

VOLUME 21, NÚMERO 1 - JANEIRO / FEVEREIRO 2018



# Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia

*Brazilian Journal of Geriatrics and Gerontology*

 **UnATI**  
Universidade Aberta  
da Terceira Idade



ISSN 1981-2256





# Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia

*Brazilian Journal of Geriatrics and Gerontology*

VOLUME 21 Nº 1 - JANEIRO/FEVEREIRO 2018

### Editor / Editor

Renato Peixoto Veras

### Editores Associados / Associated Editors

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 Berteró** – 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

**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](http://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](http://www.rbgg.com.br)

### Correspondência / Correspondence

Toda correspondência deve ser encaminhada à Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia através do email [revistabgg@gmail.com](mailto:revistabgg@gmail.com)

All correspondence should be sent to Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia using the email [revistabgg@gmail.com](mailto: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](mailto:revistabgg@gmail.com) - [crderbgg@uerj.br](mailto:crderbgg@uerj.br)

Web: [www.scielo.br/rbgg](http://www.scielo.br/rbgg)

Site: [www.rbgg.com.br](http://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 en 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

A TONTURA NO IDOSO	5
Dizziness in the elderly	
<i>Juliana Maria Gazzola</i>	

### ARTIGOS ORIGINAIS / ORIGINAL ARTICLES

USO DE ANTIDEPRESSIVO E OS COMPONENTES DA SÍNDROME DE FRAGILIDADE	7
Antidepressant use and the components of the frailty syndrome	
<i>Vanessa Adelina Casali Bandeira, Evelise Moraes Berlezi, Carolina Baldissera Gross, Christiane de Fátima Colet</i>	
DIMENSÕES ATRIBUÍDAS POR GESTORES E PROFISSIONAIS ÀS INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA: INTERFACE E CONTRADIÇÕES	16
Dimensions assigned to Long Term Care Facilities by managers and health professionals: interfaces and contradictions	
<i>Bárbara Jacome Barcelos, Natália de Cássia Horta, Quesia Nayrane Ferreira, Marina Celly Martins Ribeiro de Souza, Cristiane Delesporte Pereira Mattioli, Karla Geovani Silva Marcelino</i>	
QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS PARTICIPANTES E NÃO PARTICIPANTES DE PROGRAMAS PÚBLICOS DE EXERCÍCIOS FÍSICOS	24
Quality of life of participants and non-participants of public physical exercise programs	
<i>Fabrcio Ramalho da Costa, Flávia Melo Rodrigues, Cejane Oliveira Martins Prudente, Ismael Franco de Souza</i>	
DIFICULDADES ENCONTRADAS NO CUIDADO AO IDOSO COM DEMÊNCIA: ENFRENTAMENTO BASEADO NA PESQUISA PARTICIPATIVA	35
Difficulties encountered in care for elderly persons with dementia: coping based on participatory research	
<i>Barbara Martins Corrêa da Silva, Célia Pereira Caldas, Helena Maria Shchelowski Leal David, Michel Jean Marie Thiollent</i>	
ARTRITE REUMATOIDE: PERFIL DE PACIENTES E SOBRECARGA DE CUIDADORES	45
Rheumatoid arthritis: profile of patients and burden of caregivers	
<i>Beatriz Aiko Nagayoshi, Luciano Garcia Lourenção, Yasmine Natasha Syguedomi Kobayase, Priscilla Mychelle da Silva Paula, Maria Cristina de Oliveira Santos Miyazaki</i>	
PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS À REALIZAÇÃO DE EXAMES DE CÂNCER DE PRÓSTATA EM IDOSOS: ESTUDO DE BASE POPULACIONAL	55
Prevalence and factors associated with the performance of prostate cancer screening in the elderly: a population-based study	
<i>Alisson Padilha de Lima, Ezequiel Vitorio Lini, Rodrigo Britto Giacomazzi, Marcos Paulo Dellani, Marilene Rodrigues Portella, Marlene Doring</i>	
SÍNDROME DA FRAGILIDADE EM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS	62
The frailty syndrome in institutionalized elderly persons	
<i>Marina Tadini Fluetti, Jack Roberto Silva Fhon, Ana Paula de Oliveira, Larissa Martins Ortega Chiquito, Sueli Marques</i>	
INFLUÊNCIA DE SINTOMAS DEPRESSIVOS NA QUALIDADE DE VIDA EM HOMENS DIAGNOSTICADOS COM CÂNCER DE PRÓSTATA	72
Influence of symptoms of depression on the quality of life of men diagnosed with prostate cancer	
<i>Taysi Seemann, Fernanda Pozzobom, Melissa de Carvalho Souza Vieira, Leonessa Boing, Zenite Machado, Adriana Coutinho de Azevedo Guimarães</i>	

## Sumário / Contents

4	<b>IDOSOS ATENDIDOS EM UM SERVIÇO AEROMÉDICO</b>	82
	Elderly people receiving care through an aeromedical service	
	<i>Keyla Cristiane do Nascimento, Claudia Ferreira Fernandes, Juliana Balbinot dos Reis Girondi, Luciana Fabiane Sebold, Karina Silveira de Almeida Hammerschmidt, André Ricardo Moreira</i>	
	<b>NOTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIA INTRAFAMILAR CONTRA A MULHER IDOSA NA CIDADE DE SÃO PAULO</b>	91
	Notification of intrafamily violence against elderly women in the city of São Paulo	
	<i>Ana Paula dos Santos Guimarães, Carlos Górios, Cintia Leci Rodrigues, Jane de Eston Armond</i>	
	<b>RELATOS DE CASO / CASE REPORT</b>	
	<b>INTOXICAÇÃO DE VITAMINA D POR ERRO DE ADMINISTRAÇÃO: RELATO DE CASO</b>	98
	Vitamin D intoxication through errors in administration: a case report	
	<i>Leticia Teixeira de Carvalho Vieira, Mariana Queiroz Batista, Eduardo Marques da Silva, Ricardo Alessandro Teixeira Gonsaga</i>	
	<b>EFEITOS DA FOTOBIOESTIMULAÇÃO NO TRATAMENTO DA NEURALGIA PÓS-HERPÉTICA: RELATO DE CASO</b>	105
	Effects of photobiostimulation in the treatment of post-herpetic neuralgia: a case report	
	<i>Raimundo Nonato Silva Gomes, Larissa Vanessa Machado Viana, Jenniffer de Souza Ramos, Nilza Maria da Nave e Castro, Renata Amadei Nicolau</i>	
	<b>ARTIGO DE REVISÃO / REVIEW ARTICLE</b>	
	<b>FERRAMENTA FRAX NO BRASIL: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA APÓS SUA VALIDAÇÃO</b>	111
	FRAX Tool in Brazil: an integrative literature review following validation	
	<i>Cristina de Jesus Sousa, Maria Líz Cunha de Oliveira</i>	



## A tontura no idoso

### Dizziness in the elderly

Sabemos que 20 a 30% da população mundial sofre ou já sofreu de tontura e, em muitos casos, não é tratada adequadamente. A prevalência da tontura é ainda maior na população idosa, sendo a principal manifestação clínica das labirintopatias. Essas podem levar o idoso ao prejuízo da capacidade funcional, comprometendo a qualidade de vida, a satisfação pessoal e o bem-estar.

A tontura é uma condição multifatorial que decorre do efeito cumulativo das disfunções em múltiplos sistemas e atribui, principalmente aos idosos, dificuldade em realizar tarefas, além de provocar deficiência no controle do equilíbrio corporal, como as transferências posturais, a marcha e outras tarefas dinâmicas que requerem flexão do tronco e da cabeça frente à grande variabilidade de contextos ambientais. Esse sintoma é frequentemente experimentado por pacientes com significados diferentes, tais como: falsa sensação de movimentação do corpo ou ambiente, sensação de desmaio iminente, sensação de instabilidade, desequilíbrio corporal, mareio ou quedas e dificuldade na marcha.

As causas também podem ser diferentes: disfunções vestibulares (central ou periférica) ou causas extravestibulares, como neurológicas, cardiovasculares, metabólicas, psicogênicas, visuais, proprioceptivas, entre outras. As disfunções vestibulares mais comuns no idoso são: Vertigem Posicional Paroxística Benigna (VPPB), Doença de Menière, Equivalentes de Migrânea, Labirintopatias Metabólicas, Labirintopatias de Origem Vascular e Síndromes Multissensoriais. Múltiplos sintomas otoneurológicos podem estar associados: vertigem e outras tonturas, alterações do equilíbrio corporal, distúrbios da marcha, quedas, zumbido, déficit auditivo, dentre outros<sup>1</sup>.

A avaliação otoneurológica no idoso é abrangente para a detecção da causa. Envolve a avaliação clínica, exames laboratoriais, exames de imagens, provas calóricas, rotacionais, audiometria, posturografia computadorizada, avaliação da capacidade funcional, do equilíbrio corporal da marcha e do impacto da tontura na qualidade de vida do idoso. Os recursos terapêuticos utilizados para o controle da tontura e/ou desequilíbrio corporal incluem: tratamento etiológico, farmacoterapia, orientação nutricional, modificação de hábitos, psicoterapia, reabilitação vestibular (RV) e, em alguns casos, procedimentos cirúrgicos<sup>2</sup>.

A RV representa uma importante opção terapêutica para os distúrbios do equilíbrio corporal de origem vestibular. A RV não é um tratamento etiológico, isto é, não atua na causa do distúrbio vestibular, mas por meio de mecanismos centrais de neuroplasticidade promove a compensação vestibular. É constituída por exercícios específicos dos olhos, cabeça e/ou corpo e manobras terapêuticas aplicadas em pacientes com vertigem posicional paroxística benigna, com o intuito de reposicionar os debris de estatocônios que se encontram inadequadamente localizados nos ductos dos canais semicirculares<sup>3</sup>.

O tratamento integrado dos idosos com disfunção vestibular apresenta resultados positivos devido ao diagnóstico precoce e preciso, a intervenção interdisciplinar e a adesão ao tratamento. A elaboração de programas preventivos e de condutas terapêuticas objetivas favorece a remissão dos sintomas ou a redução, a melhora da qualidade de vida e da capacidade funcional.

**Juliana Maria Gazzola**

Professora do Departamento de Fisioterapia na Área do Envelhecimento Humano da Universidade Federal do Rio Grande do Norte

6

## REFERÊNCIAS

1. Doná F, Perracini MR, Gazzola JM. Avaliação físico-funcional do paciente com disfunção vestibular. In: Onishi EO, Kasse CA, Branco-Barreiro FCA, Doná F, organizadores. Avaliação e reabilitação do equilíbrio corporal: abordagem interdisciplinar. Vol. 1. São Paulo: Ektor Tsuneo Onishi; 2013. p. 47-64.
2. Ganança FF, Lopes KC, Duarte JA, Morganti, LOG, Salmito MC, Brandão PVC, et al. Labirintopatias. Rev Bras Med. 2014;71:78-85.
3. Gazzola JM, Doná F. Instabilidade postural e reabilitação vestibular. In: Mendes TAB, organizador. Manuais de reabilitação do Hospital Albert Einstein. Vol. 1. São Paulo: Manole; 2014. p. 787-809.





# Uso de antidepressivo e os componentes da síndrome de fragilidade

## Antidepressant use and the components of the frailty syndrome

Vanessa Adelina Casali Bandeira<sup>1</sup>  
Evelise Moraes Berlezi<sup>2</sup>  
Carolina Baldissera Gross<sup>1</sup>  
Christiane de Fátima Colet<sup>2</sup>

### Resumo

**Objetivo:** avaliar a repercussão do uso de antidepressivos sobre os componentes da fragilidade. **Métodos:** estudo transversal e analítico, com comparação de grupos de usuário e não usuário de antidepressivo, realizado em município da região Sul do Brasil, vinculado à pesquisa matricial “A saúde do idoso na atenção primária”. A amostra foi selecionada a partir do acesso ao banco de dados da pesquisa matricial do qual foram extraídos dois grupos: *usuário* (n=87) e *não usuário* (n=114) de antidepressivos. Após a seleção dos grupos realizou-se coleta de dados entre junho a setembro de 2016, no espaço domiciliar, com informações referentes às características sociodemográficas, uso de medicamentos e avaliação da fragilidade. Para verificar a associação entre os grupos estudados realizou-se o teste de hipótese do qui-quadrado de Pearson e para calcular o risco utilizou-se o *Odds Ratio* (OR). **Resultados:** A prevalência de fragilidade foi de 62,7% e apresentou-se associada ao grupo usuário. Entre os componentes da fragilidade foi evidenciado associação do grupo usuário a fadiga, baixa velocidade de marcha e perda de peso não intencional. Identificou-se maior risco de fragilidade entre idosos em uso de antidepressivos tricíclicos e antidepressivos potencialmente inapropriados para idosos. **Conclusões:** Evidencia-se associação da fragilidade ao uso de antidepressivos. Esses achados apontam a necessidade da avaliação clínica dos riscos e benefícios da prescrição de antidepressivos para o idoso; e quando instituído o tratamento, faz-se necessário o seu acompanhamento e a avaliação de características geriátricas com a finalidade de assegurar segurança e qualidade de vida do idoso.

### Palavras-chave:

Antidepressivos. Atenção Primária à Saúde. Idoso Fragilizado.

### Abstract

**Objective:** to evaluate the effects of antidepressant use on components of frailty. **Methods:** a cross-sectional and analytical study comparing groups of users and non-users of antidepressants was carried out in a municipal region in the south of Brazil. The research was linked to the matrix study "Health of Elderly Persons in Primary Care". The sample was selected through access to the database of the matrix study from which two groups

**Keywords:** Antidepressive Agents. Primary Health Care. Frail Elderly.

<sup>1</sup> Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, Programa de Pós-graduação *stricto sensu* em Atenção Integral à Saúde. Ijuí, RS, Brasil.

<sup>2</sup> Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, Departamento de Ciências da Vida. Ijuí, RS, Brasil.

were extracted: *users* (n=87) and *non-users* (n=114) of antidepressants. After selection of the groups, data collection was carried out between June and September 2016 in the homes of the elderly, and included information on sociodemographic characteristics, use of medications and the evaluation of frailty. Pearson's Chi-square hypothesis test was used to verify the association between the groups and the Odds Ratio (OR) was used to calculate risk. *Results:* The prevalence of frailty was 62.7% and was associated with the group that used antidepressants. Among the components of frailty an association between the user group and fatigue, low gait speed and unintentional weight loss was found. A greater risk of frailty among elderly persons using tricyclic antidepressants and antidepressants potentially inappropriate for the elderly was identified. *Conclusions:* an association between frailty and antidepressant use was found. These results indicate the need for the clinical evaluation of the risks and benefits of prescribing antidepressants for the elderly; and reveal that when treatment begins, the monitoring and assessment of geriatric characteristics are required to ensure the safety and quality of life of the elderly.

## INTRODUÇÃO

A fragilidade é uma síndrome multidimensional que envolve a interação de fatores biológicos e psicossociais<sup>1,2</sup>. Essa síndrome proposta por Fried et al.<sup>3</sup> caracteriza-se pelo declínio de energia e está relacionada a alterações nos sistemas musculoesquelético, neuroendócrino e imunológico que repercutem, especialmente, na perda de massa muscular, alteração de apetite e estado inflamatório crônico. De acordo com os autores o fenótipo de fragilidade envolve cinco componentes: perda de peso não intencional, fadiga, diminuição da força de preensão manual, lentidão da marcha e baixo nível de atividade física<sup>3</sup>.

Em geral, a fragilidade é um fator de elevada vulnerabilidade para eventos adversos à saúde como ocorrência de incapacidade, dependência, quedas, hospitalização, cuidados por período prolongado e morte<sup>4</sup>. Embora a fragilidade relacione-se a alterações fisiológicas próprias da senescência, também é determinada pela presença de doenças crônicas e determinantes psicossociais. Vale destacar que há risco aumentado de fragilização em idosos do sexo feminino, com idade avançada, de baixa renda, em uso de três medicamentos ou mais, com declínio cognitivo e funcional e presença de sintomas indicativos de depressão<sup>1,2,5</sup>.

Especificamente, a presença de sintomas depressivos e a depressão maior são os transtornos psiquiátricos mais comuns entre os idosos. A meta-análise de Barcelos-Ferreira et al.<sup>6</sup> identificou

prevalência do diagnóstico de depressão maior e sintomas sugestivos de depressão em 7,0% e 26,0% dos idosos brasileiros, respectivamente. Por consequência, os antidepressivos são frequentemente empregados no tratamento desse transtorno. O Estudo Longitudinal de Saúde do Adulto (ELSA) evidenciou uso de antidepressivo em 6,87% da população adulta brasileira<sup>7</sup>. Esse percentual eleva-se na população idosa, com frequência de uso entre 7,2% e 23,6%<sup>8,9</sup>.

Embora, o consumo de antidepressivos em idosos seja elevado, importantes revisões sistemáticas realizadas por Briana et al.<sup>10</sup> e Benraad et al.<sup>11</sup> destacaram que existem lacunas nos estudos que relacionam o uso de antidepressivos e fragilidade. Briana et al.<sup>10</sup> concluem que os estudos realizados até então não permitem confirmar ou refutar a associação entre antidepressivo e fragilidade. E Benraad et al.<sup>11</sup> apontam que nos ensaios clínicos randomizados referentes ao tratamento com antidepressivo na depressão maior em idosos, não são consideradas a presença de características geriátricas, como a fragilidade, nem como possível modificador de efeito ou na avaliação de potenciais efeitos adversos sobre a mesma.

No entanto, estudo de seguimento realizado por Lakey et al.<sup>12</sup> com mulheres americanas evidenciou a associação do uso de antidepressivo com a ocorrência de fragilidade, tanto na presença como ausência de sintomas depressivos; foi observado nesse estudo que os usuários de antidepressivo tem quase duas vezes mais chance de fragilidade. Ainda, Groot

et al.<sup>13</sup> identificaram associação moderada entre o uso de antidepressivo e o comprometimento de marcha, um dos componentes da síndrome de fragilidade; contudo esse estudo não comparou risco de um grupo em relação ao outro. Apesar das evidências científicas mostrarem que há associação entre o uso de antidepressivo com a ocorrência de fragilidade esses foram realizados com população americana e europeia. Além disso, os dois estudos encontrados não analisaram todos os componentes da síndrome da fragilidade. Considerando a heterogeneidade da população brasileira e suas particularidades de envelhecimento justificam-se pesquisas epidemiológicas que investiguem o uso de medicamentos e suas repercussões sobre o organismo senescente.

A partir destas considerações, o presente estudo propôs avaliar a repercussão do uso de antidepressivos sobre os componentes da fragilidade.

## MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal e analítico, com comparação de grupos de usuário e não usuário de antidepressivo. O presente estudo foi realizado em município localizado na região Sul do Brasil, vinculado a pesquisa matricial *A saúde do idoso na atenção primária*.

A população de estudo da pesquisa matricial foi constituída por idosos com idade igual ou superior a 60 anos, de ambos os sexos, cadastrados nas 12 unidades de Estratégia Saúde da Família (ESF) da área urbana do município. A amostra dessa pesquisa foi probabilística e os idosos foram selecionados por técnica de amostragem estratificada proporcional por ESF e sexo. Foi assegurada a representatividade de 12%, definida pela taxa de envelhecimento populacional da região. Para estabelecer o tamanho da amostra utilizaram-se os dados do Sistema de Informação da Atenção Básica<sup>14</sup>. Em 2014, o número de idosos cadastrados nas ESF era de 5.269, considerando erro amostral de 5%, o cálculo amostral totalizou 636 idosos; com um poder de teste de 80%<sup>15</sup>.

Na primeira etapa da pesquisa, foi acessado o banco de dados da pesquisa matricial para identificação de usuários e não usuários de

antidepressivos para comporem os grupos de análise; optou-se por constituir dois grupos pareados quanto ao número de sujeitos para o processo de seleção no banco de dados. Foram identificados 140 idosos em uso de antidepressivo ou ansiolítico, de forma isolada ou associada; esses idosos foram alocados ao grupo *usuário*; para cada idoso do grupo “usuário” foi selecionado aleatoriamente um idoso *não usuário*; os dois grupos foram constituídos a partir da mesma população de estudo.

Na segunda etapa ocorreu a coleta de dados, realizada entre os meses de junho a setembro de 2016, no espaço domiciliar. Nessa etapa, foram excluídos do grupo usuário aqueles que encerraram o tratamento com esses medicamentos há mais de 30 dias da data de entrevista. No grupo não usuário foram excluídos os idosos que fizeram uso de antidepressivo ou ansiolítico em algum momento da vida. Também, aqueles que não apresentavam condições física e/ou psíquicas para realizar o protocolo da pesquisa. Para este estudo selecionou-se apenas os idosos usuários de antidepressivo, com 87 idosos no grupo usuário e 114 não usuário. Foram excluídos no grupo usuário 53 idosos; 21 faziam uso de ansiolítico; as demais perdas em ambos os grupos foram por não atenderem aos critérios do estudo.

As variáveis de interesse da pesquisa foram características sociodemográficas (idade, sexo, estado civil, escolaridade e renda); condições de saúde: presença de doença crônica (autorreferida) e sintomas de depressão (Escala de Depressão Geriátrica Abreviada)<sup>16</sup>; dados relativos ao uso de medicamento (número de medicamentos utilizados, princípio ativo e classe de antidepressivo e uso de antidepressivo potencialmente inapropriado); e classificação da fragilidade e seus componentes (perda de peso não intencional no último ano, força de prensão manual; velocidade da marcha, nível de atividade física e fadiga autorreferida). As variáveis foram obtidas por meio de inquérito domiciliar.

Para a identificação dos antidepressivos utilizou-se a classificação *Anatomical Therapeutic Chemical (ATC)*, no seu terceiro e quarto nível<sup>17</sup>. O uso de antidepressivos potencialmente inapropriados foi identificado de acordo com os critérios de Beers atualizados pela *American Geriatrics Society*<sup>18</sup>.

Os componentes e a classificação da fragilidade foram obtidos no banco de dados da pesquisa matricial, após a constituição dos grupos usuário e não usuário. Destaca-se que decorreram cinco meses entre a avaliação física da fragilidade e a obtenção das variáveis do presente estudo. Para avaliar a fragilidade foram utilizados os critérios estabelecidos por Fried et al.<sup>3</sup>: perda de peso não intencional, velocidade da marcha, força de prensão manual; nível de atividade física; e, fadiga autorreferida. Os idosos foram classificados para este estudo em duas categorias: idosos frágeis (que apresentaram um ou mais critérios de fragilidade); e idosos não frágeis (não apresentaram nenhum dos critérios de fragilidade).

A perda de peso não intencional, obtida por autorrelato, refere-se a perda de peso não intencional nos últimos 12 meses, utilizando-se como ponto de corte a perda de 4,5 quilos ou 5% do peso corporal<sup>3</sup>.

A força de prensão manual foi avaliada através da dinamometria. Foi considerado baixa força de prensão manual os valores localizados em 20% menores da distribuição das médias das três medidas realizadas, ajustada por sexo e índice de massa corporal (IMC) ( $\text{Kg}/\text{m}^2$ )<sup>19</sup>.

A velocidade da marcha indica o tempo em segundos que cada idoso levou para percorrer 4,6 metros, em passo usual. A baixa velocidade de marcha foi verificada por valores 20% mais altos do tempo gasto, a partir da média de três tentativas de cada idoso, ajustadas pela mediana da altura para homens e mulheres<sup>20</sup>.

A fadiga foi avaliada através de questionamento extraído da CES-D (*Center for Epidemiological Studies – Depression*) a partir das seguintes perguntas: (1) sente que teve que fazer esforço para fazer tarefas habituais; (2) não consegue levar adiante as suas atividades<sup>19</sup>.

O nível de atividade física foi identificado com base em itens do *Minnesota Leisure Time Activity Questionnaire*. Foram considerados idosos ativos aqueles que realizavam 120 minutos semanais em exercícios físicos e/ou esportes de intensidade vigorosa que equivalem a valores superiores a 6 Equivalente Metabólico (MET); que é o gasto energético calculado de forma indireta pelo instrumento; ou aqueles, que acumulam mais de 150 minutos semanais em

exercícios físicos e esportes de intensidade moderada (de  $\geq 3$  MET a  $\leq 6$  MET)<sup>21</sup>.

Utilizaram-se ferramentas da estatística descritiva como medidas de tendência central (média) e medidas de dispersão (desvio-padrão e Intervalo de confiança de 95% (IC95%); e para variáveis qualitativas, frequência relativa e absoluta; usadas considerando o tipo de variável e o comportamento de distribuição. Para verificar a associação entre duas ou mais variáveis qualitativas foi utilizado o teste de hipótese do qui-quadrado de Pearson e para calcular o risco utilizou-se o *Odds Ratio* (OR). Foi considerado risco um valor de OR igual ou superior a 1,5. Para todos os testes, considerou-se nível de 5% de significância.

Foram observados todos os preceitos éticos preconizados para pesquisa com seres humanos e o estudo foi aprovado por Comitê de Ética e Pesquisa sob Parecer nº 1.570.165/2016.

## RESULTADOS

Foram incluídos no estudo 201 idosos, entre os quais 43,3% (87) no grupo usuário e 57,7% (114) no não usuário. A idade média foi de  $71,8 \pm 7,61$  anos (IC95% 70,74-72,86). Entre as características sociodemográficas e de saúde prevaleceram: o sexo feminino (66,2%), ter companheiro (69,2%), com presença de doença crônica (79,6%) e ausência de sintomas sugestivos de depressão (78,1%) (Tabela 1).

A prevalência de fragilidade foi de 62,7% (126) dos idosos e verificou-se associação entre o uso de antidepressivo e fragilidade ( $p=0,005$ ), sendo que no grupo usuário 73,6% (64) dos idosos apresentavam fragilidade e 54,4% (62) dos idosos não usuários. Além disso, verificou-se que os idosos usuários de antidepressivos apresentaram duas vezes mais chance de fragilidade quando comparados aos não usuários (OR 2,33 IC95% 1,28-4,26). Ao realizar análise intragrupo quanto a presença de sintomas sugestivos de depressão e a fragilidade; não foi identificada associação nos grupos usuário ( $p=0,078$ ) e não usuário ( $p=0,140$ ).

Entre os componentes da síndrome de fragilidade, a fadiga e baixa velocidade de marcha

foram os mais frequentes entre os idosos do estudo, 35,4% e 23,4%, respectivamente. Evidenciou-se associação entre o uso de antidepressivo e os componentes fadiga, baixa velocidade de marcha e perda de peso não intencional. Quanto ao risco,

verificou-se que o grupo usuário tem três vezes mais chance de perda de peso e duas vezes mais chance para a fadiga e baixa velocidade de marcha quando comparado ao não usuário, como apresentado na Tabela 2.

**Tabela 1.** Características sociodemográficas e de saúde de idosos usuários e não usuários de antidepressivos (N=201) de um município do Sul do Brasil, 2016.

Variáveis	Total % (n)	Usuário % (n)	Não usuário % (n)
<b>Sexo</b>			
Feminino	66,2 (133)	80,5 (70)	55,3 (63)
Masculino	33,8 (68)	19,5 (17)	44,7 (51)
<b>Faixa etária (anos)</b>			
60 a 69	47,3 (95)	48,3 (42)	46,5 (53)
70 a 79	34,3 (69)	28,7 (25)	38,6 (44)
80 ou mais	18,4 (37)	23,0 (20)	14,9 (17)
<b>Situação conjugal</b>			
Com companheiro	69,2 (139)	57,5 (50)	78,1 (89)
Sem companheiro	30,8 (62)	42,5 (37)	21,9 (25)
<b>Escolaridade</b>			
Analfabeto	9,5 (19)	9,2 (8)	9,7 (11)
Ensino fundamental incompleto	65,0 (130)	69,0 (60)	61,9 (70)
Ensino fundamental completo	10,0 (20)	6,9 (6)	12,4 (14)
Ensino médio incompleto	3,5 (7)	2,3 (2)	4,4 (5)
Ensino médio completo	7,5 (15)	9,2 (8)	6,2 (7)
Ensino superior incompleto	1,5 (3)	1,1 (1)	1,8 (2)
Ensino superior completo	3,0 (6)	2,3 (2)	3,6 (4)
<b>Renda familiar (SM)</b>			
1 a 3	79,1 (159)	85,1 (74)	74,6 (85)
Acima de 3 a 5	13,4 (27)	11,5 (10)	14,9 (17)
Acima de 5 até 10	5,5 (11)	2,3 (2)	7,9 (9)
Acima de 10	2,0 (4)	1,1 (1)	2,6 (3)
<b>Presença de doença crônica</b>			
Sim	79,6 (160)	83,9 (73)	76,3 (67)
Não	20,4 (41)	16,1 (14)	23,7 (27)
<b>Sintomas sugestivos de depressão</b>			
Sim	21,9 (44)	34,5 (30)	12,3 (14)
Não	78,1 (157)	65,5 (57)	87,7 (100)

SM= salário mínimo; 1SM= R\$880,00

**Tabela 2.** Distribuição dos componentes da fragilidade entre idosos usuários e não usuários de antidepressivos de um município do Sul do Brasil, 2016.

Componente	Total % (n)	Usuário % (n)	Não usuário % (n)	<i>p</i>	OR (IC95%)
<b>Fadiga</b>					
Sim	35,3 (71)	47,1 (41)	26,3 (30)	0,002*	2,50 (1,38-4,51)
Não	64,7 (130)	52,9 (46)	73,7 (84)		
<b>Baixa velocidade de marcha</b>					
Sim	23,4 (47)	32,2 (28)	16,7 (19)	0,010*	2,37 (1,22-4,62)
Não	76,6 (154)	67,8 (59)	83,3 (95)		
<b>Perda de peso não intencional</b>					
Sim	16,4 (33)	26,4 (23)	8,8 (10)	0,001*	3,74 (1,67-8,36)
Não	83,6(168)	73,6 (64)	91,2 (104)		
<b>Baixa da força de preensão manual</b>					
Sim	18,9 (38)	21,8 (19)	16,7 (19)	0,353	1,40 (0,68-2,84)
Não	81,1 (163)	78,2 (68)	83,3 (95)		
<b>Baixo nível de atividade física</b>					
Sim	13,4 (27)	14,9 (13)	12,3 (14)	0,583	1,25 (0,56-2,82)
Não	86,6 (174)	85,1 (74)	87,7 (100)		

\**p*<0,05

Foi observado que os idosos em uso de antidepressivos tricíclicos apresentam maior chance de fragilidade (OR =2,60 / IC 95% 1,16 – 5,80) quando comparados ao grupo não usuário. Entre os usuários de antidepressivos Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina não foi observado maior risco do grupo usuários dessa classe de medicamento em relação ao não usuário (OR=1,42 / IC 95% 0,70 – 2,89).

Quando analisado o uso de antidepressivo potencialmente inapropriado para idoso, evidenciou-se que os usuários de inapropriados apresentam 2,39 (IC95% 1,14 – 4,96) vezes mais chance de fragilidade comparado ao grupo não usuário, entre os inapropriados encontram-se amitriptilina, imipramina, nortriptilina e paroxetina.

## DISCUSSÃO

As características sociodemográficas e condições de saúde da população estudada são semelhantes a estudos com idosos brasileiros que avaliaram o uso de antidepressivos<sup>8,9</sup>, com destaque para o predomínio de mulheres, a baixa escolaridade, baixa renda e presença de doenças crônicas; características frequentemente presentes na população brasileira

e que também foram associadas a condição de fragilidade entre idosos brasileiros<sup>1,22</sup>.

Além disso, os resultados do presente estudo demonstraram a associação do uso de antidepressivo e a fragilidade. Os idosos do grupo usuário apresentaram maior chance de fragilidade quando comparados aos não usuários. Esses dados vêm ao encontro do seguimento realizado por Lakey et al.<sup>12</sup> com 27.652 idosas americanas entre 65 a 79 anos que identificou aumento do risco de incidência de fragilidade entre as usuárias de antidepressivos, tanto na presença como ausência de sintomas depressivos.

As evidências científicas quanto a relação de sintomas depressivos com a fragilidade são amplamente exploradas na literatura nacional e internacional<sup>1,2,5</sup>. No entanto, a maioria dessas pesquisas não incluem entre suas variáveis o uso de antidepressivo como um potencial interferente da fragilidade no idoso<sup>10,11</sup>. Considerando que a fragilidade é uma condição inerente a senescência e decorrente do declínio dos sistemas musculoesquelético, neuroendócrino e imunológico<sup>3</sup> é importante que no acompanhamento dos idosos, especialmente na atenção primária se inclua a análise do uso de medicamentos.

Além disso, a maioria dos estudos sobre depressão e o seu tratamento são conduzidos com a população jovem, no entanto, a resposta dos idosos ao tratamento com antidepressivos pode diferir dessa população, devido as características fisiológicas e de condições de saúde, como a presença de comorbidades e uso de múltiplos medicamentos<sup>23</sup>, o que também aponta para estudos que englobem o uso de antidepressivos com idosos.

Entre os componentes da fragilidade a baixa velocidade de marcha, fadiga e perda de peso não intencional apresentaram-se associadas ao uso de antidepressivos. O uso de antidepressivo como fator de risco para a redução na velocidade de marcha foi verificado nos estudos de Groot et al.<sup>13</sup> realizado com idosos de Amsterdam e de Donoghue et al.<sup>24</sup> com idosos Irlandeses. Destaca-se que entre os potenciais efeitos adversos dos antidepressivos encontram-se repercussões motoras, como aumento do risco de ocorrência de quedas, fraturas e comprometimento da capacidade funcional, condições essas que podem estar relacionadas ao comprometimento da marcha<sup>16,25</sup> Esses resultados ressaltam a importância do acompanhamento dos idosos em uso de antidepressivos e protocolos que avaliem a real necessidade de prescrição desses medicamentos, considerando o risco de iatrogenias relacionadas ao uso dos mesmos.

A associação entre o uso de antidepressivo e a perda de peso não intencional pode estar relacionada aos próprios aspectos emocionais, mas também há evidências que a presença de sintomas depressivos e uso de antidepressivos podem promover a perda de peso, principalmente aqueles pertencentes a classe de inibidores seletivos da recaptação de serotonina<sup>26,27</sup>. Ressalta-se que a serotonina principal neurotransmissor sobre o qual atuam esses medicamentos pode ter papel regulador do apetite e na escolha de macronutrientes, promovendo a redução do apetite e a escolha preferencial por alimentos proteicos, o que pode gerar alterações no peso corporal<sup>28</sup>.

Na velhice pode ocorrer diminuição de peso, especialmente redução de massa muscular, o que pode afetar a farmacocinética dos medicamentos, constituindo-se em um risco aos idosos como no caso dos antidepressivos tricíclicos que no idoso apresentam maior risco de sedação e quedas. Lakey et al.<sup>12</sup> também verificaram risco entre os usuários de antidepressivos tricíclicos. Além disso, os autores

constatarem risco entre os idosos em uso de inibidores seletivos da recaptação de serotonina, o que difere do presente estudo, no qual não se verificou risco entre usuários dessa classe comparado aos não usuários.

A fadiga foi outro componente da fragilidade associado ao uso de antidepressivos esse achado reporta-se ao esgotamento físico e mental que é uma das características encontradas nos sujeitos com depressão. Estudos evidenciam que a fadiga é o componente que mais afeta a avaliação mental e emocional dos idosos<sup>29,30</sup>.

Ressalta-se que os antidepressivos tricíclicos atuam por meio da inibição da recaptação de serotonina e norepinefrina, com efeito, altamente anticolinérgico relacionado a efeitos adversos como visão turva, comprometimento da memória e *delirium*, aumentando o risco de alterações psicomotoras e ocorrência de quedas<sup>18</sup>. Além disso, pode apresentar outros efeitos centrais relacionados a fraqueza e fadiga. Diante dos efeitos citados, os medicamentos dessa classe são classificados como potencialmente inapropriados para idosos conforme os critérios de Beers<sup>18</sup>. Nesse contexto, no presente estudo evidenciou-se que o uso de antidepressivos inapropriados aumenta a chance de fragilidade, o que demonstra a necessidade da incorporação das indicações desses critérios na prática clínica do idoso, em especial na atenção primária à saúde.

A associação entre a fragilidade e o uso de medicamentos potencialmente inapropriados também foi verificada em estudo internacionais como Cullinan et al.<sup>31</sup> na Irlanda e Récoché et al.<sup>32</sup> na França. No Brasil, o estudo de Cassoni et al.<sup>33</sup> com idosos da cidade de São Paulo, integrantes do Estudo SABE- Saúde, Bem-estar e Envelhecimento, verificou que 40,1% dos usuários de medicamentos inapropriados eram considerados frágeis. Infere-se que o uso desses medicamentos pode trazer consequências negativas sobre a saúde do idoso e quando associada à fragilidade pode comprometer ainda mais sua condição de saúde e de vida. A associação do uso de medicamentos potencialmente inapropriados com a fragilidade destaca a importância da incorporação dos critérios de Beers na prática clínica do atendimento ao idoso<sup>18</sup>, como instrumento norteador das prescrições, com vistas a seleção de medicamentos adequados as características da população idosa e a prevenção de potenciais efeitos

adversos que podem comprometer à saúde do indivíduo senescente.

A melhor forma de cuidar de uma sociedade em envelhecimento é reduzir o risco de fragilização e perda de autonomia, para isso é necessário reunir as habilidades dos diferentes profissionais de saúde para que se efetive uma farmacologia geriátrica segura e eficaz, ao considerar que os idosos são o seguimento populacional que mais consome medicamentos e que este consumo é potencialmente mais nocivo entre eles<sup>9,31,32</sup>.

Neste contexto, na prática clínica faz-se necessário a avaliação da síndrome de fragilidade e o acompanhamento da mesma, especialmente na instituição de terapias medicamentosas que podem ter impacto sobre essa condição, como o uso de antidepressivos, o que requer o acompanhamento constante do seu tratamento para a identificação de problemas e instituição de intervenções necessários para a promoção do cuidado pelas equipes de saúde<sup>32,33</sup>.

Contudo, o delineamento da pesquisa não possibilitou acompanhar e avaliar o impacto do tratamento com antidepressivo sobre as capacidades

do idoso. Para isso seria necessário a avaliação físico-funcional do idoso no início do tratamento e com a sua continuidade realizar avaliações sistemáticas. Considerando que os resultados sugerem que há associação do uso de antidepressivo e a fragilidade, vislumbra-se que outros estudos possam fazer esse acompanhamento para melhor elucidação do quanto o antidepressivo interfere na fragilidade.

## CONCLUSÃO

Os resultados do estudo demonstram a associação do uso de antidepressivo e a fragilidade, especialmente nos componentes velocidade da marcha, fadiga e perda de peso não intencional.

Esses achados destacam a necessidade da avaliação clínica dos riscos e benefícios da prescrição de antidepressivos para o indivíduo idoso. Quando instituído o tratamento, faz-se necessário o seu acompanhamento regular e a avaliação de características geriátricas como a fragilidade com a finalidade de identificar potenciais comprometimentos e assegurar a segurança e a qualidade de vida do idoso usuário desses medicamentos.

## REFERÊNCIAS

1. Pegorari MS, Tavares DMS. Fatores associados à síndrome de fragilidade em idosos residentes em área urbana. *Rev Latinoam Enferm*. 2014;22(5):874-82.
2. Hajek A, Brettschneider C, Posselt T, Lange C, Mamone S, Wiese B, et al. Predictors of frailty in old age: Results of a longitudinal study. *J Nutr Health Aging*. 2016;20(9):952-57.
3. Fried L, 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.
4. Vermeiren S, Vella-Azzopardi R, Beckwée D, Habbig AK, Scafoglieri A, Jansen B, et al. Frailty and the prediction of negative health outcomes: a meta-analysis. *J Am Med Dir Assoc*. 2016;17(12):1163-1163.
5. Buttery AK, Busch MA, Gaertner B, Scheidt-Nave C, Fuchs J. Prevalence and correlates of frailty among older adults: findings from the German health interview and examination survey. *BMC Geriatr*. 2015;15(22):1-9.
6. Barcelos-Ferreira R, Izbicki R, Steffens DC, Bottino CMC. Depressive morbidity and gender in community-dwelling Brazilian elderly: systematic review and meta-analysis. *Int Psychogeriatr*. 2010;22(5):712-26.
7. Brunoni AR, Nunes MA, Figueiredo R, Barreto SM, Fonseca MJM, Lotufo PA, et al. Patterns of benzodiazepine and antidepressant use among middle-aged adults. The Brazilian longitudinal study of adult health (ELSA-Brasil). *J Affect Disord*. 2013;151(1):71-7.
8. Noia AS, Secoli SR, Duarte YAO, Lebrão ML, Lieber NSR. Fatores associados ao uso de psicotrópicos por idosos residentes no Município de São Paulo. *Rev Esc Enferm USP*. 2012;46(Esp):38-43.
9. Vicente ART, Castro-Costa E, Diniz BS, Firmo JOA, Lima-Costa MF, Loyola Filho AI. Antidepressant use and associated factors among the elderly: the Bambuí Project. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2015;20(12):3797-804.
10. Briana M, Lauren E, Matt L, Moon C, Kate L. Depression and frailty in later life: a synthetic review. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2012;27(9):879-92.



