitava semanas (T4 e T8), na melhora da dor dos joelhos (Tabela 1).

O comportamento para os resultados da escala *Likert* não apresentou diferença significativa entre os tempos de avaliação.

Após as 12 semanas de intervenção houve melhoras para as cargas correspondentes a uma repetição máxima (1RM) para todos os músculos treinados (Tabela 2).

O TC6 não apresentou diferença significativa ($p = 0,7$) após as 12 semanas de intervenção. O mesmo comportamento foi obtido para a variável TUG ($p = 0,7$) para o mesmo período. As variáveis representativas do WOMAC: *dor, função e total* apresentaram diferença significativa ($p = 0,01$) nos *scores* após as 12 semanas de intervenção, no entanto, a variável *rigidez* não apresentou diferença ($p = 0,08$) no decorrer do tempo de intervenção (Tabela 3).

Os domínios *capacidade funcional, dor, vitalidade, saúde mental e aspectos emocionais* apresentaram diferença significativa quando comparado os momentos pré e pós-intervenção. Os domínios *aspectos sociais, limitação por aspectos físicos e estado geral de saúde* não apresentaram alterações significativas (Tabela 4).

Tabela 1. Descrição dos resultados para a escala de dor (EVA) dos 13 idosos durante as 12 semanas de exercícios resistidos. Santa Cruz, RN, 2015.

Semanas	Média (dp)	Intervalo de confiança 95%	
		Inferior	Superior
T0: avaliação inicial	5,15 ($\pm 1,72$)	4,11	6,20
T4: avaliação na semana 4	3,08 ($\pm 2,53$)*	1,55	4,61
T8: avaliação na semana 8	2,62 ($\pm 2,26$)*	1,25	3,98
T12: avaliação na semana 12	3,31 ($\pm 2,02$)	2,09	4,53

* Valor de $p = 0,02$; ANOVA de medidas repetidas.

Tabela 2. Comportamento das cargas representativas em kilogramas para cada grupo muscular durante o programa de treinamento. Santa Cruz, RN, 2015.

Músculos	Semanas				<i>p</i>
	T0: Avaliação inicial Média (dp)	T4: Avaliação na semana 4 Média (dp)	T8: Avaliação na semana 8 Média (dp)	T12: Avaliação na semana 12 Média (dp)	
Quadríceps	10,4 (±4,9)	16,5 (±7,7)	17,1 (±9,8)	20,4 (±11,3)	0,03*
Isquiotibiais	5,0 (±1,7)	8,0 (±3,0)	9,5 (±3,2)	11,0 (±3,3)	0,01*
Adutores	5,0 (±1,9)	8,6 (±2,8)	9,5 (±3,0)	11,3 (±3,0)	0,01*
Abdutores	4,8 (±2,0)	8,0 (±2,4)	10,1 (±3,1)	11,7 (±3,2)	0,01*

* Valor de $p < 0,05$; ANOVA de medidas repetidas; dp: desvio-padrão.

Tabela 3. Resultados dos testes e avaliação funcional dos 13 idosos após 12 semanas de exercícios resistidos. Santa Cruz, RN, 2015.

Variável	Semanas		<i>p</i>
	T0: Avaliação inicial Média (dp)	T12: Avaliação na semana 12 Média (dp)	
TC6min	395,3 (±69,5)	404,2 (±90,9)	0,7
Timed Up and Go	11,1 (±2,7)	10,9 (±2,3)	0,7
Womac domínio dor	9,5 (±3,0)	6,1 (±4,0)	0,01*
Womac domínio função	34,3 (±1,9)	23,1 (±13,1)	0,01*
Womac domínio rigidez	3,9 (±1,6)	3,1 (±1,9)	0,08
Womac <i>score</i> total	49,1 (±14,8)	33,2 (±18,6)	0,01*

*Valor de $p < 0,05$; Teste *t* pareado; TC6min: Teste de caminhada de seis minutos; WOMAC: *Western Ontario McMaster Universities Osteoarthritis Index*; dp: desvio-padrão.

Tabela 4. Resultados para os domínios do *Short Form-36* (SF-36) dos 13 idosos submetidos a 12 semanas de exercícios resistidos. Santa Cruz, RN, 2015.

Domínios	T0: avaliação inicial Média (dp)	T12: avaliação na semana 12 Média (dp)	<i>p</i>
	Capacidade funcional	37,7 (±17,9)	
Dor	10,1 (±7,0)	17,7 (±7,2)	0,03*
Vitalidade	40,0 (±16,3)	55,4 (±22,1)	0,04*
Saúde mental	62,1 (±22,7)	74,8 (±24,7)	0,02*
Aspectos sociais	66,5 (±28,1)	79,9 (±29,0)	0,06
Aspectos emocionais	30,3 (±44,0)	66,7 (±43,0)	0,02*
Limitação aspectos físicos	17,3 (±25,8)	34,6 (±41,5)	0,30
Estado geral saúde	53,1 (±20,8)	62,3 (±22,6)	0,11

*Valor de $p < 0,05$; Teste *t* pareado; dp: desvio-padrão.

DISCUSSÃO

Como observado, este programa de exercícios resistidos foi efetivo na melhora da dor nos joelhos dos idosos pesquisados, embora não tenha sido encontrada diferença na satisfação com o tratamento pela escala *Likert*. Outros estudos²¹ corroboram esses achados, mostrando que os exercícios com peso são efetivos na melhora da dor desses pacientes.

Encontrou-se também melhora da força muscular para os quatro grupos musculares treinados, o que mais uma vez comprovou a efetividade deste programa de treinamento. É importante ressaltar que esses exercícios são fáceis de serem realizados, embora seja necessária supervisão, ainda mais na faixa etária estudada.

Além da fraqueza do quadríceps, estudos recentes mostram que indivíduos com OA de joelhos apresentam pior desempenho isocinético de quadril quando comparados a controles saudáveis²²⁻²⁴. Corroborando este achado, estudo coorte com três anos de seguimento demonstrou que a diminuição da força muscular dos abdutores do quadril juntamente com a presença de comorbidades são fatores prognósticos para piora da limitação funcional²⁵. Já há evidência também de que a fraqueza muscular dos abdutores do quadril em pacientes com OA de joelhos está associada a mais rápida progressão da doença²² e que cada unidade de aumento no momento de adução, cresce em 6,5 vezes o risco de progressão da doença²⁶ e a intensidade da dor^{27,28}.

Os exercícios têm benefícios comprovados na restauração da amplitude de movimento, fortalecimento da musculatura, melhora da dor e promoção de melhora na execução de atividades do dia a dia, como caminhar, subir e descer escadas e até mesmo, participar de esportes^{29,30}.

O estudo de Jorge et al.³¹, avaliou a efetividade de um programa de exercícios de resistência progressiva em mulheres com OA de joelhos. A justificativa para a realização do estudo foi pelo fato de que poucos estudos até o momento tinham incluído o fortalecimento dos músculos do quadril em programas de reabilitação para pacientes com OA de joelhos. Desta maneira, o estudo citado incluiu o fortalecimento dos músculos abdutores e adutores

do quadril, com um aumento gradual da carga para as pacientes com OA de joelhos. Os resultados do estudo mostraram efeitos positivos em relação à dor, função, alguns aspectos da qualidade de vida e em todas as medidas de força a partir da sexta semana de treinamento.

O fato de não ter sido encontradas diferenças no TC6min e TUG, embora os músculos tenham ficado mais fortes, pode ser explicado pelo tamanho pequeno da amostra e pelo fato de os idosos já possuírem um bom desempenho funcional no pré-teste. O esperado era que, com músculos fortes, os idosos caminhassem distâncias maiores e fossem mais rápidos no teste TUG.

O questionário WOMAC é o mais utilizado na literatura mundial para avaliação funcional de pacientes com OA de joelhos, uma vez que esse questionário é específico para essa doença. Foi encontrada melhora funcional nos pacientes estudados, tanto no valor total do WOMAC quanto nos domínios *dor e função*, exceto na *rigidez articular*, mostrando novamente a importância da realização desses exercícios³¹.

A qualidade de vida também melhorou em cinco dos oito domínios do questionário SF-36, sendo que estudos recentes mostram que a OA está associada com piores índices de qualidade de vida³². O fato de não ter sido encontrada melhora nos outros domínios pode estar relacionado à amostra pequena, bem como à grande variabilidade de respostas dos pacientes.

De acordo com o programa de treinamento utilizado neste estudo, os exercícios podem ser considerados efetivos, seguros, com materiais de baixo custo, não demandam grandes estruturas e podem ser facilmente realizados em ambientes controlados.

Ressalta-se que os pacientes deste estudo foram avaliados em condições específicas, o que acarretou algumas limitações, tais como: o pequeno número de participantes, falta de cálculo amostral pelo fato de a amostra ter sido por conveniência e por não ter havido um grupo controle para comparação dos resultados. No entanto, permanece a importância em encorajar a prática de atividade física com foco no fortalecimento muscular para a população.

CONCLUSÃO

O programa de exercícios resistidos proposto foi efetivo na melhora da dor, da força muscular dos músculos quadríceps, isquiotibiais, adutores

e abdutores do quadril; na funcionalidade e nos domínios capacidade funcional, dor, vitalidade, saúde mental e aspectos emocionais da qualidade de vida em idosos com osteoartrite de joelhos da cidade de Santa Cruz, Rio Grande do Norte, Brasil.

REFERÊNCIAS

1. Flouzat-Lachaniette CH. At-risk situations for knee osteoarthritis. *Rev Prat.* 2012;62(5):630-4.
2. Bruyère O, Cooper C, Pelletier JP, Maheu E, Rannou F, Branco J. A consensus statement on the European Society for Clinical and Economic Aspects of Osteoporosis and Osteoarthritis (ESCEO) algorithm for the management of knee osteoarthritis-From evidence-based medicine to the real-life setting. *Semin Arthritis Rheum.* 2016;45(4 Suppl):3-11.
3. Dillon CF, Rasch EK, Gu Q, Hirsch R. Prevalence of knee osteoarthritis in the United States: arthritis data from the Third National Health and Nutrition Examination Survey 1991-94. *J Rheumatol.* 2006;33(11):2271-9.
4. Senna ER, De Barros AL, Silva EO, Costa IF, Pereira LV, Ciconelli RM, et al. Prevalence of rheumatic diseases in Brazil: a study using the COPCORD approach. *J Rheumatol.* 2004;31(3):594-7.
5. Hochberg MC, Altman RD, April KT, Benkhalti M, Guyatt G, McGowan J, et al. American College of Rheumatology 2012 recommendations for the use of nonpharmacologic and pharmacologic therapies in osteoarthritis of the hand, hip, and knee. *Arthritis Care Res (Hoboken).* 2012;64(4):465-74.
6. Fernandes L, Hagen KB, Bijlsma JW, Andreassen O, Christensen P, Conaghan PG, et al. EULAR recommendations for the non-pharmacological core management of hip and knee osteoarthritis. *Ann Rheum Dis.* 2013;72(7):1125-35.
7. Brooks PM. Impact of osteoarthritis on individuals and society: how much disability? Social consequences and health economic implications. *Curr Opin Rheumatol.* 2002;14(5):573-7.
8. Nguyen C, Lefèvre-Colau MM, Poiraudau S, Rannou F. Rehabilitation (exercise and strength training) and osteoarthritis: a critical narrative review. *Ann Phys Rehabil Med.* 2016;59(3):190-5.
9. Roos EM, Bremander AB, Englund M, Lohmander LS. Change in self-reported outcomes and objective physical function over 7 years in middle-aged subjects with or at high risk of knee osteoarthritis. *Ann Rheum Dis.* 2008;67(4):505-10.
10. Dekker J, Van Dijk GM, Veenhof C. Risk factors for functional decline in osteoarthritis of the hip or knee. *Curr Opin Rheumatol.* 2009;21(5):520-4.
11. Fukutani N, Iijima H, Aoyama T, Yamamoto Y, Hiraoka M, Miyanobu K, et al. Knee pain during activities of daily living and its relationship with physical activity in patients with early and severe knee osteoarthritis. *Clin Rheumatol.* 2016;35(9):2307-16.
12. Cherian JJ, McElroy MJ, Kapadia BH, Bhav A, Mont MA. Prospective case series of NMES for quadriceps weakness and decrease function in patients with osteoarthritis of the knee. *J Long-Term Eff Med Implants.* 2015;25(4):301-6.
13. Vaz MA, Baroni BM, Geremia JM, Lanferdini FJ, Mayer A, Arampatzis A, et al. Neuromuscular electrical stimulation (NMES) reduces structural and functional losses of quadriceps muscle and improves health status in patients with knee osteoarthritis. *J Orthop Res.* 2013;31(4):511-6.
14. Scott J, Huskisson EC. Vertical or horizontal visual analogue scales. *Ann Rheum Dis.* 1979;38(6):560.
15. Verdijk LB, Van Loon L, Meijer K, Savelberg HH. One-repetition maximum strength test represents a valid means to assess leg strength in vivo in humans. *J Sports Sci.* 2009;27(1):59-68.
16. Drinkwater BL. A comparison of the direction-of-perception technique with the Likert method in the measurement of attitudes. *J Soc Psychol.* 1965;67(2):189-96.
17. Podsiadlo D, Richardson S. The timed "Up & Go": a test of basic functional mobility for frail elderly persons. *J Am Geriatr Soc.* 1991;39(2):142-8.
18. Brooks D, Solway S, Gibbons WJ. ATS statement on six-minute walk test. *Am J Respir Crit Care Med.* 2003;167(9):1287.
19. Fernandes MI. Tradução e validação do questionário de qualidade de vida específico para osteoartrose WOMAC (Western Ontario McMaster Universities) para a língua portuguesa [tese]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2003.

20. Ciconelli RM, Ferraz MB, Santos W, Meinão I, Quaresma MR. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). *Rev Bras Reumatol.* 1999;39(3):143-50.
21. Li Y, Su Y, Chen S, Zhang Y, Zhang Z, Liu C, et al. The effects of resistance exercise in patients with knee osteoarthritis: a systematic review and meta-analysis. *Clin Rehabil.* 2016;30(10):947-59.
22. Chang A, Hayes K, Dunlop D, Song J, Hurwitz D, Cahue S, et al. Hip abduction moment and protection against medial tibiofemoral osteoarthritis progression. *Arthritis Rheum.* 2005;52(11):3515-9.
23. Bennell KL, Hunt MA, Wrigley TV, Hunter DJ, McManus FJ, Hodges PW, et al. Hip strengthening reduces symptoms but not knee load in people with medial knee osteoarthritis and varus malalignment: a randomised controlled trial. *Osteoarthr Cartil.* 2010;18(5):621-8.
24. Costa RA, Oliveira LM, Watanabe SH, Jones A, Natour J. Isokinetic assessment of the hip muscles in patients with osteoarthritis of the knee. *Clinics.* 2011;65(12):1253-9.
25. Van Dijk GM, Veenhof C, Spreuwenberg P, Coene N, Burger BJ, Van Schaardenburg D, et al. Prognosis of limitations in activities in osteoarthritis of the hip or knee: a 3-year cohort study. *Arch Phys Med Rehabil.* 2010;91(1):58-66.
26. Hurwitz DE, Ryals AB, Case JP, Block JA, Andriacchi TP. The knee adduction moment during gait in subjects with knee osteoarthritis is more closely correlated with static alignment than radiographic disease severity, toe out angle and pain. *J Orthop Res.* 2002;20(1):101-7.
27. Hall M, Bennell KL, Wrigley TV, Metcalf BR, Campbell PK, Kasza J, et al. The knee adduction moment and knee osteoarthritis symptoms: relationships according to radiographic disease severity. *Osteoarthr Cartil.* Epub 2016 Set. 9.
28. Mikesky AE, Mazzuca SA, Brandt KD, Perkins SM, Damush T, Lane KA. Effects of strength training on the incidence and progression of knee osteoarthritis. *Arthritis Rheum.* 2006;55(5):690-9.
29. De Rooij M, Van der Leeden M, Cheung J, Van der Esch M, Häkkinen A, Haverkamp D, et al. Efficacy of tailored exercise therapy on physical functioning in patients with knee osteoarthritis and comorbidity: a randomized controlled trial. *Arthritis Care Res (Hoboken).* Epub 2016 Aug 26.
30. Goh SL, Persson MS, Bhattacharya A, Hall M, Doherty M, Zhang W. Relative efficacy of different types of exercise for treatment of knee and hip osteoarthritis: protocol for network meta-analysis of randomised controlled trials. *Syst Rev.* 2016;5(1):1-9.
31. Jorge RT, Souza MC, Chiari A, Jones A, Fernandes Ada R, Lombardi Júnior I, et al. Progressive resistance exercise in women with osteoarthritis of the knee: a randomized controlled trial. *Clin Rehabil.* 2015;29(3):234-43.
32. Visser AW, De Mutsert R, Bloem JL, Reijnen M, Kazato H, Le Cessie S, et al. Do knee osteoarthritis and fat-free mass interact in their impact on health-related quality of life in men? results from a population-based cohort. *Arthritis Care Res.* 2015;67(7):981-8.

Recebido: 01/03/2016

Revisado: 31/08/2016

Aprovado: 08/11/2016



Evidências psicométricas da adaptação transcultural do *Vulnerability Abuse Screening Scale* (VASS) para detecção de violência contra idosos

Psychometric evidence of the transcultural adaptation of the Vulnerability to Abuse Screening Scale (VASS) for the detection of violence against the elderly

Rodrigo da Silva Maia¹
Eulália Maria Chaves Maia²

Resumo

Objetivo: Apresentar evidências psicométricas preliminares da adaptação transcultural da *Vulnerability Abuse Screening Scale* (VASS). **Método:** Estudo transversal e analítico. Os passos para adaptação transcultural verificaram a equivalência conceitual e de itens, a semântica e a de mensuração. Para a verificação de equivalência de mensuração e dos dados psicométricos do estudo participou uma amostra de 30 e 66 idosos, respectivamente. Para as análises dos resultados foi utilizada estatística descritiva e inferencial (KR-20, Teste *t* de Student, correlação de Pearson, ANOVA univariada e o índice Kappa de Fleiss). **Resultados:** Verificou-se que a idade dos participantes variou entre 60 e 84 anos, prevalecendo respondentes idosos (n=38). O valor do KR-20 para o *score* geral do instrumento foi de 0,688. Os valores encontrados para as quatro dimensões propostas pelos autores do estudo foram 0,528, 0,289, 0,552 e 0,303, respectivamente. Apenas os valores das subescalas Vulnerabilidade e Coerção mostraram-se aproximados aos do estudo original (0,550 e 0,390). **Conclusão:** Ressalta-se que os valores de consistência interna encontrados no presente estudo variaram de moderados a bons, indicando que os resultados são satisfatórios ainda que iniciais.

Palavras-chave: Violência. Idoso. Maus-Tratos ao Idoso. Questionário. Psicometria.

Abstract

Objective: to present preliminary psychometric evidence of the cross-cultural adaptation of the Vulnerability Abuse Screening Scale. **Method:** A study transversal and analytical. The steps of cultural adaptation verified conceptual, item, semantic and measurement equivalence. For measurement equivalence and verification of the psychometric data of the study samples of 30 and 66 elderly persons, respectively, were used. Descriptive and inferential statistics (KR-20, T-Student Test, Pearson correlation, univariate ANOVA and the Fleiss' Kappa Index) were used for analysis of results. **Results:** It was found that the age of the participants ranged between 60 and 84 years, with a majority of older women participants (n=38). The KR-20 value for the overall score of the instrument was 0.688.

Keywords: Violence. Elderly. Elder Abuse. Questionnaire. Psychometrics.

¹ Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Centro Universitário FACEX – UNIFACEX. Natal, Rio Grande do Norte, Brasil.

² Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Programas de Pós-graduação em Ciências da Saúde (PPGCSA) e Psicologia (PPGPSI). Natal, Rio Grande do Norte, Brasil.

The values for the four dimensions proposed by the authors of the instrument were 0.528, 0.289, 0.552 and 0.303, respectively. Only the values of the subscales Vulnerability and Coercion proved to be close to those of the original study (0.550 and 0.390). *Conclusion:* The internal consistency values found in the present study ranged from moderate to good, indicating that the results were satisfactory, despite being initial findings.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população é um fenômeno vivenciado mundialmente. Associado a esse crescente envelhecimento populacional existe, em contrapartida, a necessidade de garantir oportunidades de saúde, participação social e segurança de modo continuado ao longo da vida, com o desenvolvimento de políticas públicas voltadas à atenção integral ao idoso. Essas devem vir a assisti-los no âmbito da seguridade social, previdência, saúde, educação e todos os outros direitos fundamentais prezados pelas legislações pertinentes¹. No entanto, sabe-se que a atenção integral à pessoa idosa não vem sendo garantida, especialmente em decorrência de contextos de maus-tratos e violências contra essa população.

A violência é crescente mundialmente, permeando, de modo expressivo, as relações interpessoais e entre grupos. Enquanto constructo socialmente construído, sistêmico, subjetivo e deflagrador das contradições sociais, a violência necessita ser compreendida em sua expressão e impactos sobre quem por ela é acometido. A Organização Mundial de Saúde (OMS) promulgou a classificação que vem sendo amplamente utilizada pelos serviços de atenção à pessoa idosa^{2,3}, segundo a qual a violência contra a pessoa idosa pode ser classificada como violência física, psicológica ou emocional – dentre as quais se inclui a violência verbal – sexual, econômica ou financeira, negligência e autonegligência⁴.

Ademais, apesar de ser um fenômeno em ascensão, que ganha visibilidade social e na mídia, ainda se tem encontrado dificuldades no rastreamento, na identificação e na prevenção da violência. Os motivos que se relacionam à dificuldade no rastreamento, interdição da informação e problemas na denúncia e que são elencados na literatura como principais agentes que geram a subnotificação da violência, destacam-se o grau de proximidade e/ou parentesco do agressor com a vítima ou as relações de dependência afetivo-

emocional, de cuidado ou financeira, que existem na relação vítima-agressor, por exemplo^{3,5}.

Destaca-se que a violência contra o idoso, comumente, só é verificada quando a denúncia é efetivada, constatando-se o ocorrido através de exames que aferem, em demasia, apenas sinais e indícios físicos de maus-tratos. Não contemplam-se, por sua vez, elementos que sugiram indícios de violências de outros tipos, tais como psicológica, financeira e/ou abandono e negligência, por exemplo.

Uma vez que é perceptível a insuficiência de instrumentos disponibilizados em português para a detecção de violência doméstica contra os idosos, parece oportuno e proeminente disponibilizar e adaptar versões lusófonas de ferramentas advindas de programas de investigação consistentes⁶. Um dos programas notadamente reconhecido pela elaboração de um instrumento de rastreio da violência⁷⁻⁹ gerou a *Vulnerability Abuse Screening Scale* (VASS), a partir dos estudos desenvolvidos por Schofield et al.¹⁰ e por Schofield e Mishra¹¹, na realidade da Austrália, e que será objeto da proposta aqui estruturada.

O instrumento VASS foi elaborado a partir de modificações do *Hwalek-Sengstock Abuse Screening Test Elder*. A VASS contém 12 itens dicotômicos que, através do autorrelato do idoso, constata o risco à violência doméstica. A obtenção dos dados toma como referência a percepção que o idoso tem sobre situações do cotidiano que pode indicar que o mesmo pode estar sendo vítima de violência. A pontuação da escala é obtida com o somatório dos valores atribuídos a cada uma das respostas afirmativas, exceto para os itens 4, 5 e 6, que pontuam em caso de resposta negativa.

Os itens buscam identificar o fenômeno a partir de quatro domínios, a saber: vulnerabilidade (itens nº 01 ao nº 03), dependência (nº 04 ao nº 06), desânimo (nº 07 ao nº 09) e coerção (item nº 10 ao nº 12). Esses, por sua vez, tentam explicar quatro

das seis classificações da OMS: as violências física, psicológica, financeira e a negligência. Sendo assim, a VASS trata-se de um instrumento de rastreio breve de abuso contra a pessoa idosa, que pode ser utilizado em contextos clínicos e domiciliares, objetivando a constatação do risco de violência.

Os estudos das evidências psicométricas, de validade e precisão, foram examinadas em um processo de pesquisa longitudinal¹¹. Os achados psicométricos do instrumento em questão mostraram-se satisfatórios e adequados para sua adaptabilidade a outros contextos culturais⁶.

Diante disto, o presente trabalho teve como objetivo apresentar evidências psicométricas preliminares da adaptação transcultural da *Vulnerability Abuse Screening Scale* (VASS), que investiga risco de violência doméstica contra o idoso. Enquanto objetivos específicos objetivou-se iniciar a equivalência de mensuração da versão brasileira, investigando: a) evidências de validade baseada na estrutura interna da versão brasileira do instrumento, por meio da análise da consistência interna desta versão comparando com o instrumento original; b) evidências de validade aparente ou de face, utilizando-se da mensuração de concordância estatística na avaliação de juízes; c) fazer uma avaliação inicial de aspectos relacionados às evidências de validade baseadas nas correlações (padrões de convergência) e diferenciações (padrões discriminantes) com variáveis estudadas.

MÉTODO

Estudo com delineamento metodológico, transversal e analítico. Os passos para adaptação transcultural seguiram referência proposta por Herdman et al.^{12,13}, bem como se utilizou de proposições metodológicas de outros autores quanto à adaptação, como Beaton et al.¹⁴ e Guillemin et al.¹⁵ Esse modelo é baseado na apreciação de diferentes tipos de equivalência, a saber: equivalência conceitual e de itens, semântica, operacional e de mensuração e tem sido amplamente difundido pelo país, em especial, na pesquisa com idosos¹⁶. Dados acerca das subetapas de equivalência conceitual e de itens e equivalência semântica podem ser vistas em publicação recente¹⁷.

Equivalência operacional

Com relação à subetapa da equivalência operacional, que diz respeito à realização de um pré-teste da versão síntese proposta, buscou-se avaliar o grau de compreensão e aceitabilidade da versão brasileira do instrumento para o grupo de juízes expertises participante das etapas anteriores, formados por pós-graduandos em Psicologia, conhecedores do método de adaptação transcultural, bem como versados em temáticas da gerontologia, desenvolvimento humano e estudos de validação de instrumentos, bem como com um grupo de idosos. Buscando o cumprimento dessa etapa, foi escolhida uma população de idosos com diferentes características sociais, econômicas e educacionais para participar, de modo que pudesse ser confirmada uma versão-síntese final ou revista e, assim, se alcançasse a formatação final do instrumento adaptado.

Equivalência de mensuração

Em seguida, foi dado início à equivalência de mensuração, ainda que parcial do instrumento. Nessa etapa, investigou-se em uma população maior de idosos evidências psicométricas preliminares do instrumento, verificando evidências de validade deste, de modo que fossem verificadas, estatisticamente, a consistência interna e evidências de validade preliminares.

Amostra

As amostras de idosos das duas etapas foram independentes, ou seja, os idosos participantes da etapa de equivalência operacional foram diferentes dos idosos participantes da etapa de mensuração. Esses foram selecionados por conveniência em serviços de saúde, assistência social e da sociedade civil organizada. Todos localizados na região metropolitana do município de Natal, RN. Para a definição dos participantes que compuseram a amostra das etapas anteriores, destaca-se que, para a etapa do pré-teste, considerou-se a sugestão de autores de referência da proposta de Adaptação Transcultural, sendo essa de 30 a 40 participantes¹⁴,

para delimitar a amostra participante da etapa de equivalência operacional do estudo. Diante disto, 30 idosos participaram deste estudo.

Já para a etapa da equivalência de mensuração, seguiu-se a proposta de cinco respondentes, em média, por item¹⁸. No caso do estudo aqui empreendido, a amostra dessa etapa totalizaria 60 sujeitos. Em termos práticos, pesquisou-se um total de 66 idosos, adicionando 10% do valor acima sugerido. Em ambas as etapas supracitadas, foram incluídos na amostra aqueles idosos com 60 anos ou mais de idade que consentissem, livre e de maneira esclarecida, participar desta investigação e que apresentassem suas funções mentais preservadas. Foram excluídos das etapas do estudo aqueles idosos que não atendessem aos critérios anteriormente elencados e que eventualmente interrompessem a entrevista por mostrarem-se mobilizados emocionalmente pela temática estudada.

Coleta dos dados, protocolos e instrumentos

Os dados foram coletados mediante entrevista. Para tanto, participaram do processo dois entrevistadores previamente treinados, com formação de nível superior em Psicologia. Os dados da etapa de equivalência operacional foram coletados no período de novembro a dezembro de 2014. Já os dados obtidos à equivalência de mensuração foram obtidos nos meses de janeiro e fevereiro de 2015. O estudo foi realizado em Unidades de Saúde, da Assistência Social e da Sociedade Civil Organizada, localizados na Região Metropolitana do município de Natal, RN.

Foram utilizados como protocolos os seguintes instrumentos: a) Questionário sociodemográfico, que investigou dados como idade, sexo, naturalidade, escolaridade/tempo de estudo, estado civil, religião, além de características clínicas de saúde, bem como a autoavaliação da percepção dos relacionamentos interpessoais; b) O Miniexame do Estado Mental (MEEM), para rastreamento de comprometimento cognitivo, já que esse instrumento é projetado para uma avaliação clínica rápida e prática do estado cognitivo de pacientes geriátricos, exclusivo para aplicação dos critérios de inclusão no estudo; c) VASS.

Análise dos dados

No que tange a análise dos dados, para a avaliação dos juizes do painel de especialistas, bem como os idosos, quanto a compreensão e aceitabilidade dos itens, para além do consenso, utilizou-se a mensuração do Kappa de Fleiss (k), que avalia a confiabilidade do acordo na avaliação entre juizes e mensuram a validade aparente ou de face do instrumento. A interpretação do coeficiente Kappa pode ser classificada como: a) concordância quase perfeita, quando os valores estão entre 0,81 e 1,00; b) concordância substancial, quando estão entre 0,61 e 0,80; c) concordância moderada entre 0,41 e 0,60; d) concordância fraca ou pequena entre 0,21 e 0,40; e) concordância leve entre 0,0 e 0,20; d) nenhuma correlação quando forem menores do que zero (0), indicando ausência de acordo¹⁹.

Os dados obtidos nas entrevistas foram categorizados e analisados através de estatística descritiva, especialmente no que tange a medidas de frequência, porcentagens, tendência central e dispersão, objetivando a caracterização da amostra participante e os demais resultados quantitativos. Executou-se, em se tratando de itens dicotômicos, a análise da consistência interna através do coeficiente de confiabilidade de Kuder-Richardson (KR-20), para avaliar consistência interna do instrumento. Aplicou-se ainda a estatística inferencial, para verificar padrões discriminantes e de convergência dos dados estudados entre si fazendo-se uso, respectivamente, do teste *t* de Student, a ANOVA univariada e a correlação de Pearson, os quais foram escolhidos a partir da verificação da normalidade dos dados, com auxílio do Teste de Shapiro-Wilk. Para efetuar as análises aqui empreendidas, contou-se com o auxílio de *softwares* informatizados para tratamento estatístico. O valor da significância estatística adotado foi igual ou menor que 0,05 ($p \leq 0,05$).

Aspectos éticos

O estudo foi realizado após apreciação e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) (nº 97.186/2012; CAAE: 05563712.8.0000.5537), sendo solicitada aos participantes a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

A equivalência operacional mostrou-se satisfatória, com verificação de uma aceitabilidade de 92,5% pela população idosa estudada, um total de 30 idosos, com idade entre 60 e 81 [Média (M): 68,07; desvio-padrão (dp): 5,687] anos. A confiabilidade da concordância entre os juízes das etapas foi de 0,625 (juízes expertises não idosos) e 0,585 (juízes idosos), respectivamente. Em geral, os resultados apresentados mostraram-se aceitáveis, com valores que variaram de moderados a altos e sugerem de validade aparente ou de face do instrumento.

Quanto à etapa da equivalência de mensuração, verificou-se que a idade dos participantes variou

entre 60 e 84 anos, prevalecendo respondentes idosas (n=38), representando 57,6% da amostra estudada. O número de pessoas que compartilhavam a residência com o idoso variou de uma a sete pessoas (M: 4,32; dp: 1,511). Os domicílios que os idosos residiam tinham, em média, de quatro a nove cômodos (M: 5,80; dp: 0,980). Os demais dados sociodemográficos podem ser visualizados na Tabela 1. Quanto aos dados de saúde, sobre os aspectos relacionados à internação, quedas e incapacidades da população de idosos estudada podem ser vistos na Tabela 2. Dados referentes a avaliação da percepção do relacionamento com diferentes pessoas do seu entorno social, podem ser visualizados na Tabela 3.

Tabela 1. Dados sociodemográficos da população de idosos pesquisados. Natal, RN, 2015.

Variáveis	n	%
Sexo		
Masculino	28	(57,6)
Feminino	38	(42,4)
Faixa etária		
60 a 64	18	(27,3)
65 a 69	14	(21,2)
70 a 74	8	(12,1)
75 a 79	15	(22,7)
≥80	11	(16,7)
Distrito		
Norte	15	(22,7)
Leste	19	(28,8)
Oeste	9	(13,6)
Sul	9	(13,6)
Interior	14	(21,2)
Estado civil		
Solteiro	1	(1,5)
Casado	45	(68,2)
Viúvo	18	(27,3)
Divorciado	2	(3,0)
Nível de escolarização		
Nunca estudou	13	(19,7)
Fundamental (Completo ou não)	33	(50,0)
Médio (Completo ou não)	14	(21,2)
Superior (Completo ou não)	6	(9,1)

continua

Continuação da Tabela 1

Variáveis	n	%
Fica sozinho(a) a maior parte do dia?		
Sim	14	(21,2)
Não	52	(78,8)
Recebe aposentadoria, benefício e/ou pensão?		
Sim	54	(81,8)
Não	12	(18,2)
Renda familiar (salário mínimo)		
Até 1	3	(4,5)
Entre 1 e 6	39	(59,1)
Mais de 6	24	(36,4)

Elaborado pelos autores.

Tabela 2. Aspectos relacionados à internação, quedas e incapacidades da população de idosos estudada. Natal, RN, 2015.

Aspectos	n	%
Esteve internado(a) nos últimos 12 meses?		
Sim	6	(9,1)
Não	60	(90,9)
Sofreu quedas nos últimos 12 meses?		
Sim	10	(15,2)
Não	56	(84,8)
Deixou de realizar atividades habituais nos últimos 15 dias por motivo de saúde?		
Sim	9	(13,6)
Não	57	(86,4)
Permaneceu acamado(a) nos últimos 15 dias?		
Sim	9	(13,6)
Não	57	(86,4)
Motivo da internação, de ter ficado acamado e/ou deixado de realizar alguma atividade por motivo de saúde.		
Não se aplica	50	(75,8)
Problemas respiratórios	11	(16,7)
Doenças e/ou problemas osteomusculares, cardiovasculares e/ou causas externas	5	(7,6)

Elaborado pelos autores.

Tabela 3. Avaliação da percepção do relacionamento com diferentes pessoas do seu entorno social. Natal, RN, 2015.

Variáveis	n	%
Relacionamento com companheiro		
Não tem	21	(31,8)
Ruim	8	(12,1)
Regular	21	(31,8)
Bom	16	(24,2)
Relacionamento com filhos		
Não tem	1	(1,5)
Ruim	27	(40,9)
Regular	29	(43,9)
Bom	9	(13,6)
Relacionamento com netos		
Não tem	3	(4,5)
Ruim	13	(19,7)
Regular	32	(48,5)
Bom	18	(27,3)
Relacionamento com demais pessoas que residem no domicílio		
Não tem	28	(42,4)
Ruim	26	(39,4)
Regular	10	(15,2)
Bom	2	(3,0)

Elaborado pelos autores.

Observou-se uma variância mínima de zero e máxima de 10 pontos (M: 3,71; dp: 2,404) no valor do *escore* total da VASS. Ao tomar-se como referência os valores do *escore* conforme os estudos internacionais, verifica-se uma prevalência de 13,6% de idosos com *escores* que podem indicar risco a violência.

O valor do KR-20 para o *escore* geral do instrumento foi de 0,688 (Tabela 4). Os valores do KR-20 encontrados para as quatro subescalas propostas pelos autores foram 0,528, 0,289, 0,552 e 0,303, respectivamente. Apenas os valores de consistência interna das subescalas Vulnerabilidade e Coerção mostraram-se aproximados aos encontrados no estudo original, a saber, 0,550 e 0,390, respectivamente.

Verificou-se que com a retirada dos itens nº 04, nº 06 e nº 10, houve aumento do índice de consistência interna da escala total. Já quanto aos valores da consistência interna das subescalas, percebeu-se que

apenas com a retirada dos itens nº 09, referente à escala que dimensiona o *desânimo*, e nº 12, item da subescala *coerção*, é que houve acréscimo nesses valores.

No que tange a verificação de propriedades psicométricas, verificou-se padrões discriminante dos itens e de variáveis externas com relação aos valores do *escore* total da VASS, com auxílio do Teste *t* de Student para verificar se há diferença no *escore* total da VASS entre algumas variáveis demográficas e sociais, dentre as quais destacam-se o sexo, permanecer sozinho durante a maior parte do dia, ocorrência de internação hospitalar, entre outras variáveis. Variáveis como sexo, ficar sozinho(a) a maior parte do dia, receber aposentadoria, benefício e/ou pensão, internações nos últimos 12 meses, ter estado acamado nos últimos 15 dias, assim como os itens nº 01, 03, 06, 07 e 09 não demonstraram diferenças significativas no *escore* total da escala. Já as demais foram significativas, conforme mostra a Tabela 5.

Tabela 4. Confiabilidade: consistência interna da versão brasileira do instrumento *Vulnerability Abuse Screening Scale* (VASS). Natal, RN, 2015.

Escala	Item	Consistência interna		Subescalas	Item	Consistência interna	
		KR-20 (IC 95%)	KR-20 (k-1)			KR-20 (IC 95%)	KR-20 (k-1)
Total		0,688 (0,670)		Vulnerabilidade		0,548 (0,526)	
Do item nº 01 ao 06	01		0,632	Dependência	01		0,536
	02		0,647		02		0,335
	03		0,641		03		0,417
							0,289 (0,252)
	04		0,707 ^s		04		0,161
	05		0,667		05		0,104
Do item nº 07 ao 12	06		0,698 ^s	Desânimo	06		0,244
		0,518					0,552 (0,538)
	07		0,673		07		0,305
	08		0,647		08		0,252
	09		0,638		09		0,694
							0,303 (0,288)
Do item nº 07 ao 12	10		0,696 ^s	Coerção	10		0,035
	11		0,681		11		0,061
	12		0,682		12		0,509
		0,485					

Elaborado pelos autores.

Tabela 5. Média da *Vulnerability Abuse Screening Scale* (VASS) e significância da sua diferença entre as variáveis estudadas. Natal, RN, 2015.

Variável	n	%	Média VASS (dp)	t (p)
Sofreu quedas nos últimos 12 meses?				3,010 (p=0,004)
Sim	10	(15,2)	5,70 (±2,983)	
Não	56	(84,8)	3,36 (±2,127)	
Deixou de realizar atividades habituais nos últimos 15 dias por motivo de saúde?				2,244 (p=0,028)
Sim	9	(13,6)	5,33 (±3,122)	
Não	57	(86,4)	3,46 (±2,196)	
Item nº 02				6,003 (p=0,000)
Sim	10	(15,2)	7,10 (±1,729)	
Não	56	(84,8)	3,11 (±1,970)	
Item nº 04				2,271 (p=0,026)
Sim	47	(71,2)	4,74 (±2,023)	
Não	19	(28,8)	3,30 (±2,440)	
Item nº 05				4,589 (p=0,000)
Sim	19	(28,8)	5,58 (±2,090)	
Não	47	(71,2)	2,96 (±2,105)	

continua

Continuação da Tabela 5

Variável	n	%	Média VASS (dp)	t (p)
Item nº 08				5,990 (p=0,000)
Sim	11	(16,7)	6,91 (±1,814)	
Não	55	(83,3)	3,07 (±1,961)	
Item nº 10				2,704 (p=0,009)
Sim	16	(24,2)	5,06 (±2,594)	
Não	50	(75,8)	3,28 (±2,195)	
Item nº 11				3,441 (p=0,001)
Sim	13	(19,7)	5,62 (±2,534)	
Não	53	(80,3)	3,25 (±2,147)	
Item nº 12				3,264 (p=0,002)
Sim	11	(16,7)	5,73 (±2,573)	
Não	55	(83,3)	3,31 (±2,176)	

Elaborado pelos autores.

Verificou-se ainda evidências de validade convergente dos itens e variáveis externas com relação ao *score* total da escala, que podem ser visualizadas na Tabela 5. Foram ainda empreendidas correlações de Pearson, para verificar a covariância dos dados de cada um dos itens do instrumento

com o *score* total da VASS. Como esperado, à medida que se pontua positivamente nos itens da escala há uma tendência no aumento significativo do *score* total da mesma ($p < 0,05$), com exceção ao item nº 06, que não apresentou esse comportamento (Tabela 6).

Tabela 6. Resultado das correlações significativas entre variáveis sociodemográficas, as subescalas e os itens do instrumento com o *score* total da *Vulnerability Abuse Screening Scale* (VASS). Natal, RN, 2015.

Correlação	<i>Score</i> total da VASS	
	Coefficiente	p
Faixa etária	0,259	0,036
Escolaridade	-0,366	0,003
Sofreu quedas nos últimos 12 meses?	-0,281	0,022
Item nº 01	0,704	0,000
Item nº 02	0,543	0,000
Item nº 03	0,635	0,000
Item nº 04	0,298	0,015
Item nº 05	0,489	0,000
Item nº 07	0,459	0,000
Item nº 08	0,538	0,000
Item nº 09	0,689	0,000
Item nº 10	0,298	0,015
Item nº 11	0,359	0,003
Item nº 12	0,349	0,004
Vulnerabilidade	0,883	0,000
Dependência	0,573	0,000
Desânimo	0,777	0,000
Coerção	0,532	0,000

Elaborado pelos autores.

DISCUSSÃO

A concordância das avaliações empreendidas durante a etapa da equivalência semântica, verificada com o auxílio do Kappa de Fleiss foi de 0,625 e 0,585, o que indica concordância substancial e moderada, respectivamente, entre os juízes¹⁹. Os resultados apresentados da adaptação transcultural da VASS mostraram-se satisfatórios, indicando validade aparente do instrumento, que nos sinaliza que aparentemente o instrumento é satisfatório para mensurar o que ele propõe²⁰.

Na etapa de equivalência de mensuração, observou-se uma variância mínima de 0 e máxima de 10 pontos (média=3,71; dp=2,404) no valor do *score* total da VASS. Ao tomar-se como referência os valores do *score* conforme os estudos internacionais, verifica-se uma prevalência de 13,6% de idosos com *scores* que podem indicar risco a violência. A prevalência aqui encontrada é baixa se comparada aos estudos internacionais citados, que variam de 15% a 35%²¹⁻²⁵. Essa prevalência está na média encontrada em estudos nacionais, que variam de 10% a 21%²⁶⁻²⁸.

Como destacam Streiner e Norman, valores de consistência interna da grandeza dos encontrados neste estudo, que evidenciam consistência interna de moderada a boa, são corriqueiros em se tratando de instrumentos de rastreio breve. Valores superiores aos mensurados no presente estudo apenas seriam obtidos com o acréscimo de itens ao instrumento²⁹. Já Urbina assinala que estimativas abaixo de 0,70 podem sugerir que o *score* derivado do teste pode não ser muito confiável³⁰. Diante disso, pode-se inferir que o aumento dos índices de consistência interna em função da retirada de um item pode indicar que o mesmo pode não ser preciso para mensurar o constructo pretendido.

O resultado apresentado anteriormente (Tabela 3) parece indicar que os itens com resultados significativos (nº 02, 04, 05, 08, 10, 11 e 12) apresentam maior sensibilidade para a apreensão do fenômeno. Por outro lado, a não significância da diferença dos *scores* com relação aos cinco outros itens (nº 01, 03, 06, 07 e 09) pode indicar o inverso (Tabela 1).

Para Cohen, esses resultados fazem ressaltar o cuidado do entrevistador com os falsos resultados negativos ou positivos que pode haver dentre os

respondentes a escala de triagem em questão, em especial, devido ao número de itens da escala. O autor conclui que esse tipo de ferramenta deve ser utilizada com parcimônia e apenas como um passo preliminar na triagem e identificação de casos que mereçam uma investigação aprofundada^{7,8}.

Como esperado, à medida que se pontua positivamente nos itens da escala há uma tendência no aumento significativo do *score* total da mesma, com exceção ao item nº 06, que não apresentou esse comportamento. Com relação às subescalas e o *score* total, verifica-se o mesmo comportamento. Esse comportamento de covariância é lógico e esperado. Contudo, os baixos valores das correlações ou a inexistência desta, exceto entre os itens nº 01, 03 e 09, ressalta a preocupação que se deve dar aos resultados da escala quanto à possibilidade de falsos resultados negativos e/ou positivos^{7,8}.

Destaca-se que as quedas mostraram-se correlacionadas, ainda que de forma bastante fraca, negativamente com o *score*. Tal comportamento destoa do que sugere a literatura, uma vez que as quedas têm se mostrado relacionadas com o fenômeno da violência e/ou maus-tratos contra idosos³¹.

A principal limitação do estudo é a falta de um instrumento padrão-ouro para testar a fidedignidade, sensibilidade e especificidade do instrumento em questão. Apesar dessa limitação, a adaptação transcultural e a verificação de propriedades psicométricas preliminares do instrumento de uma medida de autorrelato que afere indicativo de violência doméstica contra o idoso tem sua relevância e foi satisfatória.

CONCLUSÃO

Destaca-se que esses são resultados preliminares, uma vez que após a verificação da adequabilidade e de padrões psicométricos iniciais acerca do uso do instrumento para a população idosa, ainda há de se dar continuidade à etapa concernente à verificação de propriedades psicométricas robustas do instrumento^{32,33}, que indiquem, por exemplo, evidências de fidedignidade em situação de teste-reteste, validade de constructo e de critério. Ressalta-se que os valores de consistência interna encontrados no presente estudo variaram de

moderados a bons, indicando que os resultados são satisfatórios ainda que iniciais. Por fim, destaca-se que, quando o instrumento em questão for futuramente disponibilizado para uso na prática, este não deve ser utilizado por si só na investigação

da violência contra o idoso. É necessário que ele esteja contextualizado e componha um protocolo de avaliação, que reúna diversos procedimentos, instrumentos e tecnologias para auxiliar na detecção da violência contra a pessoa idosa.

REFERÊNCIAS

1. Veras R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Rev Saúde Pública* [Internet] 2009 [acesso em 20 mai 2015];43(3):548-54. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102009005000025&script=sci_arttext
2. Correia TMP, Leal MCC, Marques APO, Salgado APO, Melo HMA. Perfil dos idosos em situação de violência atendidos em serviço de emergência em Recife-PE. *Rev Bras Geriatr Gerontol* [Internet] 2012 [acesso em 25 mai 2015];15(3):529-36. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1809-98232012000300013&script=sci_arttext
3. Gaioli CCLO, Rodrigues RAP. Ocorrência de maus tratos em idosos no domicílio. *Rev Latinoam Enferm* [Internet] 2008 [acesso em 25 mai 2015]; 16(3). Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n3/pt_21.pdf
4. Organização Mundial de Saúde. Missing voices: views of older persons on elder abuse. Geneva: WHO; 2002. Disponível em: http://www.who.int/ageing/publications/missing_voices/en/
5. Sanches APRA, Lebrão ML, Duarte YAO. Violência contra idosos: uma questão nova? *Saúde Soc* [Internet] 2008 [acesso em 20 mai 2015];17(3):90-100. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902008000300010&script=sci_arttext
6. Paixão Jr CM, Reichenheim ME. Uma revisão sobre instrumentos de rastreamento de violência doméstica contra o idoso. *Cad Saúde Pública* [Internet] 2006 [acesso em 25 mai 2015];22(6):1137-49. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000600003
7. Cohen M. Screening Tools for the Identification of Elder Abuse. *J Clin Outcomes Manag* [Internet] 2011 [acesso em 26 mai 2015];18(6):1-11. Disponível em: http://turner-white.com/pdf/jcom_jun11_abuse.pdf
8. Cohen M. The process of validation of a three-dimensional model for the identification of abuse in older adults. *Arch Gerontol Geriatr* [Internet] 2013 [acesso em 26 mai 2015];57(3):243-49. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0167494313001064>
9. Florência MVDL, Grossi PK. Instrumentos quantitativos validados para a identificação/rastreamento de violência contra a pessoa idosa. *Estud Interdiscip Envelhec* [Internet] 2014 [acesso em 26 mai 2015];19(3):1-18. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/index.php/RevEnvelhecer/article/view/46195/33293>
10. Schofield MJ, Reynolds R, Mishra SD, Pawers JR, Dobson AJ. Screening for vulnerability to abuse among older women: women's health Australia study. *J Appl Gerontol* [Internet] 2002 [acesso em 20 mai 2015];21(1):24-39. Disponível em: <http://jag.sagepub.com/content/21/1/24.short>
11. Schofield MJ, Mishra GD. Validity of self-report screening scale for elder abuse: Women's Health Australia Study. *Gerontologist* [Internet] 2003 [acesso em 20 mai 2015];43(1):110-20. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12604752>
12. Herdman M, Fox-Rushby J, Badia X. "Equivalence" and the translation and adaptation of health-related quality of life questionnaires. *Qual Life Res* [Internet] 1997 [acesso em 25 mai 2015];6(3):24-39. Disponível em: <http://link.springer.com/article/10.1023%2FA%3A1026410721664>
13. Herdman M, Fox-Rushby J, Badia X. A model of equivalence in the cultural adaptation of HRQoL instruments: the universalist approach. *Qual Life Res* [Internet] 1998 [acesso em 25 mai 2015];7(4):323-35. Disponível em: <http://link.springer.com/article/10.1023/A:1024985930536>
14. Beaton DE, Bombadier C, Guillemin F, Ferraz MB. Guidelines for process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine* [Internet] 2000 [acesso em 27 mai 2015];25(24):3186-91. Disponível em: <http://www.emgo.nl/kc/preparation/research%20design/vragenlijsten/Beaton.pdf>
15. Guillemin F, Bombadier C, Beaton DE. Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. *J Clin Epidemiol* [Internet] 2003 [acesso em 25 mai 2015];46(12):1417-32. Disponível em: www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8263569

16. Maia RSM, Torres RA, Oliveira JGA, Maia EMC. Adaptação transcultural de instrumentos para idosos no Brasil: uma revisão integrativa da literatura. *Estud Interdiscip Envelhec* [Internet] 2014 [acesso em 26 mai 2015];19(2):359-76. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/index.php/RevEnvelhecer/article/view/43903/32751>
17. Maia RSM, Maia EMC. Adaptação transcultural para o português (Brasil) da Vulnerability to Abuse Screening Scale (VASS) para rastreamento da violência contra idosos. *Cad Saúde Pública* [Internet] 2014 [acesso em 26 mai 2015]; 30(7):1379-84. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014000701379&lng=pt&nrm=iso&lng=en
18. Hair JF, Anderson RE, Tatham RL, Black WC. *Análise Multivariada de Dados*. 3 ed. Porto Alegre: Bookman; 2005.
19. Landis JR, Koch GG. The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics* [Internet] 1977 [acesso em 25 mai 2015];33(1):159-74. Disponível em: http://www.jstor.org/stable/2529310?seq=1#page_scan_tab_contents
20. Pasquali L. *Psicometria*. *Rev Esc Enferm USP* [Internet] 2009 [acesso em 25 mai 2015];43(n. Esp):992-9. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reusp/v43nspe/a02v43ns.pdf>
21. Dong XQ, Simon MA. Is Greater Social Support a Protective Factor against Elder Mistreatment? *Gerontology* [Internet] 2008 [acesso em 25 mai 2015];54(6):361-8. Disponível em: <http://www.karger.com/Article/Pdf/143228>
22. Dong XQ, Simon MA. Gender Variations in the levels of Social Support and Risk of Elder Mistreatment in a chinese community population. *J Appl Gerontol* [Internet] 2010 [acesso em 25 mai 2015];29(6):720-39. Disponível em: <http://jag.sagepub.com/content/29/6/720.full.pdf+html>
23. Dong XQ, Simon MA. Is Impairment in Physical Function Associated with Increased Risk of Elder Mistreatment? Findings from a Community-Dwelling Chinese Population. *Public Health Rep* [Internet] 2010 [acesso em 25 mai 2015];125(5):743-53. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2925012/>
24. Dong XQ, Beck T, Simon MA. The associations of gender, depression and elder mistreatment in a community-dwelling Chinese population: the modifying effect of social support. *Arch Gerontol Geriatr* [Internet] 2010 [acesso em 25 mai 2015];50(2):202-8. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S016749430900082X#>
25. Schofield MJ, Powers JR, Loxton D. Mortality and Disability Outcomes of Self-Reported Elder Abuse: A 12-Year Prospective Investigation. *J Am Geriatr Soc* [Internet] 2013 [acesso em 20 mai 2015];61(5):679-85. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23590291>
26. Duque AM, Leal MCC, Marques APO, Eskinazi FMV, Duque AM. Violência contra idosos no ambiente doméstico: prevalência e fatores associados (Recife/PE). *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet] 2012 [acesso em 25 mai 2015];17(8):2199-2208. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000800030
27. Apratto Jr PC. A violência doméstica contra idosos nas áreas de abrangência do Programa Saúde da Família de Niterói (RJ, Brasil). *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet] 2010 [acesso em 27 mai 2015];15(6):2983-95. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232010000600037&script=sci_arttext
28. Moraes CL, Apratto Jr PC, Reichenheim ME. Rompendo o silêncio e suas barreiras: um inquérito domiciliar sobre a violência doméstica contra idosos em área de abrangência do Programa Médico de Família de Niterói, Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saúde Pública* [Internet] 2008 [acesso em 25 mai 2015];24(10):2289-2300. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2008001000010&script=sci_arttext
29. Streiner DL, Norman GR. *Health measurement scales: a practical guide to their development and use*. 2 ed. Oxford: Oxford University Press; 1995.
30. Urbina S. *Fundamentos da testagem psicológica*. Porto Alegre: Artmed; 2007.
31. Ribeiro AP, Souza ER, Atie S, Souza AC, Schilithz AO. A influência das quedas na qualidade de vida de idosos. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet] 2008 [acesso em 20 mai 2015];13(4):1265-73. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232008000400023&script=sci_arttext
32. Almeida ST, Stobäus CD, Resende TL. Adaptação transcultural do Selection, Optimization and Compensation questionnaire (SOC) para aplicação a idosos. *Rev Bras Geriatr Gerontol* [Internet] 2013 [acesso em 12 jun 2015];16(2):221-37. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232013000200003&lng=pt
33. Ramos LMBC, Rocha M, Gomes I, Schwanke CHA. Tradução e adaptação cultural do APQ - Aging Perceptions Questionnaire para a língua portuguesa brasileira. *Rev Bras Geriatr Gerontol* [Internet] 2012 [acesso em 12 jun 2015];15(2):233-42. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232012000200006&lng=pt

Recebido: 18/06/2015

Revisado: 28/01/2016

Aprovado: 11/11/2016



Padrão alimentar de idosos: caracterização e associação com aspectos socioeconômicos

Dietary patterns of the elderly: characteristics and association with socioeconomic aspects

970

Jacqueline Danesio Souza¹
Marcos Vidal Martins²
Fernanda Silva Franco³
Karina Oliveira Martinho⁴
Adelson Luiz Tinôco⁵

Resumo

Objetivo: Verificar a associação entre padrões alimentares e aspectos socioeconômicos de idosos atendidos pela Estratégia Saúde da Família do município de Viçosa, Minas Gerais. **Método:** Trata-se de estudo transversal com amostra probabilística. Para identificação dos padrões alimentares, foi avaliado o consumo alimentar através de Questionário de Frequência de Consumo Alimentar (QFCA) adaptado para população idosa. A partir do QFCA, foram identificados padrões alimentares por meio da análise fatorial exploratória. Após a identificação de cada padrão alimentar, foram realizadas regressões logísticas, considerando cada diferente padrão alimentar e as variáveis socioeconômicas relacionadas. **Resultados:** O consumo do padrão alimentar *Gordura e açúcar* foi maior no sexo feminino e menor em idosos que se consideravam pardos. O consumo do padrão *Balanceado* também foi inferior em indivíduos pardos, casados, com um a quatro anos de escolaridade e da classe econômica CDE. O padrão *Frutas e peixes* foi menos consumido por idosos com escolaridade de um a quatro anos, sendo o contrário observado naqueles com cinco anos ou mais de estudo. Já o padrão de consumo *Folhosos* foi menor naqueles com cinco ou mais anos de escolaridade. **Conclusão:** A avaliação dos padrões de consumo e o estabelecimento de relações com aspectos socioeconômicos da população idosa auxiliam na melhor compreensão dos fatores de risco e proteção para saúde.

Palavras-chave: Consumo de Alimentos. Saúde do Idoso. Fatores Socioeconômicos.

Abstract

Objective: To investigate the association between dietary patterns and the socioeconomic aspects of elderly patients registered with the Family Health Strategy in Viçosa, Minas Gerais. **Method:** A cross-sectional study with a probabilistic sample was employed. To identify dietary patterns, dietary intake was assessed through a Food Frequency

¹ Universidade Federal de Goiás (UFG), Faculdade de Medicina, Departamento de Pós-graduação em Ciências da Saúde. Goiânia, Goiás, Brasil.

² Universidade Federal do Oeste da Bahia (UFOB), Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Departamento de Nutrição. Barreiras, Bahia, Brasil.

³ Faculdade Atenas, Unidade Paracatu, Departamento de Nutrição. Paracatu, Minas Gerais, Brasil.

⁴ Faculdade de Ciências e Tecnologia de Viçosa (FACISA/UNIVIÇOSA), Departamento de Fisioterapia. Viçosa, Minas Gerais, Brasil.

⁵ Universidade Federal de Viçosa (UFV), Departamento de Nutrição. Viçosa, Minas Gerais, Brasil.

Questionnaire (FFQ) adapted for an elderly population. From the FFQ dietary patterns were identified by factor analysis. After the identification of the dietary patterns, logistic regression was performed considering each different dietary pattern and the related socioeconomic variables. *Results:* The consumption of a *Fat and sugar* pattern was greater among women and lower in elderly persons who considered themselves as mixed-race. The consumption of the *Balanced* pattern was also lower among mixed-race, married individuals, with one to four years of schooling and from the CDE economic classes. The *Fruit and fish* pattern was less consumed by elderly persons with 1-4 years of schooling, while the opposite was observed among those with five years or more of study. But the consumption of a *Leafy vegetables* pattern was lower among those with five or more years of schooling. *Conclusion:* The evaluation of the consumption of dietary patterns and the establishment of a relationship with the socioeconomic aspects of the elderly helps to achieve a better understanding of risk and protective factors for health.

Keywords: Food Consumption. Health of the Elderly. Socioeconomic Factors.

INTRODUÇÃO

Entender as repercussões e consequências do crescimento da população idosa brasileira é um grande desafio para saúde pública^{1,2}. O perfil de saúde dessa parcela populacional é caracterizado pela substituição de processos agudos ou de óbito e aumento do número de indivíduos acometidos por doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e suas complicações, que possuem relação direta com o consumo alimentar³⁻⁷. A melhor compreensão da realidade da alimentação dos idosos é possível através do desenvolvimento e utilização de padrões alimentares que estabelecem diferentes relações entre processos de nutrição e saúde⁸⁻¹⁰.

Avaliar o padrão alimentar de consumo do idoso e sua associação com o meio social e econômico em que está inserido é importante para se estabelecer uma melhor representação da realidade dos idosos brasileiros, no que diz respeito à alimentação e aos determinantes da saúde^{5,11,12}. Diante disso, este estudo objetivou verificar a associação dos padrões alimentares com os aspectos socioeconômicos da população idosa atendida na Estratégia Saúde da Família (ESF) do município de Viçosa, Minas Gerais.

MÉTODO

Trata-se de um estudo epidemiológico, transversal, de amostra probabilística, em idosos de ambos os sexos, atendidos em todas as unidades da ESF do município de Viçosa, MG, no período de agosto de 2011 a junho de 2012. O cálculo do tamanho amostral considerou um nível de 95%

de confiança, prevalência de 65% de síndrome metabólica e variabilidade de 5%. Assim, a amostra foi de 331 idosos, a qual acrescentou-se 20% para cobrir possíveis perdas, totalizando 398 idosos. A amostra final contou com 402 idosos.

A coleta de dados ocorreu através de visitas às unidades da ESF, onde foi aplicado questionário estruturado, padronizado e pré-testado em estudo piloto. As variáveis socioeconômicas e demográficas autorreferidas e analisadas foram: *sexo, idade, cor da pele, estado civil, escolaridade* (anos de estudo) e *classe econômica*. A classe econômica foi avaliada e categorizada segundo Critério de Classificação Econômica da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa¹³.

Para avaliação do padrão alimentar, foi utilizado como instrumento de medida do consumo alimentar um Questionário de Frequência de Consumo Alimentar (QFCA), de natureza qualitativa e validado para população idosa¹⁴ o qual incluiu uma lista de alimentos contendo 93 itens e a frequência da ingestão (diária, semanal, mensal, raramente ou nunca). Com o intuito de minimizar erros no estudo, o nome de cada alimento e a frequência de cada um deles no QFCA foi lido e enfatizado que se tratava do consumo no último ano, não sendo expresso nenhum sentimento diante das colocações dos idosos sobre o consumo de determinados alimentos.

A partir das variáveis do QFCA, foram identificados os padrões alimentares da população. A validade da construção de padrões alimentares foi investigada por meio da análise fatorial exploratória, testando a relação entre os alimentos. Foi estimado o coeficiente de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) e o teste

de esfericidade de Bartlett para aferir a aplicabilidade e adequação das correlações entre as variáveis.

Realizou-se a análise de componentes principais do QFCA, seguida de uma rotação ortogonal (varimax) para examinar a estrutura fatorial exploratória, melhorando a interpretação dos dados. O número de fatores foi definido conforme o gráfico da variância pelo número de componentes (*screen plot*), onde os pontos no maior declive indicam o número apropriado de componentes a reter. Foram excluídos da análise alimentos do QFCA com consumo igual ou inferior a 25%. Os alimentos que contribuíram para a caracterização de cada padrão apresentaram cargas fatoriais com valores iguais ou maiores que 0,2, conforme Schulze et al.¹⁵. A partir dessa análise, foram identificados quatro padrões de consumo, nomeados como *Gordura e açúcar*, *Balanceado*, *Frutas e peixes* e *Folhosos*. Os nomes dos padrões foram criados a fim de representar os principais componentes encontrados.

Após a extração de cada padrão alimentar, foram realizadas quatro regressões logísticas, considerando em cada uma um diferente padrão alimentar como variável dependente e as variáveis socioeconômicas

como independentes. Esses modelos foram ajustados, considerando $p < 0,05$.

Destaca-se que o estudo atendeu integralmente às normas para a realização de pesquisa em seres humanos, conforme a Resolução nº 196/96, do Conselho Nacional de Saúde. Os idosos tiveram participação voluntária, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Viçosa (Ofício nº 039/2011).

RESULTADOS

Foram avaliados 402 idosos, sendo na sua maioria do sexo feminino (60,56%), de cor da pele parda (48,76%), casados (56,72%), com escolaridade entre um e quatro anos (58,21%) e classificados na classe econômica mais baixa, CDE (89,3%) (Tabela 1).

Na Tabela 2 é possível observar a distribuição das cargas fatoriais dos padrões de consumo alimentar, extraídos a partir dos alimentos presentes no QFCA dos idosos, assim como o tipo de alimento que fazia parte de cada padrão e sua carga fatorial.

Tabela 1. Caracterização amostral, segundo variáveis socioeconômicas e demográficas. Viçosa, MG, 2012.

Variável	Categorias	n (%)
Sexo	Masculino	159 (39,55)
	Feminino	243 (60,45)
Cor da pele	Branco	109 (27,11)
	Pardo	196 (48,76)
	Negro	97 (24,13)
Estado civil	Solteiro	28 (6,97)
	Casado	228 (56,72)
	Divorciado/separado	19 (4,73)
	Viúvo	127 (31,59)
Classe econômica	AB	43 (10,7)
	CDE	359 (89,3)
Escolaridade	Analfabeto	111 (27,61)
	1 a 4 anos	234 (58,21)
	5 ou mais anos	57 (14,18)

Tabela 2. Distribuição das cargas fatoriais dos padrões de consumo alimentar dos idosos. Viçosa, MG, 2012.

Alimentos	Padrões Alimentares			
	Gordura e açúcar	Balancedo	Frutas e peixes	Folhosos
Batata frita	0,2341	-	-	-
Mandioca frita	0,2557	-	-	-
Carne de porco	0,2431	-	-	-
Linguiça	0,2242	-	-	-
Torresmo	0,2335	-	-	-
Açúcar	0,2639	-	-	-
Refrigerante	0,2338	-	-	-
Biscoito água e sal	-	0,2158	-	-
Almeirão	-	0,2014	-	-
Abóbora	-	0,2640	-	-
Chuchu	-	0,2317	-	-
Laranja	-	0,2909	-	-
Banana	-	0,2165	-	-
Maçã	-	0,2685	-	-
Carne cozida	-	0,2105	-	-
Carne moída	-	0,2167	-	-
Brócolis	-	-	0,2514	-
Melancia	-	-	0,2772	-
Mamão	-	-	0,2026	-
Pêra	-	-	0,3227	-
Couve-flor	-	-	0,2203	-
Peixe	-	-	0,2130	-
Repolho	-	-	-	0,2316
Serralha	-	-	-	0,3436
Mostarda	-	-	-	0,3660

O modelo final da regressão logística múltipla, para cada padrão alimentar, segundo as variáveis socioeconômicas, está descrito na Tabela 3. Observa-se que ser do sexo feminino aumentou em 14% as chances de realizar o padrão alimentar *Gordura e açúcar*. Com relação à cor da pele, observa-se que ser pardo diminuiu a probabilidade de consumo desse padrão.

O consumo do padrão *Balancedo* foi menor em indivíduos pardos. A mesma relação é verificada em

idosos casados, com um a quatro anos de escolaridade e da classe econômica CDE.

O consumo do padrão *Frutas e peixes* foi menor em idosos com escolaridade de um a quatro anos, sendo o contrário observado naqueles com cinco anos ou mais de estudo. Já o padrão de consumo *Folhosos* foi menor naqueles com cinco ou mais anos de escolaridade.

Tabela 3. Análise da regressão logística múltipla para cada padrão alimentar, segundo variáveis socioeconômicas. Viçosa, MG, 2012.

Variáveis	Padrões alimentares							
	Gordura e açúcar		Balanceado		Frutas e peixes		Folhosos	
	OR	<i>p</i>	OR	<i>p</i>	OR	<i>p</i>	OR	<i>p</i>
Sexo								
Masculino	1,0		---		---		---	
Feminino	1,14	0,001						
Cor da pele								
Branco	1,0		1,0		---		---	
Pardo	0,82	0,001	0,53	0,04				
Negro	0,36	0,23	0,24	0,42				
Estado civil								
Solteiro	---		1,0					
Casado			0,93	0,02				
Divorciado/separado			0,52	0,39				
Viúvo			0,66	0,13				
Escolaridade								
Analfabeto	---		1,0		1,0		1,0	
1 a 4 anos			-1,08	0,001	0,49	0,01	0,29	0,12
5 anos ou mais			0,20	0,41	1,62	0,001	-0,59	0,02
Classe econômica								
AB	---		1,0		1,0		---	
CDE			0,99	0,001	-1,06	0,001		

OR: odds ratio.

DISCUSSÃO

Observa-se que no idoso, a ingestão alimentar é influenciada principalmente por fatores fisiológicos, relacionados à redução de apetite, distúrbios de deglutição, diminuição da capacidade gustativa e olfativa, que contribuem em conjunto para menor absorção de vitaminas, minerais e outros nutrientes, provocando depleção do estado nutricional e de saúde^{5,16,17}.

A análise fatorial extraída do QFCA foi realizada com o propósito de identificar padrões alimentares que representam o padrão de consumo da população estudada, tal metodologia tem sido utilizada em diversos estudos^{10,12,18}. Dos quatro padrões identificados, o primeiro foi considerado nocivo à saúde, composto por alimentos ricos em gordura e açúcar, sendo denominado *Gordura e açúcar*; o segundo apresentou um padrão composto por alimentos fonte de carboidrato, frutas, verduras e carnes, sendo

denominado *Balanceado*; o terceiro apresentou grande quantidade de frutas e foi composto também por peixe, sendo denominado *Frutas e peixes*; e o quarto foi composto por vegetais folhosos e chá, sendo denominado *Folhosos*.

O consumo alimentar do padrão *Gordura e açúcar* foi maior no sexo feminino, já com relação *cor da pele*, observa-se que, ser pardo, diminuiu a probabilidade de consumo desse padrão. Diferentes estudos relatam que o consumo alimentar de idosos é marcado pela elevada ingestão de alimentos fontes de gordura e açúcares e menor consumo de frutas e verduras¹⁹⁻²³. Dados do Vigitel revelaram que no Brasil, a ingestão de frutas e hortaliças é inferior ao mínimo de 400 g/dia, o que é recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS)²⁴.

A redução do consumo de alimentos fonte de vitaminas e minerais ou a adoção de uma dieta monótona pelo idoso pode levar a depleção de

nutrientes essenciais para a manutenção da saúde e controle das doenças^{7,25,26}. Ressalta-se que o processo de transição nutricional é marcado pelo consumo excessivo de açúcares, gorduras, refrigerantes, e insuficiente consumo de frutas, hortaliças e fibras, que contribuem para ocorrência de padrões desfavoráveis de consumo^{5,20}.

A manutenção de um consumo alimentar balanceado, com a presença de alimentos como frutas, verduras, legumes e baixo consumo de frituras e gorduras minimiza o desenvolvimento de doenças cardiovasculares pelos idosos^{27,28}. Dentre as estratégias nutricionais para a melhora da alimentação e saúde destaca-se o controle dos fatores de risco cardiovascular acompanhado da mudança do estilo de vida, uma vez que diferentes padrões dietéticos modulam diferentes aspectos do processo aterosclerótico e fatores de risco cardiovasculares, como níveis lipídicos no plasma, resistência sistêmica à insulina e metabolismo glicídico, pressão arterial, fenômenos oxidativos, função endotelial e inflamação vascular²⁷.

Um maior consumo de alimentos fonte de gorduras saturadas e açúcares é diretamente associado a maiores prevalências de doenças cardiovasculares e obesidade²⁹, sendo verificado que as doenças cardiovasculares são 40% mais prevalentes nos setores com os piores níveis socioeconômicos. Achados semelhantes de consumo inadequado e excesso de peso foram observados no estudo de Nascimento et al³⁰. Ao considerar esses como indicadores de hábitos alimentares inadequados, estudos relacionando os inquéritos domiciliares revelaram o crescimento acelerado de sobrepeso e obesidade, especialmente em estratos sociais de menor renda^{20,28,31}.

O consumo do padrão alimentar *Frutas e peixes* foi menor em idosos com um a quatro anos de estudo, o que não foi observado naqueles com cinco anos ou mais de estudo. Dados nacionais recentes evidenciam inadequação na dieta dos idosos brasileiros, sendo observadas prevalências elevadas de ingestão inadequada para as vitaminas A, C, D, E, tiamina e piridoxina e para os minerais cálcio, magnésio, zinco, cobre e consumo habitual de sódio excessivo³¹. Uma nutrição adequada, com alto consumo de frutas e peixe, traz benefícios para a saúde, diminuindo a prevalência de DCNT³².

Ressalta-se no estudo a presença de idosos não institucionalizados e de baixa renda. Diferentes trabalhos revelam que essa população apresenta uma alimentação com baixas calorias quando comparados com aqueles de alta renda. Sabe-se que a renda é um fator preponderante na qualidade da dieta, uma vez que, em virtude dos insuficientes recursos econômicos, os idosos apresentam um padrão de consumo inferior aqueles que possuem melhor poder aquisitivo^{3,33,34}.

A comparação de padrões alimentares com aspectos socioeconômicos limita-se em comparação com outros trabalhos científicos, uma vez que estudos que consideram esses fatores são escassos. A ausência de um padrão-ouro para avaliar consumo alimentar, sobretudo, em população idosa, é um fator limitante de importante relevância. Além disso, o desenho transversal do estudo impossibilita estabelecer relação de causa e efeito entre as medidas avaliadas.

CONCLUSÃO

Os achados do presente estudo apontam que o consumo do padrão alimentar *Gordura e açúcar* foi maior no sexo feminino e menor em idosos que se consideravam pardos. O consumo do padrão *Balanceado* também foi inferior em indivíduos pardos, casados, com um a quatro anos de escolaridade e da classe econômica CDE. O padrão *Frutas e peixes* foi menos consumido por idosos com escolaridade de um a quatro anos, sendo o contrário observado naqueles com cinco anos ou mais de estudo. Já o padrão de consumo *Folhosos* foi menor naqueles com cinco ou mais anos de escolaridade.