11. Benraad CE, Kamerman-Celie F, Munster BCV, Voshaar RCO, Spijker J, Rikkert MGMO. Geriatric characteristics in randomised controlled trials on antidepressant drugs for older adults: a systematic review. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2016;31(9):990-1003.
12. Lakey SL, LaCroix AZ, Gray SL, Borson S, Williams CD, Calhoun D, et al. Antidepressant use, depressive symptoms, and incident frailty in women aged 65 and older from the Women's Health Initiative Observational Study. *J Am Geriatr Soc*. 2012;60(5):854-61.
13. Groot MH, Campen JPCM, Kosse NM, Vries OJ, Bijinen JH, Lamoth CJ. The Association of Medication-Use and Frailty-Related Factors with Gait Performance in Older Patients. *Plos ONE*. 2016;11(2):1-15.
14. DATASUS. Sistema de Informação da Atenção Básica. Brasília, DF: SIAB; 2014.
15. Field A. Descobrimos a estatística usando o SPSS. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2009.
16. Almeida OP, Almeida SA. Short versions of the geriatric depression scale: a study of their validity for the diagnosis of a major depressive episode according to ICD-10 and DSM-IV. *Int J Geriatr Psychiatry*. 1999; 14(10):858-65.
17. World Health Organization Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology. Anatomical therapeutic chemical ATC/DDD Index [Internet]. Nydalen: WHOCC; 2016 [acesso em 23 out. 2016]. Disponível em: [http://www.whocc.no/atc\\_ddd\\_index/](http://www.whocc.no/atc_ddd_index/)
18. American Geriatrics Society. American Geriatrics Society 2015 Updated Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. *J Am Geriatr Soc*. 2015;63(11):2227-46.
19. Batistoni SST, Neri AL, Cupertino APFB. Validade da escala de depressão do Center for Epidemiological Studies entre idosos brasileiros. *Rev Saúde Pública*. 2007;41(4):598-605.
20. Santos EGS. Perfil de fragilidade em idosos comunitários de Belo Horizonte: um estudo transversal [dissertação]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2008.
21. Fattori A, Neri AL, Santimaria MR, Yassuda MS, Siqueira MEC. Indicadores de Fragilidade. In: Neri AL, organizadora. Fragilidade e qualidade de vida na velhice. Campinas: Alínea; 2013. (Coleção Velhice e Sociedade).
22. Mello AC, Engstrom EM, Alves LC. Fatores sociodemográficos e de saúde associados à fragilidade em idosos: uma revisão sistemática de literatura. *Cad Saúde Pública*. 2014;30(6):1-25.
23. Wiese BS. Geriatric depression: the use of antidepressants in the elderly. *BC Med J*. 2011;53(7):341-7.
24. Donoghue OA, O'Hare C, King-Kallimanis B, Kenny RA. Anti-depressants are independently associated with gait deficits in single and dual task conditions. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2015;23(2):189-99.
25. Téllez-Lapeira JM, Hidalgo JLT, Gálvez-Alcaraz L, Párraga-Martínez I, Boix-Gras C, García-Ruiz A. Consumo de ansiolíticos e hipnóticos y factores asociados en las personas mayores. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2017;52(1):31-4.
26. Khera R, Murad MH, Chandar AK, Dulai PS, Wang Z, Prokop LJ, et al. Association of pharmacological treatments for obesity with weight loss and adverse events: a systematic review and meta-analysis. *JAMA*. 2016;315(22):2424-34.
27. Patel K, Allen S, Haque MN, Angelescu I, Baumeister D, Tracy DK. Bupropion: a systematic review and meta-analysis of effectiveness as an antidepressant. *Ther Adv Psychopharmacol*. 2016;6(2):99-144.
28. Peixoto HGE, Vasconcelos IAL, Sampaio ACM, Ito MK. Antidepressivos e alterações no peso corporal. *Rev Nutr*. 2008;21(3):341-8.
29. Chang YW, Chen WL, Lin FG, Fang WH, Yen MY, Hsieh CC. Frailty and its impact on health-related quality of life: a cross-sectional study on elder community-dwelling preventive health service users. *Plos ONE*. 2012;7(5):1-10.
30. Tavares DMS, Almeida EG, Ferreira PCS, Dias FA, Pegorari MS. Status de fragilidade entre idosos com indicativo de depressão segundo o sexo. *J Bras Psiquiatr*. 2014;63(4):347-53.
31. Cullinan S, O'Mahony D, O'Sullivan D, Byrne S. Use of a frailty index to identify potentially inappropriate prescribing and adverse drug reaction risks in older patients. *Age Ageing*. 2016;45(1):115-20.
32. Récoché I, Lebaudy C, Cool C, Sourdet S, Piau A, Lapeyre-Mestre M, et al. Potentially inappropriate prescribing in a population of frail elderly people. *Int J Clin Pharm*. 2017;39(1):113-9.
33. Cassoni TCJ, Corona LP, Romano-Lieber NS, Secoli SR, Duarte YAO, Lebrão ML. Uso de medicamentos potencialmente inapropriados por idosos do Município de São Paulo, Brasil: Estudo SABE. *Cad Saúde Pública*. 2014;30(8):1708-20.

Recebido: 12/09/2017

Revisado: 08/11/2017

Aprovado: 14/12/2017





## Dimensões atribuídas por gestores e profissionais às Instituições de Longa Permanência: Interface e contradições

Dimensions assigned to Long Term Care Facilities by managers and health professionals: interfaces and contradictions

Bárbara Jacome Barcelos<sup>1</sup>  
Natália de Cássia Horta<sup>2</sup>  
Quesia Nayrane Ferreira<sup>3</sup>  
Marina Celly Martins Ribeiro de Souza<sup>4</sup>  
Cristiane Delesporte Pereira Mattioli<sup>1</sup>  
Karla Geovani Silva Marcelino<sup>1</sup>

### Resumo

*Objetivo:* analisar as dimensões atribuídas por gestores e profissionais às Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI). *Método:* pesquisa descritivo-exploratória, de abordagem qualitativa, realizada na Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, por meio de entrevistas e 10 grupos focais com 51 gestores municipais e 62 profissionais atuantes. A análise deu-se pelo conteúdo das entrevistas. *Resultados:* A partir do agrupamento dos temas recorrentes emergiram três diferentes dimensões que explicitaram os consensos e contradições presentes no material empírico: a) ILPI e a perpetuação do espaço asilar, b) ILPI como espaço de tratamento e c) Um domicílio: convergências e divergências na ILPI. Inicialmente, são evidenciados achados referentes à definição política sobre as ILPI vinculadas diretamente aos órgãos sociais. Na segunda categoria, as ILPI são conotadas negativamente perpetuando-se o estigma da denominação de “asilo” que ainda repercute no seu cotidiano. Como espaço de tratamento, as ILPI são tidas como estabelecimentos de saúde em decorrência dos serviços ofertados e da presença de profissionais de saúde na rotina na instituição. Numa terceira análise, são reconhecidas como um domicílio, fundamentada na legislação vigente que aponta a ILPI como espaço coletivo de caráter residencial. *Conclusão:* faz-se necessária a discussão de diferentes atributos dados às ILPI com o intuito de efetivação de ações resolutivas no cuidado ao idoso institucionalizado. Ressalta-se a importância de se pensar no direito à saúde desses idosos e a necessidade de compreensão do modo como os idosos habitam esse espaço.

### Palavras-chave:

Envelhecimento. Idoso.  
Instituição de Longa  
Permanência para Idosos.

<sup>1</sup> Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Núcleo de Pesquisa Processos Heurísticos e Assistenciais em Saúde e Enfermagem (PHASE). Belo Horizonte, MG, Brasil.

<sup>2</sup> Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Instituto de Ciências Biológicas e de Saúde, Departamento de Medicina. Belo Horizonte, MG, Brasil.

<sup>3</sup> Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. Belo Horizonte, MG, Brasil.

<sup>4</sup> The College of New Jersey, Department of Public Health. New Jersey, USA.

Financiamento da pesquisa: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) - Edital Universal N° 456804/2014-5. PUC Minas - bolsas de Iniciação Científica - Editais: N° 011/2014; N° 076/2015.

Correspondência/Correspondence

Bárbara Jacome Barcelos

E-mail: bbarbarabarcelos@gmail.com

## Abstract

*Objective:* to analyze the dimensions assigned to long term care facilities for the elderly (LTCFs) by managers and health professionals. *Method:* a descriptive-exploratory study with a qualitative approach was conducted in the metropolitan area of Belo Horizonte, through ten focus groups with 51 managers and health professionals. Analysis was based on the content of the interviews. *Results:* considering the most common themes, three empirical categories emerged that explained the consensuses and contradictions present in the empirical material: a) the LTCF and the perpetuation of the asylum space; b) the LTCF as a space for health treatment c) a home: convergences and contradictions in the LTCF. Initially, findings relating to the political definition of the LTCF directly linked to social organs are evidenced. In the second category, LTCFs are described negatively, perpetuating the stigma of the term "asylum" which still reverberates in their daily lives. As a treatment space, LTCFs are considered health facilities due to the services offered and the presence of health professionals on a daily basis. In the third analysis, they are recognized as a home, based on current legislation that describes the LTCF as a collective, residential area. *Conclusion:* it is important to discuss the different attributes given to the LTCF to create resolute actions in the care of the institutionalized elderly. The importance of thinking about the rights to health of the elderly and the need to understand how they inhabit this space is also emphasized.

**Keywords:** Aging. Elderly.  
Home for the Aged.

## INTRODUÇÃO

Frente ao rápido processo de transição demográfica, faz-se necessário o incremento de dispositivos de cuidado de longa duração para a população que envelhece. Esse cuidado, por sua vez, é caracterizado como um conjunto de ações, geralmente fornecido ao longo de um período, no domicílio ou na comunidade, com o intuito de garantir a continuidade de vida com qualidade<sup>1-3</sup>. Neste contexto, as Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI) configuram-se como um importante dispositivo de cuidado não familiar para o idoso.

Entretanto, no Brasil, não há um consenso acerca da definição de uma ILPI, sendo-lhe atribuídas diferentes nomenclaturas e conceitos. Para a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), as ILPI são instituições governamentais ou não governamentais, de caráter residencial, destinadas ao domicílio coletivo de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, com ou sem suporte familiar<sup>4</sup>.

Para o Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS)<sup>5</sup>, as ILPI são serviços de alta complexidade destinados a idosos que não possuem condições de permanecer com a família, em situação de rua, abandono, violência ou negligência. Outros órgãos também associam as ILPI a estabelecimentos de saúde devido à similaridade dos serviços nelas ofertados<sup>6</sup>.

Diante do expressivo aumento de ILPI e da constante demanda de dispositivos de cuidado, a garantia do atendimento integral ao idoso institucionalizado deve basear-se em uma direcionalidade política, por sua vez mista, envolvendo políticas sociais e a saúde. Inúmeros países já apresentam políticas bem estruturadas e organizadas que consideram a premissa da institucionalização como parte integrante do planejamento e gestão em saúde<sup>7-9</sup>.

Nesta vertente, o alcance dessa realidade ainda é um desafio no Brasil. A gestão e a inclusão desses serviços na agenda de prioridades em saúde fazem-se urgentemente necessárias como garantia dos princípios e diretrizes que regem o Sistema Único de Saúde brasileiro.

Deste modo, a formulação de políticas públicas e, conseqüentemente, o cuidado ofertado ao idoso parecem estar relacionados ao entendimento que os diversos atores envolvidos têm acerca do papel que as ILPI desempenham e da relevância desse equipamento na rede de saúde e social. Acredita-se que os sentidos e dimensões atribuídas por gerentes, coordenadores e formuladores de políticas públicas possam repercutir no estabelecimento de prioridades e no modelo de assistência ofertado aos idosos nas suas mais variadas formas. Entendem-se como dimensões os múltiplos sentidos e significados atribuídos às

ILPI, fundamentais de serem compreendidos em uma perspectiva política e assistencial, norteadora das práticas de cuidado.

Nesta perspectiva, este estudo teve por objetivo analisar as dimensões atribuídas por gestores municipais e profissionais às ILPI na Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais.

## MÉTODO

Trata-se de estudo descritivo-exploratório, de abordagem qualitativa, desenvolvido a partir da pesquisa “Qualidade de vida do idoso institucionalizado: aspectos da promoção da saúde”, realizada na Região Metropolitana de Belo Horizonte (RMBH), entre 2014 e 2017. A coleta de dados deu-se por meio de entrevistas com roteiro semiestruturado com 51 gestores públicos municipais e estaduais da RMBH sobre a direcionalidade política para a atenção ao idoso, além de 62 profissionais de 52 ILPI, que participaram de 10 grupos focais, com o objetivo de conhecer suas percepções sobre a promoção da saúde do idoso institucionalizado e as ações desenvolvidas.

A codificação das entrevistas foi realizada da seguinte maneira: E para entrevistas realizadas com roteiro com gestores públicos; GF para os grupos focais com profissionais e gerentes das ILPI, seguido de um número atribuído sequencialmente.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (CAAE: 31471114.4.0000.5137), sendo que todos os participantes consentiram e assinaram o termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Para análise dos dados, seguiram-se as etapas da análise de conteúdo propostas por Bardin<sup>10</sup>, que consistiu na organização do material empírico, transcrição dos discursos obtidos, leituras exaustivas dos discursos, buscando apreender as ideias centrais que tentam transmitir, bem como os conteúdos relevantes. Após o estabelecimento das ideias centrais, realizou-se a leitura vertical e horizontal, e a aproximação das ideias semelhantes deu origem aos temas. Adotou-se a Hermenêutica-Dialética, como referencial de análise, buscando apreender a

prática social dos indivíduos em seu movimento de consensos e contradições, considerando a realidade vivida e condicionados à historicidade, tendo como ponto de partida a manutenção e a extensão da intersubjetividade de uma intenção possível como núcleo orientador da ação<sup>11</sup>.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir do agrupamento dos temas recorrentes emergiram três diferentes dimensões que explicitaram os consensos e contradições presentes no material empírico: a) ILPI e a perpetuação do espaço asilar, b) ILPI como espaço de tratamento e c) Um domicílio: convergências e divergências na ILPI.

### ILPI e a perpetuação do espaço asilar

Atualmente, o termo asilo não tem sido mais empregado em função de sua associação pejorativa como locais onde idosos carentes e sem suporte familiar são acolhidos por filantropos.

Apesar da conhecida mudança da nomenclatura de asilo para Instituição de Longa Permanência para Idosos, sugerida pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, a análise das falas dos sujeitos aponta que mesmo após a mudança de denominação, perdura forte “herança” de dimensão asilar, que, por conseguinte, perpetua o estigma:

“[...] Porque, eu falo isso porque a maioria das vezes é o que todos aqui falaram a casa de repouso para idosos né é... muito tachada ai como asilo, asilar”. (GF8)

“[...] No momento dessa transição, sair do seio da família para uma instituição, eu acho que, por si só, é um marco que, na maioria das vezes, os que atendemos, é um marco negativo. As pessoas ainda têm uma visão asilar das ILPI” (GF8)

“[...] Porque eu não moro lá, morada coletiva é delas então são elas que precisam falar, que aquele espaço ali não é um lugar de asilo, eu falo sempre isso, que ali não é asilo, que não é depósito para idoso, aqui vocês não vieram para morrer e sim para viver né, então sempre eu vou enfatizando isso para elas né.” (GF10)

Na tentativa de minimizar os prejuízos causados ao idoso e à família pela denominação “asilo”, outros sinônimos surgiram como denominações dadas a esses locais: casa para repouso e lar para idosos, por exemplo. Porém, discute-se que o lugar ocupado pelas ILPI no imaginário social vai muito além dos nomes atribuídos a esse local<sup>12</sup>.

Estudos tendo idosos como sujeitos têm apontado que o abandono pode estar relacionado ao motivo que levou o idoso à ILPI<sup>13,14</sup>, e corrobora com a forma como a família e a instituição conduziram e conduzem a institucionalização. Este fato, por conseguinte, contribui para o fortalecimento do estigma fazendo-se necessário que a instituição desconstrua o estereótipo negativo e seja considerada como local em que os idosos tenham seus direitos assegurados pelo Estado, pela família, pela comunidade e pela equipe de profissionais. Não obstante, apesar de diversos estudos terem sido conduzidos tendo como sujeitos a população leiga ou os próprios idosos, ao se considerar profissionais inseridos nos serviços ou mesmo aqueles que estão diretamente envolvidos com a elaboração de políticas, esperava-se que uma nova ressignificação estivesse sido elaborada acerca deste fenômeno.

Porém, como cerne dos achados deste estudo tem-se que os conhecimentos científicos parecem não serem os únicos a definir significados a respeito da construção e implementação de políticas voltadas ao idoso. Isso porque os profissionais, estejam eles atuando no âmbito da gestão ou assistência, fazem parte de grupos sociais, e, portanto, compartilham representações sobre saúde, doença, instituições, usuários e suas maneiras de agir. Ademais, têm valores, hábitos e costumes que influenciam suas práticas gerenciais e assistenciais, dando significado as mesmas. Esses significados e dimensões, por sua vez, localizam-se no registro imaginário e perduram em suas experiências profissionais<sup>15</sup>.

“O modelo, ainda é um modelo asilar, que vem daquela cultura tanto de manicômio como de idoso abandonado. Quem atende a família na ILPI, percebe que existe uma fuga, que é muito comum a família falar “eu estou aqui porque eu não tenho outras alternativas, então vocês são minha última opção, não dá mais”. (GF 3)

“[...] Ainda tem outros preconceitos, a família, que ainda é grande, que ainda quer questionar sobre os valores culturais. Então, essa que é a grande questão. Acho que quando se faz uma pesquisa de internet ou em redes sociais, a primeira palavra que vem é asilo. Ninguém sabe o que é ILPI, a dimensão desse lugar. Até as próprias instituições tem essa dificuldade.” (GF 3)

O discurso acima revela a forma como a própria família reconhece a ILPI. Em geral, quando a família opta pela institucionalização ela já buscou por outras alternativas e, muitas das vezes, sem resolutividade. As equipes ainda estão centradas no saber médico e valores preconcebidos explicitam a sua prática. A institucionalização de idosos é colocada como o último recurso pela legislação brasileira; no entanto se desconhecem quais seriam os anteriores.

Entretanto, vale lembrar que há vozes discordantes (poucas) que não atribuem apenas uma nova nomenclatura a um mesmo espaço físico, mas o reconstrói sob novo olhar, como exemplificado nas falas seguintes:

“[...] Ainda existe, muito pela cultura, um grande desafio sobre o que é realmente uma ILPI, quais são suas verdadeiras atuações e funções daquele espaço, principalmente pensando em promoção e qualidade de vida. E também acho que essa praxe é o grande desafio, pensar em uma ILPI como um espaço de cuidado, mas um espaço acolhedor para aquele idoso, para os profissionais, para a família e todos que estão direto ou indiretamente ligados a este serviço” (GF3).

“[...] As pessoas ainda têm uma visão asilar das ILPI, até um dado momento em que elas se encontram lá dentro e começam a vivenciar aquele espaço, e faz com que eles tenham um “resignificado”. Então a ILPI passa a ser um local que eles começam até agradecer por terem ido.” (GF4)

Cabe ressaltar que o processo de ressignificação e construção de novas dimensões (perceber de uma nova maneira e dar um novo sentido aquilo que já estava formatado no nosso sistema de valores e crenças) de um dado objeto é lento e progressivo. Deste modo, é importante que os profissionais, à

frente da elaboração de políticas e/ou coordenando o cuidado ao idoso, estejam abertos à construção de novos significados, pois se tratam de mudanças que envolvem modos de pensar e agir, culturalmente incorporados e que não se rompem rapidamente.

Reconhecer a ILPI como alternativa de cuidado de longa duração é possibilitar um novo olhar, novas práticas de cuidado e ressignificar esse espaço pela legislação, pela comunidade geral, pelos profissionais, familiares e idosos.

### ILPI como espaço de tratamento

As ILPI são comumente associadas a estabelecimentos de saúde devido aos serviços ofertados que “cedem à demanda da assistência à saúde” em consequência do perfil dos idosos admitidos, em sua maioria, portadores de problemas de saúde em condição crônica e incapacitante. Quando institucionalizados, os idosos entram com certa autonomia e com o avançar da idade e da condição de saúde, ou até mesmo pelos cuidados prestados de modo inadequados têm a autonomia comprometida<sup>6</sup>, demandando mais assistência e serviços de saúde. Considerando ainda a fiscalização da Vigilância Sanitária através da Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 283 de 2005, as ILPI são vistoriadas como serviços de saúde, sendo os critérios muito pertinentes ao contexto hospitalar, o que sinaliza a necessidade de se avançar para uma revisão ampla dessa legislação.

No que diz respeito provimento de recursos, em âmbito político nacional, as ILPI estão inseridas na rede de serviços da assistência social<sup>6</sup>. As ILPI precisam ser consideradas como equipamentos híbridos para que o financiamento também se dê pela saúde e não só da assistência social, uma vez que muitos dos profissionais ali admitidos são da área da saúde apontando para a necessidade de cuidados sistemáticos em saúde.

A correlação com os serviços de saúde foi evidentemente revelada neste estudo. Possivelmente, o histórico de sua criação tem importante papel na construção desta dimensão, uma vez que a institucionalização se iniciou com a caridade cristã,

com os abrigos e as Santas Casas de Misericórdia com cunho puramente assistencialista<sup>6</sup>.

Destaca-se que as ILPI vinculadas à igreja católica, pentecostal ou espírita são uma realidade frequente nos municípios mapeados no estudo, sendo que, nos de menor porte, as ILPI filantrópicas são fundamentais para o cuidado aos idosos que necessitam de institucionalização.

Para os entrevistados, a ILPI é comparada a um serviço de saúde, em geral a uma clínica, onde os idosos recebem atendimento, tratamento:

“[...] Eu trabalho no grupo de estabelecimentos da saúde. A vigilância sanitária trabalha hoje com um inspetor de nível superior que é lotado nestas três áreas [...] o terceiro grupo, que é o meu, é formado por oito inspetores que trabalha com os serviços assistenciais da saúde: clínicas e de estabelecimentos de saúde; onde entram as ILPI, clínicas, consultórios, hospitais, radiodiagnóstico, comunidade terapêutica, etc.” (E2)

“[...] Viver em uma instituição, você já é privado de tudo, você tem hora para comer, hora para tomar banho, hora para cortar unha, hora para, você vive regrado.” (GF6).

Os idosos institucionalizados, além de terem acesso à moradia e alimentação, recebem atenção à saúde. Esse cenário, vasto em profissionais, retira a informalidade de um lar e, em muito, se aproxima de um ambiente hospitalar. Dessa forma, para que as ILPI mantenham características de cuidado domiciliar, requer-se, dessa equipe, organização, respeito e planejamento das ações, envolvendo os idosos nas decisões que lhe são pertinentes.

Exemplificando a dimensão trazida como espaço de tratamento, em alguns relatos de gestores e profissionais, a instituição deixa claramente de ser a casa que acolhe para ser um espaço de procedimentos e intervenções em saúde:

“[...] E hoje eu falo que existe um grande problema na ILPI... É a hospitalização do cuidado. [...] é a mesma dinâmica de hospital, né. É hora para café, hora para tomar banho [...]. Como eu já falei: ali é a casa deles, eles têm que se sentir em casa e eles se sente eternamente hospitalizados” (E2).

Para os participantes, as ILPI ainda são associadas a estabelecimento de saúde, apesar de o parágrafo único do art. 4 da PNI proibir a permanência de pessoas com doenças que necessitem de assistência médica ou de enfermagem em ILPI<sup>6</sup>. Contrapondo-se à PNI, a RDC 283<sup>4</sup> apresenta graus de dependência do idoso e a necessidade de cuidador de acordo como perfil de cada residente, além de indicadores de qualidade do cuidado, monitoramento, e avaliação do funcionamento das instituições semelhantes aos utilizados em estabelecimentos hospitalares, como taxa de prevalência de lesão por pressão<sup>4</sup>.

Nesta premissa, estas duas controvérsias apontam para uma indefinição política, até mesmo quanto ao público das ILPI, trazendo contradições quanto à permanência ou não de idosos que necessitam de assistência de saúde de forma contínua ou por longo prazo. Se não nas ILPI, quais seriam os outros dispositivos de cuidado capazes de prover ações de longa duração aos idosos em que a família não tem condições de cuidar? Ficariam estes idosos em internação hospitalar? Essas são questões fundamentais a serem discutidas em âmbito político face ao envelhecimento populacional e a não priorização da política de cuidado de longa duração em âmbito nacional.

Por fim, o paradoxo encontrado pode se justificar, de acordo com Camarano e Barbosa<sup>6</sup>, no fato de que as ILPI surgiram em razão das necessidades de toda a comunidade e não da implementação do Estado de uma política de cuidados de longa duração, que trazem as práticas nas instituições com um enfoque que vai além daquelas assistencialistas.

“[...] Por outro lado, a gente cai numa lógica também que é bem perversa porque a gente fala que a gente identifica algumas fragilidades nas instituições mas a gente também não tem muito um modelo, e principalmente um modelo normatizado da onde a gente quer chegar. Porque eu falar que...Tá, isso precisa melhor com base em quê, né?! A gente ainda não tem muito, e isso é um dificultador. Numa questão de um jogo político, principalmente de orçamento, uma coisa é eu garantir aquilo que está previsto em alguma lei, alguma normativa. Agora você brigar pra melhoria de um serviço, mas esses mínimos não estão previstos muito claramente, fica muito mais difícil.” (E1).

## Um domicílio: convergências e divergências na ILPI

Nos relatos dos profissionais e gestores, foi possível observar, ainda, o reconhecimento da instituição como casa, lar, onde são criados laços de família entre os residentes e os profissionais, a partir da convivência e vínculo estabelecidos.

“[...] E o que eu gosto da instituição que eu trabalho é, ela não parece uma instituição, ela parece um lar, uma casa, e a gente faz o possível para manter assim, sentirem em casa, tendo liberdade, né” (GF4).

“Olha, afinidade que a gente tem é de família, lá nós nos tratamos como família.” (GF7).

Em alguns discursos foi possível inferir que, apesar de ser necessário pensar na individualidade do idoso, a rotina imposta pela instituição acaba criando horários pré-estabelecidos para refeições, banhos e outras atividades. A pouca flexibilidade, a necessidade de autorização, as justificativas impostas ao idoso pela instituição, são reconhecidas pelos participantes. No entanto, os relatos evidenciam o esforço e empenho na construção de um espaço que se assemelhe a um lar:

“Estamos nessa contra corrente da padronização porque tudo é horário, tudo tem lugar, tudo... então assim, pra mim essa força pra massificar em tudo. Então é...é ao meu ver né não só meu como psicólogo mais de colegas profissionais de área de saúde tudo isso vai contribuir ou não dependendo da visão, dependendo da disposição que a pessoa tiver pra otimização da qualidade de vida daquela pessoa.” (GF7).

“A instituição lógico que vai ser a casa do idoso, de acolher, de tentar promover mais atividades sem impor também, sair um pouco dessa imposição dos profissionais que a gente tem um horário, horário de uma oficina, horário de culto, horário de banho... é difícil, mas esse é um modelo de assistência seguro.” (GF9).

Ressalta-se que a rotina é necessária para o bom funcionamento de qualquer local, porém, quando engessadas ou com pouca flexibilidade, já não se tornam mais práticas comuns de um domicílio. Aparece no discurso dos profissionais a necessidade de um constante esforço, por parte da equipe, para

fazer com que a ILPI se configure de fato como a casa do idoso. Essa contradição coloca em risco o espaço ocupado pelo idoso e sua própria autonomia. A ILPI não deveria parecer com a casa do idoso; ela deveria ser a casa do idoso com seus objetos pessoais, sua rotina, suas crenças e modo de viver respeitados e assegurados.

A partir da institucionalização, o desejo do idoso passa a ser o da instituição, ou seja, seu cotidiano associa-se de forma direta ao planejamento e organização da ILPI. Dessa forma, o idoso, sem condições de contrapor aos efeitos da institucionalização, atende a todas as demandas sem questionamento<sup>12</sup>.

Para solucionar problemas com a fiscalização da vigilância sanitária e ao mesmo tempo manter o ambiente parecido com o familiar, além de empoderar os idosos, uma instituição criou uma outra cozinha alternativa para oficinas e demais atividades, com um espaço aconchegante para que os idosos pudessem frequentar quando desejassem, o que teve impacto positivo aos idosos:

“[...] A cozinha é realmente o coração da ILPI, mas realmente os idosos não podem entrar... Mas nós criamos em nossa ILPI uma cozinha paralela. Nós temos fogão à lenha, só pra fazer uma quitanda, reúne todo mundo lá fora na terapia ocupacional e eles vão fazer desse tempo da terapia ocupacional, esse tempo, momento, entendeu?” (GF9)

Relatos como os apresentados anteriormente reforçam a tentativa de profissionais e gestores de prover condições adequadas para que os idosos institucionalizados reconheçam o ambiente da ILPI como espaço de intimidade e liberdade assemelhando-se às suas próprias casas. Tais tentativas ilustram o rompimento do paradigma da ILPI como espaço de exclusão e de diversas limitações, o que sinaliza para novas concepções e práticas nesse contexto.

Dentre a diversidade de profissionais que trabalham nas ILPI e uma gama de atividades que são ofertadas por eles, há uma busca afirm de “acabar” com o tempo ocioso dos idosos, assim relatados por alguns profissionais. Essa gama de atividades, em muitas ILPI, foi denominada como um “cardápio” de práticas, nomenclatura atribuída pelos participantes do estudo, que inclui atividades variadas, ora pela

diversidade de profissionais, ora pelas demandas e necessidades dos idosos.

“O que acontece, a gente tem um calendário que é semanal, né, toma metade do pátio, além destas atividades que eu falei que são atividades terapêuticas, com estes profissionais de saúde, a gente tem umas outras atividades lá, por exemplo, a gente tem música.” (GF2)

“Justamente pra proporcionar pra eles ou diminuir aquele período de ociosidade né, porque se você parar pra pensar eles, igual eu falei, eles ficam restritos ao ambiente só.. e se não insistir eles não participam não” (GF1)

Questiona-se, entretanto, o fato de ser dado a esses idosos a alternativa de poder escolher e, inclusive, de não participar das atividades propostas por não ir ao encontro dos seus desejos. E neste sentido, a dimensão da ILPI como um ambiente total precisa ser construída de forma harmoniosa, respeitando os desejos e escolhas dos idosos bem como promovendo a vida que pulsa nesse contexto com qualidade.

Gandini et al.<sup>16</sup> afirmam que, não basta que a ILPI atenda às regras de edificação segura, saneamento, higiene e acessibilidade, é necessário um ambiente que proporcione aspectos sociais e afetivos que o idoso necessita. Um lar é, especialmente, um espaço que leve em consideração as preferências de quem nele reside, evidenciado pela forma da disposição dos objetos, atividades e relacionamentos estabelecidos<sup>17</sup>.

## CONCLUSÃO

Este estudo permitiu evidenciar que diversas são as dimensões dadas às ILPI pelos profissionais e gestores, caracterizando-se como um campo de difícil manejo e extremamente desafiador para quem nele atua ou vive.

Conclui-se que é necessário discutir os diferentes atributos dados às ILPI, desde a dimensão singular, com o intuito de que se efetivem ações pertinentes e resolutivas para o processo de cuidado ao idoso institucionalizado, incluindo as condições de vida e as escolhas desses sujeitos, até a dimensão estrutural das políticas sociais e de saúde numa construção intersetorial.



O consenso real e coerente ainda se faz importante devido à necessidade de se pensar em uma política de cuidados de longa duração com financiamento pertinente a complexidade desse cuidado e que requer, portanto, intersetorialidade, cofinanciamento, credibilidade pelo Estado, pela sociedade e pelos profissionais para que seja um local de opção de vida e não apenas como medida protetiva. Para isso, é preciso um compromisso social com as demandas do envelhecimento que

deve ser tomado como causa coletiva, como um equipamento da cidade, transversal às diferentes políticas e não mais como um espaço segregado com ações pontuais e isoladas.

Ressalta-se a importância de se pensar no direito à saúde, na equidade e integralidade desses idosos, e a necessidade de compreender a relação de como os idosos habitam esse espaço, para que seja um local de inclusão e resgate sociofamiliar.

## REFERÊNCIAS

1. Camarano AM. Cuidados de longa Duração para a população idosa: família ou Instituição de Longa Permanência? *Sinais Sociais*. 2008;3(7):10-39.
2. Camarano AA, Mello JL. Cuidados de longa duração no Brasil: o arcabouço legal e as ações governamentais. In: Camarano AA, organizadora. *Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido?* Rio de Janeiro: IPEA; 2010. p. 67-91.
3. Silva HS, Gutierrez BAO. Cuidados de longa duração na velhice: desafios para o cuidado centrado no indivíduo. *Terceira Idade*. 2013;24(57):7-17.
4. Brasil. RDC/ANVISA nº 283, de 26 de setembro de 2005. Resolução da Diretoria Colegiada. Regulamento técnico para o funcionamento das instituições de longa permanência para idosos. ANVISA. 26 set. 2005.
5. Brasil. Conselho Nacional de Assistência Social. Resolução nº 109, de 11 de novembro de 2009. Aprova a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais. *Diário Oficial da União*. 25 nov. 2009. Seção 1. p. 82.
6. Camarano AA, Barbosa P. Instituições de Longa Permanência para Idosos no Brasil: do que se está falando? In: Alcântara AO, Camarano AA, Giacomini KC, organizadores. *Política nacional do idoso: velhas e novas questões*. Rio de Janeiro: IPEA; 2016. p. 479-514.
7. Arai H, Yasuyoshi O, Toba K, Endo T, Shimokado K, Tsubota K, et al. Japan as the front-runner of super-aged societies: perspectives from medicine and medical care in Japan. *Geriatr Gerontol Int*. 2015;15(6):673-87.
8. Montague T, Gogovor A, Marshall L, Cochrane B, Ahmed S, Torr E, et al. Searching for best direction in healthcare: distilling opportunities, priorities and responsibilities. *Healthc Q*. 2016;19(3):44-9.
9. Montague T, Gogovor A, Ayleen J, Ashley L, Ahmed S, Martin L, et al. Patient-Centred care in Canada: key components and the Path Forward. *Healthc Q*. 2017;20(1):50-6.
10. Bardin L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 2009.
11. Minayo MC. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 7ª ed. São Paulo: Hucitec; 2007.
12. Deus GLR. Discutindo o lugar das ILPI's no imaginário social: uma alternativa ou abandono? In: Moreira JO, organizador. *Gerontologia e cuidado: temas e problemas para pensar o envelhecimento*. Curitiba: CR; 2011. p. 81.
13. Alves-Silva JD, Scorsolini-Comin F, Santos MA. Idosos em Instituições de Longa Permanência: desenvolvimento, condições de vida e saúde. *Psicologia Reflex Crít*. 2013;26(4):820-30.
14. Roquete FF, Batista CCRF, Arantes RC. Care and management demands of long-term care facilities for the elderly in Brazil: an integrative review (2004-2014). *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2017;20(2):286-99.
15. Barbosa JAG, Souza MCMR, Freitas MIF. A abordagem da sexualidade como aspecto essencial da atenção integral de pessoas com transtornos mentais. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2015;20(7):2165-72.
16. Gandini JAD, Barione AF, Souza AE. Políticas habitacionais para idosos: avanços e desafios. In: Berzins MV, Morges MC, organizadores. *Políticas Públicas para um país que envelhece*. São Paulo: Martinari; 2012. p. 304.
17. Prado ARA, Perracini MR. A construção de ambientes favoráveis aos idosos. In: Neri AL, organizador. *Qualidade de vida na velhice: enfoque multidisciplinar*. São Paulo: Alínea; 2011. p. 300.

Recebido: 11/06/2017

Revisado: 26/10/2017

Aprovado: 15/12/2017





## Qualidade de vida de idosos participantes e não participantes de programas públicos de exercícios físicos

Quality of life of participants and non-participants of public physical exercise programs

Fabício Ramalho da Costa<sup>1</sup>  
Flávia Melo Rodrigues<sup>1</sup>  
Cejane Oliveira Martins Prudente<sup>1</sup>  
Ismael Franco de Souza<sup>1</sup>

### Resumo

**Objetivo:** Comparar a qualidade de vida de idosos participantes e não participantes de programas públicos de exercícios físicos. **Método:** Estudo caso controle, analítico e transversal que analisou 108 idosos participantes de programas públicos de exercícios (GE) e 126 não participantes (GC), do município de Goiânia, GO, Brasil. Foram utilizados como instrumentos uma Ficha de avaliação inicial, o Miniexame de Estado Mental, a versão curta do *International Physical Activity Questionnaire*, o *World Health Organization Quality of Life – Bref (Whoqol-Bref)* e o *World Health Organization Quality of Life - Old (Whoqol-Old)*. A comparação do perfil sociodemográfico e das condições de saúde foi realizada aplicando o teste qui-quadrado, a comparação da qualidade de vida entre o GE e o GC foi realizada utilizando a análise da covariância (ANCOVA), seguido do teste de *Tukey, a posteriori*. **Resultados:** Os idosos do GE apresentaram escores médios superiores em relação aos do GC para todos os domínios do *Whoqol-Bref* e do *Whoqol-Old* ( $p < 0,05$ ). Os idosos ativos do GC não apresentaram diferenças em relação aos insuficientemente ativos ou sedentários do GC para nenhum domínio do *Whoqol-Bref* e nem do *Whoqol-Old* ( $p \geq 0,05$ ). **Conclusão:** Os idosos participantes de programas públicos de exercícios físicos apresentaram melhor percepção de qualidade de vida de idosos não participantes, e ser simplesmente ativo pode não ser suficiente para garantir uma melhor qualidade de vida.

**Palavras-chave:** Idoso.  
Qualidade de Vida. Exercício.

### Abstract

**Objective:** to compare the quality of life of elderly participants and non-participants of public physical exercise programs. **Method:** a control, analytical and cross-sectional study analyzing 108 elderly participants of public exercise programs (SG) and 126 non-participants (CG) in the city of Goiânia, Goiás, Brazil, was performed. An initial Assessment Form, the Mental State Mini-Exam, the short version of the International Physical Activity Questionnaire, the World Health Organization Quality of Life - Bref (Whoqol-Bref) and the World Health Organization Quality of Life - Old (Whoqol-Old) were used. Comparison of socio-demographic profile and health conditions was performed using the Chi-squared test, while comparison of the quality of life of the SG and the CG was

**Keywords:** Elderly. Quality of Life. Exercise.

<sup>1</sup> Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Programa de Mestrado em Ciências Ambientais e Saúde. Goiânia, GO, Brasil.

performed using covariance analysis (ANCOVA), followed by the post-hoc Tukey test. *Results:* the elderly persons in the SG had higher mean scores than those of the CG in all the Whoqol-Bref and Whoqol-Old domains ( $p < 0.05$ ). The active elderly in the CG did not exhibit differences in relation to the insufficiently active or sedentary members of the CG for any Whoqol-Bref or Whoqol-old domain ( $p \geq 0.05$ ). *Conclusion:* the elderly participants in public physical exercise programs had a better perception of quality of life than non-participating elderly persons, and it was found that simply being active may not be enough to guarantee a better quality of life.

## INTRODUÇÃO

O aumento do número de idosos pode ser percebido na maioria dos países<sup>1</sup> do mundo e também no Brasil<sup>2</sup>. Com o avanço da idade, percebe-se um declínio da capacidade física, afetando conseqüentemente o desempenho na execução de várias tarefas pelo indivíduo, incluindo as atividades de vida diária<sup>3</sup>. Aliado a esse declínio, pode-se constatar um grande número de idosos acometidos por doenças crônicas não transmissíveis<sup>4</sup>. Tais comorbidades podem levar o idoso a condições incapacitantes, isolamento social e também depressão<sup>5</sup>.

Diante de tal realidade, torna-se fundamental a manutenção de padrões positivos de saúde e qualidade de vida, garantindo que a conquista da longevidade possa ser acompanhada de níveis satisfatórios de autonomia e independência<sup>6</sup>. Para a Organização Mundial de Saúde (OMS), o conceito de qualidade de vida é entendido como a sendo a percepção que o indivíduo tem de sua posição na vida dentro do contexto de sua cultura e do sistema de valores de onde vive, e em relação a seus próprios objetivos, expectativas, bem como padrões e preocupações<sup>7</sup>.

Recentemente, diversas pesquisas têm sido realizadas para compreender os fatores que podem influenciar a qualidade de vida dos idosos<sup>8-15</sup>. Estudos prévios têm demonstrado que um estilo de vida fisicamente ativo e a prática regular de exercícios físicos apresentam associações com vários domínios da qualidade de vida, sugerindo que a promoção de tais atividades pode ter um impacto satisfatório na capacidade funcional, na saúde mental e qualidade de vida dos idosos<sup>9,16,17</sup>.

A Política Nacional de Promoção da Saúde no Brasil, publicada no ano de 2006, reconhece a importância que as atividades físicas e as práticas corporais apresentam para a redução dos riscos à

saúde e para a melhoria da qualidade de vida dos indivíduos<sup>18</sup>. Essa importância também é reconhecida internacionalmente, mobilizando instituições científicas de diversos países a elaborarem diretrizes para atividades e exercícios físicos para os idosos<sup>19,20</sup>.

Apesar das evidências e reconhecimento da necessidade de implantação de políticas públicas para a promoção da atividade física no Brasil, poucos estudos se dispuseram a analisar a qualidade de vida de idosos que participam de programas públicos de exercícios. Portanto, o objetivo deste trabalho foi comparar a qualidade de vida de idosos participantes e não participantes de programas públicos de exercícios físicos.

## MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa caso controle, transversal e analítica, com uma abordagem quantitativa, na qual foram estudados idosos participantes dos programas de exercícios físicos da Agência Municipal de Turismo Eventos e Lazer (AGETUL) e idosos não participantes de programas de exercícios de Goiânia, Goiás, Brasil.

A AGETUL ofereceu em 2016 dois programas de exercícios físicos à comunidade goianiense, *Vida ativa na melhor idade* e *Caminhando com Saúde*, distribuídos em 18 bairros da capital de Goiás com vinte núcleos de atividades. Em cada núcleo eram oferecidas aulas de Treinamento Funcional, Ginástica Coletiva e prática de caminhada orientada para a população em geral, com frequência semanal de duas a cinco vezes, com sessões de 60 minutos.

Foi calculado um tamanho amostral mínimo, considerando população de idosos frequentes nos programas de exercícios da AGETUL em 2016. Admitiu-se um erro amostral de 6% com um nível de

confiança de 95%. A amostra do estudo foi composta por um grupo de estudo (GE) constituído por idosos da AGETUL e por um grupo controle (GC), com idosos da comunidade que não participavam de nenhuma atividade orientada de exercícios físicos.

Foram excluídos do estudo os indivíduos do GE que frequentaram outro programa de exercícios físicos, com frequência inferior a 75% nos últimos seis meses antes da data da coleta e que não atingiram escore mínimo no Miniexame do Estado Mental (MEEM), conforme seu grau de escolaridade (21). Foram excluídos do GC, além dos critérios do GE, os indivíduos que participaram de qualquer programa de exercício físico nos seis meses precedentes à data da coleta de dados.

Para a seleção dos idosos do GE foi utilizado os dados cadastrais da AGETUL, sendo visitados os núcleos da Agência que apresentavam maior número de idosos, até se atingir a amostra mínima necessária, contabilizando ao final seis locais. Foi realizado contato prévio com cada responsável pelas atividades dos núcleos selecionados, agendando data e horário para realização do estudo. No dia da visita, foram explicados aos idosos os objetivos e procedimentos da pesquisa e, na ocasião, foi entregue para cada pessoa o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE), e os que concordaram e consentiram em participar do estudo entregaram esse documento devidamente assinado, antes de responderem os instrumentos.

O recrutamento do GC iniciou-se após o término da coleta de dados nos núcleos visitados. Foram entregues cartas convites para idosos da comunidade que residiam próximo aos núcleos e que não participavam dos programas da AGETUL. Essa carta foi deixada em residências, casas e apartamentos, e os idosos que se demonstraram interessados foram contatados e a coleta de dados agendada, até se atingir o quantitativo necessário. No dia da visita, os idosos do GC receberam explicação dos objetivos e procedimentos da pesquisa e assinaram o TCLE.

O procedimento de coleta de dados iniciou-se com a aplicação de uma Ficha de avaliação inicial elaborada pelos próprios autores, que forneceram informações antropométricas, da condição de saúde e de variáveis sociodemográficas. Logo após realizou-se a avaliação do estado cognitivo por

meio do MEEM<sup>21</sup>. Depois verificou-se o nível de atividade física dos idosos utilizando a versão curta do *International Physical Activity Questionnaire* (IPAQ), validado para a população brasileira<sup>22</sup>, classificando-os em insuficientemente ativo e sedentário (IAS) e ativo<sup>13</sup>.

Na sequência, foi avaliada a percepção de qualidade de vida utilizando-se dois instrumentos. O primeiro foi o *World Health Organization Quality of Life – Bref* (*Whoqol-Bref*), versão em português validada para a população brasileira<sup>23</sup>, composto por 26 questões. A primeira questão indagava como o indivíduo avaliaria sua qualidade de vida, e a segunda, a satisfação com a própria saúde. As outras 24 estão divididas nos domínios físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente, sendo cada um composto por 4 questões com pontuações variando de 1 a 5 em escala de Likert<sup>23</sup>.

O segundo foi o *World Health Organization Quality of Life – Old* (*Whoqol-Old*), versão em português, também validada para a população brasileira<sup>24</sup>, composto por 24 itens divididos em seis facetas (domínios): função sensorial; autonomia; atividades passadas, presentes e futuras; participação social; morte e morrer; e intimidade, também composta por 4 questões cada domínio, cuja pontuação, em escala de Likert, variam de 1 a 5<sup>24</sup>. Em ambos os instrumentos de qualidade de vida, o escore final de cada domínio foi calculado, utilizando uma sintaxe que classificou a qualidade de vida total e cada domínio do instrumento em escores percentuais de 0 a 100<sup>23,24</sup>.

Os dados foram coletados entre setembro de 2016 e fevereiro de 2017. Uma equipe de 14 auxiliares de pesquisa foi previamente capacitada, e um estudo piloto foi realizado avaliando 16 idosos de um programa de hidroginástica de uma academia de Goiânia.

Foi adotado um nível de significância de 5% ( $p < 0,05$ ) e os dados foram apresentados como média ( $\pm dp$ ), para as variáveis contínuas, ou frequência e percentual, para as variáveis categóricas. A normalidade dos dados foi verificada por meio do teste *Kolmogorov-Smirnov*. A caracterização do perfil sociodemográfico dos grupos estudo e controle foi realizada utilizando tabelas de contingência aplicando o teste qui-quadrado. Para comparações dos domínios da qualidade de vida avaliados pelo

*Whoqol-Bref* e *Whoqol-Old*, após se verificar diferenças significativas do IMC e tempo de estudo entre os GE e GC e adicionar esses dados como covariáveis no modelo linear geral, foi utilizada a análise da covariância (ANCOVA). Para as comparações da qualidade de vida entre os idosos ativos do GE, ativos e insuficientemente ativos e sedentários do GC foi utilizada a ANCOVA, seguida do teste de *Tukey, a posteriori*.

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, que emitiu Parecer Consubstanciado

1.682.764. Todos os idosos que participaram do estudo assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

## RESULTADOS

A amostra deste estudo foi composta por 108 idosos pertencentes ao GE e 126 ao GC. A maior parte dos idosos do GE (42,6%) estava matriculada há mais de dois anos na AGETUL e a maioria (51,9%) frequentava os programas mais de três vezes por semana (Tabela 1).

**Tabela 1.** Tempo de matrícula na Agência Municipal de Turismo, Eventos e Lazer (AGETUL) e frequência semanal na AGETUL do grupo de estudo do município de Goiânia, Goiás, Brasil, 2017.

Informações da AGETUL	Grupo estudo n (%)
Tempo de matrícula na AGETUL (anos)	
≤1	29 (26,9)
1 a 2	33 (30,6)
>2	46 (42,6)
Frequência Semanal AGETUL	
Acima de 3x/semana	56 (51,9)
Até 3x/semana	52 (48,1)

Neste estudo predominaram idosos com faixa etária entre 60 e 69 anos, não sendo encontradas diferenças significativas entre as categorias de faixa etária entre o GE e o GC ( $p=0,27$ ). A maioria dos idosos, tanto no GC quanto no GE, era do sexo feminino e residiam na sub-região Sul de Goiânia, não apresentando diferenças significativas entre os grupos ( $p\geq 0,05$ ). A maior parte dos idosos do GE possuía ensino superior; enquanto do GC, ensino fundamental ( $p=0,009$ ). A maioria dos idosos do GE e do GC, respectivamente, moravam com seus familiares (80,6% e 68,3), eram aposentados (73,1% e 73,8%) e não trabalhavam (61,1% e 67,5%), não diferindo entre os grupos ( $p\geq 0,05$ ). As categorias de renda familiar não apresentaram diferenças significativas entre os grupos ( $p=0,11$ ) e houve maior frequência no GE de idosos que possuíam plano de saúde ( $p<0,001$ ) (Tabela 2).

O GE apresentou maior percentual de idosos suficientemente ativos ( $p<0,001$ ). A classificação dos indivíduos quanto ao IMC diferiram entre os grupos ( $p=0,002$ ), onde a maioria do GE foi considerado eutrófico, e no GC sobrepeso. As quedas relatadas nos últimos seis meses foram maiores no GC ( $p<0,001$ ). Os percentuais dos que declararam possuir doenças diferiram entre o GE e o GC para hipertensão ( $p=0,01$ ) e distúrbios da tireoide ( $p=0,009$ ) (Tabela 3).

As duas primeiras questões do *Whoqol-Bref*, que se referem a como o indivíduo avaliaria a sua qualidade de vida e a satisfação com a própria saúde, apresentaram diferenças entre os grupos, com o GE apresentando melhor percepção da qualidade de vida ( $p<0,001$ ) (Tabela 4).

O GE apresentou melhor qualidade de vida do que o GC em todos os domínios do *Whoqol-Bref* e do *Whoqol-Old* ( $p < 0,05$ ). O domínio ambiental do *Whoqol-*

*Bref* e o domínio autonomia do *Whoqol-Old* foram os que apresentaram os menores escores médios entre os idosos de ambos os grupos (Tabela 4).

**Tabela 2.** Caracterização do perfil sociodemográfico dos grupos estudo e controle. Goiânia, Goiás, Brasil, 2017.

Variáveis Sociodemográficas	Grupo estudo n (%)	Grupo controle n (%)	<i>p</i> *
Faixa Etária (anos)			
60-69	62 (57,4)	59 (46,8)	0,27
70-79	34 (31,5)	49 (38,9)	
≥ 80	12 (11,1)	18 (14,3)	
Sexo			
Feminino	95 (88,0)	114 (90,5)	0,53
Masculino	13 (12,0)	12 (9,5)	
Sub-região de moradia			
Central/Campinas	44 (34,9)	40 (37,0)	0,86
Sudoeste	18 (14,3)	13 (12,0)	
Sul	64 (50,8)	55 (50,9)	
Escolaridade			
Analfabeto	0 (0,0)	7 (5,6)	0,009
Ensino fundamental	33 (30,6)	49 (38,9)	
Ensino médio	37 (34,3)	44 (34,9)	
Ensino superior	38 (35,2)	26 (20,6)	
Com quem mora			
Familiares	87 (80,6)	86 (68,3)	0,05
Sozinho	20 (18,5)	34 (27,0)	
Outros	1 (0,9)	6 (4,8)	
Aposentado			
Não	29 (26,9)	33 (26,2)	0,90
Sim	79 (73,1)	93 (73,8)	
Tipo de trabalho			
Formal	23 (21,3)	16 (12,7)	0,21
Informal	19 (17,6)	25 (19,8)	
Não trabalha	66 (61,1)	85 (67,5)	
Renda Familiar (Salário Mínimo)			
Até 3	47 (43,5)	68 (54,0)	0,11
>3	61 (56,5)	58 (46,0)	
Plano de Saúde			
Não	16 (14,8)	44 (34,9)	<0,001
Sim	92 (85,2)	82 (65,1)	

\*Qui-quadrado

**Tabela 3.** Análise comparativa da condição de saúde entre os grupos estudo e controle. Goiânia, Goiás, Brasil, 2017.

Condição de saúde	Grupo estudo n (%)	Grupo controle n (%)	<i>p</i> *
<b>IPAQ</b>			
Insuficientemente ativo	0 (0,0)	85 (67,5)	<0,001
Suficientemente ativo	108 (100,0)	41 (32,5)	
<b>IMC</b>			
Baixo peso	8 (7,4)	10 (7,9)	0,002
Eutrófico	56 (51,9)	37 (29,4)	
Sobrepeso	44 (40,7)	79 (62,7)	
<b>Quedas (6 meses)</b>			
Não	102 (94,4)	88 (69,8)	<0,001
Sim	6 (5,6)	38 (30,2)	
<b>Doenças</b>			
Hipertensão	50 (38,8)	79 (61,2)	0,01
Cardiopatía	4 (80,0)	1 (20,0)	0,12
Diabetes	10 (38,5)	16 (61,5)	0,40
Osteoporose	6 (60,0)	4 (40,0)	0,37
Distúrbio osteoarticular	11 (39,3)	17 (60,7)	0,43
Distúrbio da Tireoide	13 (76,5)	4 (23,5)	0,009
Outras Doenças	23 (54,8)	19 (45,2)	0,21

\*Qui-quadrado.

**Tabela 4.** Análise comparativa da qualidade de vida entre os grupos estudo e controle. Goiânia, Goiás, Brasil, 2017.

Percepção da QV Domínios da QV	Grupo estudo	Grupo controle	<i>p</i> *
<i>Whoqol-Bref</i>			
Q1	4,28 (± 0,67)	3,57 (± 0,81)	<0,001
Q2	4,02 (± 0,80)	3,18 (± 1,02)	<0,001
Físico	77,71 (± 13,80)	61,51 (± 17,60)	<0,001
Psicológico	77,74 (± 11,72)	61,64 (± 16,39)	<0,001
Relações Sociais	76,08 (± 15,08)	60,58 (± 21,17)	<0,001
Meio Ambiente	73,62 (± 13,94)	57,50 (± 17,45)	<0,001
Escore total	76,29 (± 10,44)	60,30 (± 15,44)	<0,001
<i>Whoqol-Old</i>			
Funcionamento do Sensório	83,70 (± 14,98)	71,63 (± 17,28)	<0,001
Autonomia	75,83 (± 12,93)	65,91 (± 13,53)	<0,001
Atividades PPF	78,15 (± 11,81)	69,48 (± 14,53)	<0,001
Participação social	80,83 (± 11,61)	69,56 (± 15,39)	<0,001
Morte e morrer	76,06 (± 18,76)	68,61 (± 20,62)	0,005
Intimidade	81,48 (± 12,39)	69,84 (± 16,61)	<0,001
Escore total	79,34 (± 9,21)	69,17 (± 11,88)	<0,001

\*ANCOVA. Q1=questão 1 do *Whoqol-Bref* – Como você avaliaria sua qualidade de vida? Q2=questão 2 do *Whoqol-Bref* – Quanto satisfeito você está com a sua saúde?

Ao comparar o escore total, as questões 1 e 2 e todos os domínios do *Whoqol-Bref*, os idosos ativos do GE apresentaram médias superiores aos do GC, tanto para os IAS quanto para os ativos ( $p < 0,05$ ). Entretanto, quando comparado os idosos ativos e IAS do GC, não foram encontradas diferenças significativas ( $p \geq 0,05$ ) (Tabela 5).

A média do escore total e dos domínios autonomia, atividades passadas, presente e futura,

participação social e intimidade do *Whoqol-Old* foi maior entre os idosos ativos do GE em relação aos ativos e IAS do GC ( $p < 0,001$ ). Para os domínios funcionamento do sensório e morte e morrer foram verificados escores médios maiores para os indivíduos ativos do GE em relação aos IAS do GC ( $p < 0,05$ ), enquanto os idosos ativos do GC não apresentaram diferenças significativas para estes domínios em relação aos demais ( $p \geq 0,05$ ) (Tabela 5).

**Tabela 5.** Análise comparativa da qualidade de vida entre os suficientemente ativos, insuficientemente ativos do grupo controle e suficientemente ativos do grupo estudo, Goiânia, Goiás, Brasil, 2017.

Percepção da QV Domínios da QV	Grupo estudo	Grupo controle		$p^*$
	Ativos Média ( $\pm$ dp)	Ativos Média ( $\pm$ dp)	IAS Média ( $\pm$ dp)	
<i>Whoqol-Bref</i>				
Q1	4,28 ( $\pm$ 0,67) <sup>a</sup>	3,66 ( $\pm$ 0,79) <sup>b</sup>	3,52 ( $\pm$ 0,81) <sup>b</sup>	<0,001
Q2	4,02 ( $\pm$ 0,80) <sup>a</sup>	3,29 ( $\pm$ 0,78) <sup>b</sup>	3,13 ( $\pm$ 1,09) <sup>b</sup>	<0,001
Físico	75,33 ( $\pm$ 17,22) <sup>a</sup>	63,24 ( $\pm$ 17,57) <sup>b</sup>	63,69 ( $\pm$ 16,26) <sup>b</sup>	<0,001
Psicológico	74,00 ( $\pm$ 14,05) <sup>a</sup>	63,21 ( $\pm$ 18,32) <sup>b</sup>	65,64 ( $\pm$ 16,81) <sup>b</sup>	0,001
Relações Sociais	74,15 ( $\pm$ 17,35) <sup>a</sup>	61,59 ( $\pm$ 22,12) <sup>b</sup>	62,55 ( $\pm$ 20,19) <sup>b</sup>	<0,001
Meio Ambiente	71,77 ( $\pm$ 15,80) <sup>a</sup>	56,49 ( $\pm$ 17,88) <sup>b</sup>	60,35 ( $\pm$ 17,14) <sup>b</sup>	<0,001
Escore total	73,81 ( $\pm$ 13,19) <sup>a</sup>	61,13 ( $\pm$ 16,68) <sup>b</sup>	63,06 ( $\pm$ 15,02) <sup>b</sup>	<0,001
<i>Whoqol-Old</i>				
Funcionamento do Sensório	83,70 ( $\pm$ 14,46) <sup>a</sup>	77,68 ( $\pm$ 15,78) <sup>a,b</sup>	68,71 ( $\pm$ 17,86) <sup>b</sup>	<0,001
Autonomia	75,79 ( $\pm$ 13,49) <sup>a</sup>	67,44 ( $\pm$ 12,20) <sup>b</sup>	65,24 ( $\pm$ 13,49) <sup>b</sup>	<0,001
Atividades PPF	78,80 ( $\pm$ 11,62) <sup>a</sup>	72,20 ( $\pm$ 13,51) <sup>b</sup>	67,35 ( $\pm$ 14,49) <sup>b</sup>	<0,001
Participação social	81,62 ( $\pm$ 11,19) <sup>a</sup>	72,07 ( $\pm$ 14,70) <sup>b</sup>	67,32 ( $\pm$ 15,16) <sup>b</sup>	<0,001
Morte e morrer	76,30 ( $\pm$ 18,89) <sup>a</sup>	69,15 ( $\pm$ 20,55) <sup>a,b</sup>	68,06 ( $\pm$ 20,50) <sup>b</sup>	0,017
Intimidade	81,25 ( $\pm$ 13,98) <sup>a</sup>	71,95 ( $\pm$ 14,14) <sup>b</sup>	69,12 ( $\pm$ 16,31) <sup>b</sup>	<0,001
Escore total	79,58 ( $\pm$ 9,23) <sup>a</sup>	71,75 ( $\pm$ 10,65) <sup>b</sup>	67,63 ( $\pm$ 11,99) <sup>b</sup>	<0,001

\*ANCOVA; a,b=teste a posteriori de Tukey, para comparações múltiplas entre os idosos ativos do grupo de estudo, ativos e insuficientemente ativo e sedentários do grupo controle; QV=Qualidade de Vida; IAS=Insuficientemente ativo e sedentário; Q1=questão 1 do *Whoqol-Bref* – Como você avaliaria sua qualidade de vida? Q2=questão 2 do *Whoqol-Bref* – Quanto satisfeito você está com a sua saúde?

## DISCUSSÃO

A qualidade de vida dos idosos do GE que estão inseridos nos programas de exercícios físicos apresentou melhores escores para todos os domínios dos instrumentos *Whoqol-Bref* e *Whoqol-Old* (Tabela 4) e para o escore total, mesmo quando comparados apenas com os idosos ativos do grupo controle, sendo assim, um dos principais achados deste estudo. Esses resultados apontam a importância de programas

dessa natureza voltados para a população de idosos, corroborando com estudos que indicam a associação entre a qualidade de vida e a prática de exercícios em grupos de idosos<sup>9,16</sup>.

A qualidade de vida trata-se de um conceito subjetivo, relacionando-se com aspectos como a capacidade funcional, estado emocional, suporte familiar, estado de saúde, nível socioeconômico, atividade intelectual, satisfação com o ambiente em



que se vive e com as atividades da vida diária<sup>25</sup>, que são analisados a partir de cada um dos domínios dos instrumentos utilizados. E nestes aspectos, os idosos do GE apresentaram maiores escores para todos os domínios (Tabela 4).

Com o avançar da idade ocorre um aumento das alterações funcionais e das condições crônicas<sup>26</sup>, o que evidencia a importância de se considerar a capacidade funcional como um aspecto impactante na qualidade de vida dos idosos. Um melhor escore médio do domínio físico foi percebido entre os idosos participantes programas de exercícios físicos ( $p<0,001$ ), tal resultado corrobora com estudos recentes<sup>27,28</sup>. Evidências apontam que o exercício é capaz de influenciar e reduzir o risco de desenvolvimento de doenças crônicas, incluindo doenças cardiovasculares, hipertensão, osteoporose, obesidade, comprometimento cognitivo, bem como pode aumentar a capacidade aeróbica, a força muscular e outras variáveis da aptidão física<sup>20</sup>.

Tal influência pôde ser percebida na análise da condição de saúde dos grupos estudados, onde o GE apresentou maior percentual de idosos eutróficos ( $p=0,002$ ), menor índice de quedas no último semestre ( $p<0,001$ ) e de hipertensos ( $p=0,01$ ) (Tabela 3), demonstrando assim a importância e o impacto dos programas públicos de exercícios físicos. Tais resultados entram em consonância com as diretrizes da Política Nacional de Saúde da Pessoa idoso, que salienta a necessidade a promoção do envelhecimento ativo, buscando a manutenção da capacidade funcional e autonomia das pessoas<sup>29</sup>.

Neste estudo, os idosos do GE apresentaram maiores médias para os domínios psicológico, relações sociais, participação social e intimidade ( $p<0,001$ ) (Tabela 4). Os melhores escores nesses domínios podem ser atribuídos ao fato de que as atividades oferecidas dão oportunidade para relacionamentos sociais, contribuindo assim para a troca de experiências e surgimento de novos laços afetivos. Pesquisas recentes também apontam que idosos submetidos a programas de exercícios físicos também apresentaram pontuações mais altas nesses domínios quando comparada a um grupo controle<sup>6,8,28,30</sup>.

A prática de exercícios físicos pode melhorar a autoestima, a imagem corporal e despertar a

vaidade dos idosos, e tais conquistas podem estar relacionadas a fatores como a redução de peso ou a possibilidade de um novo relacionamento afetivo<sup>31</sup>. Neste sentido, a participação em atividades em grupos, como os programas públicos de exercícios físicos, assume um papel importante na qualidade de vida dos idosos, pois também podem contribuir para que a pessoa idosa se sinta agente participante da vida em comunidade<sup>18</sup>.

Fatores relacionados às oportunidades de lazer, cuidados com a saúde, estrutura física, recursos financeiros e segurança estão contempladas no domínio ambiental<sup>23</sup>. Neste estudo o GE apresentou maior pontuação neste domínio em relação ao GC ( $p<0,001$ ). Esse resultado diferiu de uma pesquisa realizado em Nice, França, com 54 idosas, onde após 12 semanas de um programa de atividades física não houve diferenças em relação a um grupo controle<sup>28</sup>. Entretanto, diferenças para os valores obtidos nesse domínio podem ser explicados pelas diferentes circunstâncias ambientais de cada país<sup>12</sup>.

O domínio funcionamento do sensorio avalia o impacto do declínio das habilidades sensoriais na qualidade de vida, como perdas de audição, tato, visão, paladar e olfato<sup>24</sup>, e essas perdas estão intimamente ligadas com a fragilidade em idosos<sup>12</sup>. A melhor pontuação obtidas neste domínio pelos idosos do GE ( $p<0,001$ ), em relação ao GC (Tabela 4), pode ser atribuída aos efeitos do exercício físico, como a otimização do fluxo sanguíneo no sistema sensorial<sup>32</sup>, aumento do volume cerebral, elevação do fator neurotrófico derivado do cérebro e melhorias nos sistemas de neurotransmissores, mantendo o bom funcionamento perceptivo<sup>20</sup>. Evidências apontam para a associação de problemas de saúde e os domínios funcionamento do sensorio e morte e morrer<sup>10</sup>. Talvez essa possa ser a explicação para os maiores escores percebidos entre os idosos do GE nesses domínios, uma vez que o GC apresentou maior índice de idosos insuficientemente ativos ( $p<0,001$ ), com sobrepeso ( $p=0,002$ ), que caíram no último semestre ( $p<0,001$ ) e hipertensos ( $p=0,01$ ) (Tabela 3).

O GE apresentou maior escore para o domínio autonomia ( $p<0,001$ ) em relação ao GC (Tabela 4). Esse domínio leva em consideração a liberdade que o idoso desfruta para tomar suas próprias decisões,

o controle que julga ter de seu futuro, o respeito de sua liberdade pelas pessoas próximas e a capacidade de fazer as coisas que gostaria de fazer<sup>24</sup>. Estudo recente aponta para resultados similares a este estudo, onde idosos que praticavam exercícios físicos apresentaram melhores escores para este domínio<sup>6</sup>. A prática regular de exercícios contribui para que o idoso tenha melhor conhecimento do seu próprio corpo, bem como suas aptidões e limitações<sup>33</sup>. O que corrobora com os resultados desta pesquisa, uma vez que o GE foi composto por maioria de idosos que estavam matriculados a mais de dois anos (42,6%) e que frequentavam o programa mais de três vezes semanais (51,9%) (Tabela 1).

Em relação ao domínio atividades presentes, passadas e futura, estudos recentes não constataram melhores escores para este domínio em idosos praticantes de exercícios físicos<sup>8,30</sup>, diferente do que foi encontrado neste estudo, onde o GE foi superior ( $p < 0,001$ ) (Tabela 4). É certo que a satisfação e as conquistas alcançadas pelo indivíduo no seu passado não podem ser alteradas. Entretanto, a prática regular de exercícios físicos pode modificar de forma benéfica a relação do mesmo com as expectativas futuras, sendo necessário mais pesquisas para esclarecer essa questão.

Ao comparar os idosos do GE e do GC a partir do nível de atividade física, percebeu-se que GE apresentou melhores escores de qualidade de vida para todos os domínios do *Whoqol-bref* ( $p < 0,05$ ) (Tabela 4), até mesmo em relação aos idosos ativos do GC. Em relação ao *Whoqol-Old*, os idosos ativos do GE apresentaram maiores escores médios para os domínios autonomia, atividades passadas, presente e futuras, participação social, intimidade e escore total do que os idosos ativos e IAS do GC ( $p < 0,05$ ), e para os domínios funcionamento do sensório e morte e morrer para os IAS do GC ( $p < 0,05$ ) (Tabela 5). Tais resultados sugerem que prática de exercícios físicos pode ser um fator determinante para uma melhor percepção da qualidade de vida. Estudo recente realizado com 50 idosos constatou que aqueles que participavam de programa de exercício orientado apresentaram melhor qualidade de vida do que os que não participavam, e entre os que estes últimos, os que eram fisicamente ativos não apresentaram melhor qualidade de vida do que os insuficientemente ativos<sup>34</sup>.

Não foram encontradas diferenças significativas entre os idosos ativos e IAS do GC para o escore total e nenhum domínio do *Whoqol-Bref*. Em relação ao *Whoqol-Old* os idosos ativos e os IAS do GC não apresentaram diferenças nos escores médios para nenhum domínio e nem para o escore total ( $p \geq 0,05$ ) (Tabela 5). Outro estudo também observou que a qualidade de vida não apresentou diferenças na percepção da qualidade de vida entre idosos ativos e sedentários<sup>35</sup>. Tais resultados sugerem que o nível de atividade física pode não ser suficiente para que os idosos apresentem uma melhor qualidade de vida.

Este estudo apresenta algumas limitações, como a natureza transversal da pesquisa. O desenvolvimento de novas pesquisas que adotem uma metodologia longitudinal poderá contribuir com outros aspectos que mostrem relevantes para se analisar a qualidade de vida de idosos participantes de programas públicos de exercícios, como os tipos de atividades realizadas, local de realização e também frequência nos programas de exercícios.

## CONCLUSÃO

Os idosos participantes dos programas públicos de exercícios físicos apresentaram melhor percepção de qualidade de vida em todos os domínios do *Whoqol-bref* e *Whoqol-old*. Os idosos ativos dos programas públicos apresentaram melhor qualidade de vida do que os ativos não participantes para todos os domínios do *Whoqol-bref*, e para os domínios autonomia, atividades passadas, presentes e futuras, participação social e intimidade do *Whoqol-old*.

Conclui-se que existem diferenças importantes entre a qualidade de vida de idosos que participam e não participam de programas públicos de exercícios físicos, e que ser simplesmente fisicamente ativo pode não ser suficiente para se ter melhor percepção de qualidade de vida. Sugerindo assim, que outros fatores relacionados à vida dos idosos e à participação dos programas públicos de exercícios podem estar relacionados à melhor qualidade de vida dos mesmos. Assim, a adesão a programas públicos de exercícios podem contribuir para manutenção ou melhora da qualidade de vida de idosos.

## REFERÊNCIAS

1. United Nations. World population ageing 2015. New York: UN; 2015.
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio Janeiro: IBGE; 2016.
3. Sundstrup E, Jakobsen MD, Andersen LL, Andersen TR, Randers MB, Helge JW, et al. Positive effects of 1-year football and strength training on mechanical muscle function and functional capacity in elderly men. *Eur J Appl Physiol*. 2016;116(6):1127-38.
4. Silva PA, Soares SM, Santos JF, Silva LB. Cut-off point for WHOQOL-bref as a measure of quality of life of older adults. *Rev Saúde Pública*. 2014;48(3):390-7.
5. Silva AR, Sgnaolin V, Nogueira EL, Loureiro F, Engroff P, Gomes I. Doenças crônicas não transmissíveis e fatores sociodemográficos associados a sintomas de depressão em idosos. *J Bras Psiquiatr*. 2017;66(1):45-51.
6. Ferretti F, Beskow GCT, Slaviero RC, Ribeiro CG. Análise da qualidade de vida em idosos praticantes e não praticantes de exercício físico regular. *Estud Interdiscip Sobre o Envelhec*. 2015;20(3):729-43.
7. World Health Organization Quality Of Life Group. Development of the WHOQOL - Rationale and current status. *Int J Ment Health*. 1994;23(3):24-56.
8. Da Fonte E, Feitosa PH, De Oliveira Neto LT, De Araújo CL, Figueiroa JN, Alves JG. Effects of a physical activity program on the quality of life among elderly people in Brazil. *J Fam Med Prim Care*. 2016;5(1):139-42.
9. Vagetti GC, Barbosa Filho VC, Moreira NB, De Oliveira V, Mazzardo O, De Campos W. The Association between Physical Activity and Quality of Life Domains among Older Women. *J Aging Phys Act*. 2015;23(4):524-33.
10. Vagetti GC, Barbosa Filho VC, Moreira NB, De Oliveira V, Mazzardo O, Campos W. Health conditions and sociodemographic variables associated with quality of life in elderly women from a physical activity program in Curitiba, Paraná State, Southern Brazil. *Cad Saúde Pública*. 2013;29(5):955-69.
11. Barbosa AP, Gomes Teixeira T, Orlandi B, Teixeira N, De Oliveira B, Villas MH, et al. Level of physical activity and quality of life: a comparative study among the elderly of rural and urban areas. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2015;18(4):743-54.
12. Haider S, Luger E, Kapan A, Titze S, Lackinger C, Schindler K, et al. Associations between daily physical activity, handgrip strength, muscle mass, physical performance and quality of life in prefrail and frail community-dwelling older adults. *Qual Life Res*. 2016;25(12):3129-38.
13. Ribeiro CG, Ferretti F, De Sá CA. Quality of life based on level of physical activity among elderly residents of urban and rural areas. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2017;20(3):330-9.
14. Bombardelli C, Telles LH, Rosa D, Keller KD, Da P, Klahr S, et al. Quality of life of elderly people living in a municipality with rural characteristics in the countryside of Rio Grande do Sul. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2017;20(1):88-94.
15. Vélez Álvarez C, Del Pilar M, Potes E, Eugenia M, Merchán P, Consuelo C, et al. Quality of life and informal labor among elderly persons in an intermediate Colombian city. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2016;19(3):415-27.
16. Vagetti GC, Barbosa Filho VC, Lia N, Moreira B, De Oliveira V, Mazzardo O, et al. Association between physical activity and quality of life in the elderly: a systematic review, 2000-2012. *Rev Bras Psiquiatr*. 2014;36(1):76-88.
17. Battaglia G, Bellafiore M, Alesi M, Antonio Paoli, Bianco A, Palma A. Effects of an adapted physical activity program on psychophysical health in elderly women. *Clin Interv Aging*. 2016;11:1009-15.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Avaliação de efetividade de programas de Atividade Física no Brasil. Brasília, DF:MS; 2013.
19. Dhanak M, Penhall R. Australian and New Zealand Society for geriatric medicine: Position statement: exercise guidelines for older adults. *Aust J Ageing*. 2014;33(4):287-94.
20. Chodzko-Zajko WJ, Proctor DN, Fiatarone Singh MA, Minson CT, Nigg CR, Salem GJ, et al. Exercise and physical activity for older adults. *Med Sci Sport Exerc*. 2009;41(7):1510-30.
21. Melo DM, Barbosa AJG. O uso do Mini-Exame do Estado Mental em pesquisas com idosos no Brasil: uma revisão sistemática. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2015;18(4):3865-76.
22. Matsudo S, Araújo T, Matsudo V, Andrade D, Andrade E, Oliveira LC, et al. International physical activity questionnaire (IPAQ): study of validity and reliability in Brazil. *Rev Bras Ativ Fís Saude*. 2001;6(2):5-18.
23. Fleck MP, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, et al. Application of the Portuguese version of the abbreviated instrument of quality life WHOQOL-bref. *J Public Health*. 2000;34(2):178-83.
24. Fleck MP, Chachamovich E, Trentini C. Development and validation of the Portuguese version of the WHOQOL-OLD module. *Rev Saúde Pública*. 2006;40(5):785-91.

25. Dawalibi NW, Goulart RMM, Prearo LC. Factors related to the quality of life of the elderly in programs for senior citizens. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2014;19(8):3505-12.
26. Vagetti GC, Moreira NB, Barbosa Filho VC, De Oliveira V, Cancian CF, Mazzardo O, et al. Domínios da qualidade de vida associados à percepção de saúde: um estudo com idosos de um programa de atividade física em bairros de baixa renda de Curitiba, Paraná, Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2013;18(12):3483-93.
27. Chaves Aveiro M, Driusso P, Dos Santos JG, Kiyoto VD, Oishi J. Effects of a physical therapy program on quality of life among community-dwelling elderly women: randomized-controlled trial. *Fisioter Mov*. 2013;26(3):503-13.
28. Émile M, Chalabaev A, Pradier C, Clément-Guillotin C, Falzon C, Colson SS, et al. Effects of supervised and individualized weekly walking on exercise stereotypes and quality of life in older sedentary females. *Sci Sports*. 2014;29(3):15-63.
29. Brasil. Portaria n. 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa e determina outras providências. *Saúde Legis*. 20 out. 2006. p. 1–12.
30. Figueira HA, Figueira AA, Cader SA, Guimarães AC, De Oliveira RJ, Figueira JA, et al. Effects of a physical activity governmental health programme on the quality of life of elderly people. *Scand J Soc Med*. 2012;40(5):418-22.
31. Fonseca CC, Chaves ECL, Pereira SS, Barp M, Moreira AM, Nogueira DA. Autoestima e satisfação corporal em idosos praticante e não praticantes de atividades corporais. *J Phys Educ*. 2014;25(3):429-39.
32. Mann L, Kleinpaul JF, Mota CB, Maria FDS, Maria S. Equilíbrio corporal e exercícios físicos : uma revisão sistemática. *Motriz*. 2009;15(3):713-22.
33. De Oliveira AC, Oliveira NMD, Arantes PMM, Alencar MA. Qualidade de vida em idosos que praticam atividade física: uma revisão sistemática. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2010;13(2):301-12.
34. Silva MFS, 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(6):635-42.
35. Alencar NAA, De Souza Júnior JV, Aragão JCB, Dantas E. Nível de atividade física, autonomia funcional e qualidade de vida em idosos ativas e sedentárias. *Fisioter Mov*. 2010;23(3):473-81.

Recebido: 06/09/2017

Revisado: 08/11/2017

Aprovado: 15/12/2017



## Dificuldades encontradas no cuidado ao idoso com demência: enfrentamento baseado na pesquisa participativa

Difficulties encountered in care for elderly persons with dementia: coping based on participatory research

Barbara Martins Corrêa da Silva<sup>1</sup>  
Célia Pereira Caldas<sup>2</sup>  
Helena Maria Shchelowski Leal David<sup>2</sup>  
Michel Jean Marie Thiollent<sup>1,3</sup>

### Resumo

*Objetivo:* analisar uma proposta de plano de ação elaborada por enfermeiros para o enfrentamento das dificuldades no processo de cuidar do idoso. Assim, o objeto do estudo são as dificuldades que os cuidadores familiares encontram em relação ao acesso aos serviços, aos recursos materiais e rede de suporte para atender às necessidades de atenção ao idoso conforme disposto nas políticas públicas do país. *Método:* foi utilizada a metodologia da pesquisa participativa e análise de conteúdo proposta por Bardin. O cenário foi um serviço de Geriatria de um Hospital Universitário. O grupo de copesquisadores incluiu oito enfermeiros e 12 cuidadores de idosos com demência. *Resultados:* da análise emergiram as seguintes categorias: contradições e propostas de trabalho. A categoria: as contradições revelam reflexões sobre a diferença entre o que deveria ser o cuidado ao idoso e as desconformidades no cuidado e as condições precárias dos serviços de saúde. Essa situação propicia sobrecarga do cuidador. As propostas de trabalho remetem-se às estratégias utilizadas pelos enfermeiros quando estabelecem uma relação de ajuda aos cuidadores familiares para o enfrentamento das dificuldades relacionadas ao cuidado ao idoso. *Conclusão:* os enfermeiros reconhecem que são profissionais capazes de acolher, de escutar e de gerenciar demandas dos cuidadores familiares de idosos, logo, a promoção da saúde do idoso e dos cuidadores, prepara o familiar do paciente para os cuidados no domicílio e para enfrentar as dificuldades vivenciadas no cuidado ao idoso.

**Palavras-chave:** Cuidadores. Serviços de Saúde. Condições Sociais.

### Abstract

*Objective:* to analyze the proposal of an action plan created by nurses to deal with difficulties in caring for the elderly. The aim of the present study was therefore to analyze the difficulties that family caregivers find in relation to access to services, material resources and the support network when meeting the care needs of the elderly in accordance with Brazilian public policy. *Method:* the methodology of participatory research and content

**Keywords:** Caregivers. Health Services. Social Conditions.

<sup>1</sup> Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Faculdade de Enfermagem, Programa de Pós-graduação em Enfermagem. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

<sup>2</sup> Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Faculdade de Enfermagem, Departamento de Enfermagem de Saúde Pública. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

<sup>3</sup> Universidade do Grande Rio, Faculdade de Administração, Programa de Pós-graduação em Administração (PPGA). Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

analysis proposed by Bardin was used. The context was the Geriatric service of a university hospital. The group of co-researchers included eight nurses and 12 caregivers of elderly people with dementia. *Results*: the following categories emerged from the analysis: contradictions and work proposals. The contradictions category revealed reflections about the difference between the proposed care for the elderly and the reality of a lack of care and the precarious conditions of health services. This situation leads to overburdening of caregivers. The work proposals refer to the strategies used by nurses to establish a relationship of support to family caregivers to cope with the difficulties involved in care for the elderly. *Conclusion*: nurses recognize that they are professionals capable of receiving, listening to and managing the needs of family caregivers of the elderly, thus promoting the health of the elderly and the caregivers themselves, preparing the family of the patient for home care and coping with difficulties experienced in elderly care.

## INTRODUÇÃO

Sabe-se que o cuidador familiar merece uma atenção especial dos profissionais que lidam com o idoso. No entanto, percebe-se o adoecimento e a sobrecarga do cuidador. Além disso, a relação entre cuidador, idoso e profissional não está livre de conflitos. Deste modo, o plano terapêutico não deve ser feito de forma vertical e precisa considerar o vínculo, a afetividade, a disponibilidade e a disposição para cuidar dos atores sociais envolvidos.

Pensando nisso, este artigo apresenta um plano de ação feito em conjunto com os enfermeiros e com os cuidadores familiares de idosos, o qual ressalta o valor da participação social para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS)<sup>1</sup>.

É preciso reconhecer que no SUS ainda não conseguimos garantir a efetiva participação social<sup>2</sup> suficiente para que a vocalização de necessidades e saberes aconteça. Assim, ao promover o diálogo entre enfermeiros e cuidadores por meio dos workshops *Cuidando de quem cuida* aconteceram reflexões, troca de experiências sobre saúde, reconduções de projetos de vida e superação dos desafios.

Nesta perspectiva, o referencial teórico que convergiu com a proposta da pesquisa foi a “teoria da produção social do processo saúde-doença” que por sua vez, explica quais são os determinantes políticos, econômicos e sociais para distribuição da saúde e da doença, no interior e entre as sociedades, identificando os aspectos protetores e os nocivos à saúde presentes na organização social<sup>3</sup>.

A despeito da garantia constitucional de um sistema universal público de saúde para sua população<sup>4</sup>, não existem dispositivos no SUS, que apoiem a atividade cotidiana do cuidado familiar. Uma vez que não basta apenas sentir amor e afeição pelo idoso para prestar um cuidado adequado e com qualidade, pois existem condições específicas e necessárias para adequar o contexto domiciliar às demandas de cuidado e adquirir as tecnologias necessárias<sup>5</sup>.

Por outro lado, é comum a divergência entre o quanto de atenção o idoso precisa e quanto o cuidador é capaz de oferecer, e a medida que o idoso fica mais dependente, mais tempo do cuidador precisa ser dedicado ao idoso, em detrimento do tempo para o cuidado de si. Cupidi et al.<sup>6</sup> afirmam que o aumento do grau de dependência do idoso impacta negativa e progressivamente a saúde do cuidador, que pode apresentar sintomas de depressão e outros distúrbios neuropsiquiátricos.

Para isto, é necessária a concepção de que o cuidado familiar sofre influência da cultura, valores e história de vida da pessoa<sup>7</sup>, com impacto positivo ou negativo na saúde de quem está envolvido<sup>8</sup>. Assim, ao pensar na família como parte integrante do processo de cuidado ao idoso, é fundamental compreendê-la e assisti-la como uma unidade social complexa, que apresenta necessidades próprias<sup>9</sup>. Logo, quando o profissional busca compreender o indivíduo na lógica de curso da vida em sua historicidade, é possível planejar o cuidado realisticamente dentro das possibilidades da família e do serviço<sup>10</sup>. No entanto, essa prática é um desafio, pois é difícil integrar o envolvimento pessoal com produtividade e resolutividade<sup>11</sup>.

Mendes, Pazzato e Sacado<sup>12</sup> defendem a potência de agir em favor do diálogo e interação os quais podem produzir saúde.

O objetivo deste artigo é analisar uma proposta de plano de ação elaborada por enfermeiros, para o enfrentamento das dificuldades no processo de cuidar do idoso.

## MÉTODO

Neste estudo, foi utilizada a metodologia de pesquisa participativa para construção de um plano de ação elaborado em conjunto com a equipe de enfermeiros, a partir da participação em workshops com cuidadores de idosos. Esse método instrumentaliza os pesquisadores/participantes a coordenar as atividades de grupos de trabalhos e decidir a respeito das metas e meios necessários para produzir um determinado produto ou serviço<sup>13</sup>.