Ressalta-se a necessidade de constante monitoramento dos padrões dietéticos e incentivo a práticas de alimentação saudável, com intuito de mitigar os efeitos da alimentação desequilibrada no estado geral de saúde e na incidência de morbidades em idosos. Estudos que relacionem o padrão alimentar com aspectos socioeconômicos da população idosa devem ser encorajados, uma vez que os resultados apresentam boas correlações com fatores de risco e proteção para saúde, além de possibilitar maior conhecimento sobre o tema e ampliar a discussão sobre os diferentes fatores associados ao consumo alimentar de idosos.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Dados preliminares do censo 2010 [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2010 [acesso em 20 Jan. 2013]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>
2. Silva VL, Leal MCC, Marino JG, Marques APO. Associação entre carência social e causas de morte entre idosos residentes no Município de Recife, Pernambuco, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2008;24(5):1013-23.
3. Stival MM, Lima LR, Karnikowski MGO. Relações hipotéticas entre os determinantes sociais da saúde que influenciam na obesidade em idosos. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2015;18(2):433-42.
4. Martinho KO, Dantas EHM, Longo GZ, Ribeiro AQ, Pereira ET, Franco FS, et al. Comparison of functional autonomy with associated sociodemographic factors, lifestyle, chronic diseases (CD) and neuropsychiatric factors in elderly patients with or without the metabolic syndrome (MS). *Arch Gerontol Geriatr*. 2013;57(2):151-5.
5. Assumpção D, Domene SMA, Fisberg RM, Barros MBA. Qualidade da dieta e fatores associados entre idosos: estudo de base populacional em Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2014;30(8):1680-94.
6. Martins MV, Ribeiro AQ, Martinho KO, Franco FS, Souza JD, Morais KBD, et al. Anthropometric indicators of obesity as predictors of cardiovascular risk in the elderly. *Nutr Hosp*. 2015;31(6):2583-9.
7. Leenders M, Sluijs I, Ros MM, Boshuizen HC, Siersema PD, Ferrari P, et al. Fruit and vegetable consumption and mortality: european prospective investigation into cancer e nutrition. *Am J Epidemiol*. 2013;178(4):590-602.
8. Moreira PRS, Rocha NP, Milagres LC, Novaes JF. Análise crítica da qualidade da dieta da população brasileira segundo o Índice de Alimentação Saudável: uma revisão sistemática. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2015;20(12):3907-23.
9. D'Innocenzo S, Marchioni DML, Prado MS, Matos SMA, Pereira SRS, Barros AP, et al. Condições socioeconômicas e padrões alimentares de crianças de 4 a 11 anos: estudo SCAALA - Salvador/Bahia. *Rev Bras Saúde Mater Infant*. 2011;11(1):41-9.
10. Olinto MTA. Padrões Alimentares: análise de componentes principais. In: Kac G, Sichieri R, Gigante DP, organizadores. *Epidemiologia nutricional*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007. p. 213-25.
11. Alizadeh M, Mohtadina J, Pourghasem-Gargari B, Esmailzadeh A. Major dietary patterns among female adolescent girls of Talaat Intellingent Guidance School, Tabriz, Iran. *Iran Red Crescent Med J*. 2012;14(7):436-41.
12. Hoffmann JF, Nunes MAA, Schmidt MI, Olinto MTA, Melere C, Ozcariz SGL, et al. Dietary patterns during pregnancy and the association with sociodemographic characteristics among women attending general practices in southern Brazil: the ECCAGe Study. *Cad Saúde Pública*. 2013;29(5):970-80.
13. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisas. Critério de Classificação Econômica Brasil [Internet]. São Paulo; 2008 [acesso em 12 Set. 2013]. Disponível em: www.abep.org/codigosguias/CCEB2008-Base2006e2007.pdf
14. Abreu WCD. Aspectos socioeconômicos, de saúde e nutrição, com ênfase no consumo alimentar de idosos atendidos pelo Programa Municipal da Terceira Idade (PMTI), de Viçosa – MG [tese]. Viçosa: Universidade Federal de Viçosa; 2003.
15. Schulze MB, Hoffmann K, Kroke A, Boeing H. An approach to construct simplified measures of dietary patterns from exploratory factor analysis. *Br J Nutr*. 2003;89(3):409-18.
16. Abreu WC, Franceschini SCC, Tinoco ALA, Pereira CAS, Silva MMS. Inadequação no consumo alimentar e fatores interferentes na ingestão energética de idosos matriculados no Programa Municipal da Terceira Idade de Viçosa (MG). *Rev Baiana Saúde Pública*. 2008;32(2):190-202.
17. Inzitari M, Doets E, Bartali B, Benetou V, Di Bari M, Visser M, et al. Nutrition in the age-related disablement process. *J Nutr Health Aging*. 2011;15(5):599-604.
18. Perozzo G, Olinto MTA, Dias-da-Costa JS, Henn RL, Sarriera J, Pattussi MP. Associação dos padrões alimentares com obesidade geral e abdominal em mulheres residentes no Sul do Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2008;24(10):2427-39.
19. Freitas AMDP, Philippi ST, Ribeiro SML. Listas de alimentos relacionadas ao consumo alimentar de um grupo de idosos: análises e perspectivas. *Rev Bras Epidemiol*. 2011;14(1):161-77.
20. Silveira EA, Martins BB, Abreu LRS, Cardoso CKS. Baixo consumo de frutas, verduras e legumes: fatores associados em idosos em capital no Centro-Oeste do Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2015;20(12):3689-99.
21. Park SY, Ollberding NJ, Woolcott CG, Wilkens LR, Henderson BE, Kolonel LN. Fruit and vegetable intakes are associated with lower risk of bladder cancer among women in the multiethnic Cohort Study. *J Nutr*. 2013;143(8):1283-92.
22. Venturini CD, Engroff P, Sgnaolin V, El Kik RM, Morrone FB, Da Silva Filho IG, et al. Consumo de nutrientes em idosos residentes em Porto Alegre (RS), Brasil: um estudo de base populacional. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2015;20(12):3701-11.

23. Hiza HAB, Casavale KO, Guenther PM, Davis CA. Diet quality of Americans differs by age, sex, race/ethnicity, income, and education level. *J Acad Nutr Diet*. 2012;113(2):297-306.
24. Iser BPM, Yokota RTC, Sá NNB, Moura L, Malta DC. Prevalência de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais do Brasil: principais resultados do Vigitel 2010. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2012; 17(9):2343-56.
25. Brasil. Ministério da Saúde, Departamento de Análise de Situação de Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2011.
26. Malta MB, Papini SJ, Corrente JE. Avaliação da alimentação de idosos de município paulista: aplicação do Índice de Alimentação Saudável. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2013;18(2):377-84
27. Santos RD, Gagliardi ACM, Xavier HT, Magnoni CD, Cassani R, Lottenberg AMP, et al. Primeira Diretriz sobre o consumo de Gorduras e Saúde Cardiovascular. *Arq Bras Cardiol*. 2013;100(1 Supl.3):1-40.
28. Freitas AMDP, Philippi ST, Ribeiro SML. Listas de alimentos relacionadas ao consumo alimentar de um grupo de idosos: análises e perspectivas. *Rev Bras Epidemiol*. 2011;14(1):161-77.
29. Godoy MF, Lucena JM, Miquelin AR, Paiva FF, Oliveira DLQ, Augustin Junior JL, et al. Mortalidade por Doenças Cardiovasculares e Níveis Socioeconômicos na População de São José do Rio Preto, Estado de São Paulo, Brasil. *Arq Bras Cardiol*. 2007;88(2):200-6.
30. Nascimento CM, Ribeiro AQ, Cotta RMM, Acurcio FA, Peixoto SV, Priore SE, et al. Estado nutricional e fatores associados em idosos do Município de Viçosa, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2011;27(12):2409-18.
31. Fisberg RM, Marchioni DML, Castro MA, Verly Junior E, Araújo MC, Bezerra IN, et al. Ingestão inadequada de nutrientes na população de idosos do Brasil: Inquérito Nacional de Alimentação 2008-2009. *Rev Saúde Pública*. 2013;47(1 Supl):222-30.
32. Rique ABR, Soares EA, Meirelles CM. Nutrição e exercício na prevenção e controle das doenças cardiovasculares. *Rev Bras Med Esporte*. 2002;8(6):244-54.
33. Guthrie JF, Lin BH. Overview of the diets of lower- and higher-income elderly and their food assistance options. *J Nutr Educ Behav*. 2002;34(1):31-41.
34. Campos MTFS, Monteiro JBR, Ornelas APRC. Fatores que afetam o consumo alimentar e a nutrição do idoso. *Rev Nutr*. 2000;13(3):157-65.

Recebido: 24/02/2016

Revisado: 22/08/2016

Aprovado: 07/10/2016



Fatores associados à síndrome metabólica em idosos do interior do Nordeste brasileiro

Factors associated with metabolic syndrome among the elderly in the northeast of Brazil

Fabiana Lucena Rocha¹
Rômulo Lustosa Pimenteira de Melo²
Tarciana Nobre de Menezes³

Resumo

Objetivo: Verificar a prevalência de síndrome metabólica (SM) e fatores associados em 348 idosos residentes em Campina Grande, Paraíba. **Método:** Estudo transversal, realizou-se inquérito domiciliar e avaliação clínico/laboratorial. O diagnóstico da SM foi baseado nos critérios do *Third Report of the National Cholesterol Education Program Expert Panel on Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (NCEP-ATP III)*. Investigou-se a associação entre SM e condições sociodemográficas, condição de saúde e hábitos de vida. As razões de prevalência bruta e ajustada foram obtidas pela regressão de Poisson. As variáveis que apresentaram significância menor ou igual a 0,2 (20%) foram testadas em um modelo multivariado. Adotou-se o valor de $p \leq 0,05$ para aceitação das associações no modelo final. **Resultados:** A SM foi mais prevalente entre as mulheres (64,7%) e nos que possuíam problema cardíaco. Verificou-se ainda que, especificamente nas mulheres, houve maior prevalência de SM naquelas que possuíam osteoartrite. **Conclusão:** A maior prevalência de SM entre as mulheres e a associação da SM com osteoartrite nesse grupo merece atenção, uma vez que essa pode causar limitação funcional, comprometendo a qualidade de vida do idoso.

Palavras-chave: Síndrome Metabólica. Idoso. Doença Crônica.

Abstract

Objective: To determine the prevalence of metabolic syndrome (MS) and associated factors in 348 elderly residents of Campina Grande, Paraíba. **Method:** A household survey and clinical/laboratory assessment was conducted. The diagnosis of MS was based on the criteria of the *Third Report of the National Cholesterol Education Program Expert Panel on the Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults*

Keywords: Metabolic Syndrome. Elderly. Chronic Disease.

¹ Universidade Federal de Campina Grande, Unidade Acadêmica Escola Técnica de Saúde de Cajazeiras, Cajazeiras, Paraíba, Brasil.

² Universidade Federal da Paraíba, Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, Programa de Pós-graduação em Psicologia Social, João Pessoa, Paraíba, Brasil.

³ Universidade Estadual da Paraíba, Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, Departamento de Fisioterapia, Campina Grande, Paraíba, Brasil.

Financiamento da pesquisa: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e Ministério da Ciência e Tecnologia (MCT). Processo 479579/2007-5. Edital Universal MCT/CNPq 15/2007.

Correspondência/Correspondence

Fabiana Lucena Rocha

E-mail: fabiana.rocha@ufcg.edu.br

(NCEP-ATP III). The association between MS and socio-demographic factors, health status and lifestyle habits was investigated. The crude and adjusted prevalence ratios were obtained by Poisson regression. Variables with a significance lower than or equal to 0.2 (20%) were tested in a multivariate model. A p value ≤ 0.05 was adopted for the acceptance of the associations in the final model. *Results:* MS was more prevalent among women (64.7%) and those with heart trouble. It was also found that, specifically for women, there was a higher prevalence of MS among those with osteoarthritis. *Conclusion:* The higher prevalence of MS among women and the association of MS with osteoarthritis in this group deserves attention, as this condition can cause functional limitation, affecting the quality of life of the elderly.

INTRODUÇÃO

As doenças crônicas não transmissíveis, a exemplo das doenças cardíacas, os derrames, o diabetes *mellitus* e o câncer, contribuem com dois terços de todas as mortes no mundo. Isso se deve, principalmente, ao envelhecimento da população e ao agrupamento de fatores de risco associados à globalização e à urbanização¹.

No processo de envelhecimento ocorrem mudanças fisiológicas que favorecem o surgimento de alterações que compõem a síndrome metabólica (SM), tais como: níveis pressóricos elevados, deposição de gordura abdominal, alteração nos níveis de lipídeos e, em alguns casos, nos níveis glicêmicos^{2,3}. Essas alterações podem surgir associadas a um estado pró-trombótico e pró-inflamatório^{3,4}.

É relevante a identificação e intervenção preventiva nos fatores de risco em indivíduos com a SM ou seus componentes, a fim de reduzir a morbimortalidade e promover alteração no estilo de vida, devido a cronicidade dessa condição^{3,4}.

Em revisão sistemática, cujo objetivo foi verificar a prevalência de SM em idosos, a menor prevalência geral encontrada de SM foi de 23,2% em idosos chineses, enquanto que a maior verificada foi de 67,9% em idosos mexicanos. Os estudos mostraram maiores prevalências em mulheres e grupos de idosos mais velhos⁵.

Vidigal et al.⁶ verificaram em revisão sistemática diferentes taxas de prevalência da SM no Brasil, as quais variaram de acordo com as características dos grupos estudados, tendo em vista a variabilidade étnica, cultural e epidemiológica do país. Assim, os

autores verificaram que a média ponderada geral para a prevalência da SM foi entre 28,9 e 29,6%, de acordo com os critérios utilizados para definir SM. Dados específicos sobre essa prevalência na população idosa ainda são escassos nas pesquisas brasileiras.

Estudos epidemiológicos realizados com adultos e idosos descrevem que a SM está associada com: idade, sexo, escolaridade^{3,7}, raça ou etnia, hipercolesterolemia, concentrações elevadas de proteína C reativa (PCR), microalbuminúria e hiperinsulinemia⁷. Além disso, destaca-se o impacto da SM nos gastos com saúde, considerando-se que o conjunto de seus componentes leva a condições crônicas, onerando o sistema de saúde⁸. Desta forma, o seu diagnóstico faz-se importante para adequação do tratamento e o controle dos fatores de risco, na medida em que a cronicidade dos seus componentes causa sequelas irreversíveis⁹.

Diante da importância da SM como fator de risco para doenças cardiovasculares, e considerando que as diferenças nos diferentes grupos populacionais pesquisados dificultam a comparação de resultados, emerge a necessidade de realização de estudos de prevalência da SM, não só na população em geral, mas especialmente entre idosos no Brasil. Assim, o presente estudo teve como objetivo verificar a prevalência de síndrome metabólica e fatores associados em idosos cadastrados na Estratégia Saúde da Família em um município do interior do Nordeste.

MÉTODO

Este estudo é parte de uma pesquisa maior intitulada "Avaliação multidimensional da saúde dos idosos atendidos pela Estratégia Saúde da Família

no município de Campina Grande, PB, e grau de satisfação acerca dos serviços oferecidos”. Trata-se de um estudo transversal, de base domiciliar.

A casuística foi calculada estimando-se uma prevalência dos desfechos de, no mínimo, 25%. Para o cálculo da amostra, utilizou-se a equação: $\{[E^2 \times p(1-p)] \times c\} / A^2$, onde E é o limite de confiança (1,96), c é o coeficiente de correção amostral (2,1), para amostra por conglomerados, e A é a precisão aceita para a prevalência estimada (A=6%). A amostra foi proporcional para cada distrito sanitário do município, constituindo 420 idosos. Destes, foram excluídos especificamente para esta análise, os idosos que não compareceram à coleta de sangue, resultando em uma amostra de 348 idosos, sendo utilizado um intervalo de confiança de 95%.

O plano de amostragem foi realizado em múltiplos estágios, utilizando conglomerados, cujas unidades primárias de amostragem foram seis distritos sanitários do município, dos quais foram sorteadas seis Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF). Em cada uma das UBSF, foi verificado o número de idosos cadastrados e realizado sorteio sistemático, utilizando uma lista com o nome de todos eles. A razão entre o número total de cadastrados e o número de selecionados para participar da entrevista serviu para definir o número de idosos a serem saltados até chegar ao próximo da lista a ser entrevistado, chegando-se ao número 5. Assim, a cada idoso selecionado, foram saltados quatro da lista e o quinto idoso foi selecionado. Essa etapa foi repetida sucessivamente, para obter melhor distribuição e garantia de que toda a lista fosse percorrida.

Foram incluídos indivíduos com 60 anos de idade ou mais, de ambos os sexos, selecionados para compor a amostra. Foram excluídos idosos que apresentavam debilidade clínica grave, sem possibilidade terapêutica, ou seja, aqueles em fase terminal de doença; que não apresentassem informantes, caso necessitassem de auxílio no momento de responder as perguntas; e os idosos que estavam ausentes do município durante o tempo da pesquisa de campo na área de abrangência da UBSF em que eram cadastrados, sendo assim, substituídos pelo idoso subsequente da seleção sistemática.

Os dados foram coletados entre agosto de 2009 e maio de 2010, por três duplas de entrevistadores

devidamente treinados e calibrados no estudo piloto. Após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelos participantes, foi realizada entrevista em domicílio e o idoso foi orientado a comparecer, em jejum de 12 horas, em data e horários pré-determinados na UBSF para a realização da coleta do sangue para a avaliação bioquímica.

O diagnóstico de SM foi baseado nos critérios do *Third Report of the National Cholesterol Education Program Expert Panel on Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults* (NCEP-ATP III) revisado,¹⁰ o qual envolve a presença de três ou mais dos seguintes fatores: obesidade abdominal, hipertrigliceridemia, baixos níveis de *High Density Lipoproteins* (HDL), hipertensão arterial e glicemia de jejum elevada⁴. A obesidade abdominal foi verificada por meio da circunferência do abdome (CA) aferida com base nas técnicas de Callaway et al¹¹. A avaliação bioquímica consistiu na análise do perfil lipídico e da glicemia de jejum.

Além dessas informações, foram coletados dados sobre: sexo, cor/raça (branco, não branco), nível socioeconômico (A/B, C, D/E), estado civil (solteiro, casado, viúvo, separado), grupo etário (60 a 69 anos, 70 a 79 anos e 80 anos ou mais), autoavaliação da saúde, morbidades referidas (problema cardíaco, osteoporose, osteoartrite, doença pulmonar crônica, câncer), tabagismo (nunca fumou, fumante, ex-fumante) e prática de exercício físico regular (sim, não).

O nível socioeconômico foi verificado por meio do Critério de Classificação Econômica Brasil, da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP)¹² o qual é constituído por informações sobre grau de instrução do idoso e itens de posse da família. Cada informação é referente a um número de pontos que são somados gerando uma pontuação que, na escala de estratificação econômica, corresponde à classe econômica a qual o idoso pertence. Os idosos foram classificados como pertencentes às classes A/B (17 a 34 pontos), C (11 a 16 pontos) e D/E (0 a 10 pontos).

Para a variável *autoavaliação de saúde*, o idoso foi questionado sobre como considerava sua saúde e, por meio de uma escala Likert, respondia *excelente, muito boa, boa, regular e má*. A variável foi dicotomizada

em *autoavaliação de saúde boa* (excelente, muito boa, boa) e *ruim* (regular e má). Para a variável *prática de exercício físico* foi considerado idoso realizando atividade física regularmente aquele que a fazia, por no mínimo, trinta minutos e por, no mínimo, três vezes por semana^{13,14}.

Os dados foram tabulados e analisados por meio da regressão de Poisson, com o cálculo do Exp(B) interpretados como razão de prevalência (RP_{bruta} para o modelo bivariado e RP_{ajustada} para o modelo multivariado) e seus intervalos de confiança de 95%. Para tal, foi utilizado o estimador robusto na matriz de covariância para obter erros padrão mais robustos. Na análise bivariada, as variáveis que apresentaram significância menor ou igual a 0,2 (20%) foram testadas em um modelo multivariado. Por fim, um modelo de moderação testou se a razão de prevalência (RP_{controlada}) entre osteoartrite e SM mudaria em função do sexo. Para aceitação das

associações investigadas no modelo multivariado e no de moderação, adotou-se o valor de $p \leq 0,05$.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba (CAAE: 0228.0.133.000-08).

RESULTADOS

Participaram deste estudo 348 idosos, dos quais 67,8% eram mulheres. A idade dos participantes variou de 60 a 104 anos, tendo média de 71,57 ($\pm 9,1$) anos. Observaram-se os resultados da análise bivariada, os quais mostraram a prevalência da SM e sua associação com as variáveis estudadas. Foi verificada associação estatisticamente significativa entre SM e sexo, e osteoartrite referida. A prevalência de SM foi maior no sexo feminino (RP_{bruta}=1,75; IC95%=1,37-2,25) e entre os idosos que referiram osteoartrite (RP_{bruta}=1,26; IC95%=1,05-1,50) (Tabela 1).

Tabela 1. Regressão de Poisson bivariada (RP_{bruta}) em relação ao desfecho síndrome metabólica e fatores associados. Campina Grande, Paraíba, 2010.

Variáveis	Síndrome Metabólica		RP _{bruta}	IC 95%	p
	Não n (%)	Sim n (%)			
Sexo					
Masculino	69 (61,6)	43 (38,4)			
Feminino	77 (32,6)	159 (67,4)	1,75	1,37 – 2,25	<0,01
Cor					
Branca	63 (37,5)	105 (62,5)			
Não branca	83 (46,1)	97 (53,9)	1,16	0,97 - 1,39	0,10
Nível socioeconômico					
A/B	71 (43,6)	92 (56,4)			
C	61 (39,9)	92 (60,1)	1,17	0,77 - 1,49	0,69
D/E	14 (43,8)	18 (56,3)	0,98	0,81 - 1,43	0,41
Estado civil					
Solteiro	11 (50,0)	11 (50,0)			
Casado	97 (47,7)	107 (52,5)	1,05	0,68 – 1,62	0,83
Viúvo	29 (28,2)	74 (71,8)	1,44	0,93 – 2,22	0,21
Separado	9 (47,4)	10 (52,6)	1,05	0,58 – 1,91	0,87
Grupo etário					
80 anos ou mais	26 (44,8)	32 (55,2)			
70 a 79 anos	53 (46,1)	62 (53,9)	0,97	0,73 – 1,30	0,87
60 a 69 anos	67 (38,3)	108 (61,7)	1,12	0,86 – 1,45	0,40

continua

Continuação da Tabela 1

Variáveis	Síndrome Metabólica		RP _{bruta}	IC 95%	p
	Não n (%)	Sim n (%)			
Autoavaliação de saúde					
Boa autoavaliação	48 (41,0)	69 (59,0)			
Má autoavaliação	98 (42,4)	133 (57,6)	0,97	0,81 – 1,18	0,80
Problema cardíaco					
Não	115 (44,4)	144 (55,6)			
Sim	31 (35,8)	58 (65,2)	1,17	0,97 – 1,4	0,11
Osteoporose					
Não	126 (43,8)	162 (56,3)			
Sim	20 (33,3)	40 (66,7)	1,19	0,97 – 1,46	0,10
Osteoartrite					
Não	105 (46,7)	120 (53,3)			
Sim	41 (33,3)	82 (66,7)	1,26	1,05 – 1,50	0,01
Doença pulmonar crônica					
Não	135 (41,8)	188 (58,2)			
Sim	11 (44,0)	14 (56,0)	0,96	0,67 - 1,39	0,85
Câncer					
Não	142 (42,3)	194 (57,7)			
Sim	4 (33,3)	8 (66,7)	0,15	0,77 – 1,74	0,49
Tabagismo					
Nunca fumou	57 (37,0)	97 (63,0)			
Fumante	20 (46,5)	23 (53,5)	0,85	0,62 - 1,15	0,29
Ex-fumante	69 (45,7)	82 (54,3)	0,96	0,71 - 1,04	0,12
Exercício físico regular					
Não	103 (42,2)	141 (57,8)			
Sim	43 (41,1)	61 (58,7)	0,98	0,80 - 1,18	0,80

As variáveis que entraram no modelo multivariado foram as que apresentaram significância menor ou igual a 0,2 na análise bivariada: sexo, cor/raça, problema cardíaco, osteoporose, osteoartrite e tabagismo. Os resultados da análise apresentados na Tabela 2 mostram que apenas as variáveis *sexo* e *problema cardíaco* referido apresentaram resultados estatisticamente significativos para a SM. As maiores prevalências de SM foram encontradas entre as mulheres (RPajustada=1,71; IC95%=1,31-2,22) e entre os idosos que referiram algum problema cardíaco (RPajustada=1,20; IC95%=1-1,44). No modelo multivariado a variável osteoartrite deixou

de apresentar efeito significativo. Desta forma, um terceiro modelo foi desenvolvido, com a finalidade de verificar se o efeito inicial da variável osteoartrite era devido à variável sexo.

Sendo assim, foi criado um termo de interação entre as variáveis *osteoartrite* e *sexo* (o termo de interação é feito pela multiplicação entre as duas variáveis)¹⁵ e inserido na regressão multivariada juntamente com as variáveis *osteoartrite* e *sexo*. Os resultados mostraram que apenas a interação e a variável *osteoartrite* apresentaram efeito significativo ($p \leq 0,05$), sugerindo que a ausência de significância da osteoartrite apresentada no modelo multivariado era devido à variável *sexo*.

A Tabela 3 apresenta um modelo de moderação entre osteoartrite e síndrome metabólica, verificando se a razão de prevalência da osteoartrite ($RP_{\text{controlada}}$) muda em função do sexo. Os resultados mostram

que apenas para os idosos do sexo feminino, a variável *osteoartrite* apresentou resultados estatisticamente significativos para a ocorrência de SM ($RP_{\text{controlada}}=1,23$; IC 95%=1,03-1,46).

Tabela 2. Regressão de Poisson multivariada (RP_{ajustada}) em relação ao desfecho síndrome metabólica e fatores associados. Campina Grande, Paraíba, 2010.

Variáveis	RPajustada	IC 95%	p
Sexo			
Masculino		--	
Feminino	1,71	1,3 - 2,22	<0,01
Cor da pele			
Branca		--	
Não branca	1,10	0,92 - 1,31	0,28
Problema cardíaco			
Não		--	
Sim	1,20	1,00 - 1,44	0,05
Osteoporose			
Não		--	
Sim	0,92	0,73 - 1,15	0,45
Osteoartrite			
Não		--	
Sim	1,15	0,96 - 1,38	0,14
Tabagismo			
Nunca fumou		--	
Fumante	0,92	0,68 - 1,26	0,61
Ex-fumante	0,96	0,80 - 1,16	1,16

Tabela 3. Análise de Regressão de Poisson ($RP_{\text{controlada}}$). Campina Grande, Paraíba, 2010.

Sexo	Osteoartrite	$RP_{\text{controlada}}$	IC 95%	p
Masculino	Não			
	Sim	0,66	0,32 - 1,37	0,27
Feminino	Não			
	Sim	1,23	1,03 - 1,46	0,02

DISCUSSÃO

A SM constitui o conjunto de alterações fisiopatológicas relacionadas a distúrbios metabólicos que exercem uma importante influência sobre a vida do idoso, tendo em vista o comprometimento causado pelas limitações impostas pelos seus componentes, que repercutem diretamente na qualidade de vida do idoso, por meio do surgimento de condições crônicas associadas¹⁶.

Entre os fatores associados à SM destacam-se a obesidade, o diabetes *mellitus*, as doenças cardiovasculares, as doenças renais, as doenças osteoarticulares e a hipertensão arterial. A combinação desses fatores com a SM em idosos tem sido investigada em alguns estudos realizados tanto no Brasil^{9,16,17} como em outros países^{18,19} de forma incipiente, considerando-se que esses estudos trabalharam com amostras heterogêneas quanto à idade. Assim, faltam evidências científicas quanto ao

papel da SM em diferentes desfechos na população de idosos.

No presente estudo, não foram encontradas associações significativas da SM com nível socioeconômico, estado civil, grupo etário, autoavaliação de saúde, doença pulmonar crônica referida, câncer referido e prática de exercício físico regular. No entanto, pesquisas realizadas com idosos referem a importância de algumas dessas variáveis como fatores de risco para SM^{3,9,17}.

Desta forma, é recomendável o incentivo à prática de ações de educação em saúde para o autocuidado, a adoção de uma alimentação saudável, mudanças no estilo de vida, como a cessação do tabagismo, na prevenção dos componentes isolados da SM.

Os resultados da análise multivariada evidenciaram maior prevalência de SM em mulheres e em idosos que referiram algum problema cardíaco. Outros estudos realizados com idosos também verificaram maior prevalência de SM entre as mulheres com²⁰ e sem desfecho cardíaco²¹ ou diferenças entre sexos considerando os componentes da síndrome isolados e associados a outros fatores de risco cardiovasculares²².

Essa maior prevalência de SM entre as mulheres idosas pode ser devido ao fato de as mesmas apresentarem maior deposição de gordura corporal, além de a redução dos níveis de estrogênio, com o avançar da idade, influenciarem no aparecimento das dislipidemias e deposição de gordura abdominal²³. O término da produção de estrógenos causa alterações fisiológicas, elevando os níveis de lipídeos, proporcionando risco para determinadas doenças. Desta forma, isso pode repercutir na saúde, comprometendo a qualidade de vida das mulheres²⁴.

Considerando que a deposição da gordura corporal, hiperglicemia e dislipidemia são aspectos importantes para o acometimento da SM, ações de prevenção e controle são incentivadas por meio da prática de exercício físico e adoção de hábitos alimentares saudáveis, impactando na redução do peso e na redução dos níveis de lipídeos e glicêmicos. Assim, além dos aspectos preventivos, a avaliação dos pacientes quanto ao seu perfil metabólico, com o reconhecimento precoce dos fatores de risco associados, é desejável para identificar e tratar pacientes de alto risco cardiovascular e metabólico³.

Neste estudo foi verificada, ainda, associação entre problema cardíaco referido e SM. Em geral, a SM está associada a um risco duas vezes maior para doenças cardiovasculares como infarto do miocárdio, acidente vascular cerebral (AVC) e mortalidade cardiovascular, além de haver um risco 1,5 vezes maior para mortalidade por qualquer causa³.

A relação da fisiopatologia da SM com o aumento do risco cardiovascular ainda não é conclusiva, porém há evidências de que a resistência insulínica seja o fator principal, por progredir para hiperinsulinemia e hiperglicemia, causando vasoconstrição periférica e retenção de sódio. Além disso, com o desenvolvimento da fisiopatologia da SM ocorre aumento na produção de triglicérides, de colesterol, da lipoproteína de baixa densidade (LDL-C), da apolipoproteína B, predispondo o surgimento da aterosclerose, bem como da hipertensão arterial e dislipidemia³.

Foi verificado em revisão sistemática que os componentes da SM são fatores de risco independentes para o desenvolvimento de doença cardiovascular aterosclerótica. Os critérios diagnósticos dessa síndrome são baseados no princípio de que seus fatores de risco podem interagir sinergicamente, ou ampliarem o risco para doença arterial coronariana e doença aterosclerótica¹⁶.

Considerando que a morbimortalidade causada por essas doenças repercutem no perfil epidemiológico do Brasil e, conseqüentemente, nos custos causados para o sistema de saúde, destaca-se a necessidade de monitoramento e prevenção da SM por meio de ações de intervenção do setor saúde e dos programas específicos do Sistema Único de Saúde, direcionados para redução de fatores de risco, tais como: controle da obesidade, da prática de exercício físico regular, da melhora no perfil lipídico e glicêmico e do controle dos níveis pressóricos.

A mudança da razão de prevalência em função do sexo foi constatada nestes resultados após a inserção do termo de interação nas análises, sendo observado efeito significativo da variável *osteoartrite* na presença de SM entre as mulheres. Estudos mostram que as doenças osteoarticulares são comorbidades associadas à SM, entre elas, a *osteoartrite*^{18,19}. Essa é a forma mais prevalente de artrite e uma das principais causas de incapacidade em pessoas com 65 anos ou mais e seus sintomas aparecem após os 40 anos de

idade e acomete mais mulheres do que homens após os 50 anos²⁵.

No que diz respeito à sua relação com a SM, acredita-se que se deve ao metabolismo alterado e à inflamação, uma vez que a patogênese dessas doenças envolve anormalidades metabólicas comuns, incluindo condições inflamatórias de baixo grau com elevações de marcadores inflamatórios sistêmicos. Tanto para a SM, quanto para a osteoartrite, existem papéis patogênicos claros para os mediadores inflamatórios, tais como: fator de necrose tumoral alfa (TNF α) e interleucina 1 beta (IL1 β). A leptina, hormônio pró-inflamatório produzido por macrófagos no tecido adiposo é um mediador chave da desregulação metabólica associada com a obesidade e também tem sido relacionada à patogênese da osteoartrite¹⁸.

A relevância destes resultados consiste no fato de que os desfechos crônicos referidos pelos idosos são causas de limitações funcionais, comuns nessa fase de vida, porém evitáveis. Além do risco relacionado às alterações metabólicas e aos fatores associados aqui investigados, a limitação funcional causada pela osteoartrite, que afeta bastante essa faixa etária, leva ao comprometimento da qualidade de vida e da capacidade funcional.

Este estudo apresenta algumas limitações que devem ser consideradas ao analisar os seus resultados entre elas: a perda amostral devido ao não comparecimento dos idosos à coleta de sangue e a impossibilidade de estabelecer relação de causalidade entre as associações encontradas, por se tratar de um estudo transversal. Há que se considerar ainda,

a possibilidade de viés de memória para as variáveis referidas e viés de sobrevivência, comum quando se trabalha com idosos, o que pode reduzir a força das associações.

CONCLUSÃO

A associação da síndrome metabólica com osteoartrite entre as mulheres sugere a necessidade de maior atenção no que diz respeito às ações de prevenção, considerando-se as diferenças entre os sexos, quanto à prevalência e à gravidade dos problemas associados.

Além das inúmeras questões ainda não esclarecidas envolvendo a síndrome metabólica, destacam-se: a importância do diagnóstico precoce, a dificuldade de comparação de estudos que utilizaram diferentes critérios diagnósticos, as características da população estudada e os diferentes aspectos clínicos que envolvem a síndrome tanto em jovens quanto em idosos. Assim, sugere-se a realização de estudos com amostras representativas da população idosa brasileira, bem como das regiões, considerando que o envelhecimento da população do Brasil ocorre de forma diversa, sendo mais lento ou acelerado a depender do nível de desenvolvimento das regiões do país.

A síndrome metabólica está relacionada com as doenças crônicas, constituindo-se assim, um problema relevante de saúde pública. Conhecer a prevalência dessa síndrome em grupos específicos e na população em geral contribui para adoção de medidas efetivas de prevenção.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. World Health Statistics. Geneva: WHO; 2011.
2. Gravina CF, Rosa RF, Franken RA, Freitas EV, Liberman A, Rich M, et al. II Diretrizes em Cardiogeriatría da Sociedade Brasileira de Cardiologia. *Arq Bras Cardiol.* 2010;95(3 supl 2):1-112.
3. Simão AF, Precoma DB, Andrade JP, Correa Filho H, Saraiva JFK, Oliveira GMM, et al. I Diretriz Brasileira de Prevenção Cardiovascular. *Arq Bras Cardiol.* 2013;101(6 Supl 2):1-63.
4. Sociedade Brasileira de Cardiologia. I Diretriz Brasileira de Diagnóstico e Tratamento da Síndrome Metabólica. *Arq Bras Cardiol.* 2005;84(Supl 1):5-28.
5. Fogal AS, Ribeiro AQ, Priore SE, Franceschini SCC. Prevalência de síndrome metabólica em idosos: uma revisão sistemática. *Rev Assoc Bras Nutr.* 2014;6(1):29-35.
6. Vidigal FC, Bressan J, Babio N, Salas-Salvado J. Prevalence of metabolic syndrome in Brazilian adults: a systematic review. *BMC Public Health.* 2013;13(1):1198.

7. Ford ES, Li C, Zhao G. Prevalence and correlates of metabolic syndrome based on a harmonious definition among adults in the US. *J Diabetes*. 2010;2(3):180-93.
8. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2011.
9. Sá NNB, Moura EC. Fatores associados à carga de doenças da síndrome metabólica entre adultos brasileiros. *Cad Saúde Pública*. 2010;26(9):1853-62.
10. Grundy SM, Cleeman JI, Daniels SR, Donato KA, Eckel RH, Franklin BA, et al. Diagnosis and management of the metabolic syndrome. *Circulation*. 2005;112(17):2735-52.
11. Callaway CW, Chumlea WC, Bouchard C, Himes JH, Lohman TG, Martin AD, et al. Circumferences. In: Lohman TG, Roche AF, Martorell R, editores. *Anthropometric standardization reference manual*. Champaign, IL: Human Kinetics Books; 1988. p.39-54.
12. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Critério de Classificação Econômica Brasil: ABEP. 2008. São Paulo: ABA, ANEP, ABIPEME; 2000.
13. Haskell WL, Lee IM, Pate RR, Powell KE, Blair SN, Franklin BA, et al. Physical activity and public health: updated recommendation for adults from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. *Circulation*. 2007;116:1081-93.
14. Nelson ME, Rejeski WJ, Blair SN, Duncan PW, Judge JO, King AB, et al. Physical activity and public health in older adults: recommendation from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. *Circulation*. 2007;116:1094-105.
15. Hair JF, Black WC, Babin BJ, Anderson RE, Tatham RL. *Análise de dados multivariada*. 6ª ed. Porto Alegre: Bookman; 2009.
16. Farias DRE, Pereira AF, Rosa G. Síndrome metabólica na doença arterial coronariana e vascular oclusiva: uma revisão sistemática. *Arq Bras Cardiol*. 2010;94(6):150-78.
17. Leitão MPC, Martins IS. Prevalência e fatores associados à síndrome metabólica em usuários de Unidades Básicas de Saúde em São Paulo-SP. *Rev Assoc Med Bras*. 2012;58(1):60-9.
18. Huffman KM, Kraus WE. Osteoarthritis and the metabolic syndrome: more evidence that the etiology of OA is different in men and women. *Osteoarthr Cartil*. 2012;20(7):603-4.
19. Kole AK, Roy R, Kole DC. Metabolic abnormalities observed in osteoarthritis of knee: a single center experience. *Apollo Med*. 2015;12(4):257-9.
20. Sun DL, Wang JH, Jiang B, Li LS, Li LS, Wu L, et al. Metabolic syndrome vs. its components for prediction of cardiovascular mortality: a cohort study in chinese elderly adults. *J Geriatr Cardiol*. 2012;9:123-9.
21. Saad MAN, Cardoso GP, Martins WA, Velarde LGC, Cruz Filho RA. Prevalência de síndrome metabólica em idosos e concordância entre quatro critérios diagnósticos. *Arq Bras Cardiol*. 2014;102(3):263-9.
22. Lee S, Ko Y, Kwak C, Yim E. Gender differences in metabolic syndrome components among the korean 66-year-old population with metabolic syndrome. *BMC Geriatrics*. 2016;16:27.
23. Vanhoni LR, Xavier AJ, Piazza HE. Avaliação dos critérios de síndrome metabólica nos pacientes atendidos em ambulatório de ensino médico em Santa Catarina. *Rev Bras Clin Med*. 2012;10(2):100-5.
24. Rocha FL, Menezes TN, Melo RLP, Pedraza DF. Correlação entre indicadores de obesidade abdominal e lipídeos séricos em idosos. *Rev Assoc Med Bras*. 2013;59(1):48-55.
25. Joshi A. Prevalence of metabolic syndrome in subjects with osteoarthritis stratified by age and sex: a cross sectional analysis in NHANES III. *Int J Comput Models Algorithms Med*. 2010;1(1):61-73.