O estudo foi realizado no ambulatório de geriatria do Hospital Universitário da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, a coleta de dados aconteceu no período de julho de 2015 a março de 2016. Os participantes foram oito enfermeiros deste serviço e 12 cuidadores de idosos com demência por eles acompanhados. O critério de inclusão para os enfermeiros foi atuar no serviço em período  $\geq 6$  meses e o critério de inclusão para os cuidadores foi estar responsável pelo cuidado do idoso há pelo menos seis meses. Os convites para participação nos workshops foram feitos aos cuidadores familiares que participavam do ambulatório de geriatria como acompanhantes na sala de espera e durante a consulta de enfermagem. Todos os cuidadores que preenchiem os critérios de inclusão e que participaram dos workshops foram selecionados.

A decisão de se trabalhar com os enfermeiros deve-se ao fato de ser o cuidado, o aspecto central no processo de trabalho dessa categoria profissional. Além disso, deve-se destacar a relação histórica e contraditória entre o cuidado domiciliar, que se produz na esfera da reprodução da vida, privadamente, a reprodução social e o cuidado profissional, que hoje se produz na esfera pública.

Após autorização da coordenação, foi realizado um encontro com a equipe de enfermagem para formar o grupo pesquisador. Ao discutir o desenho

do estudo junto com a equipe surgiu a ideia de realizar workshops para os cuidadores, com o tema: *Cuidando de quem cuida*. A equipe envolveu-se na divulgação e convite aos cuidadores que frequentam o ambulatório. Foram realizadas quatro sessões de workshop, uma por mês, como parte das atividades do grupo de cuidadores que já existia no serviço.

O Workshop 1 *Como está sua saúde?* contou com nove participantes, dentre eles três profissionais enfermeiros e seis cuidadores. O Workshop 2 tinha como tema: *Reconstruindo projetos de vida*. Contou com 13 participantes, três enfermeiras, uma acadêmica de enfermagem, uma psicóloga e oito cuidadores. O Workshop 3 tinha como tema: *Olha a sua coluna!* e contou com 11 participantes sendo quatro enfermeiras, uma acadêmica de enfermagem e seis cuidadores. O Workshop 4 tinha como tema: *Superando os desafios*, contou com 11 participantes, três enfermeiras, uma acadêmica de enfermagem, uma terapeuta ocupacional e seis cuidadores. Apesar da quantidade de participantes ter variado a cada workshop, tal diferença não prejudicou o desenvolvimento do tema no grupo.

Após a realização dos quatro workshops com os cuidadores, procedeu-se a análise de conteúdo destes. Os resultados dessa análise foram discutidos com os enfermeiros em duas reuniões.

As falas foram gravadas, transcritas e analisadas pelo método de análise de conteúdo de Bardin<sup>14</sup> em todos os momentos da coleta de dados (nos workshops e nos encontros com os enfermeiros). As reuniões foram mediadas através de um roteiro de coleta de dados que serviu como instrumento de investigação o qual continha perguntas referentes às necessidades de cuidado do idoso, às contradições a respeito do cuidado que a pessoa considera como ideal e o cuidado que é implementado e às propostas para superar tais contradições. Como produto final foi elaborado um Plano de Ação que concretizou os resultados deste estudo.

O presente estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Pedro Ernesto e aprovado com o número do protocolo CAAE 4449901520005282. Todos os copesquisadores assinaram o termo de Consentimento Livre e Esclarecido conforme as diretrizes para pesquisa em seres humanos<sup>15</sup>.

## RESULTADOS

A seguir, será apresentada na tabela 1 as características sociodemográficas do grupo cuidadores familiares de idosos:

Em relação a caracterização do grupo de enfermeiros: dos oito participantes, seis eram do sexo feminino e dois eram do sexo masculino, a faixa etária variou de 22 a 60 anos. Em relação ao tempo de vinculação ao serviço, um profissional tinha 12 anos, quatro profissionais estavam vinculados por dois

anos, dois profissionais tinham vínculo há um ano e um profissional tinha como tempo de vinculação seis meses. Duas eram doutoras em enfermagem, um mestre em enfermagem, quatro eram residentes de enfermagem, um tinha graduação em enfermagem completa.

Posteriormente, será apresentada a tabela 2 o qual representa o quantitativo das Unidades de Registro (UR) que levaram à construção dos temas e estes, à construção das categorias que emergiram da análise da fala dos enfermeiros.

**Tabela 1.** Características sociodemográficas dos cuidadores familiares de idosos. Rio de Janeiro, RJ, 2017.

Variáveis	n (%)
Idade	
59-70	10 (83,33%)
71-84	2 (16,67%)
Sexo	
Feminino	8 (66,67%)
Masculino	4 (33,33%)
Situação conjugal	
Sem companheiro	5 (41,67%)
Com companheiro	7 (58,33%)
Renda Familiar (em reais)	
≤3.000,00	6 (50%)
3.000,00 a 7.000,00	5 (41,67%)
≥7000,00	1 (8,33%)
Ocupação	
Não trabalha fora de casa	10 (83,33%)
Trabalha	2 (16,67%)
Escolaridade (por anos de estudo)	
≤20	4 (33,33%)
>20	8 (66,67%)
Grau de parentesco com o idoso	
Cônjuge	3 (25%)
Filho	5 (41,67%)
Genro/nora	4 (33,33%)
Total	12

Tabela elaborada pelos próprios autores.



**Tabela 2.** Apresentação das subcategorias e categorias das falas dos enfermeiros. Rio de Janeiro, RJ, 2017.

Subcategorias	UR/subcategoria	Categorias	UR/Categoria
As contradições vivenciadas pelos cuidadores familiares	22	As contradições	36
As contradições do sistema de saúde pública	14		
Escuta	21	Propostas de trabalho	71
Resolutividade	20		
Novas Estratégias	20		
Experiências positivas	10		

UR: Unidade de Registro; Tabela elaborada pelos próprios autores.

### Categoria: As contradições

A principal contradição que os enfermeiros destacaram nos discursos dos cuidadores referem-se aos conflitos intergeracionais. No depoimento abaixo, que foi destacado por uma enfermeira, uma cuidadora projeta seu próprio futuro com base no cuidado que presta hoje à sua mãe:

“Minha filha falou para mim: ‘você solta a minha vó’. Eu achei agressivo, fiquei sem entender. Aí, a minha outra filha explicou: - ela disse para você não ficar tão preocupada com o futuro, deixa as coisas seguirem o seu fluxo. Eu achei meio grotesco” (cuidadora 5).

Na sequência, a enfermeira analisa a fala da cuidadora:

“Essa aqui da filha dizendo para mãe que cuida da avó parar de fazer isso, eu vi isso em outras falas. Pensei: até que ponto essa geração sanduíche que é a filha do idoso que está no meio da mãe e da filha... Até que ponto ela projeta: eu vou cuidar da mãe para a minha filha cuidar de mim. Eu cuido do jeito que gostaria de ser cuidada, eu respeito porque eu aprendi assim, eu cuido porque aprendi a cuidar dos meus pais. Então aqui ela está projetando.” (enfermeiro 1).

“Virtude não é ficar em casa cuidando de alguém, virtude é ter mestrado, doutorado. Os conceitos mudaram” (enfermeiro 1).

O relato da enfermeira a respeito daquilo que considera como "virtude", parece se referir aos atributos profissionais, ressaltando a desvalorização do

trabalho doméstico na sociedade atual jogando para o sujeito a resolução das tensões entre as exigências da sociedade e o gerenciamento de um padrão mínimo de qualidade na prestação do cuidado<sup>16</sup>.

Quanto às contradições do sistema de saúde pública, Longhi e Canton<sup>17</sup> analisaram as contradições sobre o conceito de cidadania entre os usuários do SUS e concluíram: vivemos uma crise de credibilidade na sociedade brasileira, havendo um descrédito nos políticos<sup>17</sup>. Tal achado corrobora com os resultados do presente estudo o que pode ser evidenciado na seguinte fala:

“São muitas as contradições. Nós somos um centro de referência, mas temos problemas de espaço físico, limitações de quantitativo de profissionais, poderíamos ter mais tempo para fazer atividades que exigissem menos tecnologia dura, como o trabalho de estimulação cognitiva. A maior contradição é estarmos dentro de uma universidade e tem um hospital universitário que se diz amigo do idoso e o idoso não ter nenhuma ênfase, nenhuma valorização, nenhum incentivo, nenhuma prioridade.” (enfermeiro 1).

Correlacionando os achados com a “teoria da produção social”, as contradições do sistema de saúde pública acarretam conflitos para os cuidadores, pois a escassez de recursos financeiros é um fator que dificulta o cuidado do idoso<sup>3</sup>. Tal situação deve ser compreendida à luz das crises cíclicas de acumulação do capital. Essa dinâmica afeta o setor saúde, sendo que as dificuldades para o acesso aos serviços penaliza mais aqueles grupos sociais que historicamente sofreram de forma mais brutal os

efeitos da profunda desigualdade que marca nossa ordem social<sup>3</sup>.

Logo, infere-se que existe uma conversão de fatos biológicos em ações coletivas e a saúde sofre influência do ambiente e de questões epidemiológicas<sup>12</sup>, ou seja, problemas de bem-estar social não são problemas simplesmente técnicos, sendo assim, as contradições do sistema de saúde pública têm um impacto na qualidade de vida do cuidador<sup>18</sup>.

Por conseguinte, a saúde é a resultante de um processo envolvendo diferentes dimensões das condições de vida e dos contextos sociais nos quais os grupos sociais vivem<sup>19</sup>.

Sendo assim, é importante delimitar para a família quais são os pontos que a equipe pode ajudar, quais são as necessidades que serão atendidas e priorizar as intervenções. Como pode ser identificado na seguinte fala sobre a estratégia e necessidade do idoso ter vinculação aos profissionais:

“Enfim é isso, é difícil porque estamos em um hospital escola, mas, como é desnorteador um monte de profissionais no mundo que desabou que é a doença, a falta de dinheiro, a dependência, a falta de estrutura familiar...” (Enfermeiro 4).

Uma forma de diminuir as contradições do sistema de Saúde Pública é a proposta da Política Nacional de Humanização (PNH) para a consolidação do (SUS). Trata-se do apoio institucional, que é um dispositivo utilizado para a implantação do acolhimento nos serviços de saúde<sup>20</sup>. A proposta da PNH busca novos modos de operar, funcionar, agir e produzir das organizações, considerando os pressupostos da democracia institucional e de autonomia<sup>20</sup>.

### Categoria: Propostas de trabalho

Essa categoria foi construída a partir dos seguintes temas: escuta, resolutividade, novas estratégias e experiências positivas.

A escuta, é uma tecnologia leve, citada na PNH como um dispositivo para enfrentar os impasses

cotidianos na rede e nos serviços, além de qualificar o acesso dos usuários ao sistema de saúde<sup>20</sup>. Nesta perspectiva, observa-se que os enfermeiros conhecem a PNH e são capazes de realizar uma autocrítica a respeito da sua própria aplicação dos princípios dessa política:

“Eu valorizo primeiro a ação do cuidador: - ‘o seu familiar está super bem-cuidado’. Então quando ele fala ‘eu não posso, eu não consigo’, eu falo: faça na medida do possível que a gente sabe que você está dando o seu melhor, porque a gente sabe que o amor está presente mesmo quando ele não está, mesmo quando a família está conflitada. Mas a gente fica com muito medo de ser piegas, de ser mal interpretada. (enfermeiro 7).

Nessa fala está explicitada a importância da escuta ativa e do acolhimento. Quando um cuidador se abre, fala das suas dificuldades e o profissional acolhe sem julgar, ele começa a estabelecer um vínculo, capaz de garantir a adesão às orientações.

Segundo a tendência atual, o conceito de cuidado adquire uma dimensão social, antropológica, histórica e ética, tornando-se objeto de investigação interdisciplinar<sup>21</sup>. É importante observar que esse tipo de cuidado requer um relacionamento interpessoal, designado pelo termo de “acompanhamento”. A noção de acompanhamento se afastaria da ideia de controle (guidance) e abriria espaço para uma postura de mais subjetividade e autonomia. Deste modo, se acompanhar não for mais guiar, o acompanhante deixa de ter autoridade absoluta e com isso diminui-se a angústia de estar sempre certo<sup>21</sup>. Mas nem sempre é assim. A autocrítica pode ser vista nas seguintes falas:

“eu me vi muitas vezes como mais uma pessoa que cobra. Então a pessoa em vez de sair mais leve, sai mais pesada. A responsabilidade é muito pesada para o cuidador. E às vezes são problemas que a gente não vai conseguir resolver mesmo, como um problema de dinheiro.” (enfermeiro 4).

“A gente tem que deixar de ser senhora do paciente, a gente vem com um banho de informação, a gente tem que deixar de ser tão cartesiano e fazer uma relação de ajuda. E o resto vem”. (enfermeiro 7).

Diante desses depoimentos, observa-se que os pesquisadores participantes, reconhecem a importância do acolhimento na escuta do usuário e nessa unidade, assim como em outras unidades do SUS, o acolhimento é utilizado como uma estratégia de triagem de demandas. No entanto, é importante destacar que o acolhimento não é um espaço neutro. Muitas vezes é oferecido como uma forma de amenizar deficiências na capacidade de resposta dos serviços.

O depoimento do enfermeiro abaixo aponta para uma visão que valoriza o potencial do acolhimento como uma estratégia de gestão do cuidado e não apenas como um dispositivo de pacificação do usuário em sua busca por resolutividade:

“Acho que precisamos estratificar a demanda. A gente tem que pegar aquele que tem demanda para a escuta” (enfermeiro 1).

Os participantes ressaltaram a importância de um profissional capaz de acolher, escutar e gerenciar demandas. Afinal, a conduta do enfermeiro é colocar-se à disposição do acompanhante, reforçando as orientações do cuidado para que ele se torne mais seguro<sup>22</sup>.

Quanto ao tema “resolutividade”, os participantes citaram ações como: potencializar o cuidado familiar, usar os recursos de forma assertiva e fortalecer as experiências positivas como exemplos de estratégias para alcançar a resolutividade. Ressalta-se aqui algumas falas nas quais os enfermeiros destacaram a importância de uma prática baseada na gestão de cuidado com tomada de decisão em equipe multiprofissional e no estabelecimento de vínculos pessoais dos usuários com os profissionais:

“A gente sabe que isso não é novo: o round, as reuniões de fim de turno, é um recorte diferente que acrescenta muito.” (enfermeiro 7).

“A gente tentou fazer isso, tentar marcar os retornos sempre para o mesmo profissional e foi muito positivo” (enfermeiro 2).

Trata-se do reconhecimento da importância da interdisciplinaridade e do estabelecimento de vínculos. É a compreensão da demanda como processo sempre produzido e não natural, a compreensão da subjetividade como produção, a perspectiva de que é intervindo que se conhece a realidade<sup>20</sup>.

Os participantes destacaram que essas estratégias são importantes para prevenir situações tão contraditórias, que podem se tornar iatrogênicas, como explicitado na seguinte fala:

“O cuidador ouve você dizer que ele precisa dividir o cuidado. Aí vai numa outra consulta e outro profissional diz totalmente o contrário. A orientação do outro contradiz a sua” (enfermeiro 3).

É neste contexto que se justifica a necessidade da discussão do Plano terapêutico em equipe multiprofissional e o atendimento personalizado do usuário sempre pelos mesmos profissionais, para garantir o vínculo e a coerência.

Longe de limitar o olhar a uma realidade fixa, que está dada, visa à ampliação de nossa concepção de mundo, incluindo esse plano movente da realidade dos serviços que coexiste com o que está instituído<sup>20</sup>.

Envolve uma permanente tensão entre as necessidades do idoso e as necessidades de cada membro da família<sup>23</sup> e o enfermeiro pode ajudar a diminuir essas forças de tensão quando busca uma prática comprometida com a integralidade, promovendo um cuidado digno à pessoa idosa<sup>22</sup>.

A análise das categorias que emergiram das falas dos enfermeiros e dos cuidadores originou o plano de ação, representado na figura 1:

- Valorizar a escuta;
- Realizar mais interconsultas;
- Definir para a equipe o que é demanda para o atendimento de enfermagem;
- Usar o espaço da consulta de enfermagem como um espaço de troca;
- Estimular a corresponsabilidade do cuidador e idoso como uma estratégia para alcançar a adesão;
- Pactuar as orientações,
- Evitar as contradições entre os profissionais através da interconsulta e reunião de equipe para pactuar as ações;
- Realizar atividades de estimulação cognitiva e centro – dia;
- Incorporar a estratégia dos workshops como atividade do Núcleo de Atenção ao Idoso (NAI);
- Realizar atividades de promoção da saúde para os cuidadores com temas abertos em forma de pergunta, dando a possibilidade para a escuta de suas demandas.

**Figura 1.** O Plano de ação.

Os próprios participantes, ao discutir o plano de ação, se preocuparam em:

Sobre o Item I: Refere-se sobre importância de ouvir as demandas do grupo. No item II: As interconsultas são profissionais de diferentes categorias que realizam atendimento em conjunto. No ambulatório, não há uma quantidade preconizada de interconsultas, elas são marcadas de acordo com a organização da equipe para casos específicos, os enfermeiros consideram que esta estratégia otimiza tempo e fortalece o grupo de profissionais. Já no item III: o grupo relata que assim a consulta será mais resolutiva e mais fácil de alcançar a adesão. No item IV: essa meta refere-se a sair da postura policial das consultas de retorno, se a pessoa conseguiu ou não implementar determinada orientação e ajudar na dificuldade que o usuário trouxe. Haverá casos em que será necessário fazer adaptações e negociações. Valorizar o que ele conseguiu fazer. No item V: A corresponsabilidade é consequência da participação no plano terapêutico. No item VI: significa pactuar entre os profissionais do ambulatório e com as políticas públicas em saúde do idoso. No item VII: é uma forma de conter as divergências. No item VIII: realizar atividades de estimulação cognitiva e centro–dia; nesse caso, atenderia às requisições dos cuidadores em ter uma atividade em que pudesse trazer o idoso para ser estimulado. No Item IX: tanto

os cuidadores quanto os enfermeiros reconheceram a necessidade de falar sobre o cuidado de uma forma mais amena. No item X: Os enfermeiros manifestaram a vontade de ampliar as atividades para outros profissionais que não necessariamente sejam da área da saúde. Por fim, no item XI: Esta meta se aproxima da compreensão que o NAI pode ser um espaço de promoção da saúde, em seu sentido mais amplo, não só prestando cuidados diretos ou educação, mas sim estabelecendo momentos de troca, lazer e fortalecimentos de vínculos.

Como contribuição para a prática do cuidado, o estudo demonstrou que as dificuldades fazem parte da vida do cuidador familiar, logo, o profissional, sabendo disso, compreenderá que ele terá momentos de sobrecarga, de ansiedade e até de querer se esquivar da responsabilidade do cuidado, mas isso faz parte de um processo. Nem sempre aquele cuidador que se mostra de uma forma ideal, “bem-resolvido”, inabalável, disciplinado e com um autocuidado “padrão” produzirá um cuidado melhor.

Os profissionais de saúde devem orientar as famílias quanto ao fato de que não existir um perfil de cuidador ideal, pois cada cuidador tende a lidar com situações críticas de forma diferente. Assim, cobrar comportamentos padrões só gera angústia, e essa sim provoca uma sobrecarga desnecessária.

Como limite do estudo, é importante destacar que esse cenário é um dos poucos centros de referência em saúde do idoso existentes no Estado do Rio de Janeiro, ou seja, embora os resultados apontem diversas contradições, podem não constituir o quadro real das dificuldades encontradas pela população que sequer tem acesso a um serviço de referência. Logo, o estudo demonstrou que a renda e a escolaridade alta dos participantes não os isentaram das dificuldades relacionadas ao cuidado. Sendo assim, os resultados da pesquisa podem ser diferentes se modificar o contexto social do grupo dos participantes.

## CONCLUSÃO

O objetivo deste estudo foi analisar uma proposta de plano de ação elaborada por enfermeiros para o enfrentamento das contradições no processo de cuidar do idoso. Esse objetivo foi plenamente atingido. Também foi possível revelar as dificuldades encontradas pelos cuidadores familiares no processo de cuidar do idoso; discutir ações dos enfermeiros no enfrentamento dos problemas vivenciados pelos cuidadores familiares de idosos.

Foi possível compreender que o cuidado ao idoso é produzido socialmente. Deste modo, as questões de saúde precisam ser compreendidas para além dos problemas de adoecimento, uma vez que a doença é apenas a consequência, a manifestação clínica e o resultado do que foi produzido pela sociedade. Destacam-se como as dificuldades mais presentes no discurso dos participantes: o dilema sobre o cuidado de si e o cuidado do outro, o confronto entre o cuidador e o idoso, o conflito entre o cuidador principal e os demais membros da família e a contradição entre as políticas públicas e a realidade.

Logo, os enfermeiros reconhecem sua capacidade de acolher, de escutar, de gerenciar demandas dos cuidadores familiares de idosos e promover a saúde do idoso e dos cuidadores quando se preparam para o cuidado domiciliar.

## AGRADECIMENTOS

À enfermeira Ivone Renor da Silva Conceição, chefe de enfermagem do ambulatório de Geriatria Núcleo de Atenção ao Idoso, por viabilizar a coleta de dados e contribuir com sugestões para os workshops.

## REFERÊNCIAS

1. Pinto JBN. Hacia una pedagogia de liberación. In: Duque-Arrazola LS, Thiollent MJM, organizadores. Metodologia, teoria do conhecimento e pesquisa-ação: Textos selecionados e apresentados. Belém: UFPA; 2014. p.156-8.
2. David HMSL, Bonetti OP, Silva MRF. A Enfermagem brasileira e a democratização da saúde: notas sobre a Política Nacional de Educação Popular em Saúde. *Rev Bras Enferm.* 2012;65(1):179-85.
3. Krieger N, Davey SG. FACEing reality: productive tensions between our epidemiological questions, methods and mission. *Int J Epidemiol.* 2016;45(6):1852-65.
4. Vieira Junior WM, Martins M. Idosos e planos de saúde no Brasil: análise das reclamações recebidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar. *Ciênc. Saúde Colet.* 2015;20(2):3817-26.
5. Seima MD, Lenardt MH, Caldas CP. Relação no cuidado entre o cuidador familiar e o idoso com Alzheimer. *Rev Bras Enferm.* 2014;67(2):233-40.
6. Cupidi C, Realmuto S, Lo Coco G, Cinturino A, Talamanca S, Arnao V, et al. Sleep quality in caregivers of patients with Alzheimer's disease and Parkinson's disease and its relationship to quality of life. *Int Psychogeriatr.* 2012;24(11):1827-35.
7. Pope T. How person-centred can improve nurses attitudes to hospitalised older patients. *Nurs Older Peopl.* 2012;24(1):32-7.
8. Rocha PR, David HMSL. Determination or determinants?: a debate based on the Theory on the Social Production of Health. *Rev Esc Enferm USP.* 2015;49(1):127-33.
9. Grillo GPM, Marins AMF, Melo R. O discurso do cuidador familiar sobre a hospitalização. *Rev Pesqui Cuid Fundam (online).* 2017;9(4):1068-73.
10. Vieira SL, Almeida FM. Equidade em saúde, uma análise crítica de conceito. *Cad Saúde Pública.* 2009;25(2):5217-26.
11. Moore S, Kawachi I. Twenty years of social capital and health research: a glossary. *J Epidemiol Community Health.* 2017;71(5):513-17.

12. Mendes R, Pezzato LM, Sacardo DP. Pesquisa-intervenção em promoção da saúde: desafios metodológicos de pesquisar “com”. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2016;21(6):1737-45.
13. Thiollent MJM, Toledo RF. Participatory methodology and action research in the area of health. *Int J Action Res*. 2012;8(2):142-58.
14. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 2011.
15. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012, Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos 2013. *Diário Oficial da União*. 13 jun. 2013.
16. David HMSL, Progianti JM. Enfermagem hoje: viver menos para trabalhar mais? *Brasil.Rev Enferm UERJ*. 2011;19(3):351-52.
17. Longhi JC, Canton GAM. Reflexões sobre cidadania e os entraves para a participação popular no SUS. *Physis*. 2011;21(1):15-30.
18. Barata RB. Saúde nas grandes metrópoles e populações socialmente vulneráveis. *Rev USP*. 2015;107:27-42.
19. Barros MEB, Roza MMR, Guedes CR, Oliveira GN. O apoio institucional como dispositivo para a implantação do acolhimento nos serviços de saúde. *Interface (Botucatu)*. 2014;18(1):1107-17.
20. Jankelevitch V. *La mort*. Paris: Flammarion; 2008.
21. Souza HS, Mendes A. *Trabalho & Saúde no capitalismo contemporâneo: enfermagem em foco*. São Paulo: Doc; 2016.
22. Pereira LSM, Soares SM. Fatores que influenciam a qualidade de vida do cuidador familiar do idoso com demência. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2015; 20(12):3839-51.

Recebido: 17/06/2017

Revisado: 23/11/2017

Aprovado: 02/01/2018



## Artrite reumatoide: perfil de pacientes e sobrecarga de cuidadores

Rheumatoid arthritis: profile of patients and burden of caregivers

Beatriz Aiko Nagayoshi<sup>1</sup>  
Luciano Garcia Lourenção<sup>2</sup>  
Yasmine Natasha Syguedomi Kobayase<sup>3</sup>  
Priscilla Mychelle da Silva Paula<sup>4</sup>  
Maria Cristina de Oliveira Santos Miyazaki<sup>5</sup>

### Resumo

**Objetivo:** Descrever o perfil de pacientes com Artrite Reumatoide (AR) e seus cuidadores, atendidos no Ambulatório de Reumatologia de um hospital de ensino, e avaliar sobrecarga dos cuidadores. **Método:** Estudo transversal com 41 pacientes e seus cuidadores, utilizando-se questionário de identificação com variáveis clínico-demográficas; Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarith e *Health Assessment Questionnaire*. Realizaram-se análises descritivas, comparação entre variáveis clínico-demográficas e estado funcional dos pacientes, correlação entre variáveis sociodemográficas e níveis de sobrecarga dos cuidadores. **Resultados:** Prevalência de pacientes do sexo feminino (87,8%); média de idade de 64,4 anos ( $\pm 12,9$ ); tempo médio de diagnóstico da AR de 13,5 anos ( $\pm 8,5$ ); predomínio de deficiência moderada (39,0%); menor deficiência no domínio Higiene (1,6;  $\pm 0,5$ ) e maior deficiência nos domínios Outras atividades do dia a dia (2,1;  $\pm 0,6$ ), Alcance (2,0;  $\pm 0,7$ ) e Pegada (2,0;  $\pm 0,7$ ). Os cuidadores eram mulheres (73,2%); faixa etária entre 17 e 81 anos (média: 46,8;  $\pm 15,1$ ); ensino médio completo (41,4%); grau de parentesco: 56,2% filhos e 36,6% cônjuges. Dezoito (44,0%) cuidadores apresentaram sobrecarga, sendo 9 (22,0%) com sobrecarga ligeira e 9 (22,0%) com sobrecarga intensa. Maior incidência de sobrecarga intensa entre cônjuges (12,2%) e sobrecarga ligeira entre filhos (12,2%). **Conclusão:** A baixa ocorrência de sobrecarga entre cuidadores pode estar relacionada ao perfil dos doentes, que apresentaram bons níveis de independência para o autocuidado. O perfil dos cuidadores e prevalência de cônjuges e filhos com sobrecarga evidencia a necessidade e a importância de os profissionais do serviço implementarem ações de capacitação dos cuidadores, para melhorar a assistência aos pacientes com AR.

**Palavras-chave:** Doença Crônica. Assistência ao Paciente. Assistência Individualizada de Saúde. Avaliação em Saúde.

<sup>1</sup> Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, Programa de Pós-graduação em Psicologia e Saúde. São José do Rio Preto, SP, Brasil.

<sup>2</sup> Universidade Federal do Rio Grande, Escola de Enfermagem. Rio Grande, RS, Brasil.

<sup>3</sup> Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, Programa de Residência Médica em Cardiologia. São José do Rio Preto, SP, Brasil.

<sup>4</sup> UNIMED São José do Rio Preto. São José do Rio Preto, SP, Brasil.

<sup>5</sup> Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, Departamento de Psiquiatria e Psicologia Médica. São José do Rio Preto, SP, Brasil.

Correspondência/Correspondence

Beatriz Aiko Nagayoshi

E-mail: [beatriz\\_nagayoshi@yahoo.com.br](mailto:beatriz_nagayoshi@yahoo.com.br)

## Abstract

**Objective:** to describe the profile of patients with Rheumatoid Arthritis (RA) and their caregivers receiving care at the Rheumatology Outpatient Clinic of a teaching hospital, and evaluate the burden of the caregivers. **Method:** a cross-sectional study was performed with 41 patients with RA and their caregivers using a questionnaire to identify sociodemographic variables; the Burden Interview Scale and the Stanford Health Assessment Questionnaire. Descriptive analyzes and comparison between clinical-demographic variables and the functional status of patients were performed and the correlation between sociodemographic variables and levels of burden of caregivers was tested. **Results:** there was a prevalence of female patients (87.8%); a mean age of 64.4 years ( $\pm 12.9$ ); a mean time for the diagnosis of RA of 13.5 years ( $\pm 8.5$ ), a prevalence of moderate disability (39.0%); lower disability in the Hygiene domain (1.6;  $\pm 0.5$ ) and greater disability in the Other Activities of Daily Life (2.1;  $\pm 0.6$ ), Reach (2.0;  $\pm 0.7$ ) and Grip (2.0;  $\pm 0.7$ ) domains. The caregivers were women (73.2%); aged between 17 and 81 years (mean: 46.8;  $\pm 15.1$ ); with a high school education (41.4%). The degree of kinship was 56.2% offspring and 36.6% spouses. Eighteen (44.0%) caregivers suffered burden, nine (22.0%) of whom had mild burden and nine (22.0%) of whom suffered intense burden. There was a higher incidence of intense burden among spouses (12.2%) and mild burden among children (12.2%). **Conclusion:** the low occurrence of burden among caregivers may be related to the profile of the patients, who presented good levels of independence for self-care. The profile of caregivers and the prevalence of overburdened spouses and offspring shows the need and importance of the implementation of caregiver training by health service professionals to improve care for RA patients.

**Keywords:** Chronic Disease. Patient Care. Personal Health Services. Health Evaluation.

## INTRODUÇÃO

Com o envelhecimento populacional, é frequente o aumento da prevalência de doenças osteoarticulares, como a osteoartrose, a artrite reumatoide e a osteoporose. Essas doenças causam dor e restrição de movimento, manifestações que podem causar limitação na realização de atividades diárias, pela atrofia muscular, diminuição da capacidade aeróbia, da força muscular e do equilíbrio, impactando negativamente na vida dos idosos<sup>1,2</sup>.

Artrite Reumatoide (AR) é uma doença inflamatória sistêmica, crônica e degenerativa, caracterizada principalmente pelo comprometimento da membrana sinovial das articulações periféricas. Atinge aproximadamente 0,5 a 1% da população mundial, com taxa de incidência de 2 a 3 vezes maior em mulheres acima de 40 anos<sup>3</sup>. A doença caracteriza-se pelo acometimento simétrico de pequenas e grandes articulações, envolve com maior frequência mãos e pés e tem significativo impacto sobre a capacidade funcional e independência do paciente. As deformidades físicas e a dor prejudicam a realização de atividades profissionais, sociais e de vida diária, afetando a qualidade de vida, a saúde

mental e aumentando os riscos de mudanças negativas nos parâmetros psicológicos<sup>4</sup>. Além disso, a fadiga, um sintoma subjetivo de baixa vitalidade (cansaço, exaustão, fraqueza, indisposição), acompanhado de redução da capacidade física e mental, está presente em 88 a 98% dos pacientes<sup>5</sup>.

O tratamento da AR tem como principais objetivos reduzir a dor, o edema articular e sintomas constitucionais, como a fadiga. Visa, também, melhorar a função articular, interromper a progressão do dano ósseo-cartilaginosa, prevenir incapacidades e reduzir a morbimortalidade associados à AR<sup>4</sup>.

A educação do paciente com doença crônica e de seus familiares é parte importante do tratamento. Está associada à melhora na compreensão da doença e aumento na adesão ao tratamento. Assim, é papel dos profissionais da saúde apoiar o paciente e seus familiares, promovendo educação em saúde. Habitualmente, o cuidador de pacientes com doenças crônicas é um familiar inexperiente, que assume a tarefa de cuidar do paciente, responsável por prover ou coordenar os recursos requeridos pelo indivíduo doente, que apresenta dependência, associada a incapacidades funcionais temporárias ou definitivas.



Esses cuidadores são considerados “pacientes ocultos” e merecem cuidados dos profissionais da saúde, uma vez que seu comportamento tem impacto sobre o tratamento do paciente<sup>6</sup>.

Segundo a Política Nacional de Saúde do Idoso, os cuidados podem ser fornecidos num sistema formal ou informal. Cuidadores formais são pessoas pagas para prestar cuidados, com formação para exercer tal tarefa. Já os cuidadores informais são familiares, amigos ou vizinhos que proporcionam apoio e cuidados voluntários aos que necessitam<sup>7</sup>.

As atividades do cuidador dependem do estado funcional do paciente, do número e duração das tarefas que necessitam de supervisão e do seu envolvimento emocional com o paciente. O tempo gasto, o tipo de tarefas realizadas e a dedicação ao paciente podem interromper ou reduzir atividades de lazer, aumentar o nível de estresse e impor elevada sobrecarga física. A tarefa de cuidar tem, portanto, importante impacto fisiológico, social, econômico e psicológico sobre a pessoa do cuidador, especialmente quando se trata de cuidadores informais<sup>6</sup>.

O familiar que se torna um cuidador, frequentemente despreparado para exercer esse papel, sem conhecimento ou suporte adequados, sofre prejuízos em sua qualidade de vida, comprometendo o cuidado prestado ao doente. Ao praticar as atividades associadas ao cuidar, o cuidador limita sua própria vida, favorecendo o aparecimento da sobrecarga<sup>8</sup>.

Ante o exposto, este estudo objetivou descrever o perfil de pacientes com AR, atendidos no Ambulatório de Reumatologia de um hospital de ensino, descrever o perfil, avaliar a sobrecarga dos cuidadores destes pacientes e verificar se há associação entre sobrecarga do cuidador com o seu perfil e do paciente.

## MÉTODO

Estudo transversal e observacional, com amostra de conveniência, não probabilística, entre pacientes com Artrite Reumatoide e seus cuidadores, atendidos no Ambulatório de Reumatologia do Hospital de Base de São José do Rio Preto, às sextas-feiras, entre os meses de agosto/2013 e abril/2014.

Foram incluídos no estudo os pacientes com AR, segundo os critérios da *American College of Rheumatology* (ACR), que estavam acompanhados de seus cuidadores ou familiares e faziam tratamento há pelo menos seis meses devido a doença. Foram excluídos do estudo os que compareceram sozinhos para a consulta.

Os dados foram coletados durante o atendimento ambulatorial, após a consulta médica, realizada durante o período do estudo. Os instrumentos foram aplicados por um dos pesquisadores, que entrevistou os pacientes e cuidadores em uma sala reservada para essa finalidade.

Para a caracterização dos pacientes com AR e seus cuidadores, foi utilizado um instrumento elaborado pelos autores, contando as variáveis: idade, sexo, escolaridade e tempo da doença.

O estado funcional dos pacientes com AR foi avaliado utilizando-se a versão em português do *Health Assessment Questionnaire* (HAQ), validada por Ferraz et al<sup>9</sup>. É composto por 20 perguntas que avaliam oito domínios: vestir-se, acordar, alimentar-se, andar, higiene, alcance, pegada e outras atividades do dia a dia. Para cada pergunta, tendo como referência a última semana, o paciente indica o grau de dificuldade encontrado para realizar a tarefa, em uma escala Likert de 0 a 3, onde 0 é nenhuma dificuldade, 1 é com alguma dificuldade, 2 com muita dificuldade e 3 é incapaz de realizar. O resultado final é a média aritmética do maior escore de cada um dos oito domínios avaliados. O grau de deficiência classifica-se em: deficiência leve (HAQ de 0 a 1), deficiência moderada (HAQ > 1 a 2) e deficiência grave (HAQ >2 a 3)<sup>9-11</sup>.

A sobrecarga dos cuidadores foi avaliada com a Escala de Sobrecarga de Cuidadores de Zarit, validada para a língua portuguesa<sup>12</sup>. Esse questionário é composto por 22 perguntas englobando as áreas de saúde, vida social e pessoal, situação financeira, bem-estar emocional e relacionamento interpessoal, e pode ser utilizada para avaliar a sobrecarga dos cuidadores de indivíduos com incapacidades física e mental. Para classificação dos níveis de sobrecarga, foram considerados os seguintes pontos de corte: sem sobrecarga (<46), sobrecarga ligeira (47 – 55), sobrecarga intensa (>56)<sup>12-15</sup>.

Na análise dos dados foi utilizada estatística descritiva para caracterização da amostra de pacientes e cuidadores. Os dados do *Health Assessment Questionnaire* e da Escala de Sobrecarga de Cuidadores de Zarit foram pontuados de acordo com as normas de adaptação dos instrumentos para o português<sup>10-13</sup> e analisados em termos de parâmetros descritivos.

A distribuição dos dados foi analisada pelo teste de Shapiro-Wilk ( $p < 0,05$ ) e a comparação entre variáveis clínico-demográficas e o estado funcional dos pacientes foi realizada pelo teste qui-quadrado. Para a análise da correlação entre variáveis sociodemográficas e níveis de sobrecarga dos cuidadores utilizou-se o Teste de Correlação de Pearson. Considerou-se significativo valor- $p$  menor ou igual a 0,05.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição, com Parecer número 300.634, de 11 de junho de 2013, atendendo as exigências formais para pesquisas envolvendo seres humanos, contidas na Resolução n. 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde e na Declaração de Helsinque. A coleta ocorreu após a leitura e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelos participantes do estudo.

## RESULTADOS

Participaram do estudo 41 pacientes com Artrite Reumatoide, com idade entre 27 e 81 anos, sendo a média de idade de 64,4 anos ( $\pm 12,9$ ). Houve prevalência de pacientes do sexo feminino (87,8%). O tempo de diagnóstico da doença variou de dois a 33 anos, com média de 13,5 anos ( $\pm 8,5$ ) e predomínio de deficiência moderada (39,0%). Em relação ao estado funcional, os pacientes com AR apresentaram

menor deficiência no domínio Higiene ( $1,6; \pm 0,5$ ) e maior deficiência nos domínios Outras atividades do dia a dia ( $2,1; \pm 0,6$ ), Alcance ( $2,0; \pm 0,7$ ) e Pegada ( $2,0; \pm 0,7$ ), conforme mostra a Tabela 1.

Em relação ao estado funcional, os resultados mostraram que os pacientes com AR exigiam maior auxílio dos cuidadores para realizar serviços domésticos (25,6%), andar (15,4%), ir a uma consulta médica (10,3%), tomar banho (10,3%) e realizar todas as atividades (10,3%). Além disso, observaram-se comprometimentos de atividades diárias, como ir ao banheiro (5,1%), vestir-se (5,1%) e alimentar-se (5,1%), limitando a autonomia e a privacidade dos pacientes, conforme mostra a Tabela 2.

Houve correlação estatisticamente significativa entre o sexo dos pacientes e o grau de deficiência ( $r = 0,4621$ ;  $p = 0,0356$ ). Contudo, não houve correlação significativa entre faixa etária do paciente e o grau de deficiência ( $r = 0,02869$ ;  $p = 0,8587$ ); tempo da doença e o grau de deficiência ( $r = -0,05175$ ;  $p = 0,7479$ ).

A Tabela 3 apresenta a caracterização dos cuidadores. Observou-se que a maioria dos cuidadores era do sexo feminino (73,2%), na faixa etária de 41 a 60 anos (43,9%), com 9 a 11 anos de estudo (46,3%) e tinham algum parentesco com o paciente, sendo 56,2% filhos e 36,6% cônjuges. A idade dos cuidadores variou de 17 a 81 anos, com média de 46,8 anos ( $\pm 15,1$ ).

A Escala de Sobrecarga do Cuidador mostrou que 18 (44,0%) cuidadores apresentaram algum grau de sobrecarga, sendo que 9 (22,0%) tinham sobrecarga ligeira e 9 (22,0%) estavam com sobrecarga intensa. Observou-se maior incidência de sobrecarga intensa entre os esposos(as) e sobrecarga ligeira entre os filhos(as), conforme mostra a Tabela 4.

**Tabela 1.** Caracterização dos pacientes com Artrite Reumatoide. São José do Rio Preto, São Paulo, 2013-2014.

Variáveis	n (%)
Sexo	
Feminino	36 (87,8)
Masculino	5 (12,2)
Faixa Etária (anos)	
Até 20	1 (2,4)
De 21 a 40	3 (7,3)
De 41 a 60	10 (24,4)
De 61 a 80	24 (58,6)
Acima de 80	3 (7,3)
Tempo de descoberta da doença (anos)	
Até 5	7 (17,1)
De 6 a 10	15 (36,6)
De 11 a 15	5 (12,2)
De 16 a 20	7 (17,1)
De 21 a 25	2 (4,9)
De 26 a 30	4 (9,7)
Acima de 30	1 (2,4)
Grau de deficiência – HAQ	
Deficiência leve (HAQ de 0 a 1)	14 (34,2)
Deficiência moderada (HAQ >1 a 2)	16 (39,0)
Deficiência grave (HAQ > 2 a 3)	11 (26,8)
Domínio do HAQ	Média ( $\pm$ dp)
Vestir-se	1,7 ( $\pm$ 0,7)
Acordar	1,8 ( $\pm$ 0,6)
Alimentar-se	1,7 ( $\pm$ 0,7)
Andar	1,8 ( $\pm$ 0,6)
Higiene	1,6 ( $\pm$ 0,5)
Alcance	2,0 ( $\pm$ 0,7)
Pegada	2,0 ( $\pm$ 0,7)
Outras atividades do dia a dia	2,1 ( $\pm$ 0,6)

HAQ: *Health Assessment Questionnaire*.

**Tabela 2.** Distribuição das atividades que os pacientes com Artrite Reumatoide requerem mais auxílio do cuidador, segundo o *Health Assessment Questionnaire*. São José do Rio Preto, São Paulo, 2013-2014.

Tarefas	n (%)
Realizar serviços domésticos	10 (25,6)
Andar	6 (15,4)
Ser acompanhado em uma consulta	4 (10,3)
Tomar banho	4 (10,3)
Realizar todas as atividades	4 (10,3)
Fazer compras	3 (7,7)
Ir ao banheiro	2 (5,1)
Calçar sapatos	2 (5,1)
Vestir-se	2 (5,1)
Alimentar-se	2 (5,1)

**Tabela 3.** Caracterização dos cuidadores dos pacientes com Artrite Reumatoide. São José do Rio Preto, 2013-2014.

Variáveis	n (%)
Sexo	
Feminino	30 (73,2)
Masculino	11 (26,8)
Faixa Etária (anos)	
Até 20	1 (2,4)
De 21 a 40	15 (36,6)
De 41 a 60	18 (43,9)
De 61 a 80	6 (14,7)
Acima de 80	1 (2,4)
Escolaridade (anos de estudo)	
Até 8	18 (43,9)
De 9 a 11	19 (46,3)
Acima de 11	4 (9,8)
Grau de Parentesco	
Filho(a)	23 (56,2)
Cônjuge	15 (36,6)
Genro/Nora	1 (2,4)
Vizinho(a)	1 (2,4)
Neto(a)	1 (2,4)

**Tabela 4.** Distribuição dos níveis de sobrecarga dos cuidadores dos pacientes com Artrite Reumatoide, segundo o grau de parentesco. São José do Rio Preto, 2013-2014.

Variáveis	Sem Sobrecarga	Sobrecarga Ligeira	Sobrecarga Intensa
	n (%)	n (%)	n (%)
Cônjuge	7 (17,1)	3 (7,4)	5 (12,2)
Filho (a)	14 (34,1)	5 (12,2)	4 (9,8)
Neto (a)	1 (2,4)	-	-
Genro/Nora	-	1 (2,4)	-
Vizinho (a)	1 (2,4)	-	-
Total	23 (56,0)	9 (22,0)	9 (22,0)

Não houve diferença estatisticamente significativa entre níveis de sobrecarga e o grau de parentesco (filhos e cônjuges) dos cuidadores ( $\chi^2=0,8761$ ;  $p=0,6453$ ); tempo da doença e o grau de sobrecarga ( $r=-0,02400$ ;  $p=0,8816$ ); grau de dependência do paciente e o nível de sobrecarga do cuidador ( $r=0,1506$ ;  $p=0,3472$ ).

Por outro lado, encontrou-se significância na correlação entre idade do paciente e sobrecarga do cuidador ( $r=0,3487$ ,  $p=0,0254$ ).

## DISCUSSÃO

O perfil dos pacientes com AR avaliados neste estudo - prevalência do sexo feminino e faixa etária de 40 a 60 anos - é condizente com a literatura, que aponta que a doença acomete, principalmente, mulheres acima dos 40 anos<sup>3,16</sup>. Esse perfil gera significativo impacto social, pois, ao acometer pessoas em idade produtiva, a AR causa limitações que levam ao afastamento das atividades laborais que, podem atingir mais de 60% dos pacientes, após 15 anos da doença<sup>17</sup>.

Corroborando a literatura, as atividades que os pacientes com AR deste estudo requeriam mais auxílio do cuidador foram as atividades domésticas (25,6%). Essa é uma característica associada ao sexo dos pacientes, a maioria do sexo feminino, que desempenham serviços domésticos, papel culturalmente atribuído às mulheres<sup>18</sup>.

Destaca-se, ainda, que a perda da capacidade funcional do paciente com AR, ao longo da vida, é influenciada não apenas pela idade ou pelo tempo da doença, mas também pelos níveis de dor e pelas medicações em uso<sup>19</sup>.

Assim, é importante que a equipe multiprofissional implemente ações de orientação e atenção à saúde destes pacientes, que melhorem a função articular, interrompendo a progressão do dano ósseo-cartilaginoso, prevenindo incapacidades e reduzindo o impacto causado pela AR<sup>4</sup>. Neste contexto, recomenda-se que os profissionais orientem os pacientes com AR sobre o uso de proteção articular, uma vez que as atividades domésticas exigem movimentos de flexão das articulações metacarpofalangeanas, aumentando as forças desviantes e favorecendo o desvio ulnar<sup>20</sup>.

As ações de educação em saúde devem focar a melhoria da compreensão da doença pelo paciente e seus familiares, e o aumento na adesão ao tratamento, buscando amenizar os sintomas da doença, como a dor, o edema articular e sintomas constitucionais, como a fadiga do paciente.

Portanto, os cuidadores dos pacientes com AR têm uma grande importância para o tratamento da doença e requerem atenção da equipe de saúde, pois sua participação na atenção à saúde do doente terá impacto na recuperação da doença<sup>6</sup>.

Os cuidadores dos pacientes com AR avaliados neste estudo apresentam perfil compatível com o relatado na literatura, ou seja, mulheres, com vínculo familiar, adultas jovens e sem nível superior. Estudos mostram que as mulheres são as principais cuidadoras de pessoas mais dependentes e vulneráveis, como os doentes crônicos. No contexto ocidental, cuidar é obrigação da mulher e ser cuidadora é naturalmente intrínseco ao sexo feminino. Assim, as mulheres

tornam-se responsáveis pelos cuidados prestados ao marido, aos filhos, pais e demais familiares<sup>6,21</sup>.

A prevalência de cuidadores familiares é descrita por outros estudos<sup>6,22,23</sup>. O cuidar está relacionado à intimidade familiar, ligado por laços de reciprocidade e solidariedade, como uma forma de proteção natural pelos membros da família<sup>21</sup>. Assim, é comum que o cuidado seja prestado por um sistema informal, incluindo familiares, amigos, vizinhos e membros da comunidade, sem remuneração<sup>23</sup>. Entre os motivos que levam um indivíduo a exercer o papel de cuidador destacam-se: a obrigação moral, os aspectos culturais e religiosos, situação conjugal e ausência de outra pessoa que possa assumir os cuidados<sup>22</sup>.

Os membros da família são considerados os principais provedores e coordenadores de recursos requeridos pelos pacientes com doenças crônicas, que exigem intensa dedicação dos cuidadores, devido à evolução e longa duração da doença<sup>6,22</sup>. O cuidado prestado pelos filhos é atribuído a questões socioculturais e considerado um processo natural, como retribuição ao cuidado recebido dos pais na infância<sup>23</sup>. Há, assim, uma inversão de papéis entre uma geração e outra, e os cuidadores veem essa situação como um ato de obrigação<sup>24</sup>.

Entre os cônjuges, é comum encontrarmos um idoso cuidando de um outro idoso mais dependente. Esta situação requer atenção redobrada dos profissionais de saúde, pois os cuidadores idosos apresentam, naturalmente, perdas funcionais que afetam sua potencialidade global, nos aspectos físicos, psicológicos, financeiros e na sua qualidade de vida, comprometendo sua capacidade para assistir o doente<sup>25</sup>.

Além disso, pessoas mais velhas consideram a família seu habitat natural, importante em todas as fases da vida de uma pessoa. A família, portanto, é quem melhor cuida do idoso<sup>26</sup>.

Diversos fatores inerentes ao cuidado aos pacientes com AR podem causar sobrecarga nos cuidadores, sejam estes formais ou informais. Essa sobrecarga pode ser objetiva, quando abrange as tarefas cotidianas de prestação de cuidados ao paciente, perdas financeiras, desestruturação da

rotina, vida social e profissional; ou subjetiva, quando relacionada aos sentimentos, emoções e preocupações com o paciente<sup>27</sup>.

Embora a maioria dos cuidadores avaliados neste estudo não tenha apresentado sobrecarga, sentimentos negativos podem ocorrer na relação de atenção às necessidades do doente com AR. Assumir a posição de cuidador implica mudanças na rotina e uma reestruturação na organização de tarefas, aumentando a carga de trabalho e, conseqüentemente, sobrecarregando o cuidador<sup>28</sup>.

O cuidado pode gerar estresse na dinâmica familiar, provocando complicações físicas, mentais e emocionais no cuidador, limitando sua saúde e qualidade de vida<sup>24</sup>.

Estudo com cuidadores de pacientes crônicos mostrou que, quanto mais o doente necessita de cuidados ou se sente sozinho, mais distante o cuidador fica de seus familiares e amigos, perdendo oportunidades de lazer e convívio social. Portanto, conviver e cuidar de um familiar com alguma enfermidade é uma tarefa árdua e, dependendo do diagnóstico, é vivido como uma crise na família, gerando ansiedade, estresse, medo e sofrimento<sup>22</sup>.

Aspectos como os sintomas e o grau de autonomia do paciente, o tratamento realizado, o relacionamento entre o paciente e o cuidador familiar, podem agravar a situação de sobrecarga, dificultando a assistência ao doente<sup>29</sup>. Por outro lado, maior escolaridade contribui para redução da sobrecarga, pois cuidadores com maior grau de instrução possuem melhor entendimento das orientações fornecidas pela equipe de saúde e realizam os cuidados com maior facilidade<sup>23</sup>.

Os resultados deste estudo mostraram associação significativa entre a idade do paciente e o nível de sobrecarga do cuidador. Isso pode estar associado à duração da AR que, por ser uma doença crônica, exige longo período de dedicação do cuidador, favorecendo a sobrecarga, especialmente no caso de cuidadores familiares, que podem apresentar maior dificuldade em cuidar do outro.

Embora outras associações não tenham sido observadas neste estudo, a literatura aponta a idade

como um fator de agravo à saúde mental do cuidador. Há evidências de menores índices de estresse entre indivíduos com idade mais avançada, sugerindo que, com o passar do tempo, as pessoas criam estratégias de enfrentamento mais adequadas. No entanto, alguns estudos apontam que cuidadores jovens apresentam perda do convívio com amigos, aumentando os níveis de estresse e potencializando o risco de impacto social nessa população<sup>6,29,30</sup>.

Fatores moderadores, como apoio social, situação financeira e estratégias de enfrentamento utilizadas têm importante impacto na saúde mental dos cuidadores, podendo compromete-la ou poupá-la. Estudo com cuidadores de idosos aponta que a participação em grupos semanais de cuidadores contribuiu para a redução da depressão e, como consequência, houve melhoria na qualidade do cuidado prestado, gerando mudanças positivas no comportamento dos idosos e na qualidade de vida<sup>31</sup>.

Para Pedreira e Oliveira<sup>32</sup>, famílias com melhor estrutura econômica e emocional, tendem a reagir de maneira mais adequada na relação com o indivíduo dependente. Os autores destacam que a sobrecarga pode variar de acordo com a cognição e o comportamento do idoso, a relação familiar entre o cuidador e idoso, e o apoio de que dispõem.

Este estudo apresenta como limitações a escassez de pesquisas com cuidadores de pacientes com AR em seus aspectos emocionais, sociais ou ocupacionais; e o fato de os pacientes e cuidadores avaliados pertencerem a uma única instituição de saúde. Embora se trate de um serviço de referência regional, a realização de novos estudos, abrangendo outros serviços de saúde permitirá conhecer melhor o perfil de pacientes com AR e seus cuidadores, e aprofundar o entendimento e a discussão sobre os fatores que causam sobrecarga nesses cuidadores.

## CONCLUSÕES

O perfil dos pacientes com AR observado neste estudo (mulheres, idade média de 64,4 anos, tempo médio de diagnóstico de 13,5 anos, predomínio de deficiência moderada, menor deficiência no domínio Higiene e maior deficiência nos domínios Outras atividades do dia a dia, Alcance e Pegada) e de seus

cuidadores (mulheres, idade média de 46,8 anos, ensino médio completo, filhos ou cônjuges e sem sobrecarga) é semelhante ao relatado na literatura.

O fato de a maioria dos cuidadores deste estudo não apresentarem sobrecarga pode estar relacionado ao perfil dos doentes que apresentaram bons níveis de independência para o autocuidado.

A prevalência de cônjuges e filhos entre os cuidadores com sobrecarga fortalece a tese de que o cuidado está relacionado à intimidade familiar, construído por traços de reciprocidade e solidariedade.

A identificação do perfil e dos níveis de perda funcional dos pacientes com AR, em acompanhamento ambulatorial, e os níveis de sobrecarga de seus cuidadores contribui para os profissionais de saúde adequarem as ações assistenciais, buscando atenuar os sintomas e o comprometimento causado pela AR, melhorando as condições clínicas e a qualidade de vida dos doentes.

Além disso, permite a implementação de ações de suporte emocional e ocupacional, capazes de atender as demandas apresentadas pelos cuidadores, minimizar os efeitos da sobrecarga e melhorar a saúde e a qualidade de vida dos cuidadores.

## REFERÊNCIAS

1. Santos GO, Zamberlan C, Limberger JB. Atenção farmacêutica ao cuidador de paciente com Doença de Alzheimer. *Cogitare Enferm.* 2013;18(4):682-7.
2. Mazo GZ, Sacomori C, Krug RR, Cardoso FL, Benedetti TRB. Aptidão física, exercícios físicos e doenças osteoarticulares em idosos. *Rev Bras Ativ Fis Saúde.* 2012;17(4):300-6.
3. Dario AB, Külkamp W, Faraco HC, Gevaerd MS, Domenech SC. Alterações psicológicas e exercício físico em pacientes com artrite reumatoide. *Motricidade.* 2010;6(3):21-30.
4. Mota LMH, Cruz BA, Brenol CV, Pereira IA, Fronza LSR, Bertolo MB, et al. Consenso da Sociedade Brasileira de Reumatologia 2011 para o diagnóstico e avaliação inicial da artrite reumatoide. *Rev Bras Reumatol.* 2011;51(3):207-19.
5. Novaes GS, Perez MO, Beraldo MB, Pinto CR, Gianini RJ. Correlation of fatigue with pain and disability in rheumatoid arthritis and osteoarthritis, respectively. *Rev Bras Reumatol.* 2011;51(5):451-5.
6. Oliveira DC, D'Elboux MJ. Estudos nacionais sobre cuidadores familiares de idosos: revisão integrativa. *Rev Bras Enferm.* 2012;65(5):829-38.
7. Savassi LCM, Modena CM. As Diferentes facetas do sofrimento daquele que cuida: uma revisão sobre o cuidador. *Rev APS.* 2013;16(3):313-9.
8. Jiménez DP, Salvá AR, Travieso DMH, Roche RG, Tocabens BE, Rosa MC. Caracterización de la sobrecarga y de los estilos de afrontamiento en el cuidador informal de pacientes dependientes. *Rev Cuba Hig Epidemiol.* 2013;51(2):174-83.
9. Ferraz MB, Oliveira LM, Araujo PM, Atra E, Tuqwell P. Crosscultural reliability of the physical ability dimension of the health assessment questionnaire. *J Rheumatol.* 1990;17(6):813-7.
10. Bruce B, Fries JF. The Health Assessment Questionnaire (HAQ). *Clin Exp Rheumatol.* 2005;23(5):14-8.
11. Bruce B, Fries JF. The Stanford health assessment questionnaire: dimensions and practical applications. *Health Qual Life Outcomes.* 2003:1-6.
12. Scazufca M. Brazilian version of the Burden Interview scale for the assessment of burden of care in carers of people with mental illnesses. *Rev Bras Psiquiatr.* 2002;24(1):12-7.
13. Sequeira CAC. Adaptação e validação da Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit. *Referência.* 2010;12(1):9-16.
14. Camargos ACR, Lacerda TTB, Viana SO, Pinto LRA, Fonseca LS. Avaliação da sobrecarga do cuidador de crianças com paralisia cerebral através da escala Burden Interview. *Rev Bras Saúde Mater Infant.* 2009;9(1):1-37.
15. Bandeira M, Calzavara MGP, Castro I. Estudo de validade da escala de sobrecarga de familiares cuidadores de pacientes psiquiátricos. *J Bras Psiquiatr.* 2008;57(2):98-104.
16. Pereira MS, Luz DCM, Ramos JMN, Khouri PBS, Viana Neto RE, Souza CMF, et al. Avaliação do perfil sociodemográfico, clínico, laboratorial e terapêutico dos pacientes com artrite reumatoide em um ambulatório-escola de Tersina, Piauí. *Arch Health Invest.* 2017;6(3):125-8.

17. Mota LMH, Laurindo IMM, Santos Neto LL. Princípios gerais do tratamento da artrite reumatoide inicial. *Rev Assoc Med Bras.* 2010;56(3):360-2.
18. Parreira MM, Cavalcanti A, Cunha JHS, Cordeiro JJR. Papéis ocupacionais de indivíduos em condições reumatológicas. *Rev Ter Ocup.* 2013;24(2):127-33.
19. Oliveira LM, Natour J, Roizenblatt S, Araujo PMP, Ferraz MB. Monitoring the functional capacity of patients with rheumatoid arthritis for three years. *Rev Bras Reumatol.* 2015;55(1):62-7.
20. Parreira MM, Cavalcanti A, Cunha JHS, Cordeiro JJR. Papéis ocupacionais de indivíduos em condições reumatológicas. *Rev Ter Ocup.* 2014;24(2):127-33.
21. Batista AS, Araújo AB. Intimidade e mercado: o cuidado de idosos em instituições de longa permanência. *Soc Estado.* 2011;26(1):175-95.
22. Manoel MF, Teston EF, Waidman MAP, Decesaro MN, Marcon SS. As relações familiares e o nível de sobrecarga do cuidador familiar. *Esc Anna Nery.* 2013;17(2):346-53.
23. Fuhrmann AC, Bierhals CCBK, Santos NO, Paskulin LMG. Associação entre a capacidade funcional de idosos dependentes e a sobrecarga do cuidador familiar. *Rev Gaúcha Enferm.* 2015;36(1):14-20.
24. Oliveira APP, Caldana RHL. Repercussions of care in the life of family caregivers of elderlies with Alzheimer's disease. *Saúde Soc.* 2012;21(3):675-85.
25. Reis LA, Santos KT, Reis LA, Gomes NP. Quality of life and associated factors for caregivers of functionally impaired elderly people. *Braz J Phys Ther.* 2013;17(2):146-51.
26. Pedreira LC, Lopes RLM. Vivência do idoso dependente no domicílio: análise compreensiva a partir da historicidade heideggeriana. *Rev Eletr Enferm.* 2012; 14(2):304-12.
27. Nolasco M, Bandeira M, Oliveira MS, Vidal CEL. Sobrecarga de familiares cuidadores em relação ao diagnóstico de pacientes psiquiátricos. *J Bras Psiquiatr.* 2014;63(2):89-97.
28. Pinto JM, Nations MK. Care and Chronic Illness: Family Caregiver's Viewpoint in Northeast Brazil. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2012;17(2):521-30.
29. Pawlowski J, Gonçalves TR, Hilgert JB, Hugo FN, Bozzetti MC, Bandeira DR. Depressão e relação com idade em cuidadores de familiares portadores de síndrome demencial. *Estud Psicol.* 2010;15(2):173-80.
30. Yiengprugsawan V, Seubsman SA, Sleight AC. Psychological distress and mental health of Thai caregivers. *Psychol Well Being.* 2012;2(4):1-11.
31. Fialho PPA, Köenig AM, Santos MDL, Barbosa MT, Caramelli P. Positive effects of a cognitive-behavioral intervention program for family caregivers of demented elderly. *Arq Neuropsiquiatr.* 2012;70(10):786-92.
32. Pedreira LC, Oliveira AMS. Cuidadores de idosos dependentes no domicílio: mudanças nas relações familiares. *Rev Bras Enferm.* 2012;65(5):730-6.

Recebido: 08/07/2017

Revisado: 26/12/2017

Aprovado: 12/01/2018





## Prevalência e fatores associados à realização de exames de câncer de próstata em idosos: estudo de base populacional

Prevalence and factors associated with the performance of prostate cancer screening in the elderly: a population-based study

Alisson Padilha de Lima<sup>1,2</sup>  
Ezequiel Vitório Lini<sup>1</sup>  
Rodrigo Britto Giacomazzi<sup>1</sup>  
Marcos Paulo Dellani<sup>1</sup>  
Marilene Rodrigues Portella<sup>1</sup>  
Marlene Doring<sup>1</sup>

### Resumo

**Objetivo:** Identificar a prevalência e os fatores associados à realização de exames preventivos para o rastreamento do câncer de próstata em idosos. **Métodos:** É um estudo transversal de base populacional com 181 homens, com idade  $\geq 60$  anos, residentes em um município de pequeno porte do Rio Grande do Sul, Brasil. Considerou-se como variável dependente a realização de exames preventivos de câncer de próstata nos últimos dois anos e independentes, as relacionadas às condições de saúde e características sociodemográficas. Para testar a associação entre o desfecho e as variáveis independentes, foram realizadas as análises brutas e multivariáveis mediante regressão de Poisson, estimando-se as razões de prevalências brutas e ajustadas, calculando os respectivos intervalos de confiança de 95%. Entraram no modelo múltiplo todas as variáveis com  $p \leq 0,20$ . **Resultados:** A prevalência de realização de exames preventivos para o câncer de próstata foi de 89%. Os exames mais realizados foram o de *Prostate Specific Antigen* (PSA) (85,7%), seguido pelos exames realizados em conjunto: toque retal e PSA (9,3%), toque retal, ultrassonografia e PSA (3,1%), toque retal e ultrassonografia (1,3%) e ultrassonografia e PSA (0,6%). Na análise multivariada, as variáveis *aposentadoria* e *situação conjugal* foram fatores independentes associados à realização de ao menos um exame preventivo da próstata. **Conclusões:** Os achados demonstram que o fato de ser aposentado aumenta a probabilidade de realizar os exames preventivos, bem como ter companheira, ou seja, ser casado ou amasiado aumenta a probabilidade de realizar exames.

**Palavras-chave:** Fatores de Risco. Neoplasias. Saúde do Idoso.

### Abstract

**Objective:** to identify the prevalence and factors associated with preventive examinations for the screening of prostate cancer in the elderly. **Methods:** a cross-sectional population-based study of 181 men aged  $\geq 60$  years who were residents of a small city in the state of Rio Grande do Sul, Brazil, was carried out. The dependent variable was considered to be the performance of preventive prostate cancer tests in the past two years and the independent variables were those related to health and sociodemographic characteristics.

**Keywords:** Risk Factors. Neoplasms. Health of the Elderly.

<sup>1</sup> Universidade de Passo Fundo (UPF), Faculdade de Educação Física e Fisioterapia, Programa de Pós-graduação *Stricto Sensu* em Envelhecimento Humano. Passo Fundo, RS, Brasil.

<sup>2</sup> Associação Educacional Luterana Bom Jesus, Faculdade de Educação Física. Joinville, SC, Brasil.

Correspondência/Correspondence

Nome: Alisson Padilha de Lima

E-mail: professor.alissonpadilha@gmail.com

To test the association between the outcome and the independent variables, gross and multivariable analysis using Poisson regression was performed, estimating the gross and adjusted prevalence ratios, calculating the confidence intervals of 95%. All variables with  $p \leq 0.20$  were included in the multiple model. *Results:* The prevalence of preventive examinations for prostate cancer was 89%. The tests used were the Prostate Specific Antigen (PSA) (85.7%), followed by tests performed in combination: rectal examination and PSA (9.3%), rectal examination, ultrasound and PSA (3.1%), rectal examination and ultrasound (1.3%) and ultrasound and PSA (0.6%). In multivariate analysis, the variables *retirement* and *marital status* were the independent factors associated with the carrying out of at least one preventive examination of the prostate. *Conclusions:* The findings demonstrate that being retired increases the likelihood of carrying out preventive examinations and having a partner, being married or cohabiting increases the likelihood of undergoing tests.

## INTRODUÇÃO

O Brasil encontra-se em um período de transição epidemiológica, onde uma profunda modificação dos padrões de saúde e doença interage com fatores demográficos, econômicos, sociais, culturais e ambientais<sup>1</sup>. Atualmente, as Doenças Crônicas Não Transmissíveis representam mais de 70% das causas de mortes no Brasil<sup>2</sup>.

Conforme a pesquisa realizada pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA) estimou-se 61.200 novos casos de câncer de próstata para o Brasil em 2016. Esses valores correspondem a um risco estimado de 61,82 casos novos a cada 100 mil homens. Sem considerar os tumores de pele não melanoma, o câncer de próstata é o mais incidente entre os homens em todas as Regiões do país, com 95,63/100 mil na Sul, 67,59/100 mil na Centro-Oeste, 62,36/100 mil na Sudeste, 51,84/100 mil na Nordeste e 29,50/100 mil na Norte<sup>3</sup>.

Atualmente o câncer de próstata é o segundo tipo de câncer mais comum em todo o mundo para o sexo masculino, e o quinto mais comum globalmente, com uma estimativa de 900 mil novos casos diagnosticados em 2008, afetando cerca de 14% dos homens do mundo<sup>4</sup>.

A etiologia do câncer de próstata não é totalmente conhecida, entre os principais fatores de risco para o desenvolvimento da doença podemos citar a presença de testosterona e a idade, e essas práticas de rastreamento para o câncer de próstata especialmente em idosos brasileiros ainda são pouco conhecidas<sup>5</sup>.

O exame de toque retal, conforme encontramos na literatura, é uma das formas de rastreamento para o câncer de próstata, é um procedimento de baixo custo que permite avaliar o tamanho, formato e consistência da próstata, porém muitas vezes é visto de forma preconceituosa por ser interpretado como uma afronta à masculinidade o que pode influenciar na adesão do exame enquanto estratégia de prevenção<sup>6</sup>.

Podemos considerar os exames de rastreamento como a etapa mais importante do tratamento do câncer de próstata, pois com o diagnóstico precoce tem-se a oportunidade de oferecer de forma mais eficaz um método de tratamento para a manutenção da qualidade de vida do homem<sup>7</sup>.

A dificuldade na adesão a exames de prevenção, principalmente ao de toque retal, e a existência de sujeitos idosos que nunca realizaram exames preventivos e de rastreio, apontam para a necessidade contínua de ações educativas em saúde sobre o câncer de próstata e seus exames de detecção precoce, focando, principalmente, a terceira idade<sup>8</sup>.

Este estudo teve por objetivo identificar a prevalência e os fatores associados à realização de exames preventivos para o rastreamento do câncer de próstata em idosos.

## MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal de base populacional com idosos residentes no município de Estação, estado do Rio Grande do Sul. Estação

encontra-se na região Noroeste do estado distante 256,17 km da capital, Porto Alegre, Brasil. Possuía, no momento da coleta de dados, uma população de 6.253 habitantes, dos quais 992 com idade igual ou superior a 60 anos, representando 15,9% da população total.

A Secretaria Municipal da Saúde de Estação dispunha de um ambulatório, que atuava na prestação de assistência básica à saúde da população. Essa unidade ambulatorial abriga a Estratégia de Saúde da Família (ESF), com cobertura de 100% de suas microáreas, um hospital de pequeno porte com fins lucrativos que mantém convênio com o município. A cidade referência em serviços de saúde para o município, que exigem infraestrutura com maior tecnologia, está localizada a uma distância de 31 km. Na prestação de serviços assistenciais na atenção básica o município possui cobertura de 100% pela ESF.

Ainda, o município realiza a terceirização de alguns serviços de exames laboratoriais, procedimentos e consultas médicas especializadas, procurando atender à demanda de seus munícipes. Além disso, mantém convênio com municípios considerados referência no atendimento de urgência e emergência. Os exames preventivos da saúde do homem são realizados pelo médico clínico geral e somente diante de alterações é que o paciente é encaminhado para especialista no município referência credenciado.

Para a identificação e localização da população do estudo utilizou-se o Sistema de Informação da Atenção Básica da Secretaria de Saúde do município para o ano de 2011. Para o cálculo da amostra levou-se em consideração a população de idosos do sexo masculino ( $N=457$ ) do município, frequência esperada do desfecho na realização de exame preventivo de câncer de próstata (80%), erro aceitável de 5% e nível de confiança de 95%, totalizando 160 indivíduos. Para compensar possíveis perdas de 10% (não elegibilidade, recusas, entre outras), um número adicional de idosos foi incluído como margem de segurança, totalizando 176 idosos.

A amostra, no entanto, contou com 181 idosos selecionados aleatoriamente, com base nos registros da ESF. Inicialmente, foram listados por zonas de residência e sexo e, a seguir, foram selecionados por amostragem aleatória, mantendo as proporções estipuladas pela amostra.

Os critérios de inclusão foram: residir há pelo menos seis meses no território do município; possuir no ato da entrevista condições cognitivas para responder ao questionário ou a presença de um familiar ou cuidador para auxiliar ou efetuar as respostas. A coleta foi realizada no primeiro semestre de 2011, entre os meses de fevereiro a maio, após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Passo Fundo. O instrumento de coleta foi um questionário estruturado e adaptado do questionário da Pesquisa Saúde, Bem-estar e Envelhecimento (SABE)<sup>9</sup>.

O teste piloto foi realizado pelo entrevistador para averiguar se as instruções estavam claras na aplicação do instrumento aos respondentes. As entrevistas foram realizadas em horário e local conveniente para o entrevistado, de forma individual na maioria das vezes em suas residências.

Considerou-se como variável dependente a realização de exames preventivos de câncer de próstata nos últimos dois anos e independentes as relacionadas às condições de saúde e características sociodemográficas. Não foram investigados sintomas que possam ter induzido os idosos à busca por consulta ou exames prostáticos, nem questionado a presença de doenças prostáticas ou urinárias.

Realizou-se análise descritiva e bivariada dos dados. Para testar a associação entre o desfecho e as variáveis independentes, foram realizadas as análises brutas e multivariáveis mediante regressão de Poisson, estimando-se as razões de prevalência brutas e ajustadas, calculando os respectivos intervalos de confiança de 95%. Entraram no modelo múltiplo todas as variáveis com  $p \leq 0,20$ .

O projeto desta pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Passo Fundo sob o parecer N° 017/2011 e todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

## RESULTADOS

Participaram do estudo 181 idosos com média de idade de 70 anos ( $\pm 7,2$ ), variando entre 60 e 94 anos. A maioria era da cor branca, casado ou com companheira, sabiam ler e escrever, aposentados e recebiam de 1 a 2 salários mínimos (Tabela 1).

A prevalência da realização de ao menos um dos exames preventivos para o câncer de próstata, no período de até dois anos anteriores à data da entrevista, foi de 89%. Os exames realizados com maior frequência foram o de Antígeno Prostático Específico (PSA) (*Prostate Specific Antigen*) (85,7%), seguido pelos exames realizados em conjunto: toque retal e PSA (9,3%), toque retal, ultrassonografia e PSA (3,1%), toque retal e ultrassonografia (1,3%) e ultrassonografia e PSA (0,6%).

Dentre os homens que não fizeram os exames investigativos da saúde da próstata, 100% deles não o fizeram por considerarem desnecessário. Ao serem questionados sobre a última vez que necessitaram de atenção à saúde, 100% dos idosos relataram que a consulta foi realizada por médicos.

Na Tabela 1, observa-se que as variáveis zona de moradia, situação conjugal, aposentadoria e saber ler

e escrever mostraram-se associadas à realização de exames preventivos de câncer de próstata ( $p < 0,05$ ). Os idosos aposentados, os casados, os que sabiam ler e escrever apresentaram maior prevalência para a realização do exame do câncer de próstata. Idosos aposentados realizaram duas vezes mais exames preventivos de próstata que os não aposentados. Ser casado ou ter companheira mostrou proteção (RP=0,22) para realização do exame.

Na tabela 2 as variáveis: auto avaliação de saúde, presença de dor crônica, tabagismo e a procura por atendimento de saúde, não demonstraram associação estatística ( $p < 0,05$ ).

Na análise multivariada, as variáveis *aposentadoria* e *situação conjugal* foram fatores independentes associados à realização de ao menos um exame preventivo da próstata (Tabela 3).

**Tabela 1.** Razões de prevalência bruta de realização de ao menos um exame de próstata por variáveis sociodemográficas de idosos de Estação, Rio Grande do Sul, 2011.

Variáveis	n total	Prevalência de exames (%)	$p^*$	RP bruta (IC 95%)
Faixa etária (anos)			0,683	
60 a 69	93	87,1		1
70 a 79	70	91,4		0,63 (0,22 – 1,78)
80 ou mais	18	88,9		0,84 (0,17 – 4,17)
Zona de moradia			0,027	
Urbana	119	91,6		1
Rural	29	93,1		0,81 (0,17 – 3,93)
Mista	33	75,8		3,48 (1,22 – 9,98)
Situação conjugal			0,004	
Divorciado/separado/viúvo	20	70		1
Casado/amasiado	161	91,3		0,22 (0,07 – 0,69)
Aposentado			<0,001	
Sim	172	91,3		1
Não	9	44,4		0,08 (0,02 – 0,34)
Valor da aposentadoria (salário mínimo)			0,385	
Até 1	61	90,2		1
De 1 a 2	76	89,5		1,08 (0,35 – 3,31)
>3	35	97,1		0,27 (0,03 – 2,41)
Sabe ler/escrever			0,018	
Sim	162	90,7		1
Não	18	72,2		3,77 (1,15-12,29)

\* valor de p obtido pelo teste de Wald da regressão de Poisson; RP= Razão de prevalência; IC= Intervalo de confiança.

**Tabela 2.** Razões de prevalência bruta de realização de ao menos um exame da próstata por variáveis relacionadas à saúde de idosos de Estação, Rio Grande do Sul, 2011.

Variáveis	n total	Prevalência de exames (%)	p*	RP bruta (IC 95%)
Autoavaliação de saúde			0,242	
Muito boa/boa	120	90,8		1
Regular/ruim/muito ruim	60	85		1,75 (0,68 – 4,51)
Dor crônica			0,939	
Sim	80	88,8		1
Não	99	88,9		0,98 (0,39 – 2,52)
Tabagismo			0,217	
Fuma	28	82,1		1
Ex-fumante	58	86,2		0,74 (0,21 – 2,52)
Nunca fumou	95	92,6		0,36 (0,11 – 1,28)
Procura por ajuda, atendimento de saúde			0,311	
Consultório particular	125	91,2		1
Posto de saúde	55	83,6		2,03 (0,78 – 5,26)

\* valor de p obtido pelo teste de Wald da regressão de Poisson; RP= Razão de prevalência; IC= Intervalo de confiança.

**Tabela 3.** Modelo de regressão múltipla de Poisson para a realização de ao menos um exame da próstata de idosos de Estação, Rio Grande do Sul, 2011.

Variáveis	Razões de Prevalência ajustadas* (IC 95%)
Aposentadoria	0,08 (0,02 – 0,34)
Situação conjugal	0,23 (0,07 – 0,75)

\*Ajustadas por todas as variáveis com p significativo no modelo; IC= Intervalo de confiança.

## DISCUSSÃO

Através dos resultados obtidos, pode-se observar que os idosos realizaram algum exame preventivo ao câncer de próstata (CP), entre os exames mais realizados foi o PSA, toque retal + PSA, sendo a maior probabilidade entre as variáveis aposentados e situação conjugal.

Dados esses que vêm ao encontro da pesquisa de Restrepo et al.<sup>10</sup> ao avaliar a incidência de mortalidade de colombianos, com idade de 16 a 80 anos, por CP, entre os anos de 1962 a 2011, identificaram que o aumento dos índices de CP coincidiu com a implementação do exame PSA, ou seja, desde que foi implantado esse exame na saúde pública, diminuiu o nível de mortalidade por CP no país, onde o período de sobrevivência com a patologia aumentou para cinco anos, estando fortemente

associado com a idade, período de diagnóstico e nível socioeconômico.

A realização de exames preventivos ao CP é de fundamental importância para o diagnóstico e a profilaxia antecipada de possíveis agravos a saúde do idoso, dessa forma os autores Virgine et al.<sup>11</sup> realizaram em seu estudo de revisão diversas recomendações atualizadas para o tratamento e acompanhamento de diversos tipos de câncer em pessoas adultas, dentre esses o CP é citado que não há maior recomendação para a prevenção, do que os exames rotineiros de *check-up*, apontando a relevância de realizá-los constantemente.

Apesar da alta prevalência no presente estudo na realização de exames preventivos ao CP o PSA, o estudo de Belinelo et al.<sup>12</sup> identificou dados diferentes ao analisar 21 homens na faixa etária de 51 a 77

anos, onde a influência do imaginário social sobre a doença CP e sobre o estigma do rastreamento pode incomodar, inibir ou encher de medo e vergonha o homem que se submete aos exames.

Achados esses sobre a inibição do homem na realização de exames preventivos do CP foi apresentado também na pesquisa de Souza et al.<sup>13</sup> que ao entrevistar 77 homens com idade de 18 a 59 anos, somente dois realizaram exame preventivo do CP, dados esses que vêm contribuir com esta pesquisa, mostrando que o presente estudo apresentou um bom índice de prevalência de exames do CP.

Os idosos aposentados apresentaram a maior probabilidade em realizar exames preventivos do CP no presente estudo, dados importantes esses que pode ser um fator primordial na prevenção e no tratamento dessa patologia, o que segundo Paz et al.<sup>14</sup> vem a corroborar com esse estudo ao correlacionar os fatores de risco do CP entre 155 homens com média de idade de 69 anos, identificando que os maiores índices de CP foram constatados em agricultores e aposentados.

Diversos fatores considerados de risco podem influenciar no diagnóstico do CP, onde no presente estudo apresentou um alto índice de prevalência dessa patologia em aposentados. Em pesquisa de caso controle, realizada com homens Iranianos não aposentados, com idade de 50 a 75 anos Poursmaeili et al.<sup>4</sup> encontraram resultados diferentes da presente pesquisa, onde os fatores de risco mais associados com o CP foram o local onde vivem, o local de trabalho, tabagismo e drogas consumidas.

Quando analisado a situação conjugal, o presente estudo apresentou a maior prevalência de exames em idosos casados, vindo ao encontro da pesquisa realizada por Neves et al.<sup>15</sup> ao avaliar 19 homens, na cidade de Pelotas (RS), com idade acima de 51 anos, sendo a maioria casados. Fator esse que pode influenciar no relacionamento do casal, no contexto familiar e até nas relações sociais do doente, devido à seriedade da patologia<sup>16</sup>.

Outro estudo que vem corroborar com a presente pesquisa relacionando à situação conjugal foi realizado pelos autores Santiago et al.<sup>5</sup> que analisaram

2.825 homens, com média de idade de 70 anos, em Juiz de Fora (MG), e constataram que a maioria dos pacientes eram casados, e que muitos deles têm aderido à prática do rastreamento e à necessidade de dimensionar e qualificar esse processo de tratamento pela saúde pública.

O apoio familiar pode ser um dos fatores que contribuem para que o paciente com CP, casado, realize exames preventivos com frequência, pelo fato de ter essa conscientização para o enfrentamento dessa experiência difícil, intensificada pelo estigma de associação frequente com a morte, gerando medo e insegurança<sup>17</sup>.

Esta pesquisa apresenta limitações referentes ao tipo de delineamento, estudos de corte transversal. O contexto regional impede possíveis generalizações para a população brasileira, todavia, se aplica para municípios de pequeno porte. Na perspectiva de cuidados gerontológicos, os resultados oferecem subsídios à equipe multiprofissional de saúde, pois oferecem elementos pertinentes à definição de estratégias para ampliação do suporte oferecido a saúde do homem.

## CONCLUSÃO

Concluimos que o fato de ser aposentado aumenta a probabilidade de realizar os exames preventivos, bem como ter companhia, ou seja, ser casado ou amasiado aumenta a probabilidade de realizar exames, devido em muitos casos haver o apoio familiar e a conscientização sobre o processo de prevenção e tratamento dessa patologia, podendo evitar demais agravos à saúde do doente.

O estudo identificou uma alta taxa de prevalência de ao menos um exame de prevenção ao câncer de próstata nos idosos, apesar da literatura apresentar poucos estudos que expliquem essa relação de exames preventivos com a situação conjugal.

Desta forma, é de fundamental importância que outros estudos sejam realizados com diferentes delineamentos contemplando contextos diversos, para que se possa obter uma maior compreensão dos fatores associados e de possíveis cuidados à saúde do homem idoso.