Recebido: 06/03/2016

Revisado: 17/08/2016

Aprovado: 11/10/2016



Correlação entre lombalgia e capacidade funcional em idosos

Correlations between low back pain and functional capacity among the elderly

Elias Nasrala Neto¹
Walkiria Shimoya Bittencourt¹
Mara Lilian Soares Nasrala¹
Andre Luiz Lopes de Oliveira¹
Ana Carolina Gaudencio de Souza¹
Jéssica Fialho do Nascimento¹

Resumo

Objetivo: Verificar a associação entre lombalgia e a capacidade funcional em idosos. **Método:** Trata-se de um estudo observacional transversal em indivíduos idosos não institucionalizados, sendo usados os testes funcionais Timed Up and Go (TUG) e o Teste de Sentar e Levantar (TSL) juntamente com o Questionário de Incapacidade Roland Morris (QIRM). **Resultados:** Foram selecionados 99 indivíduos idosos de ambos os sexos. A análise de correlação de Kendall demonstrou uma correlação significativa entre o escore do QIRM e a pontuação precedida no TSL no ato de sentar ($p=0,001$) e no ato de levantar ($p=0,028$). Apesar da significância estatística, essas duas variáveis estão fracamente correlacionadas ($r=-0,239$; $r=-0,163$). Os resultados também demonstraram uma correlação estatisticamente significativa entre o teste TUG e o TSL no ato de sentar ($r=-0,222$; $p=0,003$), e no ato de levantar ($r=-0,206$; $p=0,006$). **Conclusão:** Foi observada que a maioria dos idosos não institucionalizados possui boa capacidade funcional. Também é possível afirmar que existe associação entre lombalgia e a capacidade funcional.

Abstract

Objective: To investigate the association between low back pain and functional capacity among non-institutionalized elderly persons. **Method:** A cross-sectional observational study of non-institutionalized elderly persons was performed. The Timed Up and Go (TUG) and Sitting-Rising Test (SRT) functional tests were used, together with the Roland Morris Disability Questionnaire (RMDQ). **Result:** A total of 99 elderly persons of both genders were included. Kendall's Correlation analysis showed a significant correlation between the RMDQ and the SRT scores for the act of sitting ($p=0.001$) and the act of lifting ($p=0.028$). Despite the statistical significance, these two variables were weakly correlated ($r=-0.239$; $r=-0.163$). The results also identified a statistically significant correlation between the TUG and SRT tests for the act of sitting ($r=-0.222$; $p=0.003$) and the act of lifting ($r=-0.206$; $p=0.006$). **Conclusion:** It was observed that most of the non-institutionalized elderly persons had good functional capacity. It is also possible to affirm that there is an association between low back pain and functional capacity.

Palavras-chave: Dor Lombar. Atividade Motora. Qualidade de Vida. Envelhecimento. Idoso.

Keywords: Low Back Pain. Motor Activity. Quality of Life. Aging. Elderly.

¹ Universidade de Cuiabá (UNIC), Departamento de Fisioterapia. Cuiabá, Mato Grosso, Brasil

INTRODUÇÃO

A dor lombar é altamente incidente, pode ser desencadeada por diversos fatores e interfere na funcionalidade de adultos e idosos¹. Por outro lado, a sua presença sem a existência de doenças ortopédicas ou reumáticas associadas tem sido um achado cada vez mais comum. Esse sintoma tem demonstrado estar relacionado com alterações da função muscular^{2,3}.

A estabilidade estática e dinâmica da coluna vertebral é possível pela ação em conjunto de tecidos passivos e elementos contráteis^{4,5}. O comprometimento da função dos músculos da coluna vertebral pode ter como consequência, por exemplo, a fadiga muscular, devido a sobrecargas excessivas que são impostas aos elementos passivos da coluna lombar (discos intervertebrais, cápsulas e ligamentos) promovendo a deformação plástica dessas estruturas sensíveis à distensão, desencadeando a dor lombar⁶.

A incapacidade relacionada à dor afeta aspectos emocionais, psicossociais e a capacidade funcional, atingindo principalmente os idosos. A saúde funcional do idoso tem sido associada à qualidade de vida (QV), convívio social, condição intelectual, estado emocional e atitudes do indivíduo perante o mundo. A capacidade funcional tem atraído atenção crescente, pois a incapacidade acarreta o aumento do número de doenças crônicas e das dificuldades para manter a autonomia durante a velhice, o que tem fortes ligações com a qualidade de vida. Esse declínio pode tornar o idoso dependente de outras pessoas ou de algum tipo de assistência⁷⁻¹⁰. Levando em conta a crescente população idosa mundial, essa disfunção vem gerando grande discussão sobre o envelhecimento saudável.

Tendo em vista a projeção de Collucci¹¹, que nos próximos 20 anos a população acima de 60 anos vai mais do que triplicar, passando dos atuais 22,9 milhões (11,34% da população) para 88,6 milhões (39,2%), posições como as de Spirduso¹², que conceituou envelhecimento como “processo ou conjunto de processos que ocorrem em organismos vivos e que com o passar do tempo levam a perda da adaptabilidade, deficiência funcional, e, finalmente, à morte” e Rossi et al¹³, que relacionaram o envelhecimento com a deterioração do corpo, ao declínio e à incapacidade, torna-se relevante discutir esse tema.

As lombalgias são maiores causas de queixas entre esses indivíduos, desencadeando crenças e medos excessivos, caracterizando aumento da dor com a prática de qualquer atividade física, na qual indivíduos idosos sentem-se incapacitados pela algia a realizar simples atividades da vida diária como sentar, levantar e caminhar. A inserção do idoso em atividades físicas resulta em maior capacidade de autonomia, o que, por sua vez, pode melhorar a sua QV¹⁴.

O exercício físico promove melhora na capacidade funcional e na aptidão física. Os benefícios oriundos do aumento do nível de atividade física habitual estendem-se desde a melhora da capacidade funcional, até a regulação da pressão arterial, redução do risco de doenças cardiovasculares, osteoporose, diabetes e certos tipos de câncer¹⁵.

Recentemente, tem-se pesquisado muito sobre o processo de envelhecimento, desde suas causas às formas de minimizar os efeitos degenerativos que ocorrem com o aumento da idade, buscando assim, proporcionar aos idosos um envelhecimento saudável e de qualidade¹⁶. Neste estudo, ficou reconhecida a importância de conhecer aspectos relacionados com a funcionalidade e a lombalgia em idosos, pois poderá contribuir para que cada vez mais a sociedade construa políticas públicas e atividades em geral que possam contribuir com a saúde dos idosos.

Portanto, o objetivo deste estudo foi verificar a associação entre lombalgia e capacidade funcional em idosos não institucionalizados, com o uso dos testes funcionais e do Questionário de Incapacidade Roland Morris (QIRM) para mensurar o quanto essa disfunção os afeta.

MÉTODO

Trata-se de um estudo observacional transversal realizado em idosos submetido e aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Cuiabá sob o número CAAE: 33829114.7.0000.5165.

Partindo-se de uma proporção de incapacidade funcional de 60% na população exposta e 45% de proporção de incapacidade funcional na população não exposta¹⁷ com nível de significância de 5% (Teste Bicaudal) e poder do teste de 80%, o tamanho mínimo da amostra calculado foi de 84 participantes.

Incluindo-se mais 20% de idosos para eventuais perdas, o tamanho estimado da amostra foi de 100 participantes. Um dos participantes não concordou em assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), perfazendo a amostra final de 99 idosos de ambos os sexos, que frequentavam os centros de Convivência Maria Ignês França Auad e Padre Firmo Duarte, ambos localizados em Cuiabá. Inicialmente, todos foram consultados sobre a proposta do estudo e se havia interesse em participar da pesquisa. Caso concordassem, assinavam o TCLE. Os que se recusaram a participar eram liberados. Foram excluídos aqueles que apresentavam disfunções provocadas por acidente vascular encefálico (AVE), lesões traumato-ortopédicas ou outras patologias que os impediam que realizar os testes funcionais. Os dados foram coletados entre setembro e novembro de 2014.

Todos os selecionados no estudo foram entrevistados e responderam ficha de identificação contendo dados sobre idade, sexo e escolaridade. Em seguida fizeram três testes:

- 1) Questionário de Incapacidade Roland Morris (QIRM) de quantificação da dor lombar, versão em português traduzida com 24 itens com pontuações de zero ou um (sim ou não), cujo somatório pode variar de zero (sugerindo nenhuma incapacidade) a 24 (incapacidade grave). Esse questionário tem como ponto de corte o *escore* 14, ou seja, os indivíduos avaliados com um *escore* maior que 14 apresentam incapacidade¹⁸.
- 2) Teste Timed Up and Go (TUG) para avaliar equilíbrio, risco de quedas e capacidade funcional. O teste consiste na observação do sujeito enquanto esse se levanta de uma cadeira, caminha três metros em linha reta, retorna à cadeira e senta-se. Esse percurso é cronometrado em segundos e o desempenho do sujeito é graduado conforme o tempo despendido. O *escore* é considerado como desempenho normal para adultos saudáveis independentes e sem risco de queda com tempo até 10 segundos; entre 11 e 20 segundos considera-se normal para idosos frágeis ou com deficiência, com independência parcial e baixo risco de quedas, os quais tendem ser independentes na maioria das atividades de vida diária; no entanto, acima de 20 segundos, indica deficit importante da mobilidade física e risco de quedas¹⁹.

- 3) Teste de Sentar e Levantar (TSL) capaz de avaliar flexibilidade das articulações dos membros inferiores, equilíbrio, coordenação motora e relação entre potência muscular e peso corporal, no que talvez possa ser caracterizado como aptidão muscular mínima. Para realizar o teste é dada a seguinte instrução pelo avaliador: "*Procure sentar e levantar, sem se desequilibrar utilizando o menor número de apoios que você consiga*". Completado o ato de sentar, é atribuída a nota e solicitado ao avaliado que se levante e novamente e o avaliador confere a nota. Foi considerado válido cruzar as pernas para sentar ou levantar, mas não se permite que o indivíduo se jogue para trás ao tentar sentar. A medida do TSL consiste em quantificar quantos apoios (mãos e/ou joelhos ou, ainda, as mãos sobre os joelhos ou pernas) o indivíduo utiliza para sentar e levantar do chão, retirando-se 1 ponto para cada apoio. Atribuem-se notas independentes para cada um dos dois atos – sentar e levantar. A nota máxima é 5 para cada um dos dois atos. Perdeu-se ainda meio ponto para qualquer desequilíbrio perceptível²⁰.

Foram utilizadas estatísticas descritivas (média, desvio-padrão) e indutiva (Teste Coeficiente de Correlação de Kendall) adaptada às condições específicas dos resultados obtidos.

RESULTADOS

Foram avaliados 99 indivíduos, sendo 18 homens com média de idade 68,3 ($\pm 5,3$) anos e 81 mulheres com média de idade 73,3 ($\pm 5,35$) anos. Completaram o ensino médio 27% deles. Os demais alegaram nível de escolaridade inferior.

Os valores de média, desvio-padrão e intervalo de confiança da média (95%) do *escore* do QIRM e do tempo despendido nos testes TUG e TSL encontram-se na tabela 1.

Na análise do *escore* do QIRM, 81 idosos (81%) disseram sentir dor lombar com tempo médio de 9,7 ($\pm 10,74$) anos e apresentaram média de 7,26. Esses indivíduos não possuíam incapacidade relacionada com a presença de dor lombar. Por outro lado, nove (12%) deles apresentaram *escore* de corte (>14) indicando incapacidade funcional relacionada com a dor lombar.

Esses mesmos idosos com dores, na análise do *escore* do TSL, no ato de sentar, apresentaram *escore* médio de 1,94 e para o ato de levantar um *escore* médio de 1,41 indicando diminuição da aptidão muscular mínima.

A Tabela 2 apresenta os *escores* de tempo despendido no TUG. Cabe destacar que dentre os 99 indivíduos, 66% deles podem ser considerados independentes e sem risco de quedas. Contudo, um dos idosos apresentou *escore* associado a maior risco de queda.

Tabela 1. Resultados Questionário de Incapacidade Roland Morris (QIRM), Timed Up and Go (TUG) e Teste de Sentar e Levantar (TSL). Cuiabá, MT, 2014.

Variáveis	Média (± dp)	IC 95%
QIRM	7,26 (±5,27)	6,18-9,49
TUG	12,21 (±12,18)	9,78-14,64
TSL-S	2,13 (±1,28)	1,87-2,39
TSL-L	1,57 (±1,16)	1,34-1,80

dp: desvio-padrão; IC95%: Intervalo de Confiança de 95%.

Tabela 2. Distribuição dos *Escore*s do Timed Up and Go. Cuiabá, MT, 2014.

Tempo (seg)	n	<i>Escore</i>
<10	66 (66%)	Normal – independente
11 a 20	32 (33%)	Independência parcial e baixo risco de quedas
20 a 29	1 (1%)	Deficit de mobilidade e risco de quedas

Análise de Correlação

Questionário de Incapacidade Roland Morris X Teste de Sentar e Levantar

A análise de correlação de Kendall demonstrou uma correlação negativa significativa entre o *escore* do QIRM e a pontuação precedida no TSL no ato de sentar ($r=-239, p=0,001$) e no ato de levantar ($r=-163,$

$p=0,028$). Apesar da significância estatística, essas duas variáveis estão fracamente correlacionadas. Demonstra-se que quanto menor a incapacidade relacionada à dor lombar desse indivíduo, melhor será sua aptidão física. Abaixo, encontram-se os diagramas de dispersão do ato de levantar com o QIRM e ato de sentar com o QIRM, respectivamente, Figuras 1 e 2.

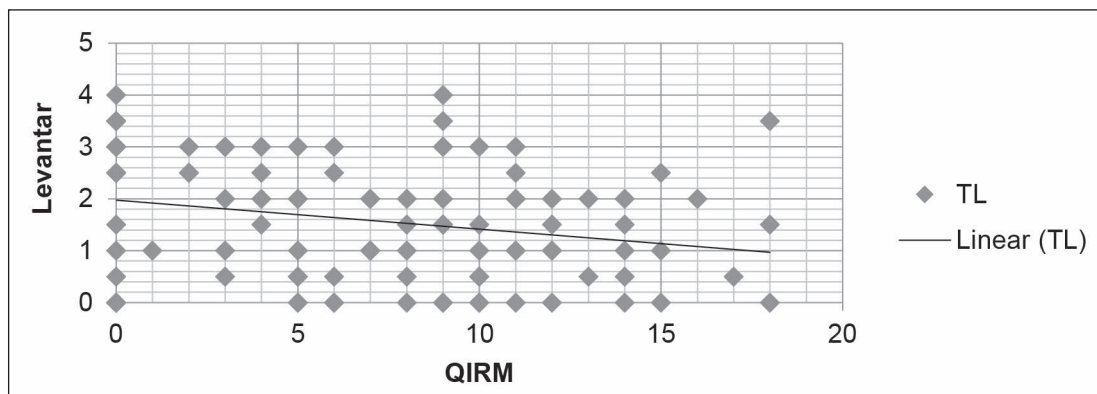


Figura 1. Diagrama de Dispersão do Teste de Sentar e Levantar (Levantar) e Questionário de Incapacidade Roland Morris (QIRM). Cuiabá, MT, 2014.

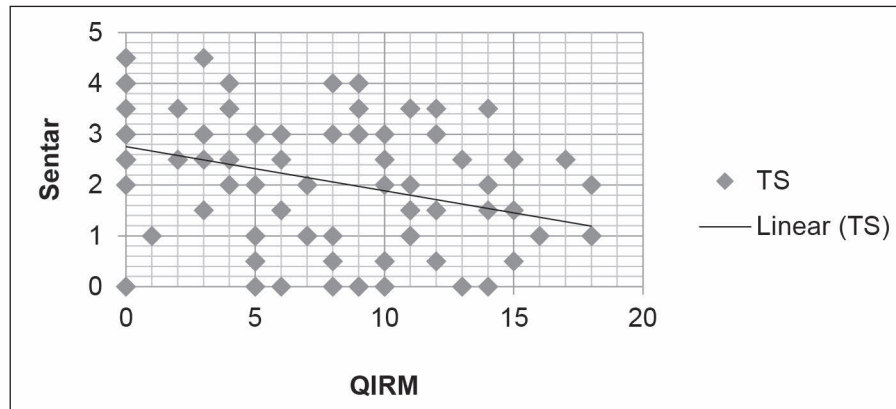


Figura 2. Diagrama de Dispersão do Teste de Sentar e Levantar (Sentar) e Questionário de Incapacidade Roland Morris (QIRM). Cuiabá, MT, 2014.

Timed Up and Go x Teste de Sentar e Levantar

Os resultados demonstraram que houve correlação negativa significativa entre o teste TUG e o TSL no ato de sentar ($r=-0,222, p=0,003$), e no ato de levantar

($r=-0,206, p=0,006$). Indicando que quanto menor a capacidade física desse idoso menor sua aptidão física. Abaixo encontra-se o diagrama de dispersão da análise TUG e TSL (Figura 3).

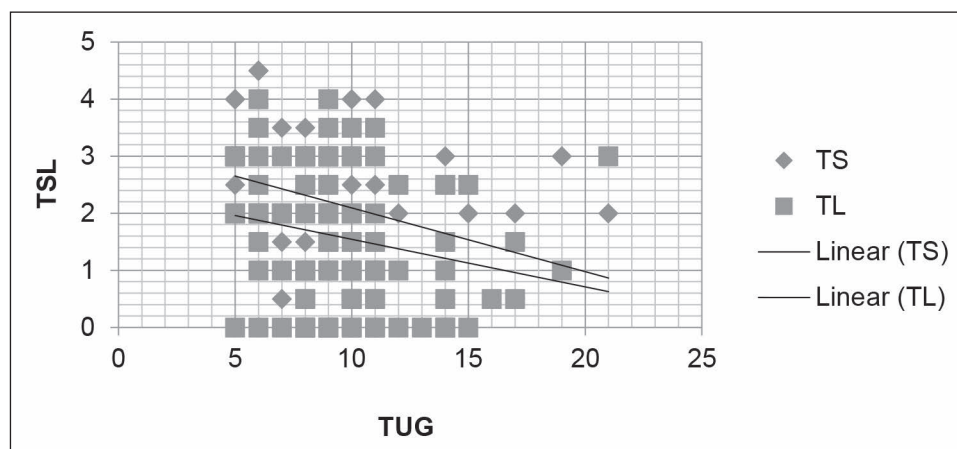


Figura 3. Diagrama de Dispersão do Timed Up and Go (TUG) e Teste de Sentar e Levantar (TSL). Cuiabá, MT, 2014.

DISCUSSÃO

Dentre os resultados encontrados neste estudo, destacam-se a elevada incidência de lombalgia em 81% dos idosos avaliados por meio do QIRM, apesar de terem vida ativa. Trellha²¹, em pesquisa similar, encontrou uma prevalência de lombalgia de 50%. Fica evidente a alta susceptibilidade dessa população

a esta sintomatologia, pois apenas 12 indivíduos da amostra deste estudo apresentaram um *score* igual ou superior a 14 no QIRM. Todos os demais poderiam ter incapacidade física decorrente da lombalgia¹⁸.

Em consonância com outras pesquisas, encontrou-se associação entre a lombalgia e a limitação funcional capaz de restringir, principalmente, as

atividades ocupacionais e de lazer^{22,23}. De acordo com Ocarino et al.²⁴, a lombalgia pode levar a uma deficiência tanto no desempenho funcional quanto na capacidade física.

Outro resultado encontrado no estudo foi a baixa escolaridade entre os idosos. Trata-se de um achado importante, pois segundo Gomes et al.²⁵, o nível da escolaridade afeta a capacidade global dos indivíduos de enfrentar os desafios do cotidiano. Geralmente, os idosos com baixa escolaridade apresentam poucos recursos financeiros, menor acesso a cuidados de saúde e poucas fontes de conhecimento, repercutindo em uma pior condição de saúde e maior susceptibilidade a quedas.

A evidência de associação positiva entre os resultados do QIRM com os do TSL carecem de mais pesquisa, mas os achados remetem à observação de que a flexibilidade é uma capacidade física condicionante para a realização das atividades de vida diária, o que diversos estudos já demonstraram como a sua perda pode ser maléfica para os indivíduos²⁶. Outros trabalhos mostram que se houver redução da flexibilidade acompanhada de envelhecimento, poderá haver também a perda parcial da independência dos movimentos.²⁷

Ficou demonstrado uma correlação negativa significativa entre o tempo despendido do teste TUG e a pontuação no TSL no ato de sentar ($p=0,003$), e no ato de levantar ($p=0,006$), apresentando uma correlação fraca. De acordo com Roorda et al.²⁸, o TSL está entre as atividades mais rotineiramente praticadas na vida diária e o desempenho nessas ações apresentam uma relação estreita com o risco de queda. Gomes et al.²⁹ destacam o declínio da aptidão física, esclarecendo que esse fator está relacionado com a redução dos

níveis de força muscular, com a execução prejudicada da marcha e com as alterações do equilíbrio, podendo, no conjunto, aumentar o risco de quedas.

Considerando a apresentação da elevada incidência das lombalgias com as alterações fisiológicas do processo de envelhecimento, tais como: a perda de força e de flexibilidade, o comprometimento do equilíbrio corporal, a elevada exposição ao risco de quedas, pode-se inferir que a prática de exercício físico, além de combater o sedentarismo, contribui de maneira significativa para a manutenção da aptidão física do idoso, seja na sua vertente da saúde, seja nas capacidades funcionais³⁰.

Uma das limitações deste estudo foi o reduzido número da amostra, quando considerado o número total de frequentadores dos referidos centros de convivência. Porém, foi garantido o direito dos idosos de se recusarem a participar do estudo. Uma segunda limitação foi a não realização de análise multivariada, entretanto, a análise bivariada realizada no estudo foi suficiente para validar a aplicabilidade dos resultados encontrados, pois, permitiu conhecer as associações entre as queixas de dores lombares e os testes funcionais dessa população.

CONCLUSÃO

Pode-se concluir que a maioria dos idosos não institucionalizados que foram avaliados possuíam boa capacidade funcional, mas é possível afirmar que existe associação entre lombalgia e a capacidade funcional. A atividade física regular promove a melhora na capacidade funcional sendo capaz de gerar efeitos positivos na saúde e na qualidade de vida dos idosos.

REFERÊNCIAS

1. Corrêa C, Guedes I, Vieira M, Muniz M. Método Pilates versus Escola de Postura: análise comparativa de dois protocolos de tratamento para lombalgias. HU Rev. 2015;41(1/2):85-91.
2. Da Silva RA, Vieira ER, Cabrera M, Altimari LR, Aguiar AF, Nowotny AH, et al. Back muscle fatigue of younger and older adults with and without chronic low back pain using two protocols: a case-control study. J Electromyogr Kinesiol. 2015;25(6):928-36.
3. Gondhalekar GA, Kumar SP, Eapen C, Mahale A. Reliability and validity of standing back extension test for detecting motor control impairment in subjects with low back Pain. J Clin Diagn Res. 2016;10(1):07-11.

4. Liang C, Sun J, Cui X, Jiang Z, Zhang W, Li T. Spinal sagittal imbalance in patients with lumbar disc herniation: its spinopelvic characteristics, strength changes of the spinal musculature and natural history after lumbar discectomy. *BMC Musculoskelet Disord*. 2016;17(1):1-8.
5. Abbas J, Slon V, May H, Peled N, Hershkovitz I, Hamoud K. Paraspinal muscles density: a marker for degenerative lumbar spinal stenosis? *BMC Musculoskelet Disord*. 2016;17(1):422.
6. Abboud J, Nougrou F, Descarreaux M. Muscle activity adaptations to spinal tissue creep in the presence of muscle fatigue. *PLoS One*. 2016;11(2):1-8.
7. Barbosa RMS. Resenha do Livro "Atividade Física, saúde e qualidade de vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo. *Rev Bras Ciênc Esporte*. 2012;34(2):513-8.
8. Dellaroza MSG, Pimenta CAM, Duarte YA, Lebrão ML. Dor crônica em idosos residentes em São Paulo, Brasil: prevalência, características e associação com capacidade funcional e mobilidade (Estudo SABE). *Cad Saúde Pública*. 2013;29(2):325-34.
9. Andrade KR, Silva MT, Galvão TF, Pereira MG. Functional disability of adults in Brazil: prevalence and associated factors. *Rev Saúde Pública*. 2015;49:1-8.
10. Silva LW, Souza TF, Souza TO, Souza MC, Souza M. Percepções da pessoa idosa quanto cuidados fisioterapêuticos no seu envelhecer. *Rev Kairós*. 2014;17(1):69-86.
11. Colluci C. População idosa vai triplicar nos próximos 20 anos. *Folha de São Paulo* [Internet]. 29 mar 2014 [acesso 24 out. 2014]; Seminários Folha. Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/seminariosfolha/2014/03/1432528-populacao-idosa-vai-triplicar-nos-proximos-20-anos.shtml>
12. Spirduso WW. Dimensões físicas do envelhecimento. São Paulo: Manole; 2005.
13. Rossi ALS, Pereira VS, Driusso P, Rebelatto JR, Ricci NA. Profile of the elderly in physical therapy and its relation to functional disability. *Braz J Phys Ther*. 2013;17(1):77-85.
14. Barbosa AP, Teixeira TG, Orlandi B, Oliveira NTB, Concone MHVB. Nível de atividade física e qualidade de vida: um estudo comparativo entre idosos dos espaços rural e urbano. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2015;18(4):743-54.
15. Camelo LV, Giatti L, Barreto SM. Qualidade de vida relacionada à saúde em idosos residentes em região de alta vulnerabilidade para saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais. *Rev Bras Epidemiol*. 2016;19(2):280-93.
16. Deponti RN, Acosta MAF. Compreensão dos idosos sobre os fatores que influenciam no envelhecimento saudável. *Estud Interdiscipl Envelhec*. 2010;15(1):33-52.
17. Figueiredo VF, Pereira LSM, Ferreira PH, Pereira AL, De Amorim JSC. Incapacidade funcional, sintomas depressivos e dor lombar em idosos. *Fisioter Mov*. 2013;26(3):549-5.
18. Monticone M, Baiardi P, Vanti C, Ferrari S, Pillastrini P, Mugnai R, et al. Responsiveness of the Oswestry Disability Index and the Roland Morris Disability Questionnaire in Italian subjects with sub-acute and chronic low back pain. *Eur Spine J*. 2012;21(1):122-9.
19. Creel GL, Light KE, Thigpen MT. Concurrent and construct validity of scores on the Timed Movement Battery. *Phys Ther*. 2001;81(2):789-98.
20. Moura MS, Pedrosa MAC, Costa EL, Bastos Filho PSC, Sayão LB, Sousa TS. Efeitos de exercícios resistidos, de equilíbrio e alongamentos sobre a mobilidade funcional de idosos com baixa massa óssea. *Rev Bras Ativ Fis e Saúde*. 2012;17(6):474-84.
21. Trellha CS, Revaldaves EJ, Yussef SM, Dellaroza MSG, Cabrera MAS, Yamada KN, et al. Caracterização de idosos restritos aos domicílios e seus cuidados. *Espaç Saúde*. 2006;8(1):20-7.
22. 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.
23. Palma R, Conti MHS, Quintino NM, Gatti MAN, Simeão SFAP, Vitta A. Functional capacity and its associated factors in the elderly with low back pain. *Acta Ortop Bras*. 2014;22(6):295-9.
24. Ocarino JM, Gonçalves GGP, Vaz DV, Cabral AAV, Porto JV, Silva MT. Correlação entre um questionário de desempenho funcional e testes de capacidade física em pacientes com lombalgia. *Rev Bras Fisioter*. 2009;13(4):343-9.
25. Gomes GC, Salmela LFT, Fonseca BE, Freitas FAZ, Fonseca MLM, Pacheco BD, et al. Age and education influence the performance of elderly women on the dual-task Timed Up and Go test. *Arq Neuropsiquiatr*. 2015;73(3):187-93.
26. Rebelatto JR, Calvo JR, Orejuela JR, Portilho JC. Influência de um programa de atividade física de longa duração sobre a força muscular manual e a flexibilidade corporal de mulheres idosas. *Rev Bras Fisioter*. 2006;10(1):127-32.
27. Ball S, Gammon R, Kelly PJ, Cheng AL, Chertoff K, Kaume L, et al. Outcomes of Stay Strong, Stay Healthy in community settings. *J Aging Health*. 2013;25(8):1388-97.

28. Roorda LD, Molenaar IW, Lankhorst GJ, Bouter LM. Improvement of a questionnaire measuring activity limitations in rising and sitting down in patients with lower-extremity disorders living at home. *Measuring Mobility Study Group. Arch Phys Med Rehabil.* 2005;86(11):2204-10.
29. Gomes GA, Cintra FA, Diogo MJD, Néri AL, Guariento ME, Sousa MLR. Comparação entre idosos que sofreram quedas segundo desempenho físico e número de ocorrências. *Rev Bras Fisioter.* 2009;5(13):430-7.
30. Frändin K, Grönstedt H, Helbostad JL, Bergland A, Andresen M, Puggaard L, et al. Long-Term effects of Individually tailored physical training and activity on physical function, well-being and cognition in Scandinavian Nursing Home Residents: a randomized controlled trial. *Gerontology.* 2016;62(6):571-80.

Recebido: 29/03/2015

Revisado: 10/05/2016

Aprovado: 31/10/2016



Prevalência de quedas e avaliação da mobilidade em idosos institucionalizados

Prevalence of falls and evaluation of mobility among institutionalized elderly persons

Lidiane Maria de Brito Macedo Ferreira¹
Javier Jerez-Roig¹
Fabienne Louise Juvêncio Paes de Andrade¹
Nayara Priscila Dantas de Oliveira¹
José Rodolfo Torres de Araújo²
Kenio Costa de Lima^{1,2}

Resumo

Objetivos: Estimar a prevalência de quedas em idosos institucionalizados e estabelecer os fatores associados. **Método:** Trata-se de estudo transversal com idosos residentes nas instituições de longa permanência para idosos de Natal, Rio Grande do Norte, que deambulassem e não apresentassem comprometimento cognitivo severo. Foram questionados dados sobre a instituição, sociodemográficos e de saúde e realizado exame físico para avaliar fragilidade, mobilidade e equilíbrio (Timed Up and Go, Escala de Equilíbrio de Berg, Velocidade de Marcha e Teste do Sentar e Levantar). A análise estatística foi realizada através do Teste qui-quadrado para um nível de significância de 5%. **Resultados:** Sessenta e três idosos enquadraram-se nos critérios da pesquisa, dos quais, 22,2% sofreram quedas no último ano. Apenas o Teste do Sentar e Levantar esteve associado a essas quedas. **Conclusão:** A população estudada apresentou uma baixa prevalência de quedas e a capacidade de desempenhar menos de cinco repetições no Teste do Sentar e Levantar esteve associada aos episódios de queda.

Palavras-chave: Idoso.
Quedas. Movimento.
Instituição de Longa
Permanência para Idosos.

Abstract

Objective: The present study aimed to estimate the prevalence of falls among institutionalized elderly persons and identify associated factors. **Method:** A cross-sectional study of elderly residents of Care Facilities For the Elderly in Natal, Rio Grande do Norte, was carried out. The elderly persons could walk independently and did not have severe cognitive impairment. Data was obtained about the institution and socio-demographic and health information was collected. A physical examination was performed to evaluate frailty, mobility and balance (Timed up and go, Berg Balance Scale, Gait speed and Sitting-rising Test - SRT). Statistical analysis was performed using the Chi-squared Test for a 5% significance level. **Results:** Sixty-three elderly persons were within the search criteria. Of these 22.2% had fallen in the past year. Only the SRT was associated with these falls. **Conclusion:** It was concluded that the studied population has a low prevalence of falls, and the ability to perform less than 5 repetitions in the SRT was associated with episodes of falling.

Keywords: Elderly.
Accidental Falls. Movement.
Homes for the Aged.

¹ Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva. Natal, Rio Grande do Norte, Brasil.

² Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde. Natal, Rio Grande do Norte, Brasil.

INTRODUÇÃO

Observa-se no Brasil uma tendência epidemiológica de envelhecimento populacional com aumento substancial no número de idosos e diminuição na taxa de natalidade. Com o crescente número de indivíduos com mais de 60 anos de idade e muitas famílias sem condições de oferecer um cuidado especializado por meio de cuidadores, surgem às instituições de longa permanência para idosos (ILPI) como opção para sua moradia. Entretanto, muitos idosos que vão morar nas ILPI são mais frágeis ou possuem a saúde mais debilitada. Somem-se a essas características intrínsecas, a falta de estímulos à mobilidade e lazer dentro dessas instituições, o que os torna ainda mais inativos e com complicações na saúde^{1,2}.

Dentre os problemas que afetam esses indivíduos, são comuns as queixas de instabilidade postural³. Metanálise⁴ publicada em 2012 referiu prevalência de 3% de quedas em idosos, sendo que a maioria delas poderia ser prevenida ou controlada. Estão implicados como fatores de risco para quedas em idosos as doenças musculoesqueléticas, alterações metabólicas, depressão, doenças vestibulares, neurológicas, cardiovasculares, assim como situações como sedentarismo, polifarmácia e grande número de comorbidades^{4,5}.

Ao comprometer a mobilidade, a falta de equilíbrio postural determina a dependência nas atividades de vida diária, sequelas psicológicas (medo de cair e isolamento social), aumento no risco de quedas e pobre qualidade de vida. Idosos com limitações de mobilidade apresentam maior risco de quedas durante a realização de suas atividades diárias⁶ e, tornar-se dependente, é um dos maiores temores do idoso³. Neste contexto, grife-se que além da elevada morbidade, as complicações das quedas são as principais causas de morte em idosos com mais de 65 anos⁷.

A mobilidade do idoso é, portanto, um importante fator a ser estudado para prevenir as quedas e suas consequências. Uma das maneiras mais usuais para a avaliação da mobilidade é por meio da postura, marcha e transferência, utilizando testes de desempenho físico⁶. Este estudo justifica-se pela possibilidade de determinar o perfil e as

características dos idosos institucionalizados mais propensos e susceptíveis a caírem, com vistas a instituir estratégias de prevenção e diminuição dos riscos advindos das quedas.

Este estudo objetivou estimar a prevalência de quedas em idosos residentes em 10 instituições de longa permanência cadastradas na Vigilância Sanitária do município de Natal, Rio Grande do Norte, assim como estabelecer associações entre a mobilidade dos idosos e as quedas.

MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal com idosos residentes nas ILPI, registradas pela Vigilância Sanitária (VISA), sem e com fins lucrativos, do município de Natal. Há, no registro da VISA, 14 ILPI cadastradas, mas quatro rejeitaram a participação no estudo, totalizando 10 instituições (cinco privadas e cinco sem fins lucrativos).

Foram incluídos no estudo todos os idosos que estavam presentes nas ILPI no momento da pesquisa, que deambulassem com ou sem ajuda e que não apresentassem comprometimento cognitivo severo, medidos através do questionário Pfeiffer⁸. Foram excluídos os cadeirantes e acamados devido ao fato de estes estarem impossibilitados de realizar os testes físicos para a avaliação funcional, idosos com comprometimento grave de comunicação, que não falavam português ou que estivessem desorientados ou agitados no momento da pesquisa. As coletas foram realizadas no período de outubro a dezembro de 2013.

A coleta dos dados foi dividida em dois momentos: inicialmente aplicação de um questionário aos idosos e cuidadores, complementado com dados dos prontuários, seguida por uma avaliação física dos idosos.

O dado sobre ocorrência de quedas no último ano foi obtido a partir de várias fontes: por pergunta direta ao idoso, ao cuidador ou profissional de saúde responsável por ele e ainda confirmado através da pesquisa em prontuários médicos e registros de enfermagem, para minimizar o viés de memória e tornar o dado o mais confiável possível.

As variáveis descritivas, coletadas com o objetivo de caracterizar a amostra do estudo, foram pesquisadas por meio de formulário de coleta de dados com questões direcionadas aos idosos e cuidadores ou por informações colhidas diretamente nos prontuários médicos dos idosos. São elas: variáveis gerais da instituição (tipo de instituição, tempo em que vive na instituição e relação idoso/cuidador), dados sociodemográficos (sexo, cor, idade, estado civil e escolaridade) e de saúde do paciente (presença de doenças, uso de medicamentos, presença de noctúria, dependência, fragilidade, sintomas depressivos, fadiga, estado nutricional, nível cognitivo e prática de exercícios físicos).