## REFERÊNCIAS

1. Szwarcwald CL, Malta DC, Pereira CA, Vieira ML, Conde WL, Souza Junior PR, et al. Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil: concepção e metodologia de aplicação. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2014;19(2):333-42.
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa nacional de saúde 2013. Percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas. Brasil, Grandes Regiões e Unidades da Federação. Rio de Janeiro: IBGE; 2014.
3. Instituto Nacional do Câncer. Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Rio de Janeiro: INCA; 2015.
4. Pouresmaeili F, Hosseini SJ, Farzaneh F, Karimpour A, Azargashb E, Yaghoobi M, et al. Evaluation of environmental risk factors for prostate cancer in a population of Iranian patients. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2014;15(24):10603-5.
5. Santiago LM, Luz LL, Silva JF, Mattos IE. Prevalência e fatores associados à realização de exames de rastreamento para câncer de próstata em idosos de Juiz de Fora, MG, Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2013;18(12):3535-42.
6. Gomes R, Nascimento EF, Rebello LE, Araújo FC. As arranhaduras da masculinidade: uma discussão sobre o toque retal como medida de prevenção do câncer prostático. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2008;13(6):1975-84.
7. Paiva EP, Motta MC, Griep RH. Knowledge, attitudes and practices regarding the detection of prostate cancer. *Acta Paul Enferm*. 2010;23(1):88-93.
8. Nascimento EP, Florindo AA, Chubaci RY. Exame de detecção precoce do câncer de próstata na terceira idade: conhecendo os motivos que levam ou não a sua realização. *Rev Baiana Saúde Pública*. 2010;34(1):7-18.
9. 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.
10. Restrepo JA, Bravo LE, García-Perdomo HA, García LS, Collazos P, Carbonell J. Incidencia, mortalidad y supervivencia al cáncer de próstata en Cali, Colombia, 1962-2011. *Salud Pública Mex*. 2014;56(5):440-7.
11. Virgine V, Meindl-Fridez C, Battegay E, Zimmerli LU. Check-up examination: recommendations in adults. *Swiss Med Wkly*. 2015;30(145):1-11.
12. Belinelo RG, Almeida SM, Oliveira PP, Onofre PS, Viegas SM, Rodrigues AB. Exames de rastreamento para o câncer de próstata: vivência de homens. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2014;18(4):697-704.
13. Souza AF, Silva CS, Alves EC, Pinto IS, Oliveira LS, Souza e Souza LP, et al. Analysis of risk factors related to men's health. *Rev Norte Min Enferm*. 2014;3(2):6-20.
14. Paz MF, Monte BS, Rego Neto JJ, Tapety FI, Sousa CM, Cavalcante AA. Correlations between risk factors for prostate cancer: na epidemiological analysis. *Rev Pesqui Cuid Fundam*. 2013;5(6):187-99.
15. Neves JL, Schwartz E, Zillmer JG, Lima LM, Feijó AM, Santos BP. Prostate cancer: characterization of users of a service of oncology. *J Nurs UFPE on line*. 2013;7(11):6360-7.
16. Molina MA, Marconi SS. Mudanças nos relacionamentos com os amigos, cônjuge e família após o diagnóstico de câncer na mulher. *Rev Bras Enferm*. 2006;59(4):514-20.
17. Rodrigues JS, Ferreira NM, Caliri MH. Characterization of social support perceived for family to adult patient with cancer. *Medicina (Ribeirão Preto)* 2013;46(3):288-95.

Recebido: 28/04/2017

Revisado: 12/09/2017

Aprovado: 15/12/2017



## Síndrome da fragilidade em idosos institucionalizados

### The frailty syndrome in institutionalized elderly persons

Marina Tadini Fluettti<sup>1</sup>  
Jack Roberto Silva Fhon<sup>2</sup>  
Ana Paula de Oliveira<sup>3</sup>  
Larissa Martins Ortega Chiquito<sup>1</sup>  
Sueli Marques<sup>4</sup>

#### Resumo

**Objetivo:** analisar a relação entre o nível de fragilidade e as características sociodemográficas e de saúde de idosos residentes em uma Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI) do município de Ribeirão Preto, SP, Brasil. **Método:** estudo descritivo e transversal, com 56 idosos residentes em ILPI. A coleta de dados foi realizada de abril a junho de 2016. Utilizaram-se um questionário para o perfil sociodemográfico e de saúde, o Mini Exame do Estado Mental, o *Tilburg Frailty Indicator*, o Índice de Barthel e a *Geriatric Depression Scale* (GDS-15). Foram realizadas análises descritivas. Para as variáveis numéricas foi testada a normalidade por meio do teste de Shapiro-Wilk. Utilizou-se a correlação de Spearman para as variáveis numéricas tendo a fragilidade como variável dependente. **Resultado:** a maioria era do sexo feminino (57,1%); média de idade 77,77 anos; 35,7% viúvos. Quanto à avaliação de saúde, 55,4% tinham déficit cognitivo, 62,5% apresentavam sintomas de depressão e 75,0% foram classificados como frágeis; 42,9% tiveram quedas nos últimos 12 meses; a média de pontos no Índice de Barthel foi 68,30. Observou-se correlação positiva entre a pontuação da fragilidade e da GDS-15 ( $r=0,538$ ;  $p=0,00$ ) e negativa entre a fragilidade e o índice de Barthel ( $r=-0,302$ ;  $p=0,02$ ). **Conclusão:** o aumento da fragilidade está correlacionado com a presença de sintomas depressivos e a diminuição do desempenho para as atividades básicas da vida diária do idoso institucionalizado. Espera-se que os resultados deste estudo possam subsidiar o planejamento do cuidado ao idoso residente de ILPI, além de fomentar avaliações mais amplas desses idosos.

**Palavras-chave:** Idoso Fragilizado. Enfermagem Geriátrica. Instituição de Longa Permanência para Idosos.

#### Abstract

**Objective:** to analyze the relationship between the level of frailty and sociodemographic and health characteristics among elderly residents of a long-term care facility (LTCF) in Ribeirão Preto, São Paulo, Brazil. **Method:** this descriptive and cross-sectional study

<sup>1</sup> Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Curso de Graduação Bacharelado em Enfermagem. Ribeirão Preto, SP, Brasil.

<sup>2</sup> Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Programa de Pós-graduação em Enfermagem Fundamental. Ribeirão Preto, SP, Brasil.

<sup>3</sup> Instituição Sociedade Espirita Cinco de Setembro, Setor de Enfermagem. Ribeirão Preto, SP, Brasil.

<sup>4</sup> Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Departamento de Enfermagem Geral e Especializada. Ribeirão Preto, SP, Brasil.



included 56 elderly persons living in a LTCF. Data were collected from April to June 2016. A questionnaire addressing sociodemographic and health profiles was used together with the Mini-Mental State Examination, the Tilburg Frailty Indicator, the Barthel Index, and the Geriatric Depression Scale (GDS-15). Descriptive statistics were applied. The normality of the continuous variables was tested using the Shapiro-Wilk test. Spearman's correlation was used for the continuous variables with frailty as the dependent variable. Result: Most elderly individuals were female (57.1%); the average age was 77.77; and 35.7% were widowed. In terms of health, 55.4% presented cognitive deficit; 62.5% had depression symptoms; 75.0% were considered frail; 42.9% had suffered falls in the last 12 months; and the individuals scored an average of 68.30 in the Barthel Index. A positive correlation between the frailty score and the GDS-15 ( $r=0.538$ ;  $p=0.00$ ) was observed, while a negative correlation was found between frailty and the Barthel Index ( $r=-0.302$ ;  $p=0.02$ ). *Conclusion:* increased frailty among institutionalized elderly persons is correlated with the presence of depressive symptoms and inferior performance of basic activities of daily living. The results of the present study can support the planning of care provided to elderly individuals living in LTCFs and encourage broader assessments of these individuals.

**Keywords:** Frail Elderly. Geriatric Nursing. Homes for the Aged.

## INTRODUÇÃO

O Brasil vem experimentando um processo de envelhecimento populacional crescente. Estima-se que para 2020 o contingente de pessoas com 60 anos ou mais atingirá 13,8% da população total brasileira, passando para 33,7% em 2060<sup>1</sup>.

O processo de envelhecimento humano é multifatorial e progressivo em todas as suas dimensões: biológica, psicológica, socioeconômica, cultural e espiritual<sup>2</sup>, o que implica perda da reserva funcional tornando o indivíduo mais susceptível às doenças crônicas, o que pode contribuir para a diminuição da funcionalidade e o surgimento da síndrome da fragilidade<sup>3</sup>. A fragilidade é um indicador importante da condição de saúde do idoso, sendo assim, pesquisas vêm sendo realizadas para a elaboração de um conceito sobre fragilidade, a fim de ser utilizada na prática dos serviços de saúde, mas devido a sua característica multidimensional, sua definição ainda representa um desafio a ser superado<sup>4</sup>.

A fragilidade é um estado de vulnerabilidade com uma pobre resolução da homeostase, após um evento estressor, aumentando o risco de resultados adversos, tais como debilidade muscular, fragilidade óssea, desnutrição, risco de quedas, vulnerabilidade ao traumatismo e infecções, além de pressão arterial instável e diminuição da capacidade funcional<sup>5</sup>. Para este estudo entende-se a fragilidade como um estado dinâmico que afeta o indivíduo que sofre perdas em

um ou mais domínios do funcionamento humano (físico, psicológico e social), causada pela influência de uma série de variáveis e que aumenta o risco de efeitos adversos<sup>6</sup>.

A população idosa apresenta peculiaridades distintas em relação às demais faixas etárias e sua avaliação de saúde requer investigação ampla e multidimensional, abrangendo avaliações funcionais, cognitivas, psíquicas, nutricionais e sociais, por meio de uma equipe multiprofissional a fim de garantir melhor avaliação e tratamento ao idoso e assim priorizar a sua autonomia e independência no meio em que vive<sup>7</sup>.

Deficit na capacidade funcional, cognitiva e psíquica são a maior causa de perda da independência<sup>8</sup>, levando o idoso a necessitar de maiores cuidados para a realização das atividades da vida diária. Sendo assim, as dificuldades encontradas pela família ou a impossibilidade de um cuidador, faz com que procure as Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI), com a finalidade de suprir essas demandas<sup>9</sup>. A institucionalização não é uma prática comum no Brasil, pois apenas 0,8% da população idosa brasileira vivem em ILPI, mas acredita-se que haverá uma ascensão do crescimento para um futuro próximo<sup>10</sup>.

A descrição de fatores associados ao idoso frágil, principalmente em ILPIs é escassa na literatura brasileira. Ressalta-se que a presença da fragilidade, pode comprometer a qualidade de vida

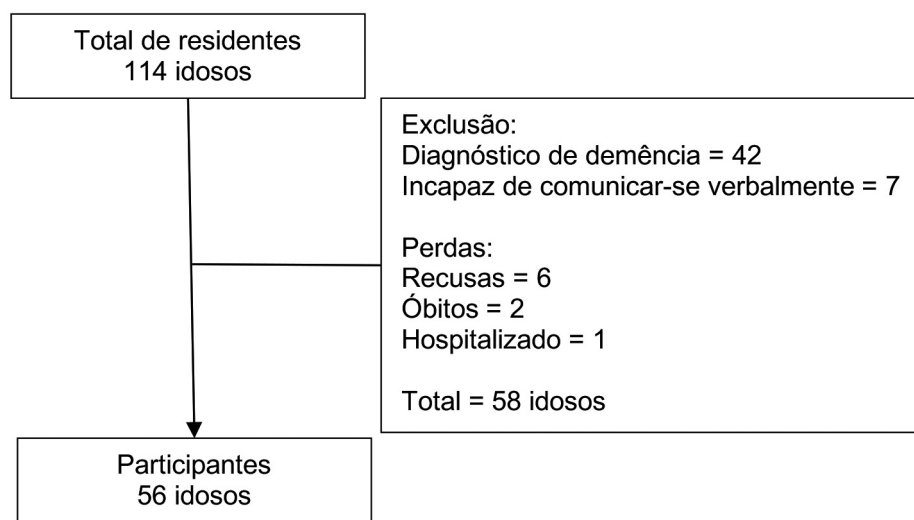
da população idosa. Diante do exposto, questiona-se: qual a relação entre a fragilidade e as características sociodemográficas e de saúde de idosos residentes em uma instituição de longa permanência?

Com base nesse questionamento, os objetivos do estudo foram identificar a capacidade cognitiva, o grau de independência para as atividades básicas de vida diária, a presença de sintomas depressivos, o nível de fragilidade em idosos, residentes em uma ILPI, no município de Ribeirão Preto, SP e analisar a relação entre o nível de fragilidade e as características sociodemográficas e de saúde.

## MÉTODOS

Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo e transversal realizado em uma ILPI na cidade de Ribeirão Preto, SP, Brasil. A população do estudo foi os idosos que residiam na ILPI, no período de abril a junho de 2016, que atenderam aos critérios de inclusão: possuir 60 anos ou mais de idade, de ambos os sexos e ser capaz de comunicar-se verbalmente e, de exclusão: ter diagnóstico médico de demência.

Assim, a população do estudo foi composta por 56 idosos conforme esquema apresentado na figura 1.



**Figura 1.** Fluxograma da população de estudo, Ribeirão Preto, SP, 2016.

A coleta de dados foi realizada no período supracitado, por meio de entrevista dirigida por um dos pesquisadores, utilizando-se os instrumentos:

a) questionário sociodemográfico e de saúde, contendo informações referentes ao sexo, idade, escolaridade, estado civil, renda mensal; condição de saúde - diagnósticos médicos, número de medicamentos em uso (dados que foram coletados nos prontuários) e número de quedas nos últimos 12 meses;

b) Miniexame do Estado Mental, desenvolvido para avaliar a função cognitiva<sup>11</sup> e validado no Brasil<sup>12</sup>. Composto por questões agrupadas em

sete categorias, orientação temporal, orientação espacial, registro de palavras, atenção e cálculo, lembrança (memória de evocação), linguagem e capacidade construtiva visual, permitindo variação de zero a 30 pontos. Reconhecendo a influência da escolaridade sobre o desempenho no instrumento, para este estudo utilizaram-se os escores de corte, 13 pontos para analfabetos; 18 para escolaridade de um a quatro anos; 26 para cinco a oito anos e 30 para nove anos ou mais<sup>12</sup>;

c) *Tilburg Frailty Indicator* (TFI) criado com a finalidade de mensurar o nível de fragilidade de idosos e para o uso dos profissionais da saúde<sup>13</sup>. Foi adaptado transculturalmente e validado para o

Brasil<sup>14</sup>, a confiabilidade da consistência interna da versão brasileira foi considerada satisfatória com um alfa de Cronbach de 0,78. Contém 15 questões distribuídas em três domínios, físico (8 questões) relacionadas a saúde, perda de peso, dificuldade para caminhar, manter o equilíbrio, fraqueza, cansaço, visão e audição; psicológico (4 questões) que avaliam a cognição, presença de sintomas depressivos, ansiedade e enfrentamento e, social (3 questões) referentes a relações sociais e suporte social. A pontuação na escala varia de zero a 15 pontos, a maior pontuação indica maior nível de fragilidade, porém os autores ainda determinam o ponto de corte  $\geq 5$ , indicando fragilidade no indivíduo<sup>13</sup>;

d) Índice de Barthel para mensurar a execução das atividades básicas da vida diária (ABVD)<sup>15</sup>, traduzido e validado no Brasil, com uma sensibilidade de 92,7% e especificidade de 65,2%<sup>16</sup>. Avalia o desempenho para as atividades de alimentação, banho, vestuário, higiene pessoal, eliminações intestinal e vesical, uso do vaso sanitário, transferência cadeira-cama, deambulação e subir e descer escadas. A pontuação varia de zero a 100 pontos, sendo que maior pontuação indica maior independência<sup>16</sup>.

e) *Geriatric Depression Scale* (GDS-15) validada para o Brasil com teste-reteste ( $\rho=0,86, p<0,001$ ), coeficiente Kappa de 0,64 e boa consistência interna com alfa de Cronbach de 0,81<sup>17</sup>. A GDS-15 é composta por 15 itens e avalia a satisfação com a vida, interrupção de atividades, aborrecimento, humor, isolamento, energia, alegria e problemas relacionados à memória. Possui pontuação de 0 a 15, em que zero representa ausência de sintomas depressivos e quinze indicará maior presença desses sintomas. Utilizou-se o ponto de corte  $\geq 5$  para categorizar os idosos com sintomas depressivos<sup>17</sup>.

As entrevistas foram realizadas na ILPI, onde os idosos eram abordados pela pesquisadora, que se identificava, realizava os esclarecimentos sobre a pesquisa, discutia o termo de consentimento livre e esclarecido e após a assinatura do mesmo pelo idoso, encaminhavam-se para um local (quarto ou sala) com o intuito de garantir a privacidade e evitar possíveis interrupções e ruídos. A duração média das entrevistas foi de 29 minutos.

Para as variáveis qualitativas (nominais e ordinais) foram realizados cálculos de frequência

simples, bem como tabelas de contingência e razão de prevalência. Para as variáveis quantitativas foram empregadas medidas de tendência central (média e mediana) e de variabilidade (desvio-padrão, apresentado no texto como  $\pm$ ; e amplitude). Para as variáveis numéricas testou-se a normalidade por meio do teste de Shapiro-wilk, verificando-se que os dados da escala de Barthel, número de doenças e quedas não seguem uma normalidade, sendo necessário usar testes não paramétricos. Utilizou-se a correlação de Spearman para as variáveis numéricas tendo a fragilidade como variável dependente.

A pesquisa foi autorizada pela direção da ILPI e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, CAE 51034615.0.0000.5393. Foram solicitadas autorizações para o uso de todas as escalas utilizadas neste estudo.

## RESULTADOS

Participaram do estudo 56 idosos residentes na ILPI, verificou-se predomínio do sexo feminino (57,1%); média de idade 77,77 anos ( $\pm 9,27$ ), sendo a maior parte (46,4%) com 80 anos ou mais; 35,7% eram viúvos. A maioria (53,6%) estudou entre 1 e 4 anos e a média de anos de estudo foi 4,70 ( $\pm 3,58$ ). Dos idosos investigados, 82,1% informaram ser aposentados com renda mensal média de R\$1.136,96 ( $\pm R\$1.134,22$ ) (Tabela 1).

O tempo médio de institucionalização do idoso foi 36,34 meses ( $\pm 46,56$ ) e o principal motivo para estar residindo na ILPI foi a necessidade de cuidados (60,7%). A maioria (75,0%) referiu que compartilhava o quarto de dormir com outra(s) pessoa(s). Verificou-se que 89,2% dos idosos recebiam visitas da família ou amigos e 33,9% informaram sair da ILPI para visitar familiares.

Na avaliação de saúde, 55,4% dos idosos apresentaram déficit cognitivo, 62,5% sintomas depressivos e 75,0% foram classificados como frágeis. No que se refere a quedas 42,8% relataram ter caído nos últimos 12 meses, a média de quedas por idoso foi 2,04 ( $\pm 1,96$ ). O número médio de doenças foi de 3,68 ( $\pm 1,85$ ), sendo que 44,6% possuíam de 3 a 4 doenças. O número médio de medicamentos, de

uso contínuo, foi de 8,89 ( $\pm 3,87$ ) e 42,9% tomavam entre 6 e 10 medicamentos. Quanto ao desempenho para realizar as atividades básicas da vida diária, a média de pontos na escala de Barthel foi 68,30 ( $\pm 2,78$ ) (Tabela 2).

Constatou-se correlação positiva entre a pontuação do Indicador de fragilidade e a GDS-15 ( $r=0,538$ ;  $p=0,00$ ) e negativa entre a fragilidade e o desempenho para as ABVD ( $r=-0,302$ ;  $p=0,02$ ) (Tabela 3).

**Tabela 1.** Distribuição dos idosos residentes em uma Instituição de Longa Permanência, segundo variáveis sociodemográficas. Ribeirão Preto, SP, 2016.

Variáveis	n (%)	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Sexo					
Feminino	32 (57,1)				
Masculino	24 (42,9)				
Idade (em anos)					
61 – 69	14 (25,0)	77,77	9,27	61	93
70 – 79	16 (28,6)				
80 ou mais	26 (46,4)				
Estado Civil					
Solteiro	18 (32,1)				
Casado	6 (10,7)				
Viúvo	20 (35,7)				
Separado/divorciado	12 (21,4)				
Escolaridade (anos)					
Analfabeto	9 (16,1)	4,7	3,58	0	13
1 – 4	30 (53,6)				
5 – 8	6 (10,7)				
9 – 11	6 (10,7)				
12 ou mais	5 (8,9)				
Renda (em reais)					
Aposentadoria	46 (82,1)	1136,96	1134,22	0	6000
Aposentadoria e pensão	5 (8,9)				
Não tem	5 (8,9)				

Tabela elaborada pelos próprios autores

**Tabela 2.** Distribuição dos idosos residentes em uma Instituição de Longa Permanência, segundo variáveis de saúde. Ribeirão Preto, SP, 2016.

Variáveis	n (%)	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Estado cognitivo					
Com deficit	31 (55,4)	16,52	6,04	6	28
Sem deficit	25 (44,6)	21,6	2,95	16	29
Sintomas Depressivos					
Com sintomas	35 (62,5)	5,82	3,16	0	13
Sem sintomas	21 (37,5)				
Fragilidade					
Não frágil	14 (25,0)	6,64	2,78	2	13
Frágil	42 (75,0)				

continua

Continuação da Tabela 2

Variáveis	n (%)	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Quedas nos últimos 12 meses		2,04	1,96	1	10
1	13 (23,2)				
2 – 3	9 (16,1)				
≥ 4	2 (3,6)				
Nenhuma	32 (57,2)				
Número de doenças		3,68	1,85	1	9
1 – 2	15 (26,8)				
3 – 4	25 (44,6)				
5	16 (28,6)				
Número de medicamentos		8,89	3,87	1	16
1 – 5	10 (17,9)				
6 – 10	24 (42,9)				
≥ 11	22 (39,3)				
Índice de Barthel		68,3	2,78	15	100

Tabela elaborada pelos próprios autores

**Tabela 3.** Coeficiente de correlação entre os escores de fragilidade e as variáveis sociodemográficas e de saúde dos idosos residentes em uma Instituição de Longa Permanência, Ribeirão Preto, SP, 2016.

Variáveis	r	p- valor
Idade	0,08	0,55
Escolaridade	0,14	0,92
Renda	-0,78	0,6
Tempo reside ILPI	-0,08	0,51
Estado cognitivo	-0,23	0,08
Número de doenças	-0,09	0,42
Número de medicamentos	-0,01	0,9
Número de quedas	-0,03	0,88
Desempenho para as ABVD	-0,3	0,02
Sintomas depressivos	0,538	<0,001

Correlação de Spearman;  $p \leq 0,05$ ; Tabela elaborada pelos próprios autores

## DISCUSSÃO

Neste estudo observou-se predomínio do sexo feminino, o que também foi constatado em outros estudos<sup>3,18</sup>, esse fato pode ser explicado pela maior longevidade da mulher. No Brasil, a expectativa de vida para os homens é de 70,5 anos e para as mulheres de 77,7<sup>1</sup>. A média de idade encontrada foi de 77,7 anos, sendo que a maior parte dos entrevistados possuía 80 anos ou mais. Em estudo realizado em Juiz de Fora, MG, verificou-se que 55,7% dos idosos institucionalizados tinham 80 anos ou mais, com média de 80,3 anos<sup>18</sup>.

Na literatura brasileira<sup>18</sup> no que se refere ao estado civil, idosos institucionalizados solteiros e viúvos tem sido apontados como mais prevalentes, assim como observado neste estudo. Ressalta-se que a ausência de um companheiro e o apoio social e familiar enfraquecido, são fatores que levam a institucionalização do idoso<sup>19</sup>.

A média de escolaridade encontrada foi considerada baixa. Geralmente, a baixa escolaridade é encontrada em pesquisa com população idosa, pois na infância desses indivíduos a educação não era prioridade, especialmente para o sexo feminino<sup>20</sup>.

Houve predomínio de aposentados, o que corrobora com dados do país que apontam que a fonte de renda da população idosa se dá por meio da aposentadoria ou pensão (66,2%), sendo de meio a um salário mínimo por mês (38,3%)<sup>1</sup>.

O tempo médio de institucionalização encontrado nesta pesquisa se assemelha ao encontrado em estudo que apresentou média de 37 meses<sup>21</sup>. O local onde se vive não é apenas um espaço físico, representa um refúgio, lugar para descanso, proteção e para guardar pertences, também significa um espaço de representações, histórias e lembranças que dizem respeito à vida dos seus moradores<sup>22</sup>. O principal motivo da institucionalização foi a necessidade de cuidado. Idosos que vivem em ILPI, geralmente, apesar de possuírem familiares, optam por viverem na instituição devido à solidão experimentada e o adoecimento decorrente da idade, que os levam a necessitar de cuidados e companhia<sup>23</sup>.

Quanto à avaliação de saúde dos idosos estudados, a maioria apresentou deficit cognitivo, embora não tenha sido encontrada correlação estaticamente significativa com a fragilidade. Na Polônia, pesquisa com 86 idosos institucionalizados, mostrou que 55,8% apresentaram prejuízo cognitivo severo e 26,7% prejuízo cognitivo moderado<sup>24</sup>. Sabe-se que fragilidade e deficit cognitivo estão diretamente relacionados, pois idosos com deficit cognitivo apresentam maior perda de força e massa muscular, fadiga, alteração de marcha e composição corporal que levam a situação de fragilidade<sup>25</sup>. Além disso, o declínio do estado cognitivo associado com a síndrome da fragilidade aumenta o risco de mortalidade no idoso<sup>5</sup>.

Outro aspecto avaliado nos participantes foi a presença de sintomas depressivos, que evidenciou predomínio de idosos com tais sintomas. Estudo com 205 idosos, utilizando a GDS, constatou que 65,0% deles apresentaram sintomas depressivos com média de 7,3 pontos ( $\pm 3,37$ )<sup>26</sup>. A depressão é uma síndrome psiquiátrica, caracterizada por mudanças comportamentais, sentimento de inutilidade, sofrimento emocional e de diminuição da qualidade de vida<sup>27</sup>. A depressão pode estar relacionada a questões sociais e afetivas, bem como à percepção do idoso sobre a institucionalização no que se refere a fatores como isolamento, falta de familiares,

diminuição de atividades, falta de disponibilidade financeira e o processo de adaptação.

Observou-se, nesta pesquisa, alta prevalência (75,0%) de idosos frágeis, com média de 6,64 pontos. Em uma revisão de literatura<sup>28</sup>, foi constatado que a prevalência de fragilidade em idosos da comunidade mostrou-se inferior quando comparada com idosos estudados em instituições hospitalares ou de longa permanência. Em estudo realizado na Holanda<sup>13</sup>, com idosos residentes na comunidade, utilizando o TFI, a prevalência da fragilidade foi de 47,0%, e no Brasil, com idosos institucionalizados foi de 52,0%, com média de 4,9 pontos<sup>29</sup>; já em pesquisa<sup>30</sup> com idosos hospitalizados, com uso da *Edmonton Frail Scale*, 95,2% foram considerados frágeis.

Possível explicação para esse achado foi o fato de que, idosos institucionalizados são acometidos por agravos a saúde o que os tornam mais suscetíveis à síndrome de fragilidade<sup>28</sup>.

A prevalência de quedas sofridas nos últimos 12 meses foi de 42,8%, com média de 2,04. De acordo com estudo realizado em Haven, Connecticut, EUA, a probabilidade de um idoso ser institucionalizado após uma internação hospitalar devido a fratura de quadril e lesões relacionadas à queda é maior do que após uma hospitalização sem estar associada a esse evento<sup>31</sup>. Outra pesquisa realizada com 744 pessoas institucionalizadas maiores de 65 anos, apontou média de queda de 2,4 por pessoa por ano e concluiu que idosos residentes em ILPI, geralmente apresentam mais de um fator de risco para quedas, tais como: maior prevalência de comorbidades, deficit cognitivo e funcional e polifarmácia<sup>32</sup>, levando o idoso a diminuição/perda da autonomia, capacidade funcional e piora da qualidade de vida<sup>28</sup>.

Os números médios de doenças diagnosticadas e medicamentos em uso observados nesta pesquisa foram superiores aos encontrados em outro estudo<sup>18</sup>. Sabe-se que idosos institucionalizados apresentam maior prejuízo de saúde do que idosos residentes na comunidade. Geralmente, o idoso que apresenta maior número de comorbidades faz uso concomitante de várias medicações, deste modo piores condições de saúde, podem levar a diminuição do desempenho funcional e aumentar o estado de vulnerabilidade do idoso<sup>19</sup>.

A diminuição da funcionalidade pode causar a perda da independência. A manutenção do autocuidado é fundamental para se viver bem e, portanto, a busca de conhecimentos e informações para a manutenção da saúde, a prática regular de atividade física, a adoção de hábitos saudáveis e o acompanhamento em serviços de saúde, são determinantes para manter um nível de funcionamento desejável, retardando, com isso, a incapacidade e proporcionando benefícios para a saúde biopsicossocial do idoso<sup>33</sup>.

Neste estudo verificou-se correlação negativa entre a fragilidade e o desempenho para as ABVD, ou seja, quanto maior a pontuação no TFI (maior fragilidade) menor a pontuação no Índice de Barthel (maior dependência). Outro estudo identificou que a diminuição da capacidade do idoso para realizar as suas atividades básicas e instrumentais estava relacionada com a presença da síndrome da fragilidade. Ambas são apontadas como importantes marcadores de saúde para o idoso, assim o profissional dessa área precisa atuar por meio de implementação de programas com a finalidade de minimizar a fragilidade e suas consequências<sup>34</sup>.

Observou-se também correlação positiva entre a fragilidade e a presença de sintomas depressivos, ou seja, quanto maior a pontuação no TFI (maior fragilidade) maior a pontuação na GDS-15 (maior presença de sintomas depressivos), no entanto ressalta-se que o TFI, no domínio psicológico, também avalia o estado de humor, o que pode ter influenciado neste resultado.

Embora o aparecimento de sintomas depressivos possa contribuir tanto para prejuízos no estado funcional quanto para a fragilidade, tornando-se um fator de risco para a síndrome da fragilidade, por outro lado esses sintomas também podem ser considerados sinais de manifestação precoce dessa síndrome, sendo que a causa entre fragilidade e depressão, ainda permanecem desconhecidas<sup>35</sup>.

Devido à alta prevalência de fragilidade e sabendo-se da gravidade que essa síndrome pode acarretar, é necessário identificar os fatores a ela

associados de forma ampla, para que assim possa ser planejado um cuidado ao idoso frágil pela equipe multiprofissional, considerando os aspectos físicos, psicológicos e sociais.

Quanto às limitações deste estudo, ressalta-se que os resultados apresentados são peculiares da população aqui estudada, assim generalizações devem ser vistas com cautela, para evitar equívocos. Além disso, por se tratar de um estudo de corte transversal, não pode ser determinada a causalidade da fragilidade.

## CONCLUSÃO

Os resultados desta pesquisa com idosos institucionalizados revelaram que a maioria era de mulheres, a maior parte com 80 anos ou mais de idade, com predomínio de idosos com deficit cognitivo, com sintomas depressivos e frágeis. Observou-se correlação entre aumento da fragilidade com a presença de sintomas depressivos e a diminuição do desempenho para as atividades básicas da vida diária.

Sabe-se que a fragilidade implica aspectos negativos para a qualidade de vida do idoso, levando-o a hospitalização, institucionalização e até mesmo à morte, sendo assim, idosos frágeis devem ser considerados um grupo prioritário nas políticas públicas de saúde, com enfoque na prevenção, tratamento e reabilitação.

Essa síndrome abrange fatores biológicos, psicológicos, sociais e cognitivos, deste modo, é necessária a avaliação integral do idoso, realizada por uma equipe multiprofissional, por meio de instrumentos que possibilitem avaliar todas essas dimensões, com a finalidade de obter subsídios para o planejamento do cuidado à pessoa idosa, identificando a fragilidade precocemente, com possibilidade de minimizar suas consequências e agravos.

Desta forma, espera-se que os resultados deste estudo possam subsidiar o planejamento do cuidado ao idoso residente nessa instituição, além de fomentar avaliações mais amplas desses idosos.

## REFERÊNCIAS

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira 2014 [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2014 [acesso em 19 nov. 2016]. Disponível em: [ftp://ftp.ibge.gov.br/Indicadores\\_Sociais/Sintese\\_de\\_Indicadores\\_Sociais\\_2014/SIS\\_2014.Pdf](ftp://ftp.ibge.gov.br/Indicadores_Sociais/Sintese_de_Indicadores_Sociais_2014/SIS_2014.Pdf)
2. Willig MH, Lenardt MH, Caldas CP. Longevity according to life histories of the oldest-old. *Rev Bras Enferm.* 2015;68(4):697-704.
3. Linhares JC, Oliveira EN, Eloia SC, Freitas CASL, Shinkai H, Lira TQ. Condições sociais e de saúde de idosos acompanhados pela Atenção Primária de Sobral-CE. *Rev RENE.* 2011;12(Esp):922-9.
4. Rockwood K. Frailty and its definition: a worthy challenge. *J Am Geriatr Soc.* 2005;53(6):1069-70.
5. Fried LP, Tangem 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.
6. Gobbens RJJ, Van Assen MALM. Frailty and its prediction of disability and health care utilization: the added value of interviews and physical measures following a self-report questionnaire. *Arch Gerontol Geriatr.* 2012;55(2):369-79.
7. Torres SVS. A valorização da queixa do idoso no cuidado em vários contextos. *Rev Kairós.* 2015;18(Esp. 19):9-23.
8. Borges CL, Freitas MC, Guedes MVC, Silva MJ, Leite SFP. Prática clínica do enfermeiro no cuidado ao idoso fragilizado: estudo de reflexão. *Rev Enferm UFPE online.* 2016;10(Supl. 2):914-8.
9. Teixeira JS, Corrêa JC, Rafael CBS, Miranda VPN, Ferreira MEC. Envelhecimento e percepção corporal de idosos institucionalizados. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2012;15(1):63-8.
10. Silva MV, Figueiredo MLF. Idosos institucionalizados: uma reflexão para o cuidado de longo prazo. *Enferm Foco.* 2012;3(1):22-4.
11. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. Mini-mental state: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res.* 1975;12(3):189-98.
12. Bertolucci PH, Brucki SM, Campacci SR, Juliano Y. O Mini-Exame do Estado Mental em uma população geral: impacto da escolaridade. *Arq Neuropsiquiatr.* 1994;52(1):1-7.
13. Gobbens RJJ, Van Assen MA, Luijckx KG, Wijnen-Sponselee MT, Schols JM. The Tilburg Frailty Indicator: psychometrics properties. *J Am Med Dir Assoc.* 2010;11(5):344-55.
14. Santiago LM, Luz LL, Gobbens RJJ. Adaptação transcultural do instrumento Tilburg Frailty Indicator (TFI) para a população brasileira. *Cad Saúde Pública.* 2012;28(9):1795-1801.
15. Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: the Barthel Index. *Md State Med J.* 1965;14:61-5.
16. Minosso JSM, Amendola F, Alvarenga MRM, Oliveira MAC. Validação, no Brasil, do Índice de Barthel em idosos atendidos em ambulatórios. *Acta Paul Enferm.* 2010;23(2):218-23.
17. Almeida OP, Almeida SA. Short versions of the Geriatric Depression Scale: a study of their validity for the diagnosis of a major depressive episode according to ICD-10 and DSM-IV. *Int J Geriatr Psychiatry.* 1999;14(10):858-65.
18. Fochat RC, Horsth RBO, Vianna CLC, Raposo NRB, Vieira RCPA, Chicourel EL. Perfil sociodemográfico de idosos frágeis institucionalizados em Juiz de Fora - Minas Gerais. *Rev APS.* 2012;15(2):178-84.
19. Santiago LM, Luz LL, Silva JFS, Oliveira PH, Carmo CN, Mattos IE. Condições sociodemográficas e de saúde de idosos institucionalizados em cidades do sudeste e centro-oeste do Brasil. *Geriatr Gerontol Aging.* 2016;10(2):86-92.
20. Alves-Silva JD, Scrosolini-Comin F, Santos MA. Idosos em instituições de longa permanência: desenvolvimento, condições de vida e saúde. *Psicol Reflex Crit.* 2013;6(4):820-30.
21. Lisboa CR, Chianca TCM. Perfil epidemiológico, clínico e de independência funcional de uma população idosa institucionalizada. *Rev Bras Enferm.* 2012;65(3):482-8.
22. Avelar MCM. O envelhecimento e a moradia: análise empírica em uma instituição de longa permanência e a perspectiva do residente idoso. *Rev Kairos.* 2010;13(8):61-77.
23. Vieira FP, Leston NIM, Ulguim MDFM, Silva JRS, Siqueira HCH. Caminhos que levam o idoso a conviver em instituições de longa permanência para idosos. *Vitalle.* 2012;24(1):47-52.
24. Matusik P, Tomaszewski K, Chmielowska K, Nowak J, Nowak W, Parnicka A, et al. Severe frailty and cognitive impairment are related to higher mortality in 12-month follow-up of nursing home residents. *Arch Gerontol Geriatr.* 2012;55(1):22-4.
25. Buchman AS, Bennett DA. Cognitive Frailty. *J Nutr Health Aging.* 2013;17(9):738-9.
26. Kowalska J, Rymaszewska J, Szczepanska-Gieracha J. Ocurrence of cognitive impairment and depressive symptoms among the elderly in a nursing home facility. *Adv Clin Exp Med.* 2003;22(1):111-7.



27. Batistone SST. Depressão. In: Guariento ME, Neri AL. Assistência ambulatorial ao idoso. Campinas: Alinea; 2010. p. 235-42.
28. Pinto Junior EP, Marques CG, Silva AVS, Guimarães MAP, Pedreira RBS, Silva MGC. Prevalência e fatores associados ao fenótipo da fragilidade em idosos brasileiros: uma revisão de literatura. *Rev Kairós*. 2015;18(3):353-66.
29. Santiago LM, Mattos IE. Prevalência e fatores associados à fragilidade em idosos institucionalizados das regiões Sudeste e Centro-Oeste do Brasil. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2014;17(2):327-37.
30. Storti L B, Fabricio-Whebe CC, Kusumota L, Rodrigues RAP, Marques S. Fragilidade de idosos internados na clínica médica da unidade de emergência de um hospital geral terciário. *Texto & Contexto Enferm*. 2013;22(2):452-9. [HYPERLINK "https://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072013000200022"](https://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072013000200022) \h [HYPERLINK "https://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072013000200022"](https://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072013000200022) \h
31. Hausdorff JM, Rios DA, Edelberg HK. Gait variability and fall risk in community-living older adults: a 1-year prospective study. *Arch Phys Med Rehabil*. 2001;82(8):1050-6.
32. Damián J, Pastor-Barriuso R, Valderrama-Gama E, Pedro-Cuesta J. Factors associated with falls among older adults living in institutions. *BMC Geriatr*. 2013;13(6):1-9.
33. Maciel MG. Atividade física e funcionalidade do idoso. *Motriz*. 2010;16(4):1024-32.
34. Fhon JRS, Diniz MA, Leonardo KC, Kusumota L, Rodrigues RAP. Síndrome de fragilidade relacionada à incapacidade funcional no idoso. *Acta Paul Enferm*. 2012;25(4):589-94.
35. Pegorari MS, Tavares DMS. Fatores associados à síndrome de fragilidade em idosos residentes em área urbana. *Rev Latinoam Enferm*. 2014;22(5):874-82.

Recebido: 05/07/2017

Revisado: 10/11/2017

Aprovado: 26/12/2017



## Influência de sintomas depressivos na qualidade de vida em homens diagnosticados com câncer de próstata

Influence of symptoms of depression on the quality of life of men diagnosed with prostate cancer

Taysi Seemann<sup>1</sup>  
Fernanda Pozzobom<sup>1</sup>  
Melissa de Carvalho Souza Vieira<sup>1</sup>  
Leonessa Boing<sup>1</sup>  
Zenite Machado<sup>1</sup>  
Adriana Coutinho de Azevedo Guimarães<sup>1</sup>

### Resumo

**Objetivo:** Avaliar a prevalência de sintomas depressivos em homens com diagnóstico de câncer de próstata e a associação com *scores* de qualidade de vida e fatores relacionados ao tratamento. **Métodos:** Estudo transversal composto por 85 homens, com média de idade de  $66 \pm 8$  anos, diagnosticados com câncer de próstata; utilizou-se um questionário com instrumentos previamente validados onde investigaram-se as características sociais, demográficas, econômica, história da doença, qualidade de vida (*European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire C30 - EORTC QLQ-C30/QLQ-PR25*) e sintomas depressivos (Inventário de Depressão de Beck). Foi considerado como desfecho a presença de sintomas depressivos, sendo realizadas análises estatísticas por meio do teste qui-quadrado, teste Exato de Fisher, teste U de Mann Whitney e Regressão de Poisson ( $p < 0,05$ ). **Resultados:** Foram encontrados resultados significativos para a qualidade de vida na escala funcional, saúde global e sintomática ( $p < 0,001$ ), em relação aos sintomas depressivos. Demonstrando que a presença de sintomas depressivos está relacionada à qualidade de vida mais negativa. **Conclusões:** Para a melhor compreensão sobre o câncer prostático e suas consequências na qualidade de vida dos pacientes faz-se necessário levar em consideração as possíveis alterações nos aspectos psicológicos ocorridos diante da realidade dessa doença, uma vez que os sintomas depressivos têm sido frequentes em pacientes no tratamento do câncer de próstata.

**Palavras-chave:** Neoplasia da Próstata. Qualidade de Vida. Sintomas Depressivos.

### Abstract

**Objective:** to evaluate the prevalence of symptoms of depression among men diagnosed with prostate cancer and their association with quality of life and treatment-related factors. **Methods:** a cross-sectional study of 85 men with a mean age of  $66 \pm 8$  years who were diagnosed with prostate cancer was performed. The survey was based on a questionnaire with previously validated instruments which investigated social, demographic and economic characteristics, the history of the disease, quality of life (*European Organization for Research and Treatment of Cancer Questionnaire C30 - EORTC QLQ-C30 / QLQ-PR25*) and symptoms of depression (Beck Depression Inventory). The presence

**Keywords:** Prostate Neoplasm. Quality of Life. Depression Symptoms.

<sup>1</sup> Universidade do Estado de Santa Catarina, Programa de Pós-graduação em Ciência do Movimento Humano. Florianópolis, SC, Brasil.

of symptoms of depression was considered an outcome, and statistical analyzes were performed using the Chi-square test, Fisher's exact test, Mann Whitney U test and Poisson regression ( $p < 0.05$ ). *Results:* significant results were found for quality of life in relation to symptoms of depression in the functional, global and symptomatic health scale ( $p < 0.001$ ). This demonstrates that the presence of symptoms of depression is related to a negative quality of life. *Conclusions:* for a greater understanding of prostate cancer and its consequences on the quality of life of patients it is important to consider possible disorders in psychological aspects caused by the illness, as symptoms of depression are frequent in patients undergoing treatment for prostate cancer.