Após coleta desses dados, foram realizados os testes Timed Up and Go (TUG)⁹, Teste de Sentar e Levantar (TSL)¹⁰, Velocidade da Marcha (VM)¹¹ e os testes que compõem a Escala de Equilíbrio de Berg (EEB)¹² para avaliação do risco de quedas.

Para o TUG⁹, os valores considerados foram: menos de 20 segundos para realização (baixo risco para quedas); de 20 a 29 segundos (médio risco para quedas); e 30 segundos ou mais (alto risco para quedas). Para o TSL¹⁰, foi calculado o número de repetições que o idoso conseguia sentar e levantar de uma cadeira sucessivamente em 30 segundos. Os resultados para esse item foram categorizados pela mediana. A VM¹¹ foi calculada pelo tempo em que os idosos caminhavam um percurso de 4,6 metros. Para análise estatística, os resultados foram transformados na unidade metro/segundo (m/s) e ajustados pela mediana da estatura para homens e mulheres.

Para a avaliação da fragilidade foram considerados os cinco critérios propostos por Fried et al.¹¹, que são: perda de peso não intencional (mais de 4,5 kg) no último ano; fraqueza muscular, por meio do dinamômetro manual Jamar®, mensurada em quilogramas/força (Kgf); nível de atividade física, medido pela versão curta do Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ)¹³; exaustão, avaliada pelo autorrelato de fadiga, de acordo com as questões de números 7 (“*Sinto que tudo que fiz foi*

muito custoso”) e 20 (“*Eu me sinto desanimado*”) da escala de depressão do *Center for Epidemiological Studies*¹⁴; e VM¹¹. A partir desses dados, a variável *fragilidade* foi classificada e categorizada em *frágil + pré-frágil* e em *não frágil*, forma como foi apresentada no estudo.

A capacidade cognitiva foi avaliada a partir do questionário de Pfeiffer⁸ e categorizada em: ausência de declínio cognitivo, declínio cognitivo leve, moderado ou severo. Foram excluídos os idosos com declínio cognitivo severo.

Os sintomas de depressão foram avaliados pela Escala de Depressão Geriátrica¹⁵ e classificados em presença ou ausência de sintomas depressivos.

A capacidade funcional foi descrita pela Escala de Katz¹⁶ e classificada em dependente ou independente. O estado nutricional foi descrito pelo índice de massa corporal¹⁷ (IMC) e classificado em baixo peso, eutrofia e sobrepeso.

Após coletados os dados, foi realizada a análise descritiva para caracterização dos grupos e a análise bivariada utilizando o Teste qui-quadrado para um nível de significância de 5%.

A pesquisa seguiu todos os critérios e exigências estabelecidos pela Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e obedeceu às recomendações do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), tendo sido aprovado sob o nº 013/2014 com CAAE nº 0290.0.051.000-11. Todos os idosos consentiram sua participação através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

O número total de idosos das 10 ILPI foi de 386 idosos. Quando submetidos aos critérios de inclusão e exclusão do estudo, 63 idosos enquadraram-se e foram avaliados, de acordo com o observado na Figura 1.

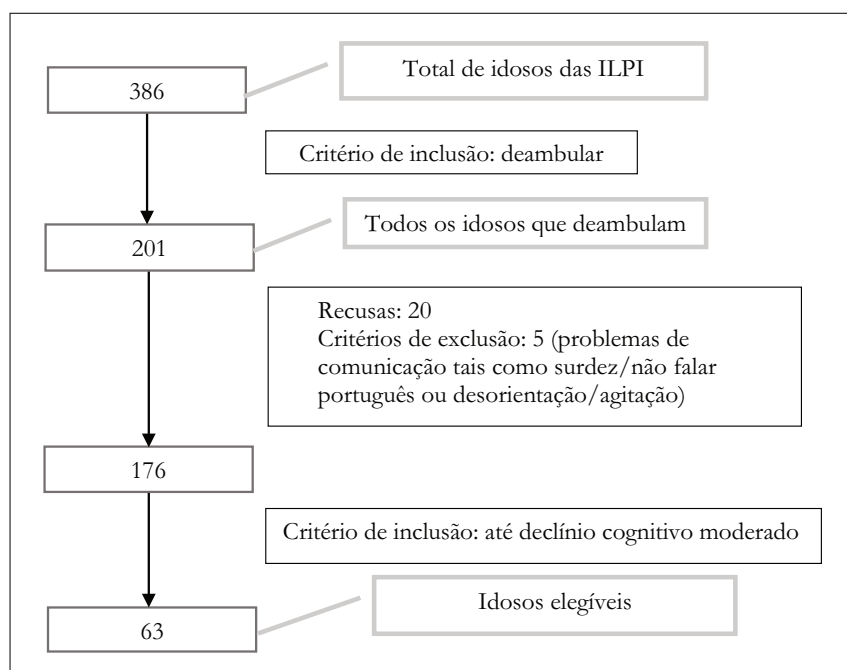


Figura 1. Fluxograma da aplicação dos critérios de inclusão e exclusão e o total de idosos elegíveis para a pesquisa. Natal, RN, 2013.

A maioria desses idosos que sofreram quedas foram mulheres, brancas, residentes em ILPI sem fins lucrativos, com menos de 42 meses de residência (Tabela 1), frágeis ou pré-frágeis, que possuíam noctúria, eram independentes, possuíam

declínio cognitivo, apresentavam sinais de fadiga, sobrepeso, baixo nível de atividade física e faziam uso de polifarmácia (Tabela 2). Entretanto, esses dados foram apenas descritivos e não mostram diferenças entre os grupos.

Tabela 1. Caracterização dos idosos institucionalizados segundo dados sociodemográficos e da instituição. Natal, RN, 2013.

	Quedas sim n (%)	Quedas não n (%)
Dados sociodemográficos		
Sexo		
Feminino	10 (71,42)	40 (81,63)
Masculino	4 (28,57)	9 (18,36)
Escolaridade		
Analfabeto-EFI	3 (21,42)	32 (65,30)
EFII e acima	11 (78,57)	17 (34,69)
Cor		
Branco	10 (71,42)	24 (48,97)
Outras	4 (28,57)	25 (51,02)
Estado civil		
Solteiro, viúvo ou desquitado	14 (100)	46 (93,87)
Casado	0 (0)	3 (6,12)

continua

Continuação da Tabela 1

	Quedas sim n (%)	Quedas não n (%)
Dados da instituição		
Relação idoso/cuidador		
>7,5	6 (42,85)	33 (67,34)
Entre 1 e 7,5	8 (57,14)	16 (32,34)
Tempo de residência		
43 meses ou mais	5 (35,71)	28 (57,14)
42 meses ou menos	9 (64,28)	21 (42,85)
Tipo de instituição		
Sem fins lucrativos	10 (71,42)	39 (79,59)
Com fins lucrativos	4 (28,57)	10 (20,40)

EFI: ensino fundamental I; EFII: ensino fundamental II.

Tabela 2. Caracterização dos idosos institucionalizados segundo parâmetros de saúde. Natal, RN, 2013.

	Quedas sim n (%)	Quedas não n (%)
Dados de saúde		
Noctúria		
Sim	11 (100)	34 (69,38)
Não	0 (0)	6 (12,24)
Fragilidade		
Frágil + pré-frágil	12 (85,71)	42 (85,71)
Não frágil	2 (14,28)	7 (14,28)
Katz		
Dependente	4 (28,57)	12 (24,48)
Independente	10 (71,42)	37 (75,51)
Pfeiffer		
Com declínio cognitivo	10 (71,42)	40 (81,63)
Sem declínio cognitivo	4 (28,57)	9 (18,36)
Escala de depressão geriátrica		
Com sintomas depressivos	6 (42,85)	17 (34,69)
Sem sintomas depressivos	8 (57,14)	32 (65,30)
Fadiga		
Sim	11 (78,57)	33 (67,34)
Não	3 (21,42)	16 (32,34)
Estado nutricional		
Baixo peso	1 (7,69)	8 (17,77)
Eutrofia	4 (30,76)	16 (35,55)
Sobrepeso	8 (61,53)	21 (46,66)
Nível de atividade física		
Médio/baixo	10 (71,42)	27 (55,10)
Alto	4 (28,57)	22 (44,89)
Número de doenças		
2 ou mais	9 (64,28)	28 (57,14)
0 ou 1	5 (35,71)	21 (42,85)
Número de medicamentos		
5 ou mais	8 (57,14)	27 (55,10)
0 a 4	6 (42,85)	22 (44,89)

A mediana de idade para a população estudada foi de 79 anos, sendo que os que sofreram quedas tinham entre 65 e 92 anos com mediana de 80,5 anos. A prevalência de quedas para os idosos avaliados foi

de 22,2% (IC 95%=11,94–32,46). Em relação ao exame físico, em que se avaliou a mobilidade dos idosos, pode-se observar que apenas o TSL mostrou associação com as quedas (Tabela 3).

Tabela 3. Análise bivariada: associação entre mobilidade e quedas em idosos institucionalizados. Natal, RN, 2013.

	Quedas sim n (%)	Quedas não n (%)	<i>p</i>	RP (IC)
Risco de quedas (Berg)				
Sim	7 (35)	13 (75)	0,107	2,69
Não	7 (16,7)	35 (83,3)		(0,79-9,17)
Teste de Sentar e Levantar				
≤5	8 (38,1)	13 (61,9)	0,032*	3,69
≥6	6 (14,3)	36 (85,7)		(1,07-12,68)
Velocidade da Marcha				
0 a 0,59	9 (29)	22 (71)	0,201	0,45
≥0,6	5 (16,1)	26 (83,9)		(0,13-1,54)
Timed Up and Go				
Médio/alto risco	8 (28,6)	20 (71,4)	0,182	2,32
Baixo risco	5 (14,7)	29 (85,3)		(0,66-8,13)

*: $p < 0,05$; Teste qui-quadrado.

DISCUSSÃO

As quedas em idosos podem ser consideradas eventos comuns, apresentando menor ocorrência entre os que vivem na comunidade quando comparados aos idosos institucionalizados¹⁸. Entretanto, a prevalência de quedas encontrada na presente pesquisa (22,2%) mostra-se relativamente abaixo dos valores encontrados em diversos estudos desenvolvidos com idosos residentes na comunidade e em ILPI, os quais variam de 30 a 39%^{4,19-21}. Possivelmente, o baixo estímulo à mobilidade nesta amostra tenha atuado como fator decisivo para uma prevalência inferior à descrita pela literatura (os idosos caem menos, pois se movimentam pouco).

Diversos fatores estão associados ao maior risco e incidência de quedas na população idosa e, dentre eles, a residência em ILPI adquire grande destaque e relevância, tendo em vista as próprias características do idoso institucionalizado, que apresenta uma maior tendência à fragilidade e à diminuição da capacidade funcional²¹. A fragilidade é preditiva para perda da capacidade funcional e em estudo

prospectivo foi determinado que é marcador para queda recorrente²².

O sexo feminino, tal como mostra o estudo, é relatado na literatura como um fator que aumenta a chance da ocorrência de quedas em idosos^{5,19,23,24}. Entretanto, as causas que possam explicar e/ou justificar essa detecção são escassas e controversas, trazendo discussões acerca da possibilidade de maior fragilidade da mulher idosa quando comparada ao homem, diagnosticada pela redução da força muscular e menor quantidade de massa magra¹⁹. Outra justificativa estaria relacionada à maior incidência de doenças crônicas entre as idosas e a mais frequente exposição a comportamentos considerados de risco, atrelados ao papel da mulher no contexto social e familiar¹⁹. Apesar dessas evidências, outros estudos já não identificam diferença significativa entre o sexo masculino e feminino para o risco de quedas²⁵.

O número elevado de comorbidades consiste em importante característica do perfil do idoso que cai, sendo as mais comuns à hipertensão arterial, diabetes e dislipidemias²³. Neste estudo, a maioria dos idosos

que caíram no último ano possuíam duas ou mais doenças associadas.

O uso de polifarmácia foi outra característica dos idosos que sofreram quedas encontrada no presente estudo. Dados mostram que o policonsumo é considerado um poderoso fator de risco não só para quedas, mas também para fraturas em idosos²³, apesar de este dado não ser unânime entre os estudos²⁶. O uso de determinados medicamentos, como opioides, antipsicóticos, ansiolíticos, hipnóticos e antidepressivos, pode estar associado à presença de sintomas que podem influenciar na ocorrência das quedas, tais como tontura, instabilidade e fadiga.

Idosos independentes caem mais pelo fato de deambularem sem auxílio, sendo muitas vezes a autoconfiança o fator que os leva às quedas²⁷. A presença de marcha, por si só, já é considerada um fator de risco para quedas em idosos²⁸. Neste estudo, a prevalência de quedas foi maior entre os idosos independentes, confirmando que independência e mobilidade estão intimamente associadas.

Da mesma forma, idosos com maior declínio cognitivo são mais susceptíveis às quedas visto que não assumem postura adequada de proteção aos riscos. A demência tem sido apontada como fator de aumento de risco de cair²⁹. Neste estudo, ficou demonstrado que a maioria dos idosos que sofreram quedas possuíam algum grau de declínio cognitivo.

Outros achados deste estudo foram a maior prevalência de quedas entre idosos com sobrepeso, fadiga e baixo nível de atividade física, que justificam o baixo estímulo corporal e instabilidade. Programas de atividade física direcionada a idosos melhoram o equilíbrio, flexibilidade e velocidade de marcha, prevenindo quedas³⁰.

Quanto ao estado físico, os transtornos de mobilidade, equilíbrio e controle postural são considerados como os principais contribuintes para a ocorrência de quedas²³. Idosos institucionalizados, com déficit de mobilidade, mesmo leve, já apresentam risco para quedas, sendo necessário instituir estratégias de prevenção³¹ que evitem as morbidades advindas do episódio da queda.

O presente estudo utilizou três instrumentos para avaliar o equilíbrio corporal e postural dos

idosos, mimetizando as atividades de vida diária, autocuidado e mobilidade: TSL, VM e TUG. A EEB foi utilizada para uma avaliação dos possíveis riscos de queda. Entretanto, os dados apresentados na análise bivariada mostram que os episódios de quedas estiveram estatisticamente associados a um único teste de mobilidade, o TSL, e que não houve diferença de risco de queda quando comparadas a EEB. Estudo semelhante³² realizado em ILPI, no Brasil, também demonstrou não haver associação entre o TUG e a EEB com o risco de quedas.

O TSL traduz que quanto menor a capacidade do idoso em desempenhar as repetições solicitadas no teste, maior é a possibilidade desse indivíduo cair. Neste estudo, a maioria dos idosos que sofreram quedas desempenhou menos de cinco repetições dos movimentos de sentar e levantar, confirmando sua característica frágil e limitação de movimentos.

Contraditoriamente, alguns estudos mostram associações entre a EEB e o TUG com quedas em idosos^{32,33}, inclusive apontando que quanto maior é a idade, pior é o equilíbrio funcional e, conseqüentemente, maior o risco de quedas³³. Igualmente, em relação à VM, estudos mostram³⁴ associação entre alteração de marcha e ocorrência de quedas. Provavelmente, a amostra reduzida deste estudo não conseguiu refletir em todos os testes físicos a situação de imobilidade e limitação física do idoso institucionalizado e, por isso, as associações não foram significativas.

Algumas limitações foram identificadas neste estudo, tais como: o possível viés de memória dos idosos e/ou cuidadores quando questionados sobre a presença de quedas, o viés de aferição relacionado ao possível registro insuficiente das doenças crônicas dos idosos nos prontuários médicos e o número reduzido de idosos que se submeteram à avaliação físico-funcional, seja por limitações físicas ou por negativas à participação no estudo, prejudicando desta forma as análises estatísticas. Apesar disso, o estudo de um evento comum para a saúde coletiva, assim como a avaliação funcional dos idosos em situação de fragilidade, remete à importância do estudo.

Pelo fato de se tratar de um estudo transversal e, portanto, não poder inferir situações de causa-efeito, sugere-se que novos estudos longitudinais sejam realizados para avaliar a real influência dos

deficit físico-funcionais com quedas em idosos institucionalizados.

CONCLUSÃO

A população de idosos institucionalizados de Natal, Rio Grande do Norte, apresentou uma

prevalência de quedas de 22,2% e a capacidade de desempenhar menos de cinco repetições no teste de mobilidade do sentar e levantar esteve associada aos episódios de queda. Portanto, medidas de estímulo à mobilidade e atividades com incentivo ao equilíbrio corporal devem ser institucionalizadas, com vistas a melhorar a percepção espacial e corporal, e como forma de prevenção às quedas e suas complicações.

REFERÊNCIAS

1. Berleze DJ, Tolfo JC, Costa VRP, Marques CLS. Institutionalized elderly in Santa Maria (RS): leisure as a possibility for social inclusion. *Rev Kairós*. 2014;17(4):189-210.
2. Moura GA, Souza LK. Práticas de lazer na ILPI: a visão dos coordenadores. *Licere*. 2014;17(3):24-43.
3. Ferreira LMBM, Figueiredo-Ribeiro KMOB. O equilíbrio postural em idosos. In: Guedes DT, Sousa ACPA, Guerra RO. Avaliação da mobilidade e capacidade funcional em idosos na prática clínica. João Pessoa: Ideia; 2013. p. 35.
4. Gillespie LD, Robertson MC, Gillespie WJ, Sherrington C, Gates S, Clemson LM, et al. Interventions for preventing falls in older people living in the community. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;12(9):1-189.
5. Ranaweera AD, Fonseka P, Pattiya Arachchi A, Siribaddana SH. Incidence and risk factors of falls among the elderly in the district of Colombo. *Ceylon Med J*. 2013;58(3):100-6.
6. Oliveira BS, Gomes CS. Mobilidade em idosos: envelhecimento e mobilidade. In: Guedes DT, Sousa ACPA, Guerra RO. Avaliação da mobilidade e capacidade funcional em idosos na prática clínica. João Pessoa: Ideia; 2013. p. 18.
7. Dias BB, Mota RS, Gênova TC, Tamborelli V, Pereira VV, Puccini PT. Aplicação da Escala de Equilíbrio de Berg para verificação do equilíbrio de idosos em diferentes fases do envelhecimento. *Rev Bras Ciênc Envelhec Hum*. 2009;6(2):213-24.
8. Pfeiffer E. A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients. *J Am Geriatr Soc*. 1975;23(10):433-41.
9. Podsiadlo D, Richardson S. The timed "Up & Go": a test of basic functional mobility for frail elderly persons. *J Am Geriatr Soc*. 1991;39(2):142-8.
10. Araújo CGS. Teste de sentar-levantar: apresentação de um procedimento para avaliação em Medicina do Exercício e do Esporte. *Rev Bras Med Esporte*. 1999;5(5):179-82.
11. Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol Ser A Biol Sci Med Sci*. 2001;56(3):146-56.
12. Miyamoto ST, Lombardi Junior I, Berg KO, Ramos LR, Natour J. Brazilian version of the Berg balance scale. *Braz J Med Biol Res*. 2004;37(9):1411-21.
13. Matsudo S, Araújo T, Matsudo V, Andrade D, Andrade E, Oliveira C, et al. International Physical Activity Questionnaire (IPAQ): study of validity and reliability in Brazil. *Rev Bras Ativ Fís Saúde*. 2001;6(2):5-12.
14. Batistoni SST, Néri AL, Cupertino AP. Validade e confiabilidade da versão brasileira da Center for Epidemiological Scale – Depression (CES-D) em idosos brasileiros. *Psico USF*. 2010;15(1):13-22.
15. Almeida OP, Almeida SA. Reliability of the Brazilian version of the geriatric depression scale (GDS) short form. *Arq Neuropsiquiatr*. 1999;57(2B):421-6.
16. Lino VTS, Pereira SEM, Camacho LAB, Ribeiro Filho ST, Buksman S. Cross-cultural adaptation of the Independence in Activities of Daily Living Index (Katz Index). *Cad Saúde Pública*. 2008;24(1):103-12.
17. BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde: Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2011. (Série G. Estatística e Informação em Saúde).
18. Ramírez AG, Aguirre JJC, Ancizar PL, Oliveras JLG, Benavente TM, Armendia ARG, et al. Falls in nursing homes and institutions: update by the osteoporosis, falls and fractures Working Group of the Spanish Society of Geriatrics and Gerontology (GCOF-SEGG). *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2013;48(1):30-8.

19. Perracini MR, Ramos LR. Fall-related factors in a cohort of elderly community residents. *Rev Saúde Pública*. 2002;36(6):709-16.
20. Del Duca GF, Antes DL, Hallal PC. Falls and fractures among older adults living in long-term care. *Rev Bras Epidemiol*. 2013;16(1):68-76.
21. Lojudice DC, Laprega MR, Rodruígues RAP, Rodrigues Junior AL. Falls of institutionalized elderly: occurrence and associated factors. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2010;13(3):403-12.
22. Vries OJ, Peeters GM, Lips P, Deeg DJ. Does frailty predict increased risk of falls and fractures?: a prospective population-based study. *Osteoporosis int*. 2013;24(9):2397-403.
23. Peláez VC, Ausín L, Mabrilla MR, Gonzalez-Sagrado M, Castrillon JLP. Prospective observational study to evaluate risk factors for falls in institutionalized elderly people: the role of cystatin C. *Aging Clin Exp Res*. 2015;27(4):419-24.
24. Buchele G, Becker C, Cameron ID, Koning H, Robinovitch S, Rapp K. Predictors of serious consequences of falls in residential aged care: analysis of more than 70,000 falls from residents of bavarian nursing homes. *J Am Med Dir Assoc*. 2014;15(58):559-63.
25. Sharifi F, Fakhrzadeh H, Memari A, Najafi B, Nazari N, Khoee MA, et al. Predicting risk of the fall among aged adult residents of a nursing home. *Arch Gerontol Geriatr*. 2015;61(2):124-30.
26. Milos V, Bondesson A, Magnusson M, Jakobsson U, Westerlund T, Midlov P. Fall risk-increasing drugs and falls: a cross-sectional study among elderly patients in primary care. *BMC Geriatr*. 2014:1-7.
27. Sherrington C, Lord SR, Vogler CM, Close JCT, Howard K, Dean CM, et al. A Post-Hospital home exercise program improved mobility but increased falls in older people: a randomised controlled trial. *PLoS ONE*. 2014;9(9):1-12.
28. Reis KMC, Jesus CAC. Cohort study of institutionalized elderly people: fall risk factors from the nursing diagnosis. *Rev Latinoam Enferm*. 2015;23(6):1130-8.
29. Nazir A, Mueller C, Perkins A, Arling G. Falls and nursing home residents with cognitive impairment: new insights into quality measures and interventions. *J Am Med Dir Assoc*. 2012;13(9):819.
30. Vu MQ, Weintraub N, Rubenstein LZ. Falls in the nursing home: are they preventable? *J Am Med Dir Assoc*. 2006;7(3):53-8.
31. Barken AL, Nitz JC, Choy NLL, Haines TP. Mobility has a non-linear association with falls risk among people in residential aged care: an observational study. *J Physiother*. 2012;58(2):117-25.
32. Batista WO, Alves Junior ED, Porto F, Pereira FD, Santana RF, Gurgel JL. Influence of the length of institutionalization on older adults' postural balance and risk of falls: a transversal study. *Rev Latinoam Enferm*. 2014;22(4):645-53.
33. Pereira VV, Maia RA, Silva SMCA. The functional assessment Berg Balance Scale is better capable of estimating fall risk in the elderly than the posturographic Balance Stability System. *Arq Neuropsiquiatr*. 2013;71(1):5-10.
34. Lucareli PRG, Pereira C, Oliveira L, Garbelotti Junior SA, Fukuda TY, Andrade PH, et al. Alteração do equilíbrio e marcha em idosos e ocorrências de quedas. *Rev Bras Fisioter*. 2007;11(Supl):48.

Recebido: 26/02/2016

Revisado: 14/09/2016

Aprovado: 31/10/2016



Fatores associados à institucionalização de idosos: estudo caso-controlado

Factors associated with the institutionalization of the elderly: a case-control study

Ezequiel Vitório Lini¹
Marilene Rodrigues Portella¹
Marlene Doring¹

Resumo

Objetivo: Identificar os fatores associados à institucionalização de idosos. **Método:** Estudo caso-controlado de base populacional com 387 idosos. Consideraram-se casos idosos (n=191) residentes em instituições de longa permanência e os controles, idosos (n=196) residentes nos domicílios urbanos do município do Rio Grande do Sul, alocados a partir dos registros das Estratégias de Saúde da Família, ambos os grupos foram selecionados aleatoriamente. Considerou-se como variável dependente a institucionalização e como variáveis independentes as sociodemográficas, clínicas, capacidade funcional e comprometimento cognitivo. Na comparação entre os grupos, foram empregados os Testes qui-quadrado, de Pearson, o modelo de regressão logística com análise ajustada, e medidas de efeito expressas em *odds ratio* com intervalo de confiança de 95%. Para entrada no modelo múltiplo, foram consideradas as variáveis com $p \leq 0,20$. **Resultados:** Na análise múltipla permaneceram associados à institucionalização: não ter companheiro(a) (OR=9,7), não possuir filhos(as) (OR=4,0), apresentar comprometimento cognitivo (OR=11,4) e ter dependência para as atividades básicas de vida diária (OR=10,9). **Conclusão:** O comprometimento cognitivo e as dependências para atividades básicas de vida diária foram os fatores mais fortemente associados à institucionalização. Medidas de cuidados em domicílio e ações para prevenir a instalação dos fatores de risco devem ser estimuladas para retardar o encaminhamento dos idosos para as instituições e desenvolver estratégias que permitam a manutenção dos idosos no convívio social.

Palavras-chave: Idoso. Instituição de Longa Permanência para Idosos. Fatores de risco. Demência. Atividades Cotidianas.

Abstract

Objective: to identify the factors associated with the institutionalization of the elderly. **Method:** a case-control, population-based study was performed with 387 elderly people. The study considered cases of elderly people (n=191) living in long-term care facilities, and a control group (n=196) who lived in homes in urban areas of the city. Both groups were identified from the records of the Family Health Strategy and were randomly selected. Institutionalization was considered a dependent variable, and sociodemographics, clinical factors, functional status, and cognitive impairment were considered independent variables. Comparison between groups was analyzed using the Chi-squared and Pearson tests and

Keywords: Elderly. Homes for the Aged. Risk Factors. Dementia. Activities of Daily Living.

¹ Universidade de Passo Fundo (UPF), Programa de Pós-graduação em Envelhecimento Humano. Passo Fundo, Rio Grande do Sul, Brasil.

the logistic regression model was used in adjusted analysis, with measurements of effect expressed as odds ratio with a 95% confidence interval. Variables with $p \leq 0.20$ were considered for entry in the multiple model. *Results:* variables that remained associated with institutionalization in multiple analysis were: not having a partner (OR=9.7), not having children (OR=4.0), presenting cognitive impairment (OR=11.4), and depending on others to perform basic activities of daily living (OR=10.9). *Conclusion:* cognitive impairment and dependency for basic activities of daily living were more strongly associated with institutionalization. Home care strategies and preventive actions for risk factors should be stimulated to delay the referral of elderly people to Long Term Care Facilities for the Elderly, and to develop strategies that allow the elderly to remain socially active.

INTRODUÇÃO

O prolongamento da vida tornou-se uma realidade em nosso país devido à diminuição das taxas de mortalidade, redução das doenças infecciosas, além de significativa evolução na assistência à saúde; no entanto, com a maior proporção de idosos, cresce a importância das condições de dependência, que em algum momento irão requerer maiores cuidados¹.

Diante de algumas complicações, tais como a presença de doenças crônicas e limitações para atividades de vida diária, surge a necessidade de acompanhamento profissional, inclusive com encaminhamento para instituições de longa permanência para idosos (ILPI)².

Atualmente, as ILPI operam praticamente com todos os leitos ocupados e, segundo as previsões, na próxima década pode-se esperar um crescimento entre 100% e 500% no número de idosos com necessidade de cuidados não familiares; assim, as instituições terão de absorver grande parte dessa demanda³. A necessidade de cuidados além dos domicílios deve-se à instalação de agravos crônicos com suas complicações e à indisponibilidade dos familiares no suporte contínuo que idosos dependentes necessitam, seja pela dificuldade em permanecer em casa por tempo integral, seja por impossibilidade de contratar profissionais especializados⁴.

Quanto aos motivos que levam à institucionalização, encontram-se resultados distintos. No estudo de Perlini et al.⁵, os fatores mais citados por familiares quando decidem institucionalizar o idoso são o número reduzido de integrantes da família, ausência de condições físicas, financeiras e psicológicas para prestar o cuidado em domicílio e o desejo do próprio idoso

em não perturbar seus familiares. Problemas de relacionamento com os familiares, viuvez, múltiplas doenças e síndrome demencial são os resultados alcançados por Fonseca et al.⁶.

Conhecer os fatores que levam à institucionalização torna-se fundamental para que os familiares e os profissionais de saúde atentem às possibilidades de prevenção e consigam identificar quando a institucionalização é, de fato, indicada. Os administradores, legisladores e órgãos fiscalizadores das ILPI podem, através do maior conhecimento sobre os indicadores da institucionalização, direcionar medidas de melhor acolhimento e manejo dessa população. De acordo com o exposto, este estudo visou identificar os principais fatores associados à institucionalização de idosos.

MÉTODO

Estudo caso-controle de base populacional, com 387 idosos residentes em um município de médio porte, localizado ao norte do Rio Grande do Sul, distante 293 km da capital do Estado. A população estimada era de 187.298 mil habitantes; destes, 22.222 eram idosos com 60 anos ou mais⁷.

Os casos foram representados por 191 indivíduos com idade ≥ 60 anos, residentes em ILPI e do grupo-controle, 196 indivíduos com idade ≥ 60 anos, residentes nos domicílios urbanos do município. Foram excluídos os idosos institucionalizados procedentes de outros municípios, mantendo assim a mesma procedência dos casos e dos controles.

No momento da coleta, o município contava com 16 ILPI, as quais abrigavam 363 idosos. Destas, 13 aceitaram participar (288 idosos), das

quais, três eram filantrópicas e 10 eram privadas. O cálculo amostral indicou que seriam necessários 186 idosos para o grupo de casos, adicionados mais 10% para compensar as possíveis perdas (recusas e não elegibilidade), totalizou-se 205 entrevistas. Conforme a identificação do percentual que cada ILPI representava sobre o total, foram sorteados em cada instituição indivíduos com idade ≥ 60 anos na mesma proporção.

Para a seleção dos controles, selecionou-se a amostra a partir da divisão territorial urbana demarcada pela Coordenadoria de Proteção Social Básica do município de Passo Fundo, RS. Esse órgão dividiu o município em quatro grandes setores: Setor I: Região Nordeste; Setor II: Região Noroeste; Setor III: Região Sudeste; Setor IV: Região Sudoeste. Assim, a partir da divisão territorial, sorteou-se em cada um dos setores uma Unidade Básica de Saúde (UBS), na qual se buscaram os cadastros (nome e endereço) de todos os indivíduos com idade ≥ 60 anos. A partir da listagem desses idosos, realizou-se sorteio de 52 idosos de cada quadrante, para se obter a proporção de um controle para cada caso, totalizando 208 idosos.

Os dados foram coletados nos domicílios e nas ILPI, no período de abril a agosto de 2014 por uma equipe treinada, composta por seis bolsistas e voluntárias do curso de graduação em Enfermagem da Universidade de Passo Fundo, RS. Um questionário estruturado foi aplicado com supervisão contínua do pesquisador responsável. Os idosos foram entrevistados individualmente, em locais reservados, tanto nas ILPI quanto nos domicílios. Na impossibilidade de o idoso sorteado responder, as informações eram obtidas com o cuidador ou responsável no domicílio e pelo responsável técnico nas ILPI.

Foram excluídos os idosos que estiveram hospitalizados no dia da entrevista. As perdas foram os indivíduos que não foram encontrados no domicílio após três tentativas dos entrevistadores em dias e horários alternados.

O desfecho definido foi a institucionalização. Para identificar os possíveis fatores associados à internação nas ILPI, foram investigadas as seguintes variáveis: sexo; idade; cor da pele/raça; situação conjugal; escolaridade; renda mensal; número de

filhos; prática de atividade física e estado de saúde autorreferidos; uso de medicação; presença de comprometimento cognitivo e incapacidade para atividades básicas de vida diária (ABVD). Investigou-se a presença de doenças crônicas, inclusive as demências. Dentre as possíveis demências, foram encontrados nos prontuários registros de Alzheimer e outras demências não especificadas (casos em que a demência estava diagnosticada, mas não classificada).

Para investigar a presença de comprometimento cognitivo, utilizou-se o minixame do estado mental (MEEM) com os seguintes pontos limites de corte: 13 pontos para idosos analfabetos, 18 pontos para aqueles com escolaridade baixa e média (até oito anos de escolaridade) e 26 pontos para idosos com escolaridade alta (acima de oito anos de escolaridade)⁸. O questionário de atividades funcionais de Pfeffer (QPAF)⁹, uma escala aplicada ao acompanhante/responsável quando há impossibilidade do idoso responder, seja por demência severa, afasia, surdez, etc., consiste em verificar a presença de comprometimento cognitivo a partir da capacidade do indivíduo em desempenhar determinadas funções, por exemplo: se é capaz de esquentar água para café ou chá e apagar o fogo; se é capaz de cumprimentar seus amigos adequadamente; prestar atenção e discutir sobre um programa de televisão ou rádio, entre outras. São 11 questões com pontuação máxima de 33 pontos; quanto maior o *score*, maior a dependência, o que sugere presença de comprometimento cognitivo. As respostas devem ser conforme o padrão de: sim é capaz (0); nunca fez, mas poderia fazer agora (0); com dificuldade, mas faz (1); nunca fez e teria dificuldade agora (1); necessita de ajuda (2); não é capaz (3). *Scores* maiores ou iguais a 6 sugerem comprometimento cognitivo¹⁰.

Para avaliar o desempenho para as ABVD utilizou-se o Índice de Katz¹¹, que avalia a capacidade funcional para o desenvolvimento de algumas atividades cotidianas básicas, como banhar-se, vestir-se, ir ao banheiro, transferências da cama para cadeira e vice-versa, controle sobre os esfíncteres e alimentação sem assistência. Foram considerados independentes os idosos com classificação A, ou seja, independente para todas as atividades, e dependentes os classificados em B, C, D, E, F, G e Outro, ou seja, dependente para, no mínimo, uma atividade.

Para comparar os grupos, foram empregados os Testes qui-quadrado de Pearson e exato de Fisher. Na análise multivariada foi utilizada a regressão logística, com medidas de efeito expressas em *odds ratio* (OR) e intervalos de confiança de 95% (IC 95%). Para entrada no modelo múltiplo, foram consideradas as variáveis com $p \leq 0,20$.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Passo Fundo, parecer nº 504.100/2014, e os idosos ou seus cuidadores assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido antes da realização das entrevistas.

RESULTADOS

Participaram do estudo 387 pessoas com idade ≥ 60 anos, divididos em 191 (49,4%) idosos residentes em ILPI e 196 (50,6%) idosos residentes nas áreas de abrangência das UBS. A maioria tinha entre 70 e

79 anos (34,6%). A média de idade foi de 75,1 anos ($\pm 9,9$), 64,6% eram do sexo feminino, 81,1% eram brancos e 69,6% viviam sem companheiro(a) (Tabela 1). Em 27,9% das entrevistas, a ajuda de terceiros foi necessária para completar o questionário.

A distribuição por sexo foi semelhante entre os institucionalizados e não institucionalizados. Quanto à renda, a proporção daqueles com proventos acima de três salários mínimos foi quatro vezes maior no grupo institucionalizado ($p=0,003$). A porcentagem de idosos que não frequentaram a escola foi maior em institucionalizados ($p<0,001$) (Tabela 1).

Não tinham companheiro 90,5% dos idosos institucionalizados e 49,5% dos idosos nos domicílios ($p<0,001$). Ao analisar a faixa etária, 49,2% dos institucionalizados tinham acima de 80 anos; nos idosos dos domicílios, 16,8% ($p<0,001$). Dos idosos institucionalizados, 37,7% não tinham filhos e 9,2% dos idosos nos domicílios ($p<0,001$) (Tabela 1).

Tabela 1. Distribuição dos idosos institucionalizados (casos) e residentes nos domicílios (controles) quanto às variáveis sociodemográficas (N=387). Passo Fundo, RS, 2014.

Variáveis	Casos n (%)	Controles n (%)	Total n (%)	<i>p</i>
Sexo				
Masculino	59 (30,9)	78 (39,8)	137 (35,4)	0,067
Feminino	132 (69,1)	118 (60,2)	250 (64,6)	
Faixa etária (em anos)				
60 a 69	35 (18,3)	91 (46,4)	126 (32,6)	<0,001
70 a 79	62 (32,4)	72 (36,7)	134 (34,6)	
≥ 80	94 (49,2)	33 (16,8)	127 (32,8)	
Escolaridade				
Não possui	44 (22,0)	21 (10,9)	65 (17,3)	<0,001
Possui	139 (76,0)	172 (89,1)	311 (82,7)	
Situação conjugal*				
Sem companheiro(a)	171 (90,5)	97 (49,5)	268 (69,6)	<0,001
Com companheiro(a)	18 (9,5)	99 (50,5)	117 (30,4)	
Filhos				
Sim	119 (62,3)	178 (90,8)	297 (76,7)	<0,001
Não	72 (37,7)	18 (9,2)	90 (23,3)	
Renda* (salário mínimo)				
Até 1	102 (60,7)	98 (51,9)	200 (56,0)	0,003
1 a 3	52 (31,0)	86 (45,5)	138 (38,7)	
+ de 3	14 (8,3)	5 (2,6)	19 (5,3)	

* Foram excluídas as informações faltosas (entrevistados que não sabiam responder).

A prática de atividade física foi significativamente menor entre os idosos institucionalizados (30,4%). No grupo institucionalizado, 50,3% precisavam de suporte para caminhar ou não caminhavam; no domicílio, a proporção foi de 12,2% ($p<0,001$) (Tabela 2). Dentre as dificuldades ou incapacidades para marcha, prevaleceram cadeirantes e acamados (65,7%) no grupo institucionalizado ($p=0,003$).

Na busca por doenças crônicas e incapacidades, os institucionalizados apresentaram percentuais maiores e significativos de Alzheimer (26,3%), Parkinson (9,5%), outras demências não especificadas (13,7%) e sequelas motoras de acidente vascular encefálico (AVE) (13,7%). Nos domicílios, a hipertensão arterial (69,9%), doenças cardíacas (27,0%), cânceres (10,7%) mostraram maiores proporções (Tabela 2).

Apresentaram sintomas sugestivos de demência (nos Testes MEEM e QPAF) 81,2% dos institucionalizados e 12,8% dos residentes nos domicílios ($p<0,001$). Mostraram-se dependentes para, no mínimo, uma atividade básica de vida diária 75,9% dos institucionalizados e 9,7% dos idosos dos domicílios ($p<0,001$) (Tabela 2).

Não utilizavam medicamento 2,6% dos idosos institucionalizados; nos domicílios, a proporção ficou em 11,8% ($p=0,001$) (Tabela 2). Os institucionalizados que utilizavam seis ou mais medicamentos eram 57,4%; nos domicílios, 22,5% ($p<0,001$). Não houve diferença significativa na autoavaliação de saúde entre idosos institucionalizados e não institucionalizados.

Tabela 2. Distribuição dos idosos institucionalizados (casos) e residentes nos domicílios (controles) quanto às variáveis clínicas (N=387). Passo Fundo, RS, 2014.

Variáveis	Casos n (%)	Controles n (%)	Total n (%)	<i>p</i>
Prática atividade física				
Sim	58 (30,4)	110 (56,1)	168 (43,4)	<0,001
Não	133 (69,6)	86 (43,9)	219 (56,6)	
Dificuldade em andar				
Sim	96 (50,3)	24 (12,2)	120 (31,0)	<0,001
Não	95 (49,7)	172 (87,8)	267 (69,0)	
Alzheimer*				
Sim	50 (26,3)	1 (0,5)	51 (13,2)	<0,001
Não	140 (73,7)	195 (99,5)	335 (86,8)	
Parkinson*				
Sim	18 (9,5)	4 (2,0)	22 (5,7)	0,002
Não	172 (90,5)	192 (98,0)	364 (94,3)	
Outras demências				
Sim	26 (13,7)	2 (1,0)	28 (7,3)	<0,001
Não	164 (86,3)	194 (99,0)	358 (92,7)	
Sequela motora AVE				
Sim	26 (13,7)	5 (2,6)	31 (8,0)	<0,001
Não	164 (86,3)	191 (97,4)	355 (92,0)	
Hipertensão arterial				
Sim	84 (44,2)	137 (69,9)	221 (57,3)	<0,001
Não	106 (55,8)	59 (30,1)	165 (42,7)	
Doenças cardíacas				
Sim	26 (13,7)	53 (27,0)	79 (20,5)	0,001
Não	164 (86,3)	143 (73,0)	307 (79,5)	

continua

Continuação da Tabela 2

Variáveis	Casos n (%)	Controles n (%)	Total n (%)	<i>p</i>
Cânceres				
Sim	6 (3,2)	21 (10,7)	27 (7,0)	0,004
Não	184 (96,8)	175 (89,3)	359 (93,0)	
Medicação				
Sim	186 (97,4)	172 (88,2)	358 (92,7)	0,001
Não	5 (2,6)	23 (11,8)	28 (7,3)	
Comprometimento cognitivo				
Sim	155 (81,2)	25 (12,8)	180 (46,5)	<0,001
Não	36 (18,8)	171 (87,2)	207 (53,5)	
Dependência para ABVD				
Sim	145 (75,9)	19 (9,7)	164 (42,4)	<0,001
Não	46 (24,1)	177 (90,3)	223 (57,6)	
Avaliação da saúde				
Excelente/bom	94 (49,2)	105 (53,6)	199 (51,4)	0,391
Regular/ruim/muito ruim	97 (50,8)	91 (46,4)	188 (48,6)	

* Foram excluídas as informações faltosas (entrevistados que não sabiam responder); AVE: Acidente vascular encefálico; ABVD: atividade básica da vida diária.

Quanto ao risco estimado, a análise bruta demonstrou que, à medida que a idade avança, aumenta a chance de institucionalização. Os idosos que não tinham companheiro(a), analfabetos, que não possuíam filho(a), não praticavam atividade física, necessitavam de auxílio para a marcha ou não caminhavam, usavam medicação, apresentaram diagnóstico de Alzheimer, outras demências não especificadas, Parkinson ou seqüela motora de AVE tinham maiores chances de institucionalização. Os idosos que apresentaram comprometimento cognitivo

(nos Testes MEEM e QPAF) e eram dependentes para as ABVD, apresentaram riscos estatisticamente maiores de institucionalização (Tabela 3).

Após a análise ajustada, permaneceram estatisticamente significativas: não ter companheiro(a) (solteiros, separados, viúvos) (OR=9,7 - IC_{95%}: 4,03-23,46), não possuir filhos(as) (OR=4,0 - IC_{95%}: 1,73-9,28). O comprometimento cognitivo (OR=11,4 - IC_{95%}: 5,59-23,40) e ter dependência para ABVD (OR=10,9 - IC_{95%}: 5,26-22,72) (Tabela 3).

Tabela 3. Análise bruta e ajustada dos fatores associados à institucionalização de idosos. Passo Fundo, RS, 2014.

Variáveis	OR* (IC95%)	<i>p</i>	OR† (IC95%)	<i>p</i>
Sexo		0,067		
Masculino	1,00			
Feminino	1,47 (0,96-2,25)			
Faixa etária (anos)		<0,001		
60-69	1,00			
70-79	2,23 (1,32-3,79)			
≥80	7,40 (3,95-13,88)			
Situação conjugal		<0,001		<0,001
Com companheiro(a)	1,00		1,00	
Sem companheiro(a)	9,69 (5,17-18,15)		9,72 (4,03-23,46)	

continua

Continuação da Tabela 3

Variáveis	OR* (IC95%)	p	OR† (IC95%)	p
Escolaridade		<0,001		
Com escolaridade	1,00			
Sem escolaridade	2,59 (1,45-4,60)			
Filhos		<0,001		0,001
Sim	1,00		1,00	
Não	5,98 (2,38-6,70)		4,01 (1,73-9,28)	
Atividade física		<0,001		
Sim	1,00			
Não	2,93 (1,90-4,52)			
Marcha independente		<0,001		
Sim	1,00			
Não	7,24 (4,12-12,72)			
Medicação		<0,001		
Não	1,00			
Sim	4,97 (1,81-13,60)			
Alzheimer		<0,001		
Não	1,00			
Sim	69,64 (8,06-601,81)			
Outras demências		<0,001		
Não	1,00			
Sim	15,37 (3,42-68,94)			
Parkinson		0,001		
Não	1,00			
Sim	4,50 (1,52-13,29)			
Sequela AVE		<0,001		
Não	1,00			
Sim	6,05 (2,22-16,49)			
Comprometimento cognitivo		<0,001		<0,001
Não	1,00		1,00	
Sim	29,45 (13,73-63,15)		11,43 (5,59-23,40)	
Independência ABVD		<0,001		<0,001
Sim	1,00		1,00	
Não	29,36 (13,46-64,01)		10,94 (5,26-22,72)	

*OR: Odds Ratio bruto; †OR: Odds Ratio ajustado calculado por regressão logística múltipla; AVE: Acidente vascular encefálico; ABVD: Atividade básica da vida diária.

DISCUSSÃO

Ao comparar os grupos de idosos, institucionalizados e não institucionalizados, observou-se maior concentração de idosos acima de 80 anos de idade nas instituições, achado este que corrobora a literatura^{12,13}. De fato, há relato que o risco de institucionalização é 9,5 vezes maior em idosos acima de 80 anos¹². Porém, as análises deste estudo

permitem concluir que a idade avançada não está associada à institucionalização, e sim às dependências que a acompanham. Fatores que podem explicar essa constatação é que, com o avançar da idade, aumentam as situações de dependência, seja pelo declínio físico ou mental, seja pelas diversas fragilidades, maior chance de apresentarem doenças crônicas não transmissíveis e suas complicações, o que muitas vezes motiva o processo de institucionalização¹⁴.

Diante da situação conjugal, obteve-se no grupo institucionalizado elevada proporção de idosos sem companheiro (90,5%), situação essa comum nos inquéritos realizados nas instituições¹⁵⁻¹⁷. A ausência de filhos demonstrou relevância no processo de institucionalização. Portanto, quando os idosos se deparam com as dificuldades nas atividades de vida diária ou apresentam outras dependências, enfrentam dificuldades em receber o cuidado no domicílio por conta das mudanças no perfil das famílias (ausência de filhos ou filhos que emigraram). Ainda, a opção de manterem-se solteiros, a ausência de cônjuge, seja por viuvez, separação/divórcio, que por tradição histórica mostram-se como principais cuidadores em domicílio, aumenta o risco de institucionalização¹⁷. Há relatos na literatura que pessoas que vivem sozinhas apresentam maior chance de institucionalização (homens 70% mais chance, mulheres 30%) e o que protege os que possuem cônjuges da institucionalização é que, em média, apresentam maior escolaridade e renda, casa própria, melhores condições de moradia¹⁸.

A proporção de inatividade física identificada nos idosos institucionalizados está em concordância com outros estudos^{13,15}. Porém, a variável atividade física perdeu a significância quando entrou no modelo múltiplo a variável relacionada à marcha. Isso porque, para o desempenho da maioria das atividades físicas, faz-se necessário que o indivíduo esteja apto para tal, com bom funcionamento do sistema cardiovascular, respiratório, condições neuromotoras, metabólicas, entre outras¹⁹.

As principais doenças e complicações inicialmente associadas à institucionalização na análise bruta foram a doença de Alzheimer, Parkinson, outras demências não especificadas e sequelas motoras de AVE, ou seja, comprometimentos de ordem cognitiva e funcional. Todavia, na análise múltipla essas variáveis perderam a significância quando a dependência para ABVD e o comprometimento cognitivo entraram no modelo. Isso porque as sequelas de AVE podem interferir fortemente na realização das atividades básicas de vida diária²⁰, o que pode ser estendido para as doenças que geram prejuízos à função neuromuscular, como o Parkinson e os estágios avançados de Alzheimer.

Diante do processo de envelhecimento, não raro, surgem desgastes nas articulações e perda da força muscular, o que impede uma mobilidade

estável, além de doenças do sistema nervoso central, musculoesquelético e cardiovascular que dificultam a caminhada²¹. Portanto, a dificuldade para andar, advinda de doenças crônicas e complicações, reduz a prática de atividade física e interfere diretamente no desempenho para as ABVD. Vale salientar que a prática de atividade física promove benefícios em qualquer idade, com melhora na qualidade de vida, manutenção da capacidade funcional e conserva as habilidades físicas e mentais adquiridas ao longo da vida²²; assim, a prática de atividade física reduz a instalação de diversos fatores à institucionalização, principalmente a dependência para as ABVD.

A identificação de comprometimento cognitivo mostrou-se associado à institucionalização. Em estudo comparativo com idosos institucionalizados e não institucionalizados acerca do comprometimento cognitivo e capacidade funcional, ficou evidente o pior desempenho no MEEM no grupo institucionalizado, além do maior comprometimento da capacidade funcional²³.

A demência diagnosticada afeta de 2 a 8% da população acima de 60 anos de idade²⁴, o que está próximo da proporção encontrada neste estudo na comunidade (1,5% de demências registradas em prontuários); no entanto, os resultados nas instituições mostram-se substancialmente mais elevados. Um dos motivos que explicam o maior percentual de demências diagnosticadas nas ILPI é a idade avançada, pois, depois dos 65 anos de idade, a proporção dobra a cada incremento de cinco anos²⁴. Além do mais, a demência é um fator fortemente associado à institucionalização^{25,26}, porquanto, a proporção desse agravo tende a ser maior nesses ambientes.

Em estudo longitudinal²⁷ realizado em Hong Kong, observou-se que dos 749 indivíduos com idade ≥ 65 anos, 80 foram institucionalizados e o comprometimento cognitivo mostrou-se indicativo de institucionalização, informação essa que corrobora os achados desta pesquisa. A ocorrência de institucionalização praticamente triplica quando está associada à incapacidade funcional²⁷.

Os motivos que levam os responsáveis desses idosos a institucionalizar são o agravamento das condições de saúde. Estudo realizado na Universidade de Indiana²⁸, Estados Unidos, indicou que os idosos com Alzheimer são mais propensos

à institucionalização, isso porque o cuidado em domicílio é mais complexo e desgastante devido às dependências e necessidade de atenção contínua. Em estudo de coorte americano²⁹, que utilizou o mesmo instrumento desta pesquisa (MEEM), refere que os piores *scores* estão associados à institucionalização em todos os momentos investigados, inclusive com risco de institucionalização já no início dos sintomas relacionados ao comprometimento cognitivo.

Quanto à dependência para as ABVD, o grupo institucionalizado demonstrou proporções significativamente maiores do que o grupo de idosos nos domicílios. O percentual de 75,9% está próximo do encontrada em outros estudos^{12,14,30}. Alguns fatores contribuem para a dependência, como a idade avançada encontrada nas ILPI, que é acompanhada por déficit motores, fraqueza muscular, comprometimento cognitivo e a presença de doenças crônicas não transmissíveis³⁰. Em estudo transversal brasileiro³¹, realizado em ILPI da região Sudeste e Centro-Oeste, foi identificado que a dependência funcional está associada a doenças crônicas (hipertensão arterial, diabetes, problemas articulares), dificuldades para caminhar e comprometimento cognitivo. Os autores identificaram que, entre os idosos institucionalizados com dependência para ABVD, 82,2% apresentavam perda severa de mobilidade. Ainda, 86,5% dos dependentes para ABVD apresentaram baixo *score* no MEEM.

Assim como nos achados desta pesquisa, outros estudos demonstram a associação entre a dependência para as ABVD e o comprometimento cognitivo nas instituições^{23,31,32}. Do mesmo modo, outro estudo³³ refere que, tanto na comunidade quanto nas ILPI, comprometimento cognitivo demonstra associação direta com as dependências para atividades cotidianas. Os idosos com comprometimento cognitivo apresentam, portanto, maior dependência para ABVD e, conseqüentemente, maior probabilidade de serem institucionalizados³⁴.

Ainda, os resultados de um estudo brasileiro sobre os fatores associados à institucionalização¹² mostraram que as variáveis sexo, idade, situação conjugal, escolaridade, incapacidade funcional e atividade física estavam associadas ao encaminhamento para ILPI. Os achados desta pesquisa diferem quanto ao sexo, idade, escolaridade e atividade física; corrobora quanto à situação conjugal e incapacidade funcional e acrescenta como risco o fato de não possuir filhos. Este estudo adiciona ainda a investigação do comprometimento cognitivo que se configurou como importante fator que predispõe à institucionalização.

Dentre as limitações do estudo, acredita-se que a possibilidade de subnotificação das doenças crônicas, principalmente nos idosos residentes nos domicílios, foi amenizada pela consulta aos registros da Unidade Básica de saúde e dos prontuários do paciente nas ILPI.

CONCLUSÃO

O estudo apontou que os fatores que predispõem a institucionalização de idosos foram a ausência de cônjuge, não possuir filhos, apresentar comprometimento cognitivo e dependência para as atividades básicas de vida diária.

Esta pesquisa mostrou que a idade avançada por si só não constitui risco de institucionalização, e sim a presença de complicações como o comprometimento cognitivo e dependências funcionais, pois os idosos com mais idade permanecem no domicílio quando não apresentam importantes incapacidades.

Ações preventivas podem ser desenvolvidas com vistas à prevenção da instalação dos principais fatores associados à institucionalização com maior eficácia e eficiência quando se conhecem os riscos. Ademais, é possível ainda retardar o encaminhamento dos idosos para as instituições de longa permanência para idosos e desenvolver estratégias de cuidado que permitam a manutenção dos idosos no convívio social.

REFERÊNCIAS

1. 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.
2. Michel T, Lenardt MH, Betioli SE, Neu DKM. Significado atribuído pelos idosos à vivência em uma instituição de longa permanência: contribuições para o cuidado de enfermagem. *Texto Contexto Enferm.* 2012;21(3):495-504.

3. Camarano AA, organizadora. Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido? Rio de Janeiro: IPEA; 2010. Conclusão. p. 337-49.
4. Küchemann BA. Envelhecimento populacional, cuidado e cidadania: velhos dilemas e novos desafios. *Soc Estado*. 2012;1(27):165-80.
5. Perlini NMO, Leite MT, Furini AC. Em busca de uma instituição para a pessoa idosa morar: motivos apontados por familiares. *Rev Esc Enferm USP*. 2007;41(2):229-36.
6. Fonseca ACC, Scoralick F, Silva CL, Bertolino A, Palma D, Piazzolla L. Perfil epidemiológico de idosos e fatores determinantes para a admissão em instituições de longa permanência do Distrito Federal. *Brasília Méd*. 2011;48(4):366-71.
7. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2010 [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2010 [acesso 14 out. 2014]. Disponível em: <http://www.sidra.ibge.gov.br/bda/tabela/protabl.asp?c=1378&z=t&co=25&i=P>
8. Bertolucci PHF, Brucki SMD, Campacci SR, Juliano Y. O mini-exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. *Arq Neuropsiquiatr*. 1994;52(1):1-7.
9. Pfeffer RI, Kurosaki TT, Harrah Jr CH, Chance JM, Filos S. Measurement of functional activities in older adults in the community. *J Gerontology*. 1982;37(3):323-9.
10. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília, DF: MS; 2006.
11. Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. *JAMA*. 1963;185(12):914-9.
12. Del Duca GF, Silva SG, Thumé E, Santos IS, Hallal PC. Indicadores da institucionalização de idosos: estudo de casos e controles. *Rev Saúde Pública*. 2012;46(1):147-53.
13. Menezes RL, Bachion MM, Souza JT, Nakatani AYK. Estudo longitudinal dos aspectos multidimensionais da saúde de idosos institucionalizados. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2011;14(3):485-96.
14. Sousa KT, Mesquita LAS, Pereira LA, Azeredo CM. Baixo peso e dependência funcional em idosos institucionalizados de Uberlândia (MG), Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2014;19(8):3513-20.
15. Oliveira MPF, Novaes MRCG. Perfil socioeconômico, epidemiológico e farmacoterapêutico de idosos institucionalizados de Brasília, Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2013;18(4):1069-78.
16. Alencar MA, Bruck NNS, Pereira BC, Câmara TMM, Almeida RDS. Perfil dos idosos residentes em uma instituição de longa permanência. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2012;15(4):785-96.
17. Lisboa CR, Chianca TCM. Perfil epidemiológico, clínico e de independência funcional de uma população idosa institucionalizada. *Rev Bras Enferm*. 2012;65(3):482-7.
18. Nihtilä E, Martikainen P. Why older people living with a spouse are less likely to be institutionalized: the role of socioeconomic factors and health characteristics. *Scand. J. Public Health*. 2008;36(1):35-43.
19. Conselho Federal De Educação Física. Nota técnica CONFEF nº 002/2012 [Internet]. Rio de Janeiro: CONFEF; 2012 [acesso 11 out. 2014]. Disponível em: <http://www.confef.org.br/extra/conteudo/default.asp?id=837>
20. Dantas CMHL, Bello FA, Barreto KL, Lima LS. Capacidade funcional de idosos com doenças crônicas residentes em instituições de longa permanência. *Rev Bras Enferm*. 2013;66(6):914-20.
21. Paixão Júnior CM, Heckman MF. Distúrbios da postura, marcha e quedas. In: Freitas EV, Py L. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. 3. ed. São Paulo: Guanabara Koogan; 2011. p.1062-74.
22. Mazini Filho ML, Zanella AL, Aidar FJ, Silva AMS, Salgueiro RS, Matos DG. Atividade física e envelhecimento humano: a busca pelo envelhecimento saudável. *Rev Brasi Ciênc Envelhec Hum*. 2010;7(1):97-106.
23. Trindade APNT, Barboza MA, Oliveira FB, Borges APO. Repercussão do declínio cognitivo na capacidade funcional em idosos institucionalizados e não institucionalizados. *Fisioter Mov*. 2013;26(2):281-9.
24. World Health Organization. Media Centre. Fact Sheets: Dementia [Internet]. Genebra: WHO; 2012. [acesso 14 nov. 2014]. Disponível em: www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/en/
25. Gnjjidic D, Stanaway FF, Cumming R, Waite L, Blyth F, Naganathan V, et al. Mild cognitive impairment predicts institutionalization among older men: a population-based cohort study. *PLoS One*. 2012;7(9):1-8.
26. Mello BLD, Haddad MCL, Dellaroza MSG. Avaliação cognitiva de idosos institucionalizados. *Acta Sci Health Sci*. 2012;34(1):95-102.
27. Chau PH, Woo J, Kwok T, Chan F, Hui E, Chan KC. Usage of community services and domestic helpers predicted institutionalization of elders having functional or cognitive impairments: a 12-month longitudinal study in Hong Kong. *J Am Med Dir Assoc*. 2012;13(2):169-75.

28. McLennon SM, Habermann B, Davis LL. Deciding to institutionalize: why do family members cease caregiving at home? *J Neurosci Nurs.* 2010;42(2):95-103.
29. Cohen-mansfield J, Wirtz PW. Predictors of entry to the nursing home: Does length of follow-up matter? *Arch Gerontol Geriatr.* 2011;53(3):309-15.
30. Smanioto FN, Haddad MCFL. Índice de Katz aplicado a idosos institucionalizados. *Rev Rene* 2011;12(1):18-23.
31. Mattos IE, Carmo CN, Santiago LM, Luz LL. Factors associated with functional incapacity in elders living in long stay institutions in Brazil: a cross-sectional study. *BMC Geriatr.* 2014;14(47):1-9.
32. Oliveira PH, Mattos IE. Prevalência e fatores associados à incapacidade funcional em idosos institucionalizados no município de Cuiabá, Estado de Mato Grosso, Brasil, 2009-2010. *Epidemiol Serv Saúde.* 2012;21(3):395-406.
33. Yoshida D, Ninomiya T, Doi Y, Hata J, Fukuhara M, Ikeda F, et al. Prevalence and causes of functional disability in an elderly general population of Japanese: The Hisayama Study. *J Epidemiol.* 2012;22(3):222-9.
34. Nogueira D, Reis E, Atalaia R, Raposo P, Serrasqueiro R. Ageing, disability and long-term care. *BMC Health Serv Res.* 2011;11(supl 1):1-2.

Recebido: 06/03/2016

Revisado: 03/10/2016

Aprovado: 31/10/2016



Avaliação de funcionalidade e incapacidade de idosos longevos em acompanhamento ambulatorial utilizando a WHODAS 2.0

Evaluation of functionality and disability of older elderly outpatients using the WHODAS 2.0

Bruna Veiga¹
Rita Aparecida Bernardi Pereira²
Adriane Miró Vianna Benke Pereira³
Renato Nickel²

Resumo

Objetivos: Analisar o nível de funcionalidade e incapacidade de idosos longevos em acompanhamento ambulatorial, em um hospital universitário na cidade de Curitiba, Paraná e identificar diferenças funcionais entre os sexos e as enfermidades mais frequentes. **Método:** Estudo descritivo, transversal, de abordagem quantitativa e amostra por conveniência, junto a sujeitos acompanhados ambulatoriamente. Foi aplicada a versão brasileira da Escala de Incapacidades da Organização Mundial de Saúde (WHODAS 2.0). **Resultados:** A amostra foi composta por 28 sujeitos, com média de idade de 86,21 ($\pm 4,17$) anos, 50,0% eram do sexo masculino, 46,4% viúvos, e 57,1% desempenhavam as atividades avaliadas de forma independente. Na comparação entre sexos, não houve diferenças significativas dos grupos em relação à idade ($p \leq 0,635$) e anos de estudo ($p \leq 0,329$), contudo, as mulheres apresentaram maior nível de incapacidade que os homens em geral ($p \leq 0,16$). **Conclusão:** O instrumento WHODAS 2.0 mostrou-se sensível para analisar e comparar o nível de funcionalidade de idosos longevos. No entanto, mostra-se importante desenvolver pesquisas prospectivas, com amostras não convenientes, para uma melhor reflexão sobre a incapacidade e a funcionalidade de idosos longevos.

Palavras-chave: Idoso de 80 anos ou mais. Longevidade. Assistência Ambulatorial. Envelhecimento. Limitação Crônica da Atividade.

Abstract

Objectives: To analyze the level of functionality and disability of older elderly persons receiving care at a university hospital in Curitiba, Paraná, and identify functional differences between men and women. **Method:** A descriptive, cross-sectional study with a quantitative approach, based on a convenience sample of elderly persons receiving outpatient care, was undertaken. The Brazilian version of the World Health Organization Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0). **Results:** A total of 28 people with a mean age of 86.21 (± 4.17) were evaluated. Of these 50.0 % were male, 46.4 % were widowed, and 57.1 % performed the evaluated activities independently. There were no significant

Keywords: Aged 80 and over. Longevity. Ambulatory Care. Aging. Chronic Limitation of Activity.

¹ Universidade Federal do Paraná, Hospital de Clínicas, Programa de Residência Integrada Multiprofissional de Atenção Hospitalar, Concentração Saúde do Adulto e do Idoso. Curitiba, Paraná, Brasil.

² Universidade Federal do Paraná, Hospital de Clínicas, Departamento de Terapia Ocupacional. Curitiba, Paraná, Brasil.

³ Universidade Federal do Paraná, Hospital de Clínicas, Ambulatório de Saúde do Idoso. Curitiba, Paraná, Brasil.

differences between genders in terms of age ($p \leq 0.635$) or years of study ($p \leq 0.329$), although women showed a higher level of disability than men in general ($p \leq 0.16$). *Conclusion:* The WHODAS 2.0 proved to be a sensitive tool for the analysis and comparison of the level of functionality of the older elderly. However, it is important to develop prospective studies, with non-convenience samples, for a better reflection on the disability and functionality of older elderly persons.

INTRODUÇÃO

Pesquisas apontam que o aumento da prevalência de doenças crônicas exerce influência no estado funcional de idosos, reduzindo a autonomia e a independência^{1,2}. A funcionalidade é definida como a capacidade de gerir a própria vida ou cuidar de si mesmo e é a base do conceito de saúde para o idoso, além de ser o ponto inicial em sua avaliação³.

A funcionalidade é hoje o grande paradigma da Geriatria, pois é necessário entender como o comprometimento da saúde física, da saúde mental, a autonomia, a integração social, o suporte familiar e a independência econômica podem afetar a capacidade funcional do idoso longo².

Esse paradigma vai ao encontro do conceito ampliado de saúde proposto pela Organização Mundial da Saúde (OMS), com a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), que aponta a relação dinâmica entre as condições de saúde, fatores ambientais e fatores pessoais para que haja funcionalidade⁴.

Diversos estudos vêm sendo desenvolvidos com a população idosa. No entanto, grande parte abrange somente os idosos com idade entre 60 e 80 anos, sendo os estudos com os longevos ainda insuficientes¹.

Esta pesquisa objetivou avaliar o nível de funcionalidade e incapacidade de idosos longevos atendidos no Ambulatório de Saúde do Idoso do Complexo Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná (CHC-UFPR), identificar as limitações funcionais mais prevalentes, identificar possíveis diferenças no perfil funcional entre os sexos e identificar as enfermidades mais frequentes.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo, transversal, de abordagem quantitativa, com sujeitos acompanhados em uma Unidade Ambulatorial de um Hospital Universitário. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Complexo Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná (parecer nº 33507914.8.0000.0096) e seguiu os princípios éticos de pesquisa em seres humanos.

A pesquisa foi realizada no Ambulatório de Saúde do Idoso do CHC-UFPR, que atende idosos com 80 anos de idade ou mais ou que tenham mais de 60 anos e que apresentem, no mínimo, uma destas características: polipatogenia, polifarmácia, imobilidade parcial ou total, incontinência urinária ou fecal, instabilidade postural, quedas de repetição, incapacidade cognitiva, história de internações frequentes, ou que seja dependente para a realização das atividades da vida diária (AVD).

Participaram do estudo sujeitos de ambos os sexos, com idade igual ou superior a 80 anos, com multimorbidades, que compareceram para consulta no Ambulatório de Saúde do Idoso do CHC-UFPR no período da coleta de dados (agosto 2014 a janeiro de 2015) e que aceitaram participar da pesquisa assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foi utilizada amostra de conveniência com seleção consecutiva. As informações gerais de saúde foram obtidas nos registros de prontuário médico. Sendo a análise dos dados descrita por meio de frequência, distribuição e comparação.

Na comparação, para análise da igualdade ou diferença entre as médias nos domínios avaliados pela *World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0* (WHODAS 2.0), primeiramente, foi

aplicado o teste de normalidade Shapiro-Wilk, para pequenas amostras, onde foi observada uma distribuição normal, somente para as médias dos domínios *Locomoção*, *Participação* e *Média Geral*; as médias dos domínios *Cognição*, *Autocuidado*, *Relacionamento com pessoas* e *Atividades da Vida* não apresentaram distribuição normal. Devido à diferença de distribuição entre as médias dos domínios, optou-se por comparar as médias por meio do teste *t* para amostras independentes, sendo a que a hipótese nula significa não haver diferenças dos domínios entre os sexos para $p \leq 0,05$.

Para análise da incapacidade foi aplicada a versão brasileira da WHODAS 2.0 da OMS, traduzida e adaptada para o português por Silveira et al.⁵.

A WHODAS 2.0⁶ foi desenvolvida a partir da CIF, que é um instrumento genérico que mede o nível de saúde e incapacidade da população e auxilia a prática clínica. Esse instrumento avalia a incapacidade em seis domínios da vida: *Cognição*, *Locomoção*, *Autocuidado*, *Convivência com as pessoas*, *Atividades da vida* e *Participação*. Neste estudo, foi utilizada a versão completa do questionário, o qual foi aplicado na forma de entrevista junto ao

participante da pesquisa na presença de seu cuidador, por um único entrevistador.

Cada item da WHODAS 2.0⁶ avalia a quantidade de dificuldade que um sujeito apresenta, no período do último mês, para realizar suas atividades. Para análise dos dados foi utilizada a pontuação complexa, que após recodificação recomendada, converte os resultados em uma métrica variando de 0 a 100 (onde, 0= nenhuma incapacidade e 100= incapacidade completa)⁶.

RESULTADOS

A amostra foi composta por 28 sujeitos, sendo 14 homens e 14 mulheres, com média de idade de 86,21 ($\pm 4,17$) anos, não havendo diferença significativa entre os sexos ($p \leq 0,635$).

A maioria dos idosos afirmou ser independente (57,14%), e a condição *hospitalizada* não foi indicada, uma vez que a coleta de dados foi realizada em nível ambulatorial. Com relação aos anos de estudo, os homens frequentaram escola regular em média 5,00 ($\pm 5,17$) anos, enquanto as mulheres apenas 2,36 ($\pm 2,023$) anos, mas sem diferença significativa entre os sexos ($p \leq 0,329$) (Tabela 1).

Tabela 1. Características sociodemográficas dos participantes. Curitiba, PR, 2015.

Sexo	Homens (n=14)	Mulheres (n=14)
Média de idade	85,71 ($\pm 3,51$)	86,71 ($\pm 4,82$)
Distribuição etária		
80 a 89 anos	11	11
90 a 99 anos	3	3
Média anos de estudo	5,00 ($\pm 5,17$)	2,36 ($\pm 2,023$)
Condição em que vive		
Independente	10	6
Com assistência	4	8
Estado civil		
Nunca foi casado	0	3
Casado	8	3
Viúvo	5	8
Mora junto	1	0
Atividade de trabalho		
Dona de casa	0	1
Aposentado	14	11
Outros	0	2

Tabela elaborada pelos próprios autores.

Os sujeitos da pesquisa apresentaram no mínimo uma e no máximo 12 condições de saúde (com média de 4,5), sendo a Hipertensão Arterial Sistêmica (20 sujeitos), as doenças do coração (13 sujeitos) e o Diabete *Mellitus* (11 sujeitos), as mais frequentes.

Com relação ao desempenho nas atividades questionadas, observou-se que o domínio *locomoto* foi

o que apresentou maior média de dificuldade (38,03%) e o domínio *cognição*, o menor (11,75%) (Tabela 2).

No geral, as mulheres apresentaram maior dificuldade no desempenho das atividades do que os homens, com média geral de 25,76% ($\pm 3,09$) contra 14,80% ($\pm 2,47$) para os homens, com diferença significativa entre os sexos ($p \leq 0,016$) (Tabela 3).

Tabela 2. Caracterização da amostra de acordo com as médias dos domínios. Curitiba, PR, 2015.

Domínios	Mínimo	Máximo	Média	Desvio-padrão
Domínio Cognição	0,0%	45,83%	11,75%	13,42%
Domínio Locomoto	0,0%	80,00%	38,03%	21,91%
Domínio Autocuidado	0,0%	56,25%	17,63%	16,58%
Domínio Relacionamento com as Pessoas	10,00%	40,00%	16,07%	10,30%
Domínio Atividades da Vida	0,0%	62,50%	18,97%	19,28%
Domínio Participação	0,0%	43,75%	19,19%	12,04%
Média Geral	1,67%	43,68%	20,27%	11,68%

Tabela elaborada pelos próprios autores.

Tabela 3. Comparação dos domínios e idade entre os sexos. Curitiba, PR, 2015.

Sexo	Homem	Mulher	($p \leq 0,05$)
Idade	85,71 ($\pm 3,51$)	86,71 ($\pm 4,82$)	0,635
Anos de estudo	5 ($\pm 1,0$)	2 ($\pm 1,0$)	0,329
Domínio Cognição	6,65% ($\pm 1,73$)	16,96% ($\pm 4,42$)	0,137
Domínio Locomoto	27,50% ($\pm 5,54$)	48,57% ($\pm 4,84$)	0,008
Domínio Autocuidado	11,16% ($\pm 2,94$)	24,11% ($\pm 5,07$)	0,094
Domínio Relacionamento com as Pessoas	16,79% ($\pm 2,99$)	15,36% ($\pm 2,59$)	0,769
Domínio Atividades da Vida	12,05% ($\pm 3,31$)	25,89% ($\pm 6,07$)	0,137
Domínio Participação	17,73% ($\pm 2,90$)	23,66% ($\pm 3,17$)	0,050
Média Geral	14,80% ($\pm 2,47$)	25,76% ($\pm 3,09$)	0,016

Tabela elaborada pelos próprios autores

DISCUSSÃO

O envelhecimento populacional vem acompanhado de diversos desafios. A OMS afirmou que o envelhecimento saudável deve ser uma prioridade global, e alertou que o desenvolvimento de estratégias para lidar com os problemas de saúde da população idosa e com o impacto das doenças crônicas na qualidade de vida é fundamental⁷. Afirma também que, “embora as pessoas estejam vivendo

mais, elas não necessariamente estão mais saudáveis”, uma vez que a longevidade é acompanhada pelas doenças crônico-degenerativas, que afetam diretamente a qualidade de vida e o desempenho funcional dessa população⁷.

O presente estudo avaliou o nível de funcionalidade e as diferenças no perfil funcional entre homens e mulheres longevos atendidos no Ambulatório de Saúde do Idoso do CHC-UFPR. Embora a clientela

do referido ambulatório seja predominantemente feminina, a distribuição da amostra por sexo e faixa etária apresentou-se simétrica, sendo esta uma coincidência resultante da seleção por conveniência e consecutiva.

A literatura aponta uma feminização da velhice. Com relação à funcionalidade, no geral, as mulheres apresentaram maior nível de incapacidade do que os homens. A velhice feminina está associada a maior prevalência de doenças crônicas. Em sua maioria, a população de mulheres longevas apresenta uma condição socioeconômica inferior à dos homens, pois muitas delas não frequentaram a escola e não tiveram empregos formais. Além disso, as mulheres tendem a ficar viúvas antes dos homens, uma vez que eles procuram menos os serviços de saúde e assumem papéis sociais de maior risco externo de morbidades e mortalidade^{8,9}.