## INTRODUÇÃO

Tendo aumentado sua incidência desde a década de 60, o câncer de próstata é considerado um problema de saúde pública em nível mundial<sup>1</sup>, sendo o sexto tipo de câncer mais comum no mundo, representando cerca de 10% do total de cânceres<sup>2</sup>. No Brasil, é o segundo tipo de câncer mais comum entre os homens e estima-se que no biênio de 2016-2017, dos 600 mil novos casos de câncer, 61 mil sejam de câncer de próstata<sup>3</sup>. A Sociedade Brasileira de Urologia<sup>4</sup> salienta que Santa Catarina está entre os estados brasileiros com maior incidência de casos.

O aumento dessa incidência ao longo dos anos pode ser elucidado pela evolução dos métodos diagnósticos e a melhora da qualidade dos sistemas de informação do país<sup>5</sup>. Diante dessa maior incidência, é preciso estar atento, não apenas ao diagnóstico precoce e ao tratamento adequado, mas também ao pós-tratamento e a percepção que o indivíduo tem sobre sua qualidade de vida<sup>6</sup>, uma vez que todas as modalidades terapêuticas apresentam riscos significativos e efeitos colaterais aos pacientes<sup>5</sup>.

Dentre as modalidades de tratamento para o câncer de próstata, a prostatectomia radical é a mais antiga e possivelmente a mais eficaz<sup>7</sup>, no qual o paciente é submetido a retirada total da próstata. Tal método pode causar diversos efeitos colaterais, tais como a estenose uretral, incontinência urinária, disfunção erétil<sup>8</sup>, além de fadiga, angustia geral, incapacidade funcional e depressão<sup>8,9</sup>, fatores que podem afetar consideravelmente a qualidade de vida desses homens<sup>5</sup>.

A depressão é apontada, em estudos que avaliaram a qualidade de vida e o câncer de próstata, como um dos principais problemas psicológicos mais apresentados<sup>10-12</sup>, estando presente em um a cada cinco pacientes<sup>13</sup>. O quadro de depressão pode

desencadear problemas relacionados à recuperação e diminuição da imunidade, minimizando as chances de sobrevivência dos pacientes<sup>14</sup>, além disso o tratamento do câncer, por meio da quimioterapia adjuvante pode aumentar ainda mais o risco a depressão<sup>15</sup>. O paciente convive diariamente com a dor, mutilações físicas e ameaça de morte, que por vezes não são cessadas com a cirurgia ou o final do tratamento convencional, pois existe o fantasma da metástase e da recorrência da doença, levando a estados de depressão e qualidade de vida negativa<sup>13</sup>.

Investigações que abordem a relação dos sintomas depressivos com a qualidade de vida de pacientes com câncer de próstata são de extrema importância, uma vez que o maior conhecimento acerca do tema pode auxiliar no tratamento e pós-tratamento dessa doença, bem como a promoção do bem-estar social e mental desses pacientes, tão necessário ao seu dia-a-dia. Sendo assim, o objetivo do presente estudo foi avaliar a prevalência de sintomas depressivos em homens com diagnóstico de câncer de próstata e a associação com *escores* de qualidade de vida e fatores relacionados ao tratamento.

## MÉTODOS

O estudo caracteriza-se como observacional analítico de delineamento transversal, composto por 85 homens diagnosticados com câncer de próstata em tratamento ou após tratamento no Centro de Pesquisas Oncológicas (CEPON) da cidade de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. O recrutamento desses homens ocorreu nos setores do CEPON; no centro de quimioterapia, radioterapia, fisioterapia e salas de espera dos consultórios médicos. A seleção destes foi feita a partir dos critérios de inclusão, ou seja, ter entre 40 e 80 anos e encontrar-se durante

a fase de tratamento ou pós-tratamento clínico. Como critérios de exclusão, determinou-se o nível de escolaridade na classificação analfabeta devido à necessidade de compreensão do questionário, o tratamento oncológico prévio em outra instituição que não o CEPON ou apresentar diagnóstico de metástase, para evitar viés do tipo de tratamento e prognóstico. O tamanho do cálculo amostral foi realizado, com nível de significância de 5%, poder do teste de 80% e tamanho do efeito médio de 0,5 considerando o teste de comparação de médias, desta maneira, foram necessários 102 pacientes para compor a amostra.

Os dados foram coletados por meio de um questionário estruturado, aplicado por três pesquisadoras capacitadas para a coleta. Todos os pacientes que aceitaram participar voluntariamente do estudo foram convidados a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O questionário estruturado contemplou as variáveis de caracterização geral da amostra, medidas antropométricas (massa corporal e estatura), sintomas depressivos e qualidade de vida. As características gerais e da doença (idade, estado conjugal, escolaridade, nível econômico, presença de doenças, intervenção cirúrgica), assim como as medidas antropométricas foram autorreferidas.

A classificação do *status* de peso, foi feita por meio do cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC) e categorizada de acordo com a OMS<sup>16</sup>, a qual sugere: magreza (IMC<18,4); eutrofia (IMC 18,5-24,9); sobrepeso (IMC 25,0-29,9); pré-obesidade e obesidade (IMC>30,0), sendo que para o presente estudo, para fins estatísticos, optou-se por agrupar as categorias em peso normal (magreza e eutrofia) e acima do peso (sobrepeso, pré-obesidade e obesidade) devido aos menores números nas referidas categorias.

O nível econômico foi verificado por meio do critério do IBGE classificando os sujeitos em estratos econômicos A, B, C, D e E, de acordo com o número de salários mínimos contabilizados na renda familiar mensal, tendo como base o salário mínimo de 2014 de R\$ 724,00. Em função do menor número de homens nas categorias, agrupou-se os sujeitos em classe alta (A+B), classe média (C), e classe baixa (D+E).

A qualidade de vida foi investigada por meio do questionário *European Organization for Research and*

*Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire C30 - EORTC QLQ-C30*<sup>17</sup>, validado no Brasil com alfa de cronbach de 0.72 para a escala de saúde global, 0.86 para a escala funcional e 0,81 para a escala sintomática<sup>1,18</sup>. Esse questionário tem por base verificar a qualidade de vida de pacientes com câncer nas últimas quatro semanas, nas escalas: funcional (física, funcional, emocional, social e cognitiva), sintomática (fadiga, dor e náuseas/vômitos, dispnéia, insônia, perda de apetite, constipação, diarreia e dificuldades financeiras) e de saúde global. A pontuação das questões resulta em *escores* de 0 a 100, sendo que para as escalas funcional e de saúde global, quanto maior o valor encontrado melhor qualidade de vida, diferentemente, para a escala sintomática, o maior valor representa maior presença de sintomas, determinando uma pior qualidade de vida. O EORTC QLQ-C30 é complementado por módulos específicos para diversos tipos de câncer e, especificamente, para o câncer de próstata utilizou-se o QLQ-PR25. Tal instrumento possui 25 questões incorporadas em escalas multi-itens, com a finalidade de mensurar os sintomas do tratamento referentes à semana antecedente, sintomas ocorridos nas últimas quatro semanas e função sexual.

Para a investigação dos sintomas depressivos utilizou-se o Inventário de Depressão de Beck (BDI), desenvolvido originariamente por Beck<sup>19</sup>. Trata-se de um instrumento de autorrelato, com 21 questões objetivas de múltipla escolha que apontam os sintomas depressivos (falta de esperança, irritação, cognições, culpa e sentimentos de punição, assim como sintomas de ordem física, como fadiga, perda de peso e do interesse sexual). Validado no Brasil por Cunha<sup>20</sup>, que manteve a escala original de 21 itens, com *escores* de zero a três, sendo quatro alternativas de respostas, as quais correspondem a níveis crescentes de gravidade de depressão. O BDI vem sendo utilizado em estudos com homens com câncer com êxito<sup>21,22</sup>. Os *escores* dos itens individuais são somados e resultam em um *escore* total, com pontuação máxima de 63 pontos, que indica alto grau de depressão e o *escore* mais baixo é o zero, que corresponde a ausência de depressão. A categorização foi realizada de acordo com a padronização utilizada em estudos com pacientes com câncer, *escores* de zero a 10, sem depressão ou depressão mínima; *escores* de 11 a 18, depressão leve; *escores* de 19 a 29, depressão moderada; *escores* de 30 a 63 depressão grave<sup>23</sup>. Sendo que para fins estatísticos e de análise, categorizou-se

em ausência de sintomas depressivos (*escores* de zero a 10) e presença de sintomas depressivos (*escores*  $\geq 11$ ). Optou-se pelo não uso do termo depressão, uma vez que esse termo é apenas recomendado para uso em pacientes com diagnóstico clínico concomitante<sup>24</sup>.

A fim de comparar as características gerais de doença e a qualidade de vida entre os grupos com presença e ausência de sintomas depressivos, aderiu-se ao uso do teste qui-quadrado ou Exato de Fisher. Utilizou o teste U de Mann Whitney para comparação entre os grupos nos *escores* da qualidade de vida, uma vez que por meio do teste Kolmogorov Smirnov ( $p > 0,05$ ), não se identificou a normalidade dos dados, exceto na variável da escala funcional. Para estimar as razões de prevalência (RP) bruta e ajustada com seus respectivos IC95%, utilizou-se a Regressão de Poisson. A variável dependente (desfecho) foi a presença de sintomas depressivos, desta maneira, para análise de regressão a amostra foi dividida em dois grupos, aqueles homens com presença de sintomas depressivos e aqueles com ausência de sintomas depressivos. A análise ajustada foi feita para todas as variáveis demográficas, sociais, econômicas e clínicas. Determinou-se como critério para permanecer na análise ajustada o valor de  $p \leq 0,20$ .

Os dados foram coletados entre outubro de 2014 e julho de 2015. O estudo foi realizado conforme a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e foi aprovado o no Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEPSH) da UDESC, protocolo nº 688.548 em 16 de junho de 2014 e pelo Comitê de Ética em Pesquisa do CEPON (CEP), protocolo nº 818.174, em 03 de outubro de 2014.

## RESULTADOS

Apesar de não terem sido verificadas diferenças significativas nas variáveis, foi observado que os homens com presença de sintomas depressivos eram, em sua maioria, mais velhos – 61 a 80 anos (76,9%), cursaram até o ensino fundamental (53,8%), estavam desempregados, aposentados ou na perícia, (84,6%), possuíam classe econômica baixa (88,5%), eram casados (80,8%) e estavam acima do peso (61,5%). Dados não apresentados em tabela.

São apresentados na tabela 1 os dados referentes à comparação entre os grupos com ausência e presença de sintomas depressivos em relação às características demográficas, sociais e econômicas dos participantes do estudo.

A caracterização clínica dos participantes demonstrou que 64,7% possuíam outras doenças, 48,2% relataram a presença de incontinência urinária, 54,1% não realizaram a cirurgia de prostatectomia radical como forma de tratamento, sendo que a maioria (56,8%) realizou radioterapia e não havia terminado o tratamento (43,5%). Além disso, 89,4% não foram indicados a realizar a fisioterapia como parte do tratamento (dados não apresentados em tabela).

São apresentadas na tabela 2, as características da doença em relação à ausência ou presença de sintomas depressivos. Foi encontrado resultado significativo na categoria fisioterapia ( $p < 0,021$ ), na qual os homens com maior presença de sintomas depressivos são os que não realizaram a mesma (76,9%).

**Tabela 1.** Comparação entre os grupos com ausência e presença de sintomas depressivos em relação às características demográficas, sociais e econômicas dos homens após o diagnóstico do câncer de próstata (N=85). Florianópolis, SC - CEPON 2014/2015.

Variáveis	Sintomas depressivos		p valor	RRP (IC95%)***
	Ausente n(%)	Presente n(%)		
Idade (anos)			0,222*	
40 a 60	11(18,6)	6(23,1)		1,061 (0,825-1,364)
61 a 80	48(81,4)	20(76,9)		1
Escolaridade			0,315*	
Ensino Fundamental	35(60,3)	14(53,8)		1
Ensino Médio e Superior	23(39,7)	12(46,2)		1,059 (0,865-1,296)

continua

Continuação da Tabela 1

Variáveis	Sintomas depressivos		p valor	RRP (IC95%)***
	Ausente n(%)	Presente n(%)		
Profissão atual			0,210**	
Desempregado/Aposentado/Perícia	43(72,9)	22(84,6)		1,149 (0,931-1,416)
Até dois vínculos	16(27,1)	4(15,4)		1
Estado conjugal			0,307*	
Com companheiro	41(69,5)	21(80,8)		1,129 (0,919-1,387)
Sem companheiro	18(30,5)	5(19,2)		1
Classe econômica			0,769**	
Classe Alta (A+B)	2(3,4)	1(3,8)		1,158 (0,899-1,492)
Classe Média (C)	9(15,5)	2(7,7)		1
Classe Baixa (D+E)	47(81,0)	23(88,5)		1,164 (0,651-2,078)
Status de peso			0,689*	
Acima do peso	41(70,7)	16(61,5)		1
Peso normal	17(29,3)	10(38,5)		1,094 (0,881-1,358)

\*Teste qui-quadrado; \*\*Teste Exato de Fisher; \*\*\*Razão de prevalência - Regressão de Poisson.

**Tabela 2.** Comparação entre os grupos com ausência e presença de sintomas depressivos em relação às características da doença e tratamento dos homens após o diagnóstico do câncer de próstata (N=85). Florianópolis, SC - CEPON 2014/2015.

Variáveis	Sintomas depressivos		p valor	RP (IC95%)***
	Ausente n(%)	Presente n(%)		
Possui outras doenças			0,562*	
Sim	37(62,6)	18(69,2)		1,062 (0,869-1,299)
Não	22(37,3)	8(30,8)		1
Incontinência urinária			0,247*	
Sim	15(44,1)	26(57,7)		1,123 (0,924-1,365)
Não	11(55,9)	33(42,3)		1
Prostatectomia radical			0,973*	
Não realizou	14(54,2)	32(53,8)		1
Realizou	12(45,8)	27(46,2)		1,003 (0,824-1,221)
Tipo de tratamento			0,528**	
Quimioterapia	5(21,7)	2(14,3)		1
Radioterapia	14(60,9)	7(50,0)		1,049 (0,710-1,55)
Hormonoterapia	4(17,4)	5(35,7)		1,310 (0,822-2,088)
Terminou o tratamento			0,154*	
Sim	12(20,3)	7(26,9)		1,217 (0,941-1,573)
Não	23(39,0)	14(53,8)		1,229 (0,998-1,513)
Ainda não iniciou	24(40,7)	5(19,2)		1
Fisioterapia			0,021*	
Sim	3(5,1)	6(23,1)		1,497 (1,083-2,069)
Não	56(94,9)	20(76,9)		1,00

\*Teste qui-quadrado (N=85); \*\*Teste Exato de Fisher; \*\*\*Razão de prevalência - Regressão de Poisson.

No instrumento EORTC QLQ C30 quanto mais próximo do *score* 100, melhor a qualidade de vida, exceto na escala sintomática; onde quanto mais próximo de 100 pior a qualidade de vida, sendo assim, são apresentados na tabela 3 os resultados da comparação da qualidade de vida entre os grupos ausência e presença de sintomas depressivos. Foram observados resultados significativos na maioria das variáveis, exceto na perda de apetite ( $p=0,078$ ) e funcionamento sexual ( $p=0,068$ ).

Nos componentes da escala funcional, os homens com sintomas depressivos encontraram-se com uma qualidade de vida mais negativa em relação aqueles com ausência de sintomas depressivos, com  $p<0,001$  para a função emocional, função física e função social e  $p=0,025$  para a função

cognitiva. O mesmo foi identificado na escala de saúde global ( $p<0,001$ ). Na escala sintomática foi observado significância na maioria das variáveis, nomeadamente, fadiga ( $p<0,001$ ), insônia ( $p<0,003$ ), dor ( $p<0,003$ ), náusea e vômito ( $p<0,011$ ), dispneia ( $p<0,041$ ), constipação ( $p<0,014$ ), diarreia ( $p<0,050$ ) e dificuldades financeiras ( $p<0,011$ ), exceto na variável perda de apetite, sendo que piores resultados foram observados entre os homens com presença de sintomas depressivos.

Quando observado o instrumento específico para homens com câncer de próstata (EORTC- PR25), foi identificado na escala funcional, no módulo atividade sexual resultados significativos ( $p<0,039$ ), assim como para todas as variáveis da escala sintomática, sendo que o grupo presença de sintomas depressivos apresentou piores resultados para a qualidade de vida.

**Tabela 3.** Comparação entre os grupos com ausência e presença de sintomas depressivos em relação à qualidade de vida dos homens após o diagnóstico do câncer de próstata (N=85). Florianópolis, CEPON 2014/2015.

Variáveis	Total Média ( $\pm$ dp)	Sintomas depressivos		p valor
		Ausente Média ( $\pm$ dp)	Presente Média ( $\pm$ dp)	
<b>EORTC-C30</b>				
Escala funcional*	78,77 $\pm$ 18,48 Mediana (Q25-Q75)	86,10 $\pm$ 10,07 Mediana (Q25-Q75)	62,13 $\pm$ 22,30 Mediana (Q25-Q75)	<0,001
Função cognitiva	83,33(66,66-100,00)	100,00(83,88-100,00)	75,00(66,66-100,00)	0,025
Função emocional	75,00(54,16-91,66)	83,33(66,67-100,00)	50,00(25,00-75,00)	<0,001
Função física	93,33(73,33-93,33)	93,33(80,00-100,00)	70,00(36,67-93,33)	<0,001
Função social	100,00(66,66-100,00)	100,00(100,00-100,00)	75,00(66,66-100,00)	<0,001
Escala de saúde global**	75,00(15,38-35,89)	83,33(66,67-91,66)	54,16(47,91-66,66)	<0,001
Escala sintomática**	23,07(15,38-35,89)	20,51(12,85-28,20)	42,30(23,07-62,17)	<0,001
Fadiga	11,11(0,00-33,33)	0,00(0,00-22,22)	44,44(19,44-100,00)	<0,001
Perda de apetite	0,00(0,00-0,00)	0,00(0,00-0,00)	0,00(0,00-33,33)	0,078
Insônia	0,00(0,00-66,67)	0,00(0,00-66,66)	66,66(0,00-100,00)	0,003
Dor	0,00(0,00-33,33)	0,00(0,00-16,66)	25,00(0,00-66,66)	0,003
Náusea e vômito	0,00(0,00-0,00)	0,00(0,00-0,00)	0,00(0,00-33,33)	0,011
Dispneia	0,00(0,00-0,00)	0,00(0,00-0,00)	0,00(0,00-0,00)	0,041
Constipação	0,00(0,00-33,33)	0,00(0,00-33,33)	16,66(0,00-100,00)	0,014
Diarreia	0,00(0,00-0,00)	0,00(0,00-0,00)	0,00(0,00-33,33)	0,050
Dificuldades financeiras	0,00(0,00-33,33)	0,00(0,00-0,00)	33,33(0,00-100,00)	<0,001
<b>EORTC- PR25</b>				
Escala funcional**	84,21(64,91-93,85)	91,22(78,94-96,49)	71,05(59,64-84,21)	<0,001
Atividade sexual	66,66(33,33-66,66)	50,00(33,33-83,33)	75,00(50,00-100,00)	0,039
Funcionamento sexual	75,00(54,16-75,00)	75,00(41,66-75,00)	58,33(50,00-100,00)	0,068

continua

Continuação da Tabela 3

Variáveis	Total Média (±dp)	Sintomas depressivos		p valor
		Ausente Média (±dp)	Presente Média (±dp)	
Escala sintomática**	15,78(6,14-35,08)	8,77(3,5-21,05)	28,94(15,78-40,35)	<0,001
Sintomas urinário	25,00(12,50-50,00)	20,83(4,16-37,50)	43,75(21,87-57,29)	0,001
Sintomas intestinais	0,00(0,00-12,50)	0,00(0,00-8,33)	8,33(0,00-16,66)	0,017
Tratamento hormonal	11,11(0,00-30,55)	11,11(16,67-38,88)	22,22(16,66-38,88)	<0,001
Incontinência	0,00(33,33-100,00)	0,00(0,00-100,00)	33,33(0,00-100,00)	0,041

\*Teste T independente, valores apresentados em média e desvio-padrão; \*\*Teste U de Mann Whitney, valores apresentados em mediana e intervalo interquartil. Md – Mediana; IQ – Interquartil.

## DISCUSSÃO

Apesar dos aumentos nas taxas de sobrevida e dos avanços no diagnóstico e tratamento<sup>24</sup>, o câncer ainda é recebido como uma sentença de morte e traz consigo consequências psicológicas, como medo, tristeza e depressão<sup>1</sup>. A literatura aponta que os principais problemas psicológicos apresentados por pacientes diagnosticados com câncer de próstata são a depressão e a ansiedade<sup>13,24</sup>. Desta forma, objetivou-se neste estudo investigar a relação entre a presença ou ausência de sintomas depressivos e a qualidade de vida de homens em tratamento e pós-tratamento do câncer de próstata.

Os resultados apontaram que homens com sintomas depressivos apresentam pior qualidade de vida na escala funcional, escala de saúde global e escala sintomática. Resultados que corroboram com o que vem sendo apresentado na literatura nacional e internacional<sup>13,25</sup>. No que se refere à escala funcional da qualidade de vida, é possível observar que esta é relacionada às questões físicas, funcionais, emocionais, sociais e cognitivas. Como observado no presente estudo, esses aspectos foram mais afetados em pacientes com sintomas depressivos. Sabe-se que a depressão tem um impacto substancial na saúde de pacientes com diferentes doenças crônicas, incluindo o câncer<sup>26</sup>. É evidenciado que a presença de sintomas depressivos está diretamente relacionada ao declínio físico, psicológico e social, tendo características que impactam na qualidade de vida e sua funcionalidade<sup>5,27</sup>. Diante de uma doença como o câncer, esses fatores podem ser exacerbados, uma vez que a doença pode trazer sentimentos de inferioridade e medo de rejeição no relacionamento social<sup>28</sup>, além de efeitos colaterais como o declínio

no funcionamento físico<sup>29,30</sup>. Além disso, estudos internacionais têm demonstrado que o tratamento do câncer somado a fatores psicológicos como a depressão pode afetar também algumas funções cognitivas, como memória de curto e longo prazo, capacidade de atenção, concentração e habilidades de linguagem<sup>6,31</sup>.

Os hábitos de vida estão intimamente relacionados ao câncer<sup>32</sup> e influenciam na qualidade de vida no que diz respeito à saúde física e emocional<sup>14</sup>. Os resultados apresentados neste estudo identificaram que os pacientes com presença de sintomas depressivos apresentaram pior qualidade de vida na escala de saúde global. O que pode ter ocorrido em virtude dos possíveis efeitos colaterais provenientes do tratamento de câncer, tais como: a redução da densidade óssea, diminuição da massa muscular e força, aumento de peso e gordura corporal e declínio no funcionamento físico<sup>29,30</sup>. Um estudo com sessenta pacientes, que passaram pelo tratamento do câncer de próstata, mostrou que o funcionamento físico dos mesmos foi significativamente reduzido após o tratamento, além do aumento de peso e diminuição da massa muscular<sup>6</sup>. Van den Bergh et al.<sup>33</sup> em estudo com pacientes, no término do tratamento, encontraram baixa pontuação para a saúde física, ansiedade e qualidade de vida em geral.

É possível verificar que no período do tratamento da doença existem algumas consequências para a saúde física do paciente, como fadiga, insônia, náuseas e vômitos, dor, dispnéia, constipação, diarreia, sintomas urinários e intestinais e incontinência urinária<sup>8,9</sup>. Assim, verificou-se nos achados deste estudo que a escala sintomática, tanto do questionário geral quanto do específico para homens com câncer de próstata,



demonstrou que os piores resultados apresentaram uma relação com a presença de sintomas depressivos. Tais resultados podem ter sido verificados uma vez que a maior parte dos pacientes ainda se encontra em tratamento e são afetados pelas consequências deste, citadas anteriormente.

Outros sintomas bastante incômodos para os pacientes são a incontinência urinária e a disfunção na atividade sexual<sup>1</sup>, aspectos da escala funcional do instrumento específico para o câncer de próstata que demonstraram relações significativas com a presença de sintomas depressivos. Estudo internacional realizado com quatrocentos e trinta e sete pacientes com câncer de próstata constatou que, dois anos após o tratamento, a incontinência urinária permaneceu presente em 48,8% dos homens, assim como a disfunção sexual em 82,8%<sup>34</sup>. As modalidades de tratamento para o câncer de próstata são as principais causas para esses dois sintomas, que podem persistir mesmo após o término do tratamento<sup>3,35</sup>, o que pode ser encarado como uma diminuição da masculinidade por parte dos pacientes, uma vez que a próstata faz parte da identidade masculina<sup>10</sup>. A literatura aponta que os principais sentimentos expressos pelos pacientes com câncer de próstata são a depressão, fracasso, impotência frente à doença, medo da impotência sexual, angústia da perda de controle urinário e de autonomia, dor pela perda da capacidade de ter ereções satisfatórias e medo de ser traído ou abandonado pela parceira sexual<sup>27,35</sup>.

Faz-se necessário destacar algumas limitações do presente estudo, tais como o uso de questionário como ferramenta de coleta de dados, assim como o autorrelato de alguns dados das características da

doença pelos pacientes, pois não houve acesso dos pesquisadores aos prontuários; também, por tratar-se de um estudo de corte transversal, não proporciona relações de causa e efeito. Ainda, a impossibilidade de atingir tamanho amostral esperado, com 17 participantes a menos. Tal limitação pode ter ocorrido principalmente pela negativa de alguns homens em fazer parte do estudo, provavelmente pelas dificuldades que acompanham o tratamento do câncer, uma vez que as coletas aconteceram no âmbito hospitalar, e também por tratar de um tema considerado um tabu para a população masculina, por afetar um órgão simbólico da masculinidade. No entanto, ressalta-se que dentre as vantagens do estudo, é relevante citar o maior conhecimento do homem com câncer de próstata de outros aspectos da saúde, além de alertar sobre outros fatores, como a depressão, que podem ser afetados com o tratamento do câncer.

## CONCLUSÕES

Diante dos resultados encontrados pode-se perceber que a presença de sintomas depressivos afeta significativamente a qualidade de vida de homens com câncer de próstata; assim, percebe-se a necessidade de mais subsídios sobre a população masculina com a doença. Portanto, esses achados apoiam a ideia de que é necessário prover uma maior atenção psicológica a esses pacientes, a fim de oferecer qualidade de informações, auxílio psicológico, formação de grupos de apoio e outras medidas, já que, em muitos casos, a sobrevivência, que não é acompanhada de boa qualidade de vida, pode não ser a melhor opção para o paciente, causando mais sofrimento.

## REFERÊNCIAS

1. Zajdlewicz L, Hyde MK, Lepore SJ, Gardiner RA, Chambers SK. Health-related quality of life after the diagnosis of locally advanced or advanced prostate cancer: a longitudinal study. *Cancer Nurs.* 2017;40(5):412-9.
2. Bo Y, Jiansheng W. Effects of exercise on cancer-related fatigue and quality of Life in prostate cancer patients undergoing androgen deprivation therapy: a meta-analysis of randomized clinical trials. *Chin Med Sci J.* 2017;32(1):13-21.
3. Instituto Nacional de Câncer. Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2016.
4. Sociedade Brasileira de Urologia. Recomendações sobre o câncer de próstata. Rio de Janeiro: SBU; 2016.
5. Goulart DMM, Miranzi MAS, Goulart PEN. Qualidade de vida em pacientes submetidos à prostatectomia radical. *Rev Eletr Enferm.* 2014;16(3):625-34.

6. Phillips SM, Stampfer MJ, Chan JM, Giovannucci EL, Kenfield SA. Physical activity, sedentary behavior, and health-related quality of life in prostate cancer survivors in the health et professionals follow-up study. *J Cancer Surviv.* 2015;9(3):500-11.
7. Ward JF, Slezak JM, Blute ML, Bergstralh EJ, Zincke H. Radical prostatectomy for clinically advanced (cT3) prostate cancer since the advent of prostate specific antigen testing: 15 year outcome. *BJU Int.* 2015;95(6):751-6.
8. Mundell NL, Daly RM, Macpherson H, Fraser SF. Cognitive decline in prostate cancer patients undergoing ADT: a potential role for exercise training. *Endocr Relat Cancer.* 2017;24(4):145-55.
9. Taaffe DR, Newton RU, Spry N, Joseph D, Chambers SK, Gardiner RA, et al. Effects of different exercise modalities on fatigue in prostate cancer patients undergoing androgen deprivation therapy: a year-long randomised controlled trial. *Eur Urol.* 2017;72(2):293-9.
10. Watson E, Shinkins B, Frith E, Neal D, Hamdy F, Walter F, et al. Symptoms, unmet needs, psychological well-being and health status in survivors of prostate cancer: implications for redesigning follow-up. *BJU Int.* 2016;117:10-9.
11. Daniel K, Liz F, Sylvie ML, White I. Co-constructing sexual recovery after prostate cancer: a qualitative study with couples. *Transl Androl Urol.* 2015;4(2):131-8.
12. Parahoo K, McDonough S, McCaughan E, Noyes J, Semple C, Halstead EJ, et al. Psychosocial interventions for men with prostate cancer: a Cochrane Systematic Review. *BJU Int.* 2015;116(2):174-83.
13. Bourke L, Smith D, Steed L, Hooper R, Carter A, Catto J, et al. Exercise for men with prostate cancer: a systematic review and meta-analysis. *Eur Urol.* 2016;69(2):693-703.
14. Nikbakhsh N, Moudi S, Abbasian S, Khafri S. Prevalence of depression and anxiety among cancer patients. *J Intern Med.* 2014;5(3):167-70.
15. Michael A, Hoyt, Kristen M. Carpenter. Sexual self-schema and depressive symptoms after prostate cancer. *Psycho-Oncol.* 2015;24(4):395-401.
16. World Health Organization. Physical status: the use and interpretation of anthropometry. Geneva: WHO; 2004.
17. Aaronson NK, Ahmedzai S, Bergman B, Bullinger M, Cull A, Duez NJ, et al. The European Organisation for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: a quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology. *J Natl Cancer Inst.* 1993;85:365-76.
18. Michels FAS, Latorre MRDO, Maciel MS. Validity, reliability and understanding of the EORTC-C30 and EORTC-BR23, quality of life questionnaires specific for breast cancer. *Rev Bras Epidemiol.* 2013;16(2):352-63.
19. Beck AT. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatr.* 1961;4:561-71.
20. Cunha JA. Manual da versão em português das Escalas de Beck. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2001.
21. Santos MIC. Qualidade de vida em pacientes portadores de câncer de próstata com metástase óssea [dissertação]. Fortaleza: Fundação Antônio Prudente e Escola Cearense de Oncologia; 2010.
22. Soares IC. Qualidade de vida de homens com cancer de próstata [dissertação]. Uberaba: Universidade Federal do Triângulo Mineiro; 2012.
23. Gorestein C, Andrade L. Inventário de depressão de Beck: propriedades psicométricas da versão em português. *Rev Psiquiatr Clín.* 1998;25(5): 245-50.
24. Carlsson S, Drevin L, Loeb S, Widmark A, Lissbrant IF, Robinson D, et al. Population-based study of long-term functional outcomes after prostate cancer treatment. *BJU Int.* 2016;117(6B):36-45.
25. Pirl WF, Greer JA, Goode M, Smith MR. Prospective study of depression and fatigue in men with advanced prostate cancer receiving hormone therapy. *Psycho-oncol* 2008;17(2):148-53.
26. Dinh KT, Reznor G, Muralidhar V, Mahal BA, Nezoslosky MD, Choueiri TK, et al. Association of androgen deprivation therapy with depression in localized prostate cancer. *J Clin Oncol.* 2016;34(16):1905-12.
27. Donovan KA, Walker LM, Wassersug RJ, Thompson LM, Robinson JW. Psychological effects of androgen-deprivation therapy on men with prostate cancer and their partners. *Cancer.* 2015;121(24):4286-99.
28. Sharpley CF, Christie DRH, Bitsika V, Agnew LL, Andronicos NM, McMillan ME, et al. Limitations in the inverse association between Psychological Resilience and depression in prostate cancer patients experiencing chronic physiological stress. *Psycho-oncol.* Epub 2017.
29. World Health Organization. Global recommendations on physical activity for health. Geneva: WHO; 2010. p. 23-9.
30. Magnabua MJ, Richman EL, Sosa EV, Jones LW, Simko J, Shinohara K, et al. Physical activity and prostate gene expression in men with low-risk prostate cancer. *Cancer Causes Control.* 2014;25(4):515-23.

31. Vashistha V, Singh B, Kaur S, Prokop LJ, Kaushik D. The Effects of Exercise on Fatigue, Quality of Life, and Psychological Function for Men with Prostate Cancer: Systematic Review and Meta-analyses. *Eur Urol Focus*. 2016;2(3):284-95.
32. Center MM, Jemal A, Lortet-Tieulent J, Ward E, Ferlay J, Brawley O, et al. International variation in prostate cancer incidence and mortality rates. *Eur Urol*. 2012;61(6):1079-92.
33. Van den Bergh RC, Essink-bot, ML, Roobol, MJ, et al. Anxiety and distress during active surveillance for early prostate cancer. *Cancer*. 2009;115(17):3868-78.
34. Bessaoud F, Orsini M, Iborra F, Rebillard X, Faix A, Soulier M, et al. Urinary incontinence and sexual dysfunction after treatment of localized prostate cancer: results from a population aged less than 65years old. *Bull Cancer*. 2016;103(10):829-40.
35. Benedict C, Traeger L, Dahn JR, Antoni M, Zhou ES, Bustillo N, et al. Sexual bother in men with advanced prostate cancer undergoing androgen deprivation therapy. *J Sex Med*. 2014;11(10):2571-80.

Recebido: 24/07/2017

Revisado: 30/10/2017

Aprovado: 11/12/2017



## Idosos atendidos em um serviço aeromédico

### Elderly people receiving care through an aeromedical service

Keyla Cristiane do Nascimento<sup>1</sup>  
Claudia Ferreira Fernandes<sup>2</sup>  
Juliana Balbinot dos Reis Girondi<sup>3</sup>  
Luciara Fabiane Sebold<sup>3</sup>  
Karina Silveira de Almeida Hammerschmidt<sup>4</sup>  
André Ricardo Moreira<sup>5</sup>

#### Resumo

**Objetivo:** caracterizar os atendimentos realizados aos idosos pelo Serviço Aeromédico na Região Sul do Brasil. **Método:** estudo descritivo, transversal e quantitativo. Os dados foram coletados dos relatórios de atendimentos com idosos, no período entre julho de 2014 a junho de 2016 e analisados mediante estatística descritiva. **Resultados:** dos 1.071 atendimentos realizados, 214 (19,9%) estavam relacionados a ocorrências com idosos, sendo a maioria do sexo masculino (64,5%), na faixa etária entre 60-64 anos (29%). Os tipos de atendimentos foram classificados em clínico, traumático ou transferência inter-hospitais. Em relação aos atendimentos clínicos, a parada cardiorrespiratória foi o agravo mais prevalente (35,9%) e nos atendimentos por trauma, a queda de nível destacou-se como maior ocorrência (48,9%). Domingo (18,7%) foi o dia da semana em que mais ocorreram atendimentos. Em relação ao desfecho, a maioria dos atendimentos foram direcionados para hospitais de referência (69,63%), seguido dos atendimentos que evoluíram a óbito na cena, em 47 idosos (21,96%). **Conclusão:** os achados trazem contribuições relevantes para o planejamento e a implementação da assistência ao idoso em situação de urgência atendido pelo serviço aeromédico.

#### Palavras-chave:

Enfermagem. Idoso. Resgate Aéreo. Emergências. Serviços Médicos de Emergência. Epidemiologia Descritiva.

#### Abstract

**Objective:** to characterize the care given to the elderly by an aeromedical service in the south of Brazil. **Method:** a descriptive, cross-sectional and quantitative study was performed. The data were collected from reports of care of the elderly between July 2014 and June 2016, and were analyzed using simple descriptive statistics with numerical measures and descriptive charts. Results: of the 1071 care visits performed, 214 (19.9%) were related to occurrences involving the elderly, the majority of whom were male (64.5%) and aged

#### Keywords:

Nursing. Elderly. Air Ambulances. Emergencies. Emergency Medical Services. Epidemiology Descriptive.

<sup>1</sup> Universidade Federal de Santa Catarina, Departamento de Enfermagem. Florianópolis, SC, Brasil.

<sup>2</sup> Estratégia de Saúde da Família, Secretaria Municipal de Saúde. São José, SC, Brasil.

<sup>3</sup> Universidade Federal de Santa Catarina, Departamento de Enfermagem, Programa de Pós-graduação Gestão do Cuidado de Enfermagem. Florianópolis, SC, Brasil.

<sup>4</sup> Universidade Federal de Santa Catarina, Departamento de Enfermagem, Programa de Pós-graduação em Enfermagem. Florianópolis, SC, Brasil.

<sup>5</sup> Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, Grupo de Resposta Aérea de Urgência do Batalhão de Operações Aéreas. Florianópolis, SC, Brasil.

between 60-64 years (29%). The types of care were classified into clinical, trauma or inter-hospital transfer. With respect to clinical care, cardiorespiratory arrest was the most prevalent incident (35.9%), while in trauma care falls were the most frequent occurrence (48.9%). The highest percentage of visits occurred on Sundays (18.7%). In the majority of cases care resulted in referral to reference hospitals (69.63%), followed by visits that evolved to death in the case of 47 elderly persons (21.96%). *Conclusion:* the findings of the present study represent a relevant contribution to the planning and implementation of care for elderly persons in an emergency situation receiving treatment from an aeromedical service.

## INTRODUÇÃO

Com o desenvolvimento desordenado das cidades, a mobilidade urbana tornou-se complexa dificultando o atendimento de saúde rápido por via terrestre, além da impossibilidade de acesso a lugares remotos com esse tipo de locomoção.

Sabe-se que a sobrevivência de um paciente crítico está diretamente relacionada com a rapidez com que é submetido ao tratamento definitivo adequado<sup>1</sup>. Diante de tal realidade, a necessidade de atendimento rápido e adequado na fase pré-hospitalar torna-se imperativa. Fatores como horário do dia, movimento no trânsito, distribuição das unidades de atendimento móvel e local para onde o paciente será encaminhado influenciam diretamente no tempo de atendimento pré-hospitalar.

Neste contexto, o serviço aeromédico faz-se relevante, pois pacientes graves necessitam de deslocamento veloz dos profissionais de saúde, diminuindo o risco de piora do estado crítico de vida. O atendimento aeromédico é atividade complexa que visa a busca, localização, resgate e atendimento de pacientes que sofreram acidentes, violências ou agravos clínicos, em locais distantes, remotos ou de difícil acesso, nos quais as ambulâncias, por via terrestre, não possam fácil ou rapidamente alcançar ou ainda, em situações de calamidades e desastres como terremotos, inundações, incêndios, quedas de aeronaves, naufrágios, entre outros<sup>2</sup>.

Com o aumento da longevidade no Brasil, há necessidade de estruturação dos serviços de saúde para uma atenção especializada, principalmente no que diz respeito à rapidez nos atendimentos das urgências e emergências, pois os sistemas orgânicos fisiológicos da pessoa idosa são mais frágeis devido as alterações causadas pelo envelhecimento<sup>3</sup>. As alterações estruturais e funcionais próprias do envelhecimento, associadas à multimorbidade, predisõem os idosos

a diversos acidentes e explicam as diferenças básicas em relação ao desfecho de saúde/doença<sup>4</sup>. Sabe-se que no grupo de pacientes geriátricos a resposta é menor as injúrias se comparados aos adultos jovens e mais comumente os resultados são fatais, mesmo quando a severidade é baixa<sup>5</sup>.

Desta forma, o serviço de atendimento aeromédico deve estar preparado para atender os idosos, a fim de manter a qualidade da assistência e os resultados positivos obtidos com as intervenções realizadas.

Em Santa Catarina (SC) especificamente, cenário deste estudo, o Corpo de Bombeiros Militares de Santa Catarina (CBMSC) atuando em parceria com o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU/SC) criou, em 2010, o Batalhão de Operações Aéreas (BOA)<sup>6</sup>. Esse serviço atua com aeronave de asa rotativa - modelo Esquilo (HB 350 B), denominada Arcanjo 01 (helicóptero de Suporte Avançado de Vida). Essa aeronave tem capacidade para transportar seis pessoas, sendo dois pilotos, de dois a três tripulantes (bombeiro tripulante operacional, médico e enfermeiro) e um paciente.

Trata-se de serviço relativamente novo, com necessidade de aprofundamento de estudos sobre as demandas de utilização do serviço, principalmente para atendimento do maior contingente etário populacional (idosos), a fim de, futuramente, ser criado plano de ações para a assistência específica para esse tipo de paciente fortalecendo a crescente demanda de atendimento a esse grupo populacional.

Deste modo, tem-se a seguinte pergunta de pesquisa: Qual o perfil sociodemográfico e características dos atendimentos aos idosos atendidos pelo serviço aeromédico do BOA de Santa Catarina? Objetivou-se caracterizar o perfil dos idosos atendidos pelo serviço aeromédico do Batalhão de Operações Aéreas de Santa Catarina.

## MÉTODO

Estudo quantitativo, descritivo de delineamento transversal, do tipo documental retrospectivo. Os dados foram coletados a partir dos registros dos relatórios de atendimentos digitalizados, de ocorrências com idosos no período entre julho de 2014 a junho de 2016, contabilizando 214 atendimentos. Os critérios de elegibilidade foram: pessoas de idade igual ou superior a 60 anos, que foram atendidos e transportados pelo helicóptero de suporte avançado de vida do BOA, no período supracitado. Foram excluídos os registros em que não houve atendimento de saúde pelo serviço de SAMU/BOA, ou seja, registro de combate a incêndio, transporte de autoridade, voos de patrulhamentos, entre outros.