Como encontrado na literatura^{1,2,10}, os longevos incluídos na pesquisa apresentaram diversas doenças crônicas. A literatura registra também elevada frequência de déficit auditivo e visual entre idosos^{11,12}, fato que, embora não quantificado no presente estudo, foi observado, apesar de não descrito. Foram recorrentes os relatos de constrangimento para iniciar e manter conversas, evitar sair de casa, o que poderia gerar isolamento social, perda de papéis ocupacionais, limitações de mobilidade, fragilidade e dependência.

O instrumento utilizado para a análise funcional, o WHODAS 2.0, é um instrumento relativamente novo, ainda pouco usado, especialmente entre indivíduos muito idosos, o qual mostrou níveis de incapacidade ainda não descritos na literatura brasileira. Com essas características, apenas dois artigos permitiram a análise comparativa dos resultados com a presente pesquisa. O primeiro,¹³ desenvolvido em Cinco Villas, na Espanha, teve a participação de 258 longevos, que vivem na comunidade, sendo 163 mulheres e 95 homens. Quando se comparam os resultados, observa-se que as mulheres longevas do CHC-UFPR apresentaram pior desempenho nos domínios *autocuidado*, *atividades da vida e participação*. Talvez isso possa ser justificado pelas diferenças nas condições socioeconômicas e no acesso aos serviços de saúde entre a população europeia e a brasileira. Não foi possível a comparação

para o sexo masculino, pois essa informação não se encontrava disponível. Esses resultados denotam a necessidade da equipe de saúde aprimorar o cuidado a essa população, priorizando a manutenção da funcionalidade, com segurança e autonomia, uma vez que a prevenção de incapacidades deve ser uma prioridade na atenção aos longevos². Contudo, ainda há poucos estudos desenvolvidos que possibilitem outras comparações.

O segundo estudo, desenvolvido em Portugal, com 329 idosos institucionalizados, com média de idade de 83,6 ($\pm 7,1$) anos, maioria do sexo feminino e com diagnóstico de demência, apontou que o pior resultado geral foi no domínio *locomoção*¹⁴. Da mesma forma, o domínio *locomoção*, foi o que apresentou maior percentual de dificuldade dentre os sujeitos da pesquisa no CHC-UFPR. Esse resultado pode sugerir a necessidade de adaptação desse quesito, por avaliar uma distância demasiadamente longa no que difere das escalas tradicionalmente utilizadas para a avaliação da capacidade funcional de idosos.

No geral, o nível de funcionalidade dos idosos longevos pode ser considerado satisfatório, já que a média geral foi de 43,68%, o que corrobora o descrito na literatura^{1,7,8,15}. Porém, as pesquisas com a população de idosos longevos ainda são escassas, sendo necessários investimentos nesse sentido, uma vez que o processo de envelhecimento tem ocorrido de forma acelerada.

Este estudo apresenta algumas limitações, tais como, o tamanho reduzido e a amostra por conveniência, diante disso, mostra-se necessária a aplicação do WHODAS 2.0 em amostras probabilísticas e estudos prospectivos.

CONCLUSÃO

A utilização da escala WHODAS 2.0 evidenciou que seu uso pode ser indicado para analisar e guiar a promoção de saúde da população, mesmo sabendo que a incapacidade é uma condição individual e pode ser influenciada por fatores multidimensionais, sugerindo uma abordagem centrada na pessoa.

Mais pesquisas são necessárias para análise e aplicação da WHODAS 2.0 com essa e outras populações, incluindo estudos comparativos com

escalas funcionais tradicionalmente empregadas na Geriatria.

A integralidade no cuidado aos longevos deve ser uma prioridade do sistema de saúde, bem como o desenvolvimento de políticas públicas que garantam acesso aos serviços, o que inclui o incremento de estratégias e ferramentas que possibilitem a realização

de referência e contrarreferência, além da formação de equipes multiprofissionais especializadas².

A fim de embasar o desenvolvimento de políticas públicas voltadas a essa realidade, sugere-se a continuidade de pesquisas que envolvam a população de longevos, para garantir-lhes acesso e tratamento adequado às suas demandas.

REFERÊNCIAS

1. Porciúncula RCR, Carvalho EF, Barreto KML, Leite VMM. Perfil socioepidemiológico e autonomia de longevos em Recife – PE, Nordeste do Brasil. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* [Internet] 2014 [acesso em 15 jan. 2015];17(2):315-25. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232014000200315
2. Melo RLP, Eulálio MC, Silva HDM, Silva Filho JM, Gonzaga PS. Sentido de vida, dependência funcional e qualidade de vida em idosos. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* [Internet] 2013 [acesso em 10 jan. 2015];16(2):239-50. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v16n2/04.pdf>
3. PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde. Oficinas do APSUS: saúde do idoso na atenção primária. Curitiba: SESA; 2014.
4. World Health Organization. How to use the ICF: a practical manual for using the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Exposure draft for comment. Geneva: WHO; 2013.
5. Silveira C, Parpinelli MA, Pacagnella RC, De Camargo RS, Costa ML, Zanardi DM, et al. Adaptação transcultural da Escala de Avaliação de Incapacidades da Organização Mundial de Saúde (WHODAS 2.0) para o Português. *Rev Assoc Med Bras.* [Internet] 2013 [acesso 15 fev. 2014];59(3):234-40. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302013000300008&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ramb.2012.11.005>
6. World Health Organization. Measuring health and disability. Manual for WHO Disability Assessment Schedule WHODAS 2.0 [Internet]. Geneva: WHO; 2010 [acesso em 22 fev. 2014]. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241547598_eng.pdf
7. Mundo terá 2 bilhões de idosos em 2050; OMS diz que 'envelhecer bem deve ser prioridade global' [Internet]. Rio de Janeiro: Organização das Nações Unidas no Brasil; 07 nov 2014 [acesso em 2015 fev. 18]. Disponível em: <http://nacoesunidas.org/mundo-tera-2-bilhoes-de-idosos-em-2050-oms-diz-que-envelhecer-bem-deve-ser-prioridade-global-2/>
8. Nogueira IRR, Alcântara AO. Envelhecimento do homem: de qual velhice estamos falando? *Rev Kairós.* [Internet] 2014 [acesso em 20 fev. 2015];17(1):263-82. Disponível em: <http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/download/21203/15497>
9. Aires M, Paskulin LMG, Moraes EP. Capacidade funcional de idosos mais velhos: estudo comparativo em três regiões do Rio Grande do Sul. *Rev Latinoam Enferm.* [Internet] 2010 [acesso em 10 fev. 2015];18(1):1-7. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlac/v18n1/pt_03.pdf
10. Veras RP, Caldas CP, Cordeiro HA, Motta LB, Lima KC. Desenvolvimento de uma linha de cuidados para o idoso: hierarquização da atenção baseada na capacidade funcional. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* [Internet] 2013 [acesso em 16 jan. 2015];16(2):385-92. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v16n2/18.pdf>
11. De Menezes RL, Bachion MM. Condições visuais autorrelatadas e quedas em idosos institucionalizados. *Rev Bras Oftalmol.* [Internet] 2012 [acesso em 26 fev. 2015];71(1):23-7. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-72802012000100005
12. Cruz MS, Lima MCP, Santos JLF, Duarte YAO, Lebrão ML, Cerqueira ATAR. Deficiência auditiva referida por idosos no município de São Paulo, Brasil: prevalência e fatores associados (Estudo SABE, 2006). *Cad Saúde Pública.* [Internet] 2012 [acesso em 26 fev. 2015];28(8):1479-92. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v28n8/07.pdf>

13. Almazán-Isla J, Comín-Comín M, Damián J, Alcalde-Cabero E, Ruiz C, Franco E, et al. Analysis of disability using WHODAS 2.0 among the middle-aged and elderly in Cinco Villas, Spain [abstract]. *Disabil Health J.* [Internet] 2014 [acesso em 20 jan. 2015];7(1):78-87. Disponível em: [http://www.disabilityandhealth.jnl.com/article/S1936-6574\(13\)00142-8/abstract](http://www.disabilityandhealth.jnl.com/article/S1936-6574(13)00142-8/abstract)
14. Rocha V, Marques A, Pinto M, Sousa L, Figueiredo D. People with dementia in long-term care facilities: an exploratory study of their activities and participation. *Disabil Rehabil.* [Internet] 2013 [acesso em 24 fev. 2015];35(18):1501-8. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23311674>
15. Santos GS, Cunha ICKO. Capacidade funcional e sua mensuração em idosos: uma revisão integrativa. *Rev Fam Ciclos de Vida Saúde Contexto Soc.* [Internet] 2014 [acesso em 02 fev. 2015];2(3):1-11. Disponível em: <http://www.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/refacs/article/view/968>

Recebido: 29/01/2015

Revisado: 08/07/2016

Aprovado: 17/10/2016



Doença de Alzheimer: desafios enfrentados pelo cuidador no cotidiano familiar

Alzheimer's disease: everyday challenges faced by family caregivers

Luciane Salete Kucmanski¹

Leoni Zenevicz¹

Daniela Savi Geremia¹

Valeria Silvana Faganello Madureira¹

Tatiana Gaffuri da Silva¹

Sílvia Silva de Souza¹

Resumo

Lacunas identificadas nas políticas de saúde brasileira e necessidade de elaboração e implantação de estratégias de empoderamento e acompanhamento dos familiares cuidadores dão sustentação ao desenvolvimento de propostas com atenção voltada à família. Este estudo teve como objetivo analisar os desafios enfrentados pelo cuidador no cotidiano familiar de pacientes com doença de Alzheimer do município de Chapecó, SC. O método utilizado foi a abordagem qualitativa com dados coletados em entrevistas semiestruturadas. Os discursos foram agrupados, categorizados e analisados através do método hermenêutico. Os resultados evidenciaram que ao longo do período da doença de Alzheimer, o cuidador vivencia diferentes situações, entre elas: necessidade de aprender sobre a doença; lidar com a culpa; enfrentar situações de dor, dependência e de sofrimento físico e psíquico. Como conclusão, o estudo evidenciou desafios no cotidiano dessas famílias, dando relevância e destaque à necessidade de adoção de ferramentas e estratégias que ofereçam suporte físico, emocional, psíquico e financeiro aos familiares cuidadores de pacientes com doença de Alzheimer.

Palavras-chave: Cuidadores. Doença de Alzheimer. Envelhecimento.

Abstract

Gaps identified in Brazilian health policies and the need to develop and implement strategies for the empowerment and monitoring of family caregivers support the development of care proposals aimed at the family. The present study aimed to analyze the challenges faced by family members providing day to day care of patients with Alzheimer's disease in the city of Chapecó, Santa Catarina. The method employed was the qualitative approach through semi-structured interviews. The speeches were grouped, categorized and analyzed using the hermeneutic method. The results showed that during the period of Alzheimer's disease, caregivers experience a range of situations, including: a need to learn about the disease; dealing with guilt; and handling situations of pain, addiction and physical and psychological suffering. In conclusion the study described the challenges of the daily lives of these families, explaining the importance of and highlighting the need to adopt tools and strategies that provide physical, emotional, psychological and financial support to family caregivers of patients with Alzheimer's disease.

Keywords: Caregivers. Alzheimer Disease. Aging.

¹ Universidade Federal da Fronteira Sul, Curso de Graduação em Enfermagem. Chapecó, Santa Catarina, Brasil.

INTRODUÇÃO

O fenômeno de transição epidemiológica, condicionado pelo processo de envelhecimento populacional, é determinante no surgimento das doenças crônico-degenerativas, entre elas a Doença de Alzheimer (DA), demandando assistência continuada e novas organizações das redes e serviços de saúde¹⁻³.

No Brasil, a DA é responsável por 50 a 60% dos casos de demência na população idosa, considerada uma doença neurológica, degenerativa, tipo de demência senil, de evolução progressiva e complexa⁴.

A causa exata é desconhecida, porém, a diminuição da acetilcolina, traumas cranianos, infecções virais, fatores genéticos e a presença de proteína beta-amiloide sugestionam seu aparecimento. Progressiva e irreversível, a DA traz transtornos da memória, da cognição, incapacitando o indivíduo para o autocuidado⁵.

Segundo a Associação Brasileira de Alzheimer (ABRAZ), a DA é uma demência caracterizada por três grandes fases. Inicia com esquecimentos e perdas sutis da memória e dificuldades no trabalho. Podendo ser confundida com estados depressivos, progride com perda mais acentuada de memória, incapacidade de realizar tarefas complexas como cálculos e planejamentos e têm como manifestações da terceira etapa, comprometimento acentuado da capacidade funcional, dificuldade para se alimentar, vestir-se e banhar-se⁴.

Estudos prospectivos revelam que em 2050, a DA poderá atingir 14 milhões de pessoas em todo o mundo, sendo considerada a quarta causa de morte em adultos⁶.

Diante deste cenário, surge o papel do cuidador, elemento fundamental na assistência domiciliar, responsável em cuidar do sujeito doente, prover sua subsistência, realizar/auxiliar as atividades da vida diária e, ainda, cuidar de si mesmo e muitas vezes dos outros membros da família, como filhos, esposa, netos entre outros⁷.

Cuidar de idosos com Alzheimer é tarefa árdua, o cuidador inúmeras vezes limita a atenção às suas

próprias necessidades, em detrimento das exigências cotidianas do cuidar, incluído o conforto, segurança, ajuda em atividades de vida diária (AVD) e as tarefas relacionadas aos afazeres domésticos.

O cuidador primário é o sujeito diretamente responsável por todas essas ações, já os cuidadores secundários, diferentemente, podem até realizar as mesmas tarefas que o cuidador primário, mas o que os distingue dos primeiros é o fato de não terem o mesmo nível de responsabilidade e decisão. Os cuidadores terciários são coadjuvantes, substituem o cuidador primário por curtos períodos e, geralmente, realizam tarefas especializadas, tais como compras, ajudar no transporte do paciente, receber pensão e pagar contas. Todos desempenham importante papel no cuidado, porém, é inegável a necessidade de atenção e zelo para com o cuidador primário.

Diante deste contexto, propõe-se analisar as principais dificuldades de cuidadores familiares de doentes de Alzheimer na cidade de Chapecó, SC.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, de caráter descritivo, realizada com oito familiares cuidadores de pacientes com DA, residentes no Município de Chapecó, SC e participantes do Grupo de Apoio aos Cuidadores de Pacientes com Alzheimer. Os critérios de inclusão adotados foram: ser cuidador familiar a um ano ou mais de idoso com DA e residir no mesmo domicílio.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Comunitária da região de Chapecó (UNOCHAPECÓ), através do parecer nº 216/12. O método utilizado para análise dos discursos desta investigação foi a hermenêutica⁸, seguindo quatro passos: leitura inicial do texto, distanciamento, análise estrutural, aprofundamento e apropriação⁹.

A partir do modelo analítico adotado, os dados foram organizados em quatro categorias de análise de forma a possibilitar o agrupamento das respostas obtidas e a discussão dos discursos. Em cada uma das quatro categorias foi possível perceber diferentes aspectos do cuidado, os quais foram organizados

em subcategorias. A identificação das pessoas foi preservada e optou-se por apresentar os discursos denominando-os com nomes de flores.

Os resultados serão apresentados a partir do perfil socioeconômico e demográfico dos cuidadores de familiares com DA (Quadro 1). Na sequência, serão apresentados resultados obtidos através da análise de uma categoria e suas subcategorias.

RESULTADO E DISCUSSÃO

Os cuidadores participantes deste estudo tinham idade entre 47 e 80 anos, predominando mulheres

como cuidadoras familiares primárias. Quanto ao estado civil, há equivalência entre casadas e divorciadas, que professam a religião católica. No perfil de renda, a maioria dos cuidadores percebe de 1 a 4 salários mínimos. Ressalta-se que as variáveis socioeconômicas ampliam as dificuldades físicas, emocionais, sociais e financeiras dos cuidadores (Quadro 1).

Outro aspecto apresentado é a religião professada pelos cuidadores participantes, observa-se que todas têm fundamento no cristianismo. Saber a religião de cada um é importante, pois, em geral, é através das práticas religiosas que os cuidadores expressam sua espiritualidade (Quadro 1).

Quadro 1. Perfil sócio econômico e demográfico dos cuidadores de familiares com Doença de Alzheimer. Chapecó, SC.

Dados	Sexo	Idade	Est. Civil	Escolaridade	Renda (salário mínimo)	Religião
Margarida	F	64	Viúva	Primário Incompleto	1 a 4	Evangélica
Cravo	M	80	Casado	Primário Incompleto	1 a 4	Católico
Hortência	F	53	Divorciada	Graduação completa	5 a 9	Católica
Dália	F	51	Casada	Mestrado	5 a 9	Católica
Violeta	F	55	Divorciada	Graduação completa	1 a 4	Católica
Orquídea	F	61	Casada	Graduação Incompleta	5 a 9	Luterana
Rosa	F	52	Divorciada	Pós-graduada	1a 4	Católica
Begônia	F	47	Solteira	Pós-graduada	1 a 4	Espírita

F: feminino; M: masculino

Em estudo realizado no ambulatório de geriatria e neurologia do Hospital de Base de São José do Rio Preto, SP, com oito cuidadores de Alzheimer foi demonstrado um predomínio do sexo feminino, 50% eram casadas, com ensino fundamental e de idade avançada¹⁰.

O fato de os cuidadores serem majoritariamente do sexo feminino pode ser atribuído à própria divisão histórica do trabalho entre homens e mulheres e às diferenças de gênero que atribuem à mulher o

cuidado dos demais membros da família. Neste sentido, as próprias mulheres podem considerar o cuidado como uma missão, foco de sua existência e relacionado ao fato de darem à luz, o que as relaciona com todos os aspectos de vida e cuidado¹¹. Além disso, a predominância feminina ocorre porque a população de mulheres prevalece na composição do planeta. Essa afirmação segue também as normas culturais que esperam do homem o sustento e autoridade e da mulher, o cuidado com os filhos, com a casa e com a pessoa idosa¹².

Na concepção de Boff¹³, cuidar é,

Mais do que um ato: é uma atitude. Portanto, abrange mais do que um momento de atenção, de zelo e de desvelo. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro.

O cuidado tem um caráter existencial e surge quando o cuidador entende a sua subjetividade e a do outro, vivenciando essa relação expressando-se de forma que a individualidade, a autonomia e a liberdade do outro sejam respeitadas¹⁴.

Waldow¹⁵ complementa que

O Ser Humano é um Ser de cuidado, o Ser nasce com esse potencial, portanto todas as pessoas são capazes de cuidar e necessitam, igualmente de serem cuidadas.

A partir da caracterização geral do perfil dos participantes, apresenta-se em seguida a análise dos discursos das entrevistas de forma categorizada:

Categoria I – Dificuldades no cuidado do familiar com doença de Alzheimer

No que se refere às dificuldades encontradas no cuidado do indivíduo portador de DA, a análise dos dados evidenciou três aspectos principais: higiene e conforto, necessidade de atuação constante e falta de conhecimento sobre a doença.

Subcategoria 1. Higiene e Conforto

As limitações do paciente com DA envolvem incapacidade de realizar as atividades da vida diária (AVD) e exigem do cuidador familiar sua presença constante no desempenho das tarefas de higiene e conforto, exacerbando no cuidador sentimentos que oscilam entre a raiva, pela teimosia do doente, e pena, por ter um familiar portador de uma doença progressiva e irreversível¹⁶.

Nessa subcategoria, destaca-se o banho, relacionado ou não à resistência do doente, situação demonstrada pelas falas que seguem:

“É a resistência da minha mãe em tomar banho, ela resiste muito e briga, não quer tomar banho de jeito nenhum” (Begônia).

“É o banho, quando ela esta calma tudo bem, se ela fica nervosa tem resistência, então eu tenho que deixar ela fazer umas coisinhas” (Cravo).

“A tarefa que mais exige é a higiene pessoal dela, levar ela tomar banho, esta parte é a que mais me preocupa e exige mais” (Orquídea).

Outras dificuldades com higiene pessoal (dentes) foram reveladas, além disso, problemas osteomusculares do cuidador também dificultam a execução dos cuidados:

“As maiores dificuldades que eu tenho de cuidar do meu irmão que tem Alzheimer é a escovação dos dentes porque ele esquece e o banho, porque eu tenho que me abaixar e tenho problemas de coluna e tenho muitas dores no corpo” (Margarida).

Existem outras dificuldades advindas de complicações secundárias a outros processos patológicos do portador de DA que também dificultam o cuidado

“Bom, eu acho que não há uma tarefa específica, é o conjunto das pequenas tarefas o dia todo, da higiene pessoal e da alimentação, porque agora pouco ela sofreu uma cirurgia do intestino, ela fez uma ileostomia. Então isto agravou ainda mais o seu quadro” (Dália).

As tarefas cotidianas do cuidador sofrem influência das limitações impostas pela DA, por outros processos patológicos do paciente com DA e, em especial, pelas condições de saúde do próprio cuidador.

Subcategoria 2. Necessidade constante de atenção

Essa subcategoria identifica a constante atenção requerida pelo familiar idoso com DA como um dos desafios enfrentados pelo cuidador, conforme revelam as falas:

“Administrar o que ela faz. Aceitar o que ela faz. Acompanhar os seus passos, se manter presente

junto a ela. Você tem que estar o tempo todo supervisionando o que ela faz, porque ela não vê mais a dimensão do perigo do que ela está fazendo” (Violeta).

“O que exige mais de mim é o cuidado com ela quando ela tem crises. Isto é um cuidado muito difícil, porque tem que ficar 24 horas em cima dela” (Hortência)

“A minha maior dificuldade é manter uma atenção constante porque ela é muito esquecida e muitas vezes se coloca em situação de risco, quando ela se aproxima de produtos de limpeza como dias atrás a gente pegou ela, querendo beber detergente. Então eu acredito que a minha principal dificuldade é manter atenção sempre pronta para não deixar ela, correr nenhum perigo” (Dália).

Estudo realizado no serviço de neurologia do ambulatório do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, RS, com cuidadores familiares cita que, nas AVD, é necessária atenção e cuidado intensivo devido, principalmente, ao comprometimento causado pela doença e à perda de autonomia e de independência que dele decorrem¹⁷.

A dependência que implica necessidade de um cuidador, revela-se na incapacidade de cuidar de si de maneira satisfatória sem a ajuda de outrem, bem como na perda da capacidade de tomar decisão¹⁸.

Segundo a Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), limitações de atividade são dificuldades que um indivíduo pode ter na execução de atividades, a capacidade, a aptidão de um indivíduo para executar uma tarefa ou ação¹⁹. A dependência é uma condição do idoso cuja característica básica é a degenerescência decorrente de doenças crônicas ou de outras patologias, a qual ameaça sua integridade física, social e econômica, diminuindo ou impedindo a capacidade do indivíduo de atender às suas necessidades²⁰.

Outro aspecto ressaltado nas falas apresentadas são os sobressaltos que o cuidador sofre devido às situações de risco nas quais o doente se envolve, o que gera angústia, medos e sentimentos ambivalentes a respeito do doente. Tal situação é reforçada por Brum et al.²¹.

Na fase de dependência, as mudanças que se instalam na nova dinâmica de vida do cuidador alteram por completo seu cotidiano, incluem o preparo da alimentação, administração de medicamentos, estabelecimento de uma rotina para exercícios e atividades de conforto que incluem higiene pessoal, pentear o cabelo, escovar os dentes, cortar as unhas, vestir, despir, locomover de um lugar para outro, subir escadas, sentar, levantar, deitar, entre tantas outras atividades.

Subcategoria 3. Falta de conhecimento sobre a doença

Essa subcategoria revelou uma dificuldade fundamental dos cuidadores familiares em relação ao processo de cuidar. Refere-se ao conhecimento da doença e de sua evolução.

Foi comum entre os entrevistados a manifestação de que as dificuldades seriam menores se soubessem antecipadamente as possíveis situações que poderiam ocorrer e como agir frente a cada uma delas. Esse fato evidencia-se nas falas de três participantes.

“A principal dificuldade é compreender como acontece isso na mente dela. [...] compreender como passam as coisas na mente dela e entender a melhor forma de convivência para não machucar mais o que ela já está. Nós não compreendemos muitas coisas que acontecem com ela” (Rosa).

“Minha preocupação é saber quando levar ao médico? Porque se ela não faz xixi porque eu tenho que dar algum medicamento para forçar e o coco a mesma coisa. Ela se nega a comer, a gente fica preocupada, se é momento de levar no médico ou não” (Begônia).

“Eu não sei se estou fazendo exatamente aquilo que a gente se propõe a fazer. Eu gostaria de cobrir ela, de saber melhor, de entender melhor o que acontece na cabeça dela. Como melhor atender, como melhor satisfazer o pouco que ela tem no nosso convívio” (Orquídea).

O exercício de cuidar do idoso doente no domicílio é um aprendizado constante, baseado nas necessidades físicas e biológicas e de acordo com o nível de dependência do idoso. Na maioria das vezes, torna-se difícil, pela inexperience do

cuidador, atender às demandas que vão surgindo no transcorrer do processo do cuidar e que necessitam ser aprendidas no enfrentamento do cotidiano. Atividades que parecem ser simples para quem já as desenvolveu, tornam-se árduas para quem nunca precisou enfrentá-las.

Conforme indicam os dados, o desconhecimento da DA é um ponto crucial para os cuidadores, especialmente porque, no Brasil, o atendimento é curativo e centrado no indivíduo, com a equipe trabalhando de forma fragmentada, o que desvaloriza a situação familiar e o contexto sociocultural.¹

Neste sentido, é imprescindível que os cuidadores sejam constantemente acompanhados e recebam orientações sobre a evolução da doença, bem como sobre os cuidados necessários em cada fase. Isso é necessário para um cuidado eficiente, que gere segurança e apoio, bem como fomenta uma rede de troca de informações capaz de minimizar o estresse do cuidador familiar¹⁵.

Observa-se que o cuidador informado e mais experiente torna-se menos ansioso e mais seguro dos cuidados, o que se reflete em maior capacidade e disponibilidade para cuidar do doente. As instituições de saúde e de caráter social devem disponibilizar toda as informações ao cuidador. Os enfermeiros poderão propor conjuntamente um plano de assistência para que o cuidado permita retardar os efeitos degenerativos da DA e conviver com os sinais e sintomas da melhor maneira possível.

Estudos^{22,23} apontam uma lacuna importante para a vida e saúde do cuidador e que se refere justamente à necessidade dos profissionais de saúde oferecerem explicações compreensíveis, trocarem experiências, promoverem a abertura e o diálogo sobre a doença para que o cuidado seja executado com segurança no domicílio.

Assim, conhecer a família que acolhe o sujeito com DA, quem são, o que fazem, onde trabalham, entre outros, pode ajudar na organização de suas rotinas, diminuindo situações de conflito e apoiando nas fragilidades impostas pelo contingente da doença.

No decorrer das entrevistas foi possível perceber que cada cuidador de portador de DA apresentou diferentes particularidades no discurso sobre o

cuidado, pois a singularidade da doença em cada paciente, o tempo que cada cuidador exerce o cuidado do familiar e até mesmo o tempo de descoberta do diagnóstico, são fatores limitadores para uma generalização sobre os desafios enfrentados no cotidiano. Deste modo, é relevante considerar os quadros específicos dos portadores de DA e todo contexto envolvido no exercício do cuidado ao idoso, isso seria de grande valia para futuros estudos. Neste estudo, todos os entrevistados tinham no mínimo um ano de experiência e a técnica utilizou saturação de dados a fim de garantir confiabilidade nos resultados das falas apresentadas e analisadas.

CONCLUSÃO

Este estudo permitiu conhecer parte do cotidiano das pessoas que atuam como cuidadores familiares de idosos com Doença de Alzheimer, bem como suas maiores dificuldades, emoções, limitações, desgastes, mas também a dedicação com que cuidam de seu familiar. Os participantes deste estudo foram predominantemente mulheres, casadas ou divorciadas, descendentes de italianos, da religião católica, com renda familiar de 1 a 4 salários mínimos e com níveis de escolaridade diferenciados.

O aumento da expectativa de vida traz consigo maiores riscos de desenvolvimento de demências como a Doença de Alzheimer, cujos portadores demandarão cuidados domiciliares e mudanças no cotidiano de muitas famílias. O estudo evidenciou que, ao cuidar do familiar com Doença de Alzheimer, o cuidador experimenta sentimentos diversos e que requerem atenção e zelo por parte dos profissionais de saúde e das políticas públicas. Cuidadores secundários e terciários merecem atenção, no entanto, é o cuidador primário que carrega o maior fardo e necessita de maior apoio. O cuidar de um familiar com Doença de Alzheimer exige que o cuidador aprenda a conviver com o sofrimento do outro tendo, muitas vezes, que esconder a sua própria dor e suas necessidades, pois é preciso fazer quase tudo, mesmo conhecendo quase nada. Além disso, a convivência com um familiar com Doença de Alzheimer exige que o cuidador renuncie a muitos aspectos de sua vida pessoal em benefício do outro, o que potencializa o risco de adoecimento pessoal e familiar.

Cabe aos profissionais de saúde, desenvolverem práticas buscando e possibilitando diálogos, respeitando os saberes, as crenças, o meio ambiente, bem como oportunizarem aprendizado aos cuidadores com a finalidade de garantir qualidade de assistência aos portadores de Doença de Alzheimer e suporte aos responsáveis pelo cuidado. Neste sentido, disponibilizar atenção aos cuidadores, profissionais capazes de orientar e intervir frente aos conflitos e desafios familiares, contribui para fortalecer aqueles que passam por momentos de fragilidade.

A realidade que se apresenta no contexto brasileiro, sobretudo, no que se refere ao envelhecimento populacional crescente, exige urgência de medidas governamentais de assistência social e de saúde que favoreçam a manutenção da família como espaço

de cuidado. O que se constata, entretanto, é que as políticas públicas brasileiras ainda são excludentes e marginalizam as camadas mais pobres e carentes, incluindo aí os portadores de Doença de Alzheimer.

Percebe-se, porém, a necessidade urgente de atenção com esses cuidadores familiares, principalmente, por parte do poder público, com a disponibilidade de profissionais capacitados para lidar com as famílias e não apenas com os doentes. Essa questão é crucial para o cuidador familiar, pois necessita de informações claras dos profissionais de saúde, competências objetivas e compreensíveis acerca dessa doença, seus sintomas e sua progressão. Desta forma, o cuidador estará preparado para realizar um cuidado domiciliar mais seguro e menos desgastante.

REFERÊNCIAS

- Vieira CPB, Gomes EB, Fialho AVM, Rodrigues DP, Moreira TMM, Queiroz MVO. Prática educativa para autonomia do cuidador informal de idosos. *REME Rev Min Enferm.* 2011;15(1):135-40.
- Araujo I, Paul C, Martins M. Viver com mais idade em contexto familiar: dependência no auto cuidado. *Rev. Esc. Enferm. USP.* 2011;45(4):869-75.
- Zenevitz LT. A dimensão espiritual no processo de viver envelhecendo [tese]. Porto Alegre: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 2009.
- Associação Brasileira de Alzheimer. Número de pacientes deve aumentar nos próximos vinte anos [Internet]. São Paulo: ABRAZ; 2010 [acesso em 05 mar. 2012]. Disponível em: www.abraz.com.br
- Gonçalves EG, Carmo JS. Diagnóstico da doença de Alzheimer na população brasileira: um levantamento bibliográfico. *Rev Psicol Saúde.* 2012;4(2):170-76.
- Melo A. Dificuldades sentidas pelo cuidador de um Doente de Alzheimer: revisão bibliográfica [trabalho de conclusão de curso]. Porto: Faculdade Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa; 2010.
- Neumann SMF, Dias CMSB. Doença de Alzheimer: o que muda na vida do familiar cuidador? *Rev Psicol Saúde.* 2013;5(1):10-7.
- Ricoeur P. Teoria da interpretação: o discurso e o excesso de significação. Lisboa: Edições 70; 2016.
- Crossetti MGO. Processo de cuidar: uma aproximação à questão existencial na enfermagem [tese]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 1997.
- Caldeira APS, Ribeiro RCHM. O enfrentamento do cuidador do idoso com Alzheimer. *Arq Ciênc Saúde.* 2004;11(2):1-4.
- Sena RR, Silva HF, Vivas KL, Queiroz CM, Barreto FO. O cotidiano da cuidadora no domicílio: desafios de um fazer solitário. *Rev. Cogitare Enferm.* 2006;11(2):124-32.
- Martins JJ, Albuquerque GL, Nascimento ERP, Barra DCC, Souza WGA, Pacheco WNS. Necessidades de educação em saúde dos cuidadores de pessoas idosas. *Texto & Contexto Enferm.* 2007;16(2):254-62.
- Boff L. Saber cuidar: ética do humano, compaixão pela terra. 9ª ed. Petrópolis: Vozes; 2004.
- Vale EG, Pagliuca LMF. Construção de um conceito de cuidado de enfermagem: contribuição para o ensino de graduação. *Rev Bras Enferm [Internet].* 2011 [acesso em 26 ago. 2016];64(1):106-13. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672011000100016
- Waldow VR. Maneiras de cuidar e maneiras de ensinar. Porto Alegre: Artes Médicas; 1995.

16. Caldas CP. Contribuindo para a construção da rede de cuidados: trabalhando com a família do idoso portador de síndrome demencial. *Textos Envelhec.* 2002;4(8):39-56.
17. Araujo JS, Vidal GM, Brito FN, Gonçalves DCA, Leite DKM, Dutra CDT, ET al. Perfil dos cuidadores e as dificuldades enfrentadas no cuidado ao idoso, em Ananindeua, PA. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2013;16(1):149-58.
18. Luzardo AR, Waldman BF. Atenção ao familiar cuidador do idoso com doença de Alzheimer. *Rev Acta Sci.* 2004;26(1):135-45.
19. Associação Portuguesa de Enfermeiros de Reabilitação. Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação. Porto: APER; 2011.
20. Araujo PMC. Processo de ensino dinâmico a familiares cuidadores de doentes dependentes: contributo do enfermeiro de reabilitação a partir de um ensino estruturado [Dissertação]. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto; 2012.
21. Brum AKR, Camacho ACLF, Valente GSC, Sá SPC, Lindolpho MC, Louredo DS. Programa para cuidadores de idosos com demência: relato de experiência. *Rev Bras Enferm.* 2013;66(4):619-24.
22. Seima MD, Lenardt MHA. Sobrecarga do cuidador familiar de idoso com Alzheimer. *Textos Contexto* 2011;10(2):388-98.
23. Seima MD, Lenardt MHA, Caldas CP. Relação no cuidado entre o cuidador familiar e o idoso com Alzheimer. *Rev Bras Enferm.* 2014;67(2):233-40.

Recebido: 24/01/2016

Revisado: 01/08/2016

Aprovado: 07/11/2016



Redes sociais e qualidade de vida dos idosos: uma revisão e análise crítica da literatura

Social networks and quality of life of elderly persons: a review and critical analysis of literature

Odília Maria Rocha Gouveia^{1,2}
Alice Delerue Matos^{2,3}
Maria Johanna Schouten^{1,4}

Resumo

Diversos estudos documentam a importância das redes sociais para a qualidade de vida (QV) na velhice. Este artigo procede a uma revisão e análise crítica da literatura sobre a relação entre as redes sociais dos idosos e a sua QV/bem-estar. Mediante pesquisa em motores de busca interdisciplinares [*Web of Knowledge*, Scopus, Google Académico, *Science Direct* e Biblioteca do Conhecimento *Online (b-on)*], seguida de análise aprofundada dos 37 trabalhos, selecionados tendo em conta o seu conteúdo, o contexto geográfico da pesquisa e a data de publicação, foram observadas algumas tendências. Em primeiro lugar, as redes de amigos contribuem mais do que as redes familiares para a QV/bem-estar dos idosos. Também foi evidenciado o contributo positivo de mais do que um tipo de relação (por exemplo, relações de amizade e, simultaneamente, relações familiares) para a QV/bem-estar das pessoas mais velhas. Por fim, os estudos científicos assinalam o impacto positivo da proximidade emocional na QV/bem-estar. Constatou-se a falta de estudos longitudinais que permitissem observar a causalidade entre as características das redes e a QV/bem-estar. Escasseiam também pesquisas acerca da relação entre redes sociais e QV/bem-estar em idosos que vivem sós. Um aspeto problemático prende-se com o facto de poucos trabalhos apresentarem a definição de QV adotada, assim como a justificação da forma de operacionalização do conceito.

Palavras-chave: Idoso. Rede Social. Qualidade de Vida. Bem-estar. Revisão.

Abstract

Several studies have documented the importance of social networks for quality of life (QL) in old age. This article presents a review and critical analysis of the literature on the relationship between the social networks of the elderly and their QL/well-being. A survey using interdisciplinary search engines [*Web of Knowledge*, Scopus, Scholar Google, *Science Direct* and *Online Knowledge Library (b-on)*], followed by an in-depth examination of the 37 documents subsequently identified, selected based on content,

Keywords: Elderly. Social Networking. Quality of Life. Well-Being. Review.

¹ Universidade do Minho, Centro Interdisciplinar de Ciências Sociais, Pólo UMinho (CICS.NOVA. UMinho). Braga, Portugal.

² Universidade do Minho, Centro de Estudos de Comunicação e Sociedade. Braga, Portugal.

³ Universidade do Minho, Instituto de Ciências Sociais, Departamento de Sociologia. Braga, Portugal.

⁴ Universidade da Beira Interior, Departamento de Sociologia. Covilhã, Portugal.

the geographical context of the study and its publication date, suggested a number of tendencies. In the first place, networks of friends have a greater impact on the QL/well-being of elderly persons than family networks. Secondly, the positive effect of the existence of more than one type of relationship was revealed (such as simultaneous friendships and family relationships). Finally, literature suggests emotional closeness has a positive impact on QL/well-being. The present study exposed the lack of longitudinal studies into the causality between network characteristics and QL/well-being. It also revealed the lack of research on the relationship between social networks and QL/well-being in elderly persons living alone. One problematic aspect relates to the fact that few studies provide a definition of the QL measures they adopt, or the rationale behind the manner of their operationalization of the concept.

INTRODUÇÃO

As redes sociais são consideradas um importante fator determinante da qualidade de vida (QV) das pessoas idosas, designadamente por lhes permitir lidar com ambientes estressantes ou experiências de vida difíceis¹. Podem, por exemplo, possibilitar aos idosos com reduzido rendimento e/ou problemas de saúde, a redução dos potenciais efeitos negativos de tais fatores², promovendo assim a manutenção ou elevação da QV desses indivíduos. No entanto, apesar de a literatura sublinhar sobretudo os efeitos positivos das redes sociais no seu bem-estar³⁻⁵, estas podem também ter um efeito negativo nos indivíduos^{6,7}, como sucede, por exemplo, quando há maus-tratos à pessoa idosa por parte de um ou mais elementos da sua rede social.

Esta revisão de literatura insere-se no contexto de uma pesquisa de doutoramento, no âmbito do projeto europeu *Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe* (SHARE), incidindo sobre o impacto das redes sociais na QV de indivíduos de 50 anos de idade e mais em contextos monorresidenciais em Portugal.

Da inserção do presente trabalho no âmbito do SHARE derivam os conceitos utilizados, que são aqueles que constam da base de dados da quarta vaga deste projeto longitudinal, cuja recolha de informação teve lugar em 2010-2011, em 16 países europeus. As características das redes sociais tidas em consideração são a dimensão da rede social (número de indivíduos na rede social); o tipo de relação (relação de amizade, relação familiar, de vizinhança, entre outros tipos de relação); a proximidade geográfica dos elementos da rede social (distância geográfica entre a residência do respondente e a dos membros da sua rede social);

a frequência do contacto (frequência do contacto presencial, por telefone ou outra via com elementos da rede social); e a proximidade emocional (nível de proximidade emocional com os membros da rede).

Outro conceito privilegiado neste trabalho é o de QV, que também consta da referida base de dados. No projeto SHARE, a QV é definida pelo grau de satisfação das necessidades nos domínios *controlo, autonomia, autorrealização e prazer*. Como a QV é uma medida de bem-estar, foram incluídas na presente revisão de literatura outras medidas de bem-estar desde que remetessem para uma ou mais dimensões do conceito de QV.

Este artigo visou proceder a uma revisão e análise crítica da literatura sobre a relação entre as características das redes sociais das pessoas idosas, por um lado, e a sua qualidade de vida ou outros indicadores de bem-estar, por outro, em vários países da Europa e da América do Norte. Visou ainda identificar lacunas ao nível do conhecimento científico acerca dessa temática.

MÉTODOS

Procedimento

Para identificar as publicações científicas a incluir nesta revisão e análise foram realizadas pesquisas através de cinco motores de busca, de modo a possibilitar o acesso ao maior número de publicações existentes sobre a relação em análise: *Web of Knowledge*, *Scopus*, *Google Académico*, *Science Direct* e *Biblioteca do Conhecimento Online (b-on)*. Esses motores de busca foram selecionados por serem interdisciplinares, de forma a cobrir diversas disciplinas que trabalham o envelhecimento e a

relação entre as redes sociais e a QV (ou outros indicadores de bem-estar).

As palavras-chave inseridas nos motores de busca, nas línguas inglesa e portuguesa, foram as seguintes: redes sociais; dimensão da rede social; tipo de relação; composição da rede social; proximidade geográfica da rede social; frequência do contacto; proximidade emocional; QV; bem-estar; idosos; velhice. Adicionalmente, foram consultadas as referências bibliográficas de artigos encontrados por essa via, no sentido de selecionar novas referências que permitissem aceder a informação sobre mais pesquisas acerca da relação em estudo.

Os trabalhos incluídos nesta revisão integrativa foram selecionados tendo em conta o seu conteúdo, o contexto geográfico da pesquisa e a data de publicação. Primeiramente, quanto ao conteúdo, cada publicação selecionada para esta revisão de literatura incluiu resultados baseados em dados empíricos acerca da relação de, no mínimo, uma das características da rede social, já enunciadas e a QV ou outros indicadores ou medidas de bem-estar na velhice (tendo em conta o objetivo deste trabalho, não se tem em consideração neste artigo a possível influência de variáveis sociodemográficas). Relativamente ao segundo critério de seleção, dado que a presente revisão de literatura se insere no contexto do projeto europeu SHARE, privilegiou-se o contexto geográfico europeu e, dada a comparabilidade deste projeto com o *Health and Retirement Survey* (HRS) realizado nos EUA, incluiu-se também estudos realizados na América do Norte. Por último, quanto ao critério respeitante à data de publicação, a pesquisa incidiu sobre trabalhos científicos publicados no período temporal de 1980 a 2014. A distribuição temporal das 37 publicações identificadas em função dos critérios enunciados não é uniforme. Com efeito, 5,4% destas compreendem o período entre 1980 e 1990; 18,9% abrangem o período entre 1991 e 2000; 43,3% compreendem o período entre 2001 e 2010; 32,4% dizem respeito ao período entre 2011 e 2014. A maior proporção de estudos identificados nos anos recentes, ou seja, desde 2001, deriva do facto dos trabalhos científicos sobre as redes sociais, com a identificação das suas características morfológicas, terem sido iniciados apenas na segunda metade do século XX, intensificando-se, a partir desta data, a produção científica sobre essa temática⁸.

Definindo os conceitos fundamentais

O conceito de rede social surgiu na Sociologia e na Antropologia Social nos anos 30 e 40 do século passado, gozando hoje de uma *popularidade crescente*⁹. Mercklé⁹ considera que a rede social consiste num conjunto de unidades sociais e de relações entre essas unidades sociais, sejam elas indivíduos ou grupos de indivíduos. O termo rede social a que se recorre neste artigo designa então um conjunto de pessoas ou grupos que se encontram conectados por algum tipo de relação social¹⁰.

Opõem-se dois modos de abordar a rede social: a abordagem direta e a abordagem indireta. Mediante uma abordagem indireta é o investigador que identifica os elementos que fazem parte da rede social do inquirido, a partir das suas relações sociais. A mera existência de uma relação social autoriza o investigador a considerá-la uma relação significativa. Diferentemente, na abordagem direta das redes sociais, que é a abordagem privilegiada pelo projeto SHARE, é o inquirido que identifica os membros da sua rede social considerados por este como importantes para si.

O conceito de QV é também um conceito fundamental neste trabalho, mas defini-lo não é tarefa fácil. Não existe consenso entre investigadores sobre a definição do conceito e os critérios adequados para o operacionalizar^{11,12}. A abordagem da Organização Mundial de Saúde (OMS) é uma das mais observadas na literatura, definindo a QV como a percepção do indivíduo acerca da sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais vive e em relação aos seus objetivos, padrões, expectativas e preocupações. O instrumento WHOQOL-OLD, para aplicação a idosos, abrange sete domínios da QV: *funcionamento sensorial; autonomia; atividades presentes, passadas e futuras; participação social; morte e morrer; intimidade; família*¹³.

A abordagem em termos de necessidades satisfeitas/não satisfeitas nos domínios do *controlo, autonomia, autorrealização e prazer* tem igualmente sido destacada por trabalhos que elegem os idosos como população-alvo¹⁴, sendo adotada no projeto SHARE. Nesta abordagem, para avaliar a QV recorre-se à escala *Control, Autonomy, Self-Realization, Pleasure* (CASP) nas suas versões CASP-12 ou CASP-19.

De referir que o *controle* consiste na capacidade da pessoa intervir ativamente no seu ambiente; e a *autonomia* é a capacidade do indivíduo ser livre de uma interferência indesejada por parte de outras pessoas¹⁵. Já os domínios *autorrealização* e *prazer* visam captar as dimensões mais ativas e reflexivas de ser idoso⁷.

A diversidade de abordagens da QV não permite chegar a uma definição única e universal do conceito. Dada essa impossibilidade, elege-se a abordagem em termos de necessidades satisfeitas/não satisfeitas como adequada à avaliação da QV de idosos. Essa abordagem apresenta vantagens relativamente a outras. Efetivamente, o instrumento CASP que mede a QV permite um enfoque multidimensional e global, em vez de uma avaliação de apenas um domínio da vida¹⁶; é uma medida validada para a Europa e foi especificamente desenvolvida para aplicação em idosos. É também um instrumento que, diferentemente de outros instrumentos de medida, avalia a QV e não os fatores que a influenciam⁷. Além disso, o CASP permite captar as dimensões mais ativas e reflexivas do ser idoso (*autorrealização* e *prazer*), dimensões que têm sido ignoradas em muitos estudos⁷.

Tendo em conta que alguns investigadores sobrepõem parcial ou totalmente o conceito de QV a outros conceitos que remetem para a noção de bem-estar, entendeu-se adequado considerar na presente revisão de literatura outros indicadores de bem-estar, desde que remetessem para alguma das dimensões do conceito de QV. Note-se que o bem-estar em idosos é um estado que pode resultar de uma diversidade de condições, desde a saúde física à percepção subjetiva de QV¹⁷.

Os indicadores do nível de bem-estar considerados nesta revisão compreendem o nível de afeto positivo (inclui indicadores positivos, designadamente alegria, bom humor, felicidade, calma) e/ou afeto negativo (inclui sentimentos negativos, sentidos pelos indivíduos, tais como tristeza, nervosismo, agitação)¹⁸; o nível de sintomatologia depressiva (inclui sintomas como humor deprimido; sentimentos de culpa, inutilidade, impotência, desesperança; perturbações do sono; e perda de apetite)^{19,20}; o nível de autoestima (avaliação cognitiva da própria

pessoa, do eu)²¹; o nível de ansiedade (estado do indivíduo que apresenta uma visão catastrófica dos eventos, acreditando que algo perigoso e ameaçador pode suceder)²²; a saúde física; a QV relacionada com a saúde (percepção da saúde mental e da saúde física, comumente medida por instrumentos de avaliação da qualidade de vida relacionada com a saúde, tais como os instrumentos SF-12 e SF-36); a saúde subjetiva (percepção ou apreciação subjetiva do estado de saúde geral); e o bem-estar geral, avaliado através de técnicas qualitativas de investigação ou escalas de Likert.

Os níveis de afeto (positivo e/ou negativo), sintomatologia depressiva, autoestima e ansiedade remetem para o nível de bem-estar ao nível psicológico, que é importante para a satisfação das necessidades nos domínios *prazer* e *autorrealização* da QV; a saúde física permite a satisfação das necessidades da pessoa idosa nos domínios *controle* e *autonomia*; a QV relacionada com a saúde e a saúde subjetiva remetem para o nível de satisfação das necessidades nos domínios *controle*, *autonomia*, *prazer* e *autorrealização*. O conceito de bem-estar geral é um conceito abrangente que pode remeter para qualquer dos domínios do conceito de QV (*controle*, *autonomia*, *prazer* e *autorrealização*).

Outros indicadores de bem-estar, tais como a satisfação com a vida e a felicidade, foram excluídos por se tratar de conceitos mais subjetivos e sujeitos a flutuações/alterações rápidas, ao contrário dos restantes conceitos considerados, que expressam condições mais constantes dos indivíduos.

RESULTADOS

As 37 publicações incluídas nesta revisão da literatura foram analisadas de acordo com as seguintes categorias: autor(es)/ano; local; metodologia; representatividade da amostra; características da rede social; medida de bem-estar; operacionalização da medida de bem-estar (Quadro 1). São, seguidamente, apresentados cinco resultados, dentre os 37 que compuseram a amostra final, da revisão integrativa realizada acerca da relação entre a rede social das pessoas idosas e a sua QV/bem-estar.

Quadro 1. Grelha de análise com publicações ilustrativas da revisão de literatura. Braga, Portugal, 2015.

Autor(es)/Ano	Local	Metodologia	Representatividade da amostra	Características da rede social	Medida de bem-estar	Operacionalização da medida de bem-estar
De Belvis AG, Avolio M, Spagnolo A, Damiani G, Sicuro L, Cicchetti A et al. (2008a)	Lazio, Itália	Quantitativa	Sim	Frequência do contacto; proximidade geográfica dos elementos da rede social	Qualidade de vida relacionada com a saúde	Questionário SF-12
Fiori KL, Smith J, Antonucci TC. (2007)	Berlim, Alemanha	Quantitativa	Sim	Dimensão da rede social; frequência do contacto; proximidade emocional	Nível de sintomatologia depressiva+ saúde física (objetiva e subjetiva)	Escala de Hamilton (1960)+ avaliação subjetiva global da presente saúde do entrevistado com respostas a variar de 1 (má) a 5 (excelente)+ nº de doenças crónicas graves diagnosticadas segundo nova revisão dos "International Statistical Classification of Diseases codes".
Hellström Y, Andersson M, Hallberg IR. (2004)	33 municípios no Sul da Suécia	Quantitativa	Sim	Dimensão da rede social	Qualidade de vida	<i>Life-quality Gerontology Centre (LGC) scale</i> (apenas <i>present quality of life</i> e <i>life span quality</i>) e SF-12.
Webb E, Blane D, McMunn A, Netuveli G. (2011)	Inglaterra	Quantitativa	Sim	Frequência do contacto; proximidade emocional	Qualidade de vida	Instrumento CASP-19
Zaninotto P, Falaschetti E, Sacker A. (2009)	Inglaterra	Quantitativa	Sim	Tipo de relação; proximidade emocional	Qualidade de vida	Instrumento CASP-19

A literatura científica sobre o impacto das redes sociais na QV/bem-estar dos idosos

Algumas características específicas da rede social são consideradas nucleares: a dimensão da rede social; o tipo de relação; a frequência do contacto; a proximidade geográfica dos elementos da rede social e a proximidade emocional. Litwin e Stoeckel²³ construíram mesmo um indicador de

rede social baseado nessas características da rede de confidentes (membros da rede social considerados pelo indivíduo/inquirido como importantes para si, falando frequentemente com esses membros sobre assuntos que lhe são importantes, tais como preocupações ou acontecimentos positivos que vivenciou). Uma análise de componentes principais permitiu aos autores proporem um índice que tem em conta essas cinco características.

Note-se que, nem todas as investigações permitem retirar conclusões acerca de relações de *causa e efeito*, possibilitando apenas verificar se existe “associação” entre determinada/s característica/s da rede social e a QV/bem-estar dos idosos. Apenas três dos estudos analisados são longitudinais²⁴⁻²⁶, sendo as restantes pesquisas transversais, impossibilitando estas últimas o estabelecimento de causalidade entre as redes e a QV/bem-estar dos idosos.

Dimensão da rede social e QV/bem-estar

No que respeita à dimensão da rede social, sabe-se que, com o avançar da idade, as redes sociais dos idosos tendem a ser mais pequenas⁴. Esta redução da dimensão das redes sociais com a idade pode ser explicada pela morte de pessoas próximas, problemas de saúde, saída dos filhos de casa e pela reforma que desenraíza as pessoas idosas das suas redes sociais no trabalho, mas também pela teoria da seletividade socioemocional. Tal teoria postula que as pessoas idosas tornam-se cada vez mais conscientes das limitações de tempo futuro e motivadas a ser mais seletivas na escolha dos parceiros sociais, favorecendo os relacionamentos emocionalmente significativos sobre os mais periféricos²⁷.

A dimensão das redes sociais tem sido, em geral, positivamente associada à QV/bem-estar^{21,23,28-30}, tanto em países da Europa como na América do Norte. No entanto, algumas investigações, realizadas em países europeus, mostram a inexistência de associação entre a dimensão da rede social e a QV^{31,32}. De acordo com Bowling e Gabriel³¹, os indivíduos valorizam mais o apoio social e a proximidade emocional que as relações lhes podem proporcionar do que a dimensão da rede.

Em suma, grande parte da literatura indica que redes maiores estão associadas a maior bem-estar da população idosa^{21,23,28-30}. Constatando-se que, tendencialmente, as redes sociais dos idosos são pequenas, esta reduzida dimensão poderá estar associada a uma baixa qualidade de vida/bem-estar desses indivíduos. Mas esses dados devem ser lidos em conjunto com aqueles que se seguem relativamente ao impacto na QV de outras características da rede social.

Tipo de relação e QV/bem-estar

O tipo de relação parece também influenciar o bem-estar, sendo que tem sido documentado um efeito mais positivo das redes de amizade e de vizinhança do que das redes familiares^{21,33-35}, dado o carácter voluntário das primeiras em vez destas últimas³⁵. Além disso, como defendido por Larson et al.³⁴, referindo-se a um estudo sobre idosos do Canadá, geralmente as atividades realizadas com familiares são rotineiras, enquanto que o tempo passado com os amigos é comumente dedicado a atividades mais baseadas em interesses comuns e caracterizadas por espontaneidade. De acordo com Pinquart e Sörensen²¹, os amigos são, muitas vezes, membros da mesma faixa etária, partilhando características pessoais, experiências e estilos de vida. Outro potencial motivo, defendido por Cheng et al.³³ com base numa revisão da literatura, reside no facto das interações negativas serem mais frequentes entre membros da família do que entre amigos. Acresce que o conflito com familiares pode ter um efeito muito negativo no bem-estar dos idosos uma vez que os laços estabelecidos com membros da família não podem ser desfeitos facilmente⁶.

Por outro lado, estudos desenvolvidos na Europa e América do Norte revelam um contributo ou associação positivo/a entre mais do que um tipo de relação em simultâneo (por exemplo, relações com o cônjuge e filhos, concomitantes a relações de amizade com indivíduos externos à família) e a QV/bem-estar^{23,26,36,37}.

Proximidade geográfica da rede social e QV/bem-estar.

A literatura acerca da relação entre a proximidade geográfica da rede social e a QV/bem-estar de idosos é escassa. No conjunto restrito de pesquisas em que se procede a esta análise, contam-se os estudos de De Belvis et al.^{38,39}, em Itália, que mostram existir uma associação positiva entre a proximidade geográfica da rede familiar e a QV relacionada com a saúde de idosos com 60 ou mais anos, controlando o efeito de variáveis sociodemográficas e de saúde. Já os resultados apresentados por Litwin e Stoeckel³⁷, a partir de dados da quarta vaga do projeto SHARE, sobre indivíduos com 65 ou mais anos, em 16

países da Europa, indicam que baixa ou moderada proximidade geográfica dos elementos da rede social está associada a maior QV desses indivíduos, uma vez controlado o efeito de variáveis sociodemográficas e o estado de saúde. Esse controlo é necessário para evitar os casos em que a proximidade geográfica é uma opção de famílias com idosos necessitando de cuidados e, por isso, com menor QV. Não é possível dar uma explicação satisfatória dessa discrepância de resultados. De resto, sendo reduzida a quantidade de estudos, não é possível identificar nenhum padrão ou tendência relativamente à relação entre essa característica da rede social e o bem-estar de idosos.

Frequência do contacto e QV/bem-estar.

A frequência dos contactos é um dos indicadores mais utilizados para descrever a interação. Frequências de contacto elevadas têm sido comumente associadas a maiores níveis de QV ou outros indicadores de bem-estar, na América do Norte e países europeus^{21,29,38-41}. Todavia, alguns estudos associam a frequência do contacto a menor bem-estar⁴² ou têm concluído a inexistência de associação entre a frequência de contacto e a QV/bem-estar dos idosos^{7,31,43,44}. Distinguindo o contacto com família e amigos, Netuveli et al.⁵ detectam uma associação positiva entre a frequência de contacto com amigos e a QV e, pelo contrário, uma associação negativa entre a frequência de contacto com familiares e a QV. De modo similar, mas partindo de dados de um estudo longitudinal, Webb et al.²⁵ constatam que a QV de idosos residentes em Inglaterra está positivamente associada à frequência com que estes contactam os seus amigos, sendo que, pelo contrário, uma elevada frequência de contacto com familiares reduz a sua QV. É provável que as explicações para essa diferença entre o contacto com a família e o contacto com amigos sejam as já apontadas na secção anterior sobre o tipo de relação e a QV/bem-estar.

Apesar de alguma discrepância de resultados, que pode ser devida aos diferentes contextos geográficos e às amostras, e a formas distintas de operacionalização do conceito de bem-estar nas pesquisas mencionadas, os resultados sugerem uma associação positiva entre a frequência do contacto e os indicadores de bem-estar. É possível que com a tendência para a redução da dimensão da rede social

na velhice, devido, nomeadamente, ao falecimento de pares, o contacto com os elementos que constituem essa rede ganhe maior significado e importância para as pessoas idosas, sendo por isso positivo o contributo da frequência do contato com a rede social para o seu bem-estar. Porém, pode também supor-se, inversamente, que os idosos com maior bem-estar estabelecem mais contactos precisamente porque se sentem bem.

Proximidade emocional e QV/bem-estar.

A proximidade emocional é uma característica da rede que tem sido operacionalizada de formas diferentes: como grau de proximidade emocional da pessoa idosa em relação aos membros da sua rede social³⁷ ou como número de pessoas emocionalmente próximas⁵.

Globalmente, pode-se dizer que uma elevada proximidade emocional tem sido associada a elevados níveis de QV/bem-estar na velhice^{5,7,21,25,26,37}. A teoria da seletividade socioemocional, já referida neste artigo, contribui para explicar o contributo positivo da proximidade emocional no bem-estar dos idosos. Essa teoria da seletividade socioemocional deriva da teoria de otimização compensatória⁴⁵, que também permite compreender esses resultados. De acordo com esse modelo, otimização significa aquisição, aplicação, coordenação e manutenção de recursos internos e externos envolvidos no alcance de níveis mais altos de funcionamento; a compensação implica a adoção de alternativas para manter o funcionamento⁴⁶. De facto, os idosos podem compensar as barreiras sociais relacionadas com a idade e otimizar as suas interações sociais, concentrando o seu tempo e a sua energia limitados em poucos parceiros sociais, mais capazes de satisfazer as suas principais necessidades sociais²⁷.

DISCUSSÃO

A partir da presente revisão de literatura científica acerca da relação entre as redes sociais e a QV ou outros indicadores de bem-estar de idosos identificaram-se algumas tendências de teor metodológico, ao nível das abordagens e operacionalização da QV, e também ao nível dos resultados no que respeita à

relação entre as características das redes sociais e a QV/bem-estar na velhice.

Em termos de metodologia, é notório o recurso, sobretudo, à metodologia quantitativa de investigação social, sendo muito menor a utilização da metodologia qualitativa ou da combinação de ambas. As amostras a que se tem recorrido são tendencialmente de mais de 30 indivíduos; e, em mais de metade das pesquisas analisadas nesta revisão^{7,25,26,29,30,37,38,42}, foram estudadas amostras representativas, isto é, tem havido uma preocupação de seleção probabilística dos elementos a estudar num determinado contexto temporal e geográfico.

O conceito de QV tem sido abordado de diferentes modos e operacionalizado de forma também distinta. Pode-se dizer, porém, que independentemente da forma como o conceito de QV é definido e operacionalizado em cada trabalho, a pesquisa tem demonstrado consistentemente o efeito benéfico das relações sociais e familiares, ou seja, das redes sociais, na QV/bem-estar das pessoas idosas.

Relativamente à relação entre as características das redes sociais e a QV/bem-estar na velhice, observa-se que: a) em geral, a dimensão da rede social tem sido positivamente associada à QV/bem-estar de idosos, mas alguns estudos evidenciam a inexistência de associação entre a dimensão da rede social e a QV/bem-estar na velhice; b) globalmente, a literatura tem evidenciado, sobretudo, o maior contributo das redes de amigos, comparativamente com as redes familiares, para a QV/bem-estar da população idosa, ou o contributo positivo de mais do que um tipo de relação (por exemplo, importância conjunta das relações de amizade, e relações de vizinhança); c) a quantidade reduzida de estudos sobre o impacto da proximidade geográfica da rede social na QV/bem-estar na velhice não permite identificar nenhum padrão ou tendência relativamente ao efeito ou influência desta característica da rede social; d) globalmente, a frequência do contacto está positivamente associada ao bem-estar dos idosos, apesar de algumas pesquisas terem indicado inexistência de associação entre as variáveis; e) relativamente à proximidade emocional com elementos da rede social, a literatura indica, nitidamente, uma associação positiva entre esta característica da rede e a QV/bem-estar da população idosa.

A discrepância de resultados observada decorre, possivelmente, do recurso a distintas amostras, da realização de análises transversais em vez de pesquisas longitudinais (impossibilitando o estabelecimento de relações de causa e efeito entre a rede social e o bem-estar)⁴⁷, de diferentes contextos geográficos e formas distintas de definir e operacionalizar a QV/bem-estar. A discussão acerca da definição de QV e dos modos de operacionalizar entre investigadores contribuiria de sobremaneira para mitigar estas divergências e acrescentar rigor à investigação científica sobre essa temática. Com efeito, muitas vezes os investigadores não definem o conceito de QV nas publicações, e raramente justificam a seleção do instrumento de medida a que recorrem, proliferando diferentes formas de operacionalizar o conceito.

Identificam-se outras omissões ao nível do conhecimento científico sobre a temática em estudo. Em primeiro lugar, têm-se verificado associações entre as características das redes sociais e a QV/bem-estar, mas raramente os investigadores averiguam os fatores que conduzem a essas associações. Em segundo lugar, existe uma carência de estudos longitudinais, que permitiriam estabelecer a causalidade entre as características das redes sociais e a QV/bem-estar. Em terceiro lugar, é evidente a falta de estudos sobre populações de idosos mais específicas, tais como os idosos que residem sós ou os idosos que residem em meio rural. Apesar da proporção de pessoas a viver sós, nas sociedades europeias, ter crescido consideravelmente nas últimas quatro décadas⁴⁸, sendo um padrão comportamental cada vez mais comum entre os idosos na Europa⁴⁹, faltam investigações sobre esta população em situação de monorresidência.

As limitações da revisão de literatura no presente artigo derivam de critérios utilizados na seleção de material bibliográfico: o facto de se ter privilegiado trabalhos que resultam de pesquisas na Europa e América do Norte e a seleção de apenas algumas das características da rede social, embora as consideradas nucleares²³.

Não obstante, a análise dos estudos considerados neste artigo evidencia o modo como tem sido definido e operacionalizado o conceito de QV e o estado da arte sobre a relação entre as principais características das redes sociais dos idosos e a sua QV. Esta análise poderá ser utilizada por estudantes e investigadores

interessados no tema, para além de poder contribuir para a formulação de políticas públicas com vista a melhorar a qualidade de vida das pessoas idosas.

CONCLUSÃO

A literatura científica evidencia que as redes de amigos contribuem mais do que as redes familiares para a qualidade de vida/bem-estar dos idosos. Também foi demonstrado o contributo positivo de mais do que um tipo de relação (por exemplo, relações de amizade e simultaneamente relações familiares) para a qualidade de vida/bem-estar das pessoas idosas. Por fim, os trabalhos analisados indicam o impacto positivo da proximidade emocional na qualidade de vida/bem-estar.

A presente revisão de literatura permite apontar sugestões para desenvolvimento de investigações futuras. Primeiramente, considera-se que há necessidade de privilegiar análises longitudinais, dada a sua escassez. Importa também recorrer

à combinação das metodologias quantitativa e qualitativa. Por um lado, através de metodologias quantitativas é possível trabalhar amostras de grande dimensão e representativas; por outro lado, mediante metodologias qualitativas poder-se-á aprofundar, enriquecer, e explicar/compreender a informação recolhida por via da metodologia quantitativa sobre as associações/efeitos das redes sociais na qualidade de vida. Por último, dada a escassez de informação verificada, dever-se-iam realizar mais pesquisas sobre populações específicas, designadamente sobre idosos que vivem sós.

AGRADECIMENTOS

Agradece-se o apoio da Fundação para a Ciência e Tecnologia (FCT), concedido através de uma bolsa de doutoramento, atribuída no âmbito do QREN-POPH-Tipologia 4.1-Formação Avançada, participado pelo Fundo Social Europeu e por fundos nacionais do MEC, a uma das autoras deste trabalho.

REFERÊNCIAS

1. Bosworth HB, Schaie KW. The relationship of social environment, social networks, and health outcomes in the Seattle Longitudinal Study: Two analytical approaches. *J Gerontol Ser B Psychol Sci Soc Sci* 1997;52(5):197-205.
2. Martin M, Grünendahl M, Martin P. Age differences in stress, social resources, and well-being in middle and older age. *J Gerontol Ser B Psychol Sci Soc Sci* 2001;56(4):214-222.
3. Bowling A, Gabriel Z, Dykes J, Dowding LM, Evans O, Fleissig A, et al. Let's ask them: a national survey of definitions of quality of life and its enhancement among people aged 65 and over. *Int J Aging Hum Dev* 2003;56(4):269-306.
4. Cornwell B, Laumann EO, Schumm LP. The social connectedness of older adults: a national profile. *Am Sociol Rev* 2008;73(2):185-203.
5. Netuveli G, Wiggins RD, Hildon Z, Montgomery SM, Blane D. Quality of life at older ages: evidence from the English longitudinal study of aging (wave 1). *J Epidemiol Community Health* 2006;60(4):357-63.
6. Krause N. Social Support. In: Binstock RH, George LK, Editores. *Handbook of Aging and the Social Sciences*. San Diego: Academic Press; 2001. p. 272-94.
7. Wiggins RD, Higgs PFD, Hyde M, Blane DB. Quality of life in the third age: key predictors of the CASP-19 measure. *Ageing Soc* 2004;24(5):693-708.
8. Portugal S. Contributos para uma discussão do conceito de rede na teoria sociológica. *Oficina CES* 2007;271:1-35.
9. Mercklé P. *Sociologie des réseaux sociaux*. Paris: La Découverte; 2004.
10. Matheus RF, Silva ABO. Análise de redes sociais como método para a Ciência da Informação. *Rev Ciênc Inf [Internet]* 2006 [acesso em 10 set 2012];7(2):72-93. Disponível em: http://www.dgz.org.br/abr06/F_I_art.htm.
11. Farquhar M. Definitions of quality of life: a taxonomy. *J Adv Nurs* 1995;22(3):502-8.
12. Fayers P, Machin D, editors. *Quality of life: the assessment, analysis and interpretation of patient-reported outcomes*. Chichester: Wiley; 2007.
13. THE WHOQOL GROUP. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med* 1995;41(10):1403-9.

14. Hyde M, Wiggins RD, Higgs P, Blane DB. A measure of quality of life in early old age: the theory, development and properties of a needs satisfaction model (CASP-19). *Aging Ment Health* 2003;7(3):186-94.
15. Patrick BC, Skinner EA, Connell JP. What motivates children's behavior and emotion? Joint effects of perceived control and autonomy in the academic domain. *J Pers Soc Psychol* 1993;65(4):781-91.
16. Wiggins RD, Netuveli G, Hyde M, Higgs P, Blane D. The evaluation of a self-enumerated scale of quality of life (CASP-19) in the context of research on ageing: a combination of exploratory and confirmatory approaches. *Soc Indic Res* 2008;89(1):61-77.
17. George LK. Still happy after all these years: research frontiers on subjective well-being in later life. *J Gerontol Ser B Psychol Sci Soc Sci* 2010;65(3):331-9.
18. Keyes CLM. The exchange of emotional support with age and its relationship with emotional well-being by age. *J Gerontol Ser B Psychol Sci Soc Sci* 2002;57(6):518-25.
19. Radloff LS. The CES-D Scale: a Self-Report Depression Scale for Research in the General Population. *Appl Psychol Meas* 1977;1(3):385-401.
20. Underwood M, Lamb SE, Eldridge S, Sheehan B, Slowther AM, Spencer A, et al. Exercise for depression in elderly residents of care homes: a cluster-randomised controlled trial. *Lancet* 2013;382(9886):41-9.
21. Pinquart M, Sörensen S. Influences of socioeconomic status, social network, and competence on subjective well-being in later life: A meta-analysis. *Psychol Aging* 2000;15(2):187-224.
22. De Oliveira KL, Dos Santos AAA, Cruvinel M, Néri AL. Relação entre ansiedade, depressão e desesperança entre grupos de idosos. *Psicol Est* 2006;11(2):351-9.
23. Litwin H, Stoeckel KJ. Engagement and social capital as elements of active ageing: an analysis of older europeans. *Sociol Politiche Sociali* 2014;17(3):9-31.
24. Huxhold O, Fiori KL, Windsor TD. The Dynamic Interplay of Social Network Characteristics, Subjective Well-Being, and Health: the costs and benefits of socio-emotional Selectivity. *Psychol Aging* 2013;28(1):3-16.
25. Webb E, Blane D, McMunn A, Netuveli G. Proximal predictors of change in quality of life at older ages. *J Epidemiol Community Health* 2011;65(6):542-7.
26. Zaninotto P, Falaschetti E, Sacker A. Age trajectories of quality of life among older adults: results from the English Longitudinal Study of Ageing. *Qual Life Res* 2009;18(10):1301-9.
27. Fung HH, Carstensen LL, Lang FR. Age-related patterns in social networks among European Americans and African Americans: implications for socioemotional selectivity across the life span. *Int J Aging Hum Dev* 2001;52(3):185-206.
28. Farquhar M. Elderly people's definitions of quality of life. *Soc Sci Med* 1995;41(10):1439-46.
29. Fiori KL, Smith J, Antonucci TC. Social network types among older adults: a multidimensional approach. *J Gerontol Ser B Psychol Sci Soc Sci* 2007;62(6):322-30.
30. Hellström Y, Andersson M, Hallberg IR. Quality of life among older people in Sweden receiving help from informal and/or formal helpers at home or in special accommodation. *Heal Soc Care Community* 2004;12(6):504-16.
31. Bowling A, Gabriel Z. Lay theories of quality of life in older age. *Ageing Soc* 2007;27(6):827-48.
32. Jakobsson U, Hallberg IR, Westergren A. Overall and health related quality of life among the oldest old in pain. *Qual Life Res* 2004;13(1):125-36.
33. Cheng ST, Li K, Leung EMF, Chan ACM. Social exchanges and subjective well-being: do sources of positive and negative exchanges matter? *J Gerontol Ser B Psychol Sci Soc Sci* 2011;66(6):708-18.
34. Larson R, Mannell R, Zuzanek J. Daily well-being of older adults with friends and family. *Psychol Aging* 1986;1(2):117-26.
35. Paúl C. Envelhecimento activo e redes de suporte social. *Sociologia* 2005;25:275-87.
36. Litwin H, Shiovitz-Ezra S. Social network type and subjective well-being in a national sample of older Americans. *Gerontologist* 2011;51(3):379-88.
37. Litwin H, Stoeckel KJ. Confidant network types and well-being among older europeans. *Gerontologist* 2013;1-11.
38. De Belvis AG, Avolio M, Spagnolo A, Damiani G, Sicuro L, Cicchetti A, et al. Factors associated with health-related quality of life: the role of social relationships among the elderly in an Italian region. *Public Health* 2008;122(8):784-93.
39. De Belvis AG, Avolio M, Sicuro L, Rosano A, Latini E, Damiani G, et al. Social relationships and HRQL: a cross-sectional survey among older Italian adults. *BMC Public Health [Internet]* 2008 [acesso em 14 fev. 2014];8(348):1-10. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/8/348>
40. Litwin H, Stoeckel KJ. Social networks and subjective wellbeing among older Europeans: does age make a difference? *Ageing Soc* 2013;33(7):1263-81.

41. Scott JP, Butler MH. Subjective well-being of rural adults 75 years of age or older: a longitudinal evaluation. *Fam Consum Sci Res J* 1997;25(3):251-68.
42. Litwin H. Social Networks and Well-being: a comparison of older people in mediterranean and non-mediterranean countries. *J Gerontol Ser B Psychol Sci Soc Sci* 2009;65(5):599-608.
43. Newsom JT, Schulz R. Social support as a mediator in the relation between functional status and quality of life in older adults. *Psychol Aging* 1996;11(1):34-44.
44. Ward RA. Multiple parent–adult child relations and well-being in middle and later life. *J Gerontol Ser B Psychol Sci Soc Sci* 2008;63(4):239-47.
45. Baltes PB, Baltes MM. Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. In: Baltes PB, Baltes MM, Editores. *Successful Aging: Perspectives from the behavioral sciences*. New York: Cambridge University Press; 1990. p. 1-34.
46. Neri AL. O legado de Paul B. Baltes à psicologia do desenvolvimento e do envelhecimento. *Temas Psicol* 2006;14(1):17-34.
47. D’Orsi E, Xavier AJ, Ramos LR. Trabalho, suporte social e lazer protegem idosos da perda funcional: Estudo Epidioso. *Rev Saúde Pública* 2011;45(4):685-92.
48. Mauritti R. *Viver só: mudança social e estilos de vida*. Lisboa: Editora Mundos Sociais; 2011.
49. Gierveld J, De Valk H, Blommesteijn M. *Living arrangements of older persons and family support in more developed countries*. Haia: Netherlands Interdisciplinary Demographic Institute; 2000.

Recebido: 22/01/2016

Revisado: 30/05/2016

Aprovado: 03/08/2016

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.