Foram consideradas as variáveis sexo, faixa etária, ocorrência/mês, ocorrência/dia da semana, natureza da ocorrência e desfecho do atendimento. Para organização e registro dos dados elaborou-se formulário com o intuito de auxiliar na análise retrospectiva dos relatórios de atendimento preenchidos pela equipe do BOA. Para análise utilizou-se a estatística descritiva com medidas numéricas e gráficos de descrição, discutidos com literatura pertinente.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina. Processo N° 1.691.870/2016, com o número de Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE): 57454116.9.0000.0121, atendendo a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº466 de 2012.

## RESULTADOS

No período compreendido entre julho de 2014 a junho de 2016 foram realizados 1.071 atendimentos pelo Batalhão de Operações Aéreas, com o helicóptero arcanjo na região da Grande Florianópolis. Deste total, 214 atendimentos estavam relacionados a ocorrências com pessoas

de idade superior a 60 anos, representando 19,90% do total de atendimentos.

Com relação a variável sexo, observou-se um total de 138 pacientes do sexo masculino (64,48%), e 76 pacientes do sexo feminino, (35,52%) do total de atendimentos prestados a idosos.

De acordo com a faixa etária, a média aritmética da idade dos pacientes atendidos foi de 72,43 anos, sendo a distribuição por idade apresentada na tabela 1.

No que diz respeito a natureza das ocorrências, houve predomínio de eventos clínicos, com 145 atendimentos (67,76%), seguido de trauma, com 45 atendimentos (21,03%) e das transferências inter-hospitalares, com 24 pacientes helitransportados (11,21%).

Em relação às ocorrências clínicas e ocorrências de trauma, apresenta-se na tabela 1 o detalhamento destas, conforme natureza dos atendimentos.

Dentre as Emergências cardiológicas atendidas, destacam-se as arritmias e os infartos agudos do miocárdio. Nas ocorrências clínicas classificadas como *Outros* foram encontrados atendimentos a pacientes acometidos por hemorragia digestiva, hipoglicemia grave, choque séptico, insuficiência renal crônica agudizada, atendimento psiquiátrico e ainda idoso com câncer em cuidados paliativos.

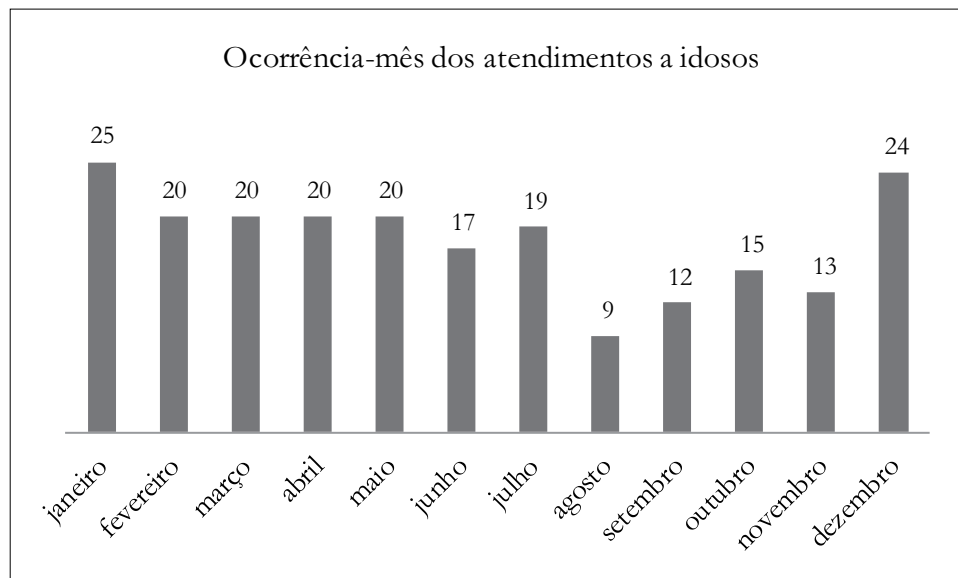
Dentre os acidentes de trânsito atendidos, destacam-se as colisões automobilísticas (6 atendimentos), os atropelamentos (6 atendimentos) e acidentes envolvendo motociclistas (4 atendimentos).

As transferências inter-hospitalares foram segmentadas em clínicas e traumáticas. O total de pacientes transferidos via helicóptero foram 24, sendo 22 de natureza clínica e dois de natureza traumática.

Quanto a taxa de ocorrência/mês dos atendimentos, apresenta-se na figura 1 o quantitativo (n) de atendimentos segundo os meses do ano.

**Tabela 1.** Distribuição por faixa etária, ocorrências clínicas e ocorrências de trauma dos idosos atendidos pelo Arcanjo, no período entre julho de 2014 a junho de 2016 (N=214). Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 2016.

Variáveis	n (%)
Atendimento por faixa etária (anos)	
60-64	62 (29%)
65-69	35 (16%)
70-74	29 (14%)
75-79	35 (16%)
>80	54 (25%)
Ocorrências clínicas	
Parada Cardiorrespiratória	52 (35,9%)
Emergência Cardiológica	36 (24,8%)
Acidente Vascular Cerebral	30 (20,7%)
Emergência Respiratória	8 (5,5%)
Emergência Neurológica	6 (4,1%)
Outros	13 (9%)
Ocorrências de trauma	
Queda de nível	22 (48,9%)
Acidentes de trânsito	16 (35,6%)
Afogamento	3 (6,7%)
Ferimento por arma branca	2 (4,4%)
Ferimento por arma de fogo	1 (2,2%)
Outros	1 (2,2%)



**Figura 1.** Distribuição mensal dos atendimentos a população idosa atendida pelo helicóptero Arcanjo, no período entre julho de 2014 a junho de 2016. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 2016.

Em relação à taxa de ocorrência/dia da semana, tem-se a seguinte variação: aos domingos foram 40 atendimentos (18,69%); segundas-feiras 26 atendimentos, (12,15%), terças-feiras 27 atendimentos, (12,62%), quartas-feiras foram 35 atendimentos (16,35%), quintas-feiras 32 atendimentos (14,96%), sextas-feiras 30 atendimentos (14,02%) e sábado 24 atendimentos (11,21%).

Concernente ao desfecho dos atendimentos, destaca-se o direcionamento de 149 idosos para Hospitais Públicos de Referência (69,63%), seguido de 47 idosos que após receber atendimento pela equipe do serviço aeromédico, evoluíram para óbito (21,96%) no local do chamado, não sendo, portanto, transportados pelo helicóptero. Houve encaminhamento de quatro idosos para Unidades de Pronto Atendimento (1,87%) e três idosos que foram direcionados para Unidades Básicas de Saúde (1,4%). Enfatiza-se também que em 11 atendimentos (5,14%) não houve necessidade de transporte aeromédico para a continuidade do tratamento, ou seja, os idosos foram estabilizados e liberados no local do atendimento.

## DISCUSSÃO

Ao envelhecer as pessoas passam por muitas mudanças, tanto na estrutura física e fisiológica, como de outras necessidades emocionais e sociais, deste modo, podem ficar mais suscetíveis, tendo em vista que sua estrutura corporal muda e o organismo passa por alterações, nas quais o idoso pode perder seu potencial de combater aos mais diversos agravos<sup>7</sup>.

Estudiosos apontam que a maioria dos atendimentos a idosos em um serviço de atendimento pré-hospitalar móvel foram para o sexo feminino<sup>8,9</sup>, contrapondo-se aos achados deste estudo, no qual prevaleceu o atendimento aos idosos do sexo masculino (64,48%).

A realidade do serviço aeromédico configura-se com os achados do SAMU de João Pessoa (PB) no que diz respeito à assistência voltada para a população idosa quanto uma maior demanda de solicitações para atendimentos de agravos clínicos. Estudo realizado em João Pessoa (PB) no ano de 2011, analisou 240 ocorrências e identificou 135 (56,25%) atendimentos por natureza clínicas, 68 (28,33%) ocorrências de trauma e 37 (15,41%) outros atendimentos<sup>8</sup>.

Nos atendimentos de natureza clínica, destaca-se o alto índice de parada cardiorrespiratória, envolvendo idosos no âmbito pré-hospitalar. As condutas e protocolos devem ser apropriados para cada tipo de paciente e os esforços da reanimação cardiorrespiratória não devem ser supridos ou retidos num paciente idoso devido à preocupação com sua efetividade<sup>10</sup>.

Ainda, nas emergências cardiológicas, não são todos os pacientes idosos que experienciam os sintomas de dor durante um episódio de isquemia cardíaca ou infarto agudo do miocárdio, principalmente os idosos que fisiologicamente apresentam-se mais tolerantes, em decorrência da presença de circulação colateral em torno do tecido cardíaco submetido a baixa taxa de fluxo sanguíneo<sup>10</sup>. A tolerância maior aos sintomas pode levar a demora na busca pelo atendimento em pacientes geriátricos e conseqüente agravamento da condição de saúde.

Nos atendimentos de acidente vascular cerebral, as equipes de atendimento pré-hospitalar devem evitar julgamentos precipitados, assumindo que sintomas de confusão mental e desorientação não são naturais do processo de envelhecimento, mas sim dos resultados frequentes de uma doença aguda ou do processo da doença crônica agudizada. Ainda nesta avaliação clínica pode-se verificar dificuldade de movimentação de membros ou apresentar isquemia prévia que dificulta a fala<sup>10</sup>. Situações como essa predisõem os idosos a instabilidade clínica. Os profissionais de saúde precisam estar preparados para detectar precocemente os sinais e sintomas dos eventos cerebrovasculares, monitorizar e dirigir intervenções adequadas, considerando as peculiaridades dessa população.

Os idosos, geralmente apresentam multimorbidades, principalmente doenças crônicas degenerativas. Em 2007, 72% das mortes no Brasil foram atribuídas às Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), como doenças cardiovasculares e respiratórias, diabetes, câncer e outras, inclusive doenças renais; 10% às doenças infecciosas e parasitárias e 5% aos distúrbios de saúde materno-infantis<sup>11</sup>. Deste modo, o envelhecer associa-se a maior prevalência de doenças crônicas e de incapacidades, caracterizando-se por ser uma fase da vida na qual a utilização de serviços de saúde tende a aumentar<sup>12</sup>.



Neste contexto, os profissionais de saúde têm papel importante em relação principalmente a promoção de ações educativas para o convívio do idoso com doença crônica. A educação em saúde, em todos os contextos de atendimento em saúde, pode influenciar comportamentos positivos do idoso, para o controle de complicações e aderência ao tratamento, com o intuito de promover vida saudável, mesmo com a presença de patologias crônicas<sup>13</sup>.

Nas ocorrências de natureza traumática destacam-se os atendimentos prestados aos idosos em relação aos acidentes por quedas, sejam elas da própria altura ou de outros níveis. Uns dos aspectos que mais se evidencia no processo de envelhecimento são às inabilidades físicas e ao grau de dependência do idoso. Apesar de a incapacidade funcional não ser inerente ao processo de envelhecimento<sup>14</sup>, à medida que o indivíduo envelhece, as chances de sofrer lesões provocadas por acidentes aumentam<sup>15</sup>. Estudos evidenciam que tais lesões estão entre as principais causas de óbito em pessoas idosas e que as quedas representam até dois terços dos acidentes com idosos, tornando-se um dos principais previsores de morbimortalidade<sup>16,17</sup>.

Os acidentes por quedas podem ser ocasionados por diversos fatores, intrínsecos e/ou extrínsecos<sup>18</sup>. As quedas em idosos resultam constantemente em lesões e fraturas, comprometem as atividades da vida diária, elevam os índices de institucionalização, geram declínio do estado geral de saúde e aumentam o medo de cair por parte dos idosos, o que, por sua vez, aumenta o risco de queda subsequente<sup>19</sup>.

Vários estudos sinalizam para a problemática das quedas em idosos, pois além da alta taxa de ocorrência, pode ocasionar danos que atingem o bem-estar dos idosos, além de ampliarem os custos com hospitalização e outros serviços de saúde, mostrando-se, dessa maneira, como um importante problema de saúde pública<sup>20</sup>. Deste modo, medidas preventivas para os acidentes por quedas de idosos devem ser tema constante nas implementações de políticas públicas de saúde voltada a esse perfil populacional<sup>8,10,16</sup>.

Concernente aos acidentes de trânsito, refletindo sobre a complexidade do processo de envelhecimento, aliada à gravidade que os acidentes de trânsito julga-se importante discutir os acidentes automobilísticos

nessa população. Nos Estados Unidos, os traumas por veículos automotores são a principal causa de morte por trauma na população idosa entre 64 e 74 anos<sup>21</sup>; os idosos representam mais de 20% de todas as vítimas pedestres fatais<sup>1</sup>.

Estudos internacionais afirmam que o aumento da idade e a gravidade da lesão são preditoras para complicações e mortalidade. O aumento da idade reduz a tolerância ao choque na colisão e um problema de saúde preexistente pode representar um risco de morte até 50% maior no grupo com mais idade<sup>21,22</sup>. Essas taxas de fatalidade foram atribuídas a alterações sutis de memória e de atenção, junto com a diminuição da acuidade visual e auditiva, resultando em retardo no tempo de reação<sup>22</sup>.

Alterações anatômicas e fisiológicas associadas ao envelhecimento, doença crônica e medicamentos podem tornar idosos mais susceptíveis ao trauma, complicar lesões traumáticas e provocar diminuição da capacidade de compensar choque hemorrágico. Os pacientes idosos têm menor reserva fisiológica e toleram mal o trauma<sup>1</sup>.

Em Singapura, estudo com idosos traumatizados para identificar os padrões de lesão, fatores de risco específicos e as necessidades desses acidentados, constatou que os acidentes de trânsito foram a segunda causa do trauma naquela população<sup>23</sup>. Esses achados conferiram com os identificados nesta pesquisa, onde os acidentes de trânsito correspondem a segunda causa de trauma na população idosa, com 35,56% das ocorrências de trauma.

No Brasil, o perfil dos eventos por trauma no idoso difere em alguns aspectos do que ocorre entre os mais jovens, apresentando uma maior vulnerabilidade aos atropelamentos, chamando a atenção para a elevada proporção de mortes (48,2%) por essa causa<sup>24</sup>. A vulnerabilidade do idoso ao acidente de trânsito é incontestável e na condição de pedestre acentua-se pela maior exposição da pessoa no momento da colisão e pela mobilidade mais restrita. Com a mobilidade mais lenta, as largas avenidas nem sempre permitem concluir a travessia no tempo programado pelos semáforos.

Outro aspecto relevante encontrado pela pesquisa é em relação ao transporte de idosos entre instituições. Doravante, a aeronave tem grande importância, não

apenas nos atendimentos imediatos, mas também em promover esse traslado de forma rápida e segura. Transferências de pacientes críticos entre instituições de saúde, por meio do helitransporte, com equipe de suporte avançado de vida, permitem sua realização e estabilização dos casos mais graves<sup>1,10</sup>. O transporte via helicóptero pode limitar a duração da exposição ambiental, reduzir a duração do atendimento e garantir acesso mais rápido ao atendimento especializado de referência<sup>1</sup>.

Entre a população de idosos não há resultados que descrevam o predomínio de ocorrências em determinado dia da semana, deixando claro que esse grupo está sujeito ao desenvolvimento de agravos em qualquer período, embora, neste estudo, a incidência de ocorrências com idosos tenha sido mais frequente aos domingos. O maior número de atendimentos nesse dia pode estar relacionado aos comportamentos adotados pelos indivíduos, ou ainda, as atividades recreativas de finais de semana.

Com relação à distribuição dos atendimentos em relação aos meses do ano, verificou-se que a sazonalidade ocorrência/mês tem importância no número de ocorrências a serem respondidas nos meses de dezembro e janeiro, influenciados pelas diferenças climáticas da região. A região da grande Florianópolis apresenta aumento expressivo de turistas no verão, refletindo em maior demanda de atendimentos.

Considerando as demandas sazonais, para melhorar a eficiência operacional e maximizar o atendimento aos pacientes idosos, há necessidade de alocação de recursos visando antecipar as mudanças sazonais, de forma que a oferta de serviços corresponda a real demanda nos períodos de maior incidência de atendimentos<sup>1</sup>.

No que tange ao desfecho final dos atendimentos, destaca-se a participação dos serviços de saúde, como porta de entrada dos pacientes idosos atendidos pelo serviço aeromédico. Identificou-se que, excetuando os pacientes que não tiveram deslocamento para serviços de saúde, 69,63% dos pacientes tiveram como destino um serviço hospitalar público de referência, o que indica o sistema financiado pelo SUS como a principal porta de entrada, nas situações de urgência.

O serviço aeromédico é modalidade de assistência em saúde que permite fornecer suporte avançado a vida aos idosos gravemente enfermos<sup>10</sup> oferecendo um transporte rápido, eficiente e que direciona o paciente ao local em que ocorrerá prosseguimento do seu tratamento definitivo.

A maior aproximação e compreensão das necessidades da pessoa idosa podem proporcionar aos profissionais, especificamente aos enfermeiros, a implementação de medidas específicas voltadas para a pessoa idosa em situações de emergência<sup>9</sup>, de forma a promover maior qualidade no atendimento inicial do paciente idoso.

A equipe de enfermagem, por estar inserida em todas as áreas de atendimento de emergência pré-hospitalar aéreo e terrestre, deve considerar a possibilidade da implementação de ações gerontológicas, dada a particularidade do atendimento aos idosos, contribuindo assim, para a redução de sequelas e morbimortalidades, oriundas dessas ocorrências.

Como limitação deste estudo, além de ter sido realizado em uma única instituição, existem ainda as limitações intrínsecas aos estudos transversais retrospectivos, pois esses não permitem estabelecer relações de causalidade. Também, a incipiência de estudos anteriores desenvolvidos em serviço aeromédico, com objetivo de comparar os resultados para melhor discussão. Uma análise exploratória mais detalhada acerca dos procedimentos realizados no atendimento ao idoso crítico é recomendável em estudos posteriores.

## CONCLUSÃO

O processo de envelhecimento influencia as taxas de morbidade e mortalidade. O atendimento pré-hospitalar voltado para a população idosa apresenta peculiaridades que os diferenciam da assistência voltada aos adultos jovens e que influenciam diretamente no atendimento prestado pelo serviço aeromédico ao paciente idoso.

Para este estudo foi possível identificar que o idoso atendido pelo serviço aeromédico é, em sua maioria, do sexo masculino, com faixa etária predominante de 60 a 64 anos, cujo maior

acometimento são condições clínicas de saúde, em especial parada cardiorrespiratória.

Verificou-se que os principais eventos clínicos que acometem a população estudada consistem em agravos do sistema cardiovascular. No que diz respeito ao trauma, a queda foi o evento que mais teve atendimentos no período estudado.

A realização do estudo permitiu um entendimento das características dos atendimentos

realizados aos idosos pelo serviço aeromédico, de modo a favorecer a construção de protocolos institucionais padronizados e treinamentos da equipe multiprofissional voltada para a pessoa idosa.

Por fim, acredita-se que esta pesquisa tem grande potencial para estimular e contribuir com reflexões por parte das equipes que atuam no atendimento pré-hospitalar, além de evidenciar e fortalecer as informações sobre o serviço aeromédico.

## REFERÊNCIAS

1. McSwain EN, Frame S, Salomone PJ. PHTLS: PreHospital Trauma Life Support . 8th ed. Burlington: Jones & Bartlett Learning; 2016.
2. Gentil RC. Transporte aéreo: o diferencial na assistência de enfermagem. In: Mallagutti W, Caetano KC. Transporte de pacientes: a segurança em situações críticas. São Paulo: Yendis; 2015. p. 47-65.
3. Dos Santos C, De Andrade L, Silva M, De Sousa M. Percurso do idoso em redes de atenção à saúde: um elo a ser construído. *Physis* [Internet]. 2016 [acesso em 03 fev. 2017];26(1):45-62. Disponível em: HYPERLINK "http://www.scielo.br/pdf/physis/v26n1/0103-7331-physis-26-01-00045.pdf" http://www.scielo.br/pdf/physis/v26n1/0103-7331-physis-26-01-00045.pdf
4. Gonsaga RAT, Silva EM, Brugugnolli ID, Cabral JL, Thomé NO. Padrão e necessidades de atendimento pré-hospitalar a idosos. *Rev Bras Geriatr Gerontol* [Internet]. 2015 [acesso em 09 fev. 2017];18(1):19-28. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\_arttext&pid=S1809-98232015000100019&lng=en
5. Campbell JE, Alson RL. *International Trauma Life Support for Emergency Care Providers (ITLS)*. 8th ed. Londres: Pearson; 2016.
6. Santa Catarina. Decreto nº 2.966, de 02 de fevereiro de 2010. Cria e Ativa O Batalhão de Operações Aéreas do Corpo de Bombeiros Militar de Santa Catarina, e Estabelece Outras Providências. Florianópolis, 2010. Procuradoria Geral do Estado de Santa Catarina. Disponível em: HYPERLINK "http://www.pge.sc.gov.br/index.php?option=com\_wrapper&Itemid=163" http://www.pge.sc.gov.br/index.php?option=com\_wrapper&Itemid=163
7. Da Silva DMA, Acevedo Samúdio M, Coutinho RN, Coutinho MLN, De Andrade LM. Perfil sociodemográfico e processo de hospitalização de idosos atendidos em um hospital de emergências. *Rev RENE*. [Internet]. 2015 [acesso em 01 mar. 2017];16(6):908-1005. Disponível em: HYPERLINK "http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=3240432610207" http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=324043261020
8. Patrício A, Santos J, De Albuquerque K, Alves K, Duarte M, Pérez V. Mobile pre hospital attendance: identification aggravations for the elderly person. *Rev Pesqui Cuid Fundam* [Internet]. 2016 [acesso em 22 fev. 2017];8(2):4223-30. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/4217/pdf\_1861
9. Gonsaga RAT, Silva EM, Brugugnolli ID, Cabral JL, Thomé Neto O. Padrão e necessidades de atendimento pré-hospitalar a idosos. *Rev Bras Geriatr Gerontol* [Internet]. 2015 [acesso em 09 jan. 2017];18(1):19-28. Disponível em: HYPERLINK "http://dx.doi.org/10.1590/1809-9823.2015.13171" http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\_arttext&pid=S1809-98232015000100019&lng=en. http://dx.doi.org/10.1590/1809-9823.2015.13171
10. Snyder DR; American Association of Emergency Medical Technicians. *Geriatric Education for Emergency Medical Services (GEMS)*. 2nd ed. Burlington: Jones & Bartlett Learning; 2016.
11. Schmidt MI, Duncan BB, Silva GA, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM, et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. *Lancet* [Internet]. 2011 [acesso em 23 jan. 2017];377(9781):1949-61. Disponível em: http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(11)60135-9.pdf

12. Focchesatto A, Rockett FC, Perry IDS. Risk and protective factors for the development of chronic diseases in a rural elderly population in Rio Grande do Sul. *Rev Bras Geriatr Gerontol* [Internet]. 2015 [acesso em 30 jan. 2017];18(4):779-95. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-98232015000400779&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232015000400779&lng=en)
13. Valcarenghi RV, Lourenço LFL, Siewert JS, Alvarez AM. Nursing scientific production on health promotion, chronic condition, and aging. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2015 [acesso em 30 jan. 2017];68(4):705-12. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672015000400705&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672015000400705&lng=en)
14. Amorim JSC, Salla S, Trelha CS. Fatores associados à capacidade para o trabalho em idosos: revisão sistemática. *Rev Bras Epidemiol* [Internet]. 2014 [acesso em 09 jan. 2017];17(4):830-41. Disponível em: [HYPERLINK "http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-790X2014000400830&lng=en"](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2014000400830&lng=en)
15. Campolina AG, Adami F, Santos JLF, Lebrão ML. Expansion of morbidity: trends in healthy life expectancy of the elderly population. *Rev Assoc Med Bras* [Internet]. 2014 [acesso em 30 jan. 2017];60(5):434-41. Disponível em: [HYPERLINK "http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-42302014000500434&lng=en"](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302014000500434&lng=en)
16. Del Duca GF, Antes DL, Hallal PC. Quedas e fraturas entre residentes de instituições de longa permanência para idosos. *Rev Bras Epidemiol* [Internet]. 2013 [acesso em 08 jan. 2017];16(1):68-76. Disponível em: [HYPERLINK "http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2013000100007"](http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2013000100007) [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-790X2013000100006&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2013000100006&lng=en)
17. Jorge MHPM, Cascão AM, Laurenti R. Em busca de melhores informações sobre a causa básica do óbito por meio de linkage: um recorte sobre as causas externas em idosos - Estado do Rio de Janeiro, Brasil, 2006. *Epidemiol Serv Saúde* [Internet]. 2012 [acesso em 08 jan. 2017];21(3):407-18. Disponível em: [HYPERLINK "http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-49742012000300006&lng=pt"](http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742012000300006&lng=pt) [http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-49742012000300006&lng=pt](http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742012000300006&lng=pt)
18. Mallmann DG, Hammerschmidt KSA, Santos SSC. Instrumento de avaliação de quedas para idosos (IAQI): enfermeiro analisando vulnerabilidade e fragilidade. *Rev Bras Geriatr Gerontol* [Internet]. 2012 [acesso em 30 jan. 2017];15(3):517-27. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-98232012000300012&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232012000300012&lng=en)
19. Carneiro JA, Ramos GCF, Barbosa ATF, Vieira EDS, Silva JSR, Caldeira AP. Falls among the non-institutionalized elderly in northern Minas Gerais, Brazil: prevalence and associated factors. *Rev Bras Geriatr Gerontol* [Internet]. 2016 [acesso em 30 jan. 2017];19(4):613-25. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-98232016000400613&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232016000400613&lng=en)
20. Sandoval RA, Sá ACAM, Menezes RL, Nakatani AY, Bachion AM. Ocorrência de quedas em idosos não institucionalizados: revisão sistemática da literatura. *Rev Bras Geriatr Gerontol* [Internet]. 2013 [acesso em 06 fev. 2017];6(4):855-63. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-98232013000400855&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232013000400855&lng=en)
21. Centers for Disease Control and Prevention [Internet]. Atlanta: CDC; 2013. Older adult drivers: get the facts; 2013 [acesso em 14 dez. 2016];[2 pág.]. Disponível em: [http://www.cdc.gov/motorvehiclesafety/older\\_adult\\_drivers\\_factsheet.html](http://www.cdc.gov/motorvehiclesafety/older_adult_drivers_factsheet.html)
22. Kent R, Trowbridge M, Lopez-Valdes FJ, Ordoy RH, Segui-Gomez M. How many people are injured and killed as a result of aging?: Frailty, fragility, and the elderly risk-exposure tradeoff assessed via a risk saturation model. *Ann Adv Automot Med* [Internet]. 2009 [acesso em 30 jan. 2017];53:41-50. Disponível em: [HYPERLINK "http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3256801/"](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3256801/) <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3256801/>
23. Yeo YYC, Lee SK, Lim CY, Quek LS, Ooi SBS. A review of elderly injuries seen in a Singapore emergency department. *Singap Med J* [Internet]. 2009 [acesso em 06 fev. 2017];50(3):278-83. Disponível em: [HYPERLINK "http://smj.sma.org.sg/5003/5003a6.pdf"](http://smj.sma.org.sg/5003/5003a6.pdf) <http://smj.sma.org.sg/5003/5003a6.pdf>
24. Broska Junior CA, Folchini ABD, Ruediger RR. Estudo comparativo entre o trauma em idosos e não idosos atendidos em um Hospital Universitário de Curitiba. *Rev Col Bras Cir* [Internet]. 2013 [01 fev. 2017];40(4):281-6. Disponível em [HYPERLINK "C:\Downloads\": http://www.scielo.br/pdf/rcbc/v40n4/v40n4a05.pdf"](http://www.scielo.br/pdf/rcbc/v40n4/v40n4a05.pdf) <http://www.scielo.br/pdf/rcbc/v40n4/v40n4a05.pdf>

Recebido: 26/09/2017

Revisado: 31/10/2017

Aprovado: 13/12/2017





# Notificação de violência intrafamiliar contra a mulher idosa na cidade de São Paulo

Notification of intrafamily violence against elderly women in the city of São Paulo

Ana Paula dos Santos Guimarães<sup>1</sup>  
Carlos Górios<sup>2</sup>  
Cintia Leci Rodrigues<sup>1</sup>  
Jane de Eston Armond<sup>1</sup>

## Resumo

**Objetivo:** A pesquisa tem como objetivo caracterizar a população de mulheres idosas que sofreram violência sexual e violência física e descrever as características da agressão. **Método:** Trata-se de um estudo transversal, utilizando-se dados secundários do Sistema Informação para a Vigilância de Violência e Acidentes, onde são registradas as notificações de violência física e sexual contra a população feminina com 60 anos e mais de idade. **Resultados:** Durante o ano de 2013 foram notificadas 289 violência física contra a mulher idosa na cidade de São Paulo, no que tange a violência sexual foram notificados: 10 casos. **Conclusão:** A violência física e violência sexual ocorreram principalmente no âmbito familiar, sendo a maioria dos agressores do sexo masculino e familiar ou conhecido da vítima. Na sua lida direta e diária com os idosos usuários de serviços de saúde (de todos os níveis de complexidade), o médico precisa saber investigar e identificar os casos de violência, abordar corretamente o paciente, agir coordenadamente com outros profissionais, traçar intervenções eficazes para cada caso.

**Palavras-chave:** Maus-Tratos ao Idoso. Violência Contra a Mulher. Ética.

## Abstract

**Objective:** the aim of the present study was to characterize the population of elderly women who have suffered sexual and physical violence and describe the characteristics of this aggression. **Method:** a cross-sectional study was carried out using secondary data from the Violence and Accident Surveillance Information System, which registers reports of physical and sexual violence against the female population aged 60 and older. **Results:** in 2013 289 acts of physical violence against elderly women in the city of São Paulo were recorded, and sexual violence was reported in ten cases. **Conclusion:** physical and sexual violence occurred mainly in the family environment, with the majority of aggressors male and a family member or known to the victim. In their direct and daily dealings with elderly health service users at all levels of complexity, doctors should know how to investigate and identify cases of violence, properly approach patients, act in coordination with other professionals and apply interventions that are effective for each case.

**Keywords:** Elder Abuse. Violence Against Women. Ethics.

<sup>1</sup> Universidade de Santo Amaro, Curso de Medicina, Departamento de Medicina e Comunidade. São Paulo, SP, Brasil.

<sup>2</sup> Centro Universitário São Camilo, Curso de Medicina, Departamento de Ortopedia e Traumatologia. São Paulo, SP, Brasil.

## INTRODUÇÃO

A violência intrafamiliar engloba as relações de abuso praticadas no contexto privado da família contra qualquer um dos seus membros. Neste contexto, a pessoa idosa torna-se uma vítima em potencial da violência intrafamiliar, por muitas vezes depender de seus familiares em diversos aspectos, seja nos cuidados da saúde, nas relações sociais, nas questões financeiras ou até mesmo pela simples convivência familiar<sup>1-3</sup>.

A violência praticada contra a população idosa tem consequências para a saúde física e mental e tem se tornado um problema de saúde pública em decorrência da elevada disseminação e da severidade de suas consequências, as quais incluem traumas físicos, morais e psicoemocionais. Esses danos podem ocasionar incapacidade, dependência e até mesmo morte<sup>4</sup>.

A violência está intimamente relacionada com o processo de envelhecimento-adoecimento, Segundo Silva e Dias<sup>5</sup>, as questões culturais também podem contribuir para que haja violência, em especial no ambiente doméstico no qual o idoso, não raro, é desvalorizado, visto como uma pessoa inútil e relegado à marginalização<sup>5,6</sup>.

Estudos sobre violência familiar têm buscado gradativamente compreender as situações de violência contra os idosos. Fato motivado tanto pelo aumento do contingente de idosos quanto pelas pesquisas nacionais e internacionais que apontam a família como o principal contexto de ocorrência de violências contra esse grupo etário<sup>6,7</sup>.

Apesar da relevância do tema, as publicações sobre violência e maus-tratos na terceira idade na população brasileira mostram-se ainda incipientes<sup>8</sup>, o tema sobre violência contra a pessoa idosa necessita ser mais abordado e considerar participação de diversos setores da sociedade em ações preventivas<sup>9</sup>.

A escassez de informação quanto aos agredidos e agressores é uma situação delicada, principalmente porque os idosos, de modo geral, não denunciam abusos e agressões sofridas, em função do constrangimento e do medo de repressão por parte de seus cuidadores, que são frequentemente os próprios agressores. Explicitar a violência intrafamiliar contra

o idoso dentro ou fora do ambiente domiciliar suscita da atenção básica de saúde uma organização que permita identificar e propor ações que abarquem a resolução dessa problemática<sup>10</sup>.

A utilização de dados coletados pelos sistemas de informação brasileiros em análises da situação de saúde e do impacto de intervenções vem crescendo nos últimos anos<sup>11</sup>. A implantação do Sistema de Informação para a Vigilância de Violências e Acidentes (SIVVA) na rede municipal de saúde da cidade de São Paulo permite a produção de informação para o diagnóstico, planejamento, monitoramento e avaliação das ações de enfrentamento das violências e dos acidentes<sup>12</sup>.

A projeção da população idosa na cidade de São Paulo, no ano de 2013, foi de 1.470.719 habitantes, sendo que as mulheres correspondem a 59,8% da população idosa<sup>13</sup>. Neste mesmo ano foram gastos R\$ 30.058.110,88 (moeda real) informados pelo sistema de informação hospitalar por causas externas em idosos<sup>14</sup>.

Com base no cenário descrito, considera-se que prover informações sobre as características das violências contra as mulheres idosas pode auxiliar na discussão acerca de abordagens do problema no âmbito dos serviços de saúde<sup>15</sup>.

Os reflexos da violência são nitidamente percebidos no âmbito dos serviços de saúde, seja pelos custos que representam, seja pela complexidade do atendimento que demandam. Desta maneira, esse setor tem importante papel no enfrentamento da violência familiar. Todavia, os profissionais dessa área tendem a subestimar a importância do fenômeno, voltando suas atenções às lesões físicas, raramente se empenhando em prevenir ou diagnosticar a origem das injúrias<sup>16</sup>.

O Código de Ética Médica trata a questão da violência intrafamiliar, porém, não apresenta a expressão “violência doméstica” explicitamente. Alguns artigos fazem referência à obrigação que o profissional médico tem de zelar pela saúde, dignidade e integridade humana<sup>16</sup>. Em 2003, entrou em vigor a Lei 10.741 conhecida como Estatuto do Idoso, onde estão previstas garantias com a finalidade de proteger as pessoas de mais idade<sup>17</sup>.

O idoso e, da mesma forma, qualquer cidadão tem o direito inalienável de proteger-se contra todo tipo de agressão física, sendo-lhe devido o apoio das autoridades, caso seja maltratado ou ameaçado, até mesmo pela família. Os artigos 19 e 57 da supracitada Lei mencionam claramente a responsabilidade que profissionais de saúde, assim como o médico e as instituições, têm de comunicar os casos de abuso de que tiverem conhecimento. A denúncia pode ser realizada junto ao Conselho do Idoso (municipal, estadual ou federal), Ministério Público e Delegacias de Polícia<sup>17</sup>.

Os profissionais médicos têm o dever de notificar os casos de violência doméstica que tiverem conhecimento, podendo inclusive responder legal e eticamente pela omissão. Apesar do Código de Ética não apresentar a expressão “violência doméstica” ou “violência intrafamiliar”, deixa claro o dever que o profissional médico tem de zelar pela saúde e dignidade de seus pacientes<sup>16,17</sup>. Diante do exposto, esta pesquisa teve como objetivo caracterizar a população de mulheres idosas que sofreram violência sexual e violência física e descrever as características da agressão e do atendimento dispensado com base no Sistema de Informação para a Vigilância de Violência e Acidentes (SIVVA) ocorridos na cidade de São Paulo, durante o ano 2013.

## MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal, de abordagem quantitativa, descritivo, retrospectivo.

Foi realizado um levantamento utilizando-se dados do Sistema Informação para a Vigilância de Violência e Acidentes (SIVVA) da Secretaria Municipal de Saúde da cidade de São Paulo, onde são registradas as notificações de violência física e sexual contra a população feminina com 60 anos e mais de idade por meio da ficha de notificação de casos suspeitos ou confirmados<sup>18</sup>.

Os critérios de inclusão para o estudo foram os registros de violência (física e sexual) em mulheres com 60 anos ou mais. Outras variáveis coletadas

no banco de dados foram: idade (em anos), tipo de violência (física e sexual), frequência da violência, grau de parentesco do agressor em relação a vítima, tipo de instrumento de agressão, diagnóstico de lesão, evolução do caso (encaminhamento para serviços, alta hospitalar), local da violência (rua, domicílio, instituição de longa permanência), deficiência (física, mental, visual).

As definições de violência física e sexual, adotadas neste estudo, segundo o Ministério da Saúde<sup>19</sup>.

- **Violência Física:** Ocorre quando uma pessoa, que está em relação de poder em relação à outra, causa ou tenta causar dano não acidental, por meio do uso da força física ou de algum tipo de arma que pode provocar ou não lesões externas, internas ou ambas. Segundo concepções mais recentes, o castigo repetido, não severo, também se considera violência física.

- **Violência Sexual:** É toda a ação na qual uma pessoa em relação de poder e por meio de força física, coerção ou intimidação psicológica, obriga uma outra ao ato sexual contra a sua vontade ou que a exponha em interações sexuais que propiciem sua vitimização, da qual o agressor tenta obter gratificação.

Após a coleta de dados, foi realizado o processamento e a tabulação de todos os dados. A análise destes foi baseada na estatística descritiva, através da qual foram calculadas as frequências absolutas e relativas.

O projeto de pesquisa dispensa aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade, pois se trata de uso de banco de dados de domínio público, conforme preconiza a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) 466/12.

## RESULTADOS

Durante o ano de 2013 foram notificados 289 casos de violência física contra a mulher idosa na cidade de São Paulo. No mesmo período analisado, no que tange a violência sexual foram notificados: 10 casos (Tabela 1).

**Tabela 1.** Idosas vítimas de violência física e sexual, segundo faixa etária. São Paulo, SP, 2013.

Faixa Etária (em anos)	n	(%)
60 a 64	97	32,4
65 a 69	74	24,7
70 a 74	56	18,7
75 a 79	39	13,0
80 a 84	20	6,7
85 a 89	08	2,7
≥90	05	1,7
Total	299	100,0

Em relação à violência física contra a mulher idosa, caracterizando o agressor temos as variáveis: o agressor em relação à vítima; 73,7% eram familiares ou conhecidos, segundo o sexo do agressor 41,7% eram do sexo masculino. O local da agressão, 62,3% ocorreram dentro da residência da mulher idosa. Os instrumentos de agressão utilizados foram: 76,5% uso de força corporal, 4,5% por objeto contundente. A frequência da agressão: 28,4% das idosas vítimas de agressão física relataram não ser a primeira vez que sofreram abusos físicos.

Na violência física os principais diagnósticos de lesão foram: 9,7% traumatismo superficial da cabeça, 3,8% sevícias físicas e 18,0% foram dados ignorados.

No que tange a violência sexual cometidas contra as mulheres idosas: 70,0% eram familiares e 30% pessoas desconhecidas (ladrões e assaltantes), segundo o sexo do agressor, 50% eram do sexo masculino e 50% foram dados ignorados. O local da agressão: 40,0% ocorreram na residência da vítima e os demais dados foram ignorados em relação ao local da agressão. O instrumento de agressão foi o uso da força corporal (40,0%), segundo a frequência da agressão: 80,0% dos dados foram ignorados, 10,0% relataram ter sido a primeira vez do abuso sexual e 10% sofreram de 6 a 9 vezes abuso sexual.

Segundo o diagnóstico de lesão de idosas que sofreram violência sexual: 40,0% foram preenchidos como abuso sexual, 10% síndrome não especificada de maus-tratos e 50% foram dados ignorados.

Não foi possível identificar o horário da ocorrência, pois os dados não foram preenchidos.

Quando avaliado se a vítima tinha deficiência, seja física, visual, entre outras. No caso da violência sexual, todas as idosas tinham deficiência, porém não foi especificada qual. Entre as idosas que sofreram violência física; 1,0% tinha deficiência física e 1,0% deficiência visual, os demais dados foram ignorados.

Entre as vítimas de violência física, 3,8% faziam abuso de álcool e drogas. Esta informação entre as vítimas de violência sexual não foram preenchidas.

Entre os casos de idosas que tiveram violência física e sexual, segundo a evolução do caso: 57,5% tiveram alta hospitalar imediata, 0,4% óbito no atendimento, 1,3% internação hospitalar e 12,4% transferência para outro serviço.

Apenas 13,7% dos casos de idosas vítimas de violência física e sexual tiveram encaminhamento para conselho tutelar do idoso.

## DISCUSSÃO

Conhecer as diferentes manifestações dos diversos tipos de violência contra a pessoa idosa é fundamental para uma intervenção, no período estudado foram notificados 289 casos de violência física e 10 de violência sexual. Este estudo objetivou estudar as mulheres idosas como vítimas de violência, esse retrato da vítima é consentâneo com



estudos internacionais que igualmente reportam a forte genderização desse fenômeno em desfavor das mulheres<sup>20</sup>.

Atualmente, os estudos têm considerado o ambiente familiar como o principal contexto de ocorrência de violência contra a mulher idosa, configurando um sério problema social e de saúde pública<sup>21</sup>. O que concerne com o presente estudo, onde a violência física e sexual foram cometidos por familiares ou conhecidos, ocorrendo dentro da residência da própria vítima.

Para uma análise mais aprofundada do contexto da violência, um dos aspectos inquiridos foi a relação vítima e agressor. A maioria dos agressores pertencia à família nuclear ou eram conhecidos. Contudo, verificaram-se diferenças consoantes ao gênero da vítima, nas vítimas do sexo feminino, foram indicados como os principais agressores do sexo masculino<sup>22</sup>. No presente estudo, no que tange a violência física 40,1% eram agressores do sexo masculino e 50,0% na violência sexual.

Ao predomínio da violência no ambiente doméstico corroboram pesquisas recentes onde a violência se expressa de forma mais prevalente no domicílio - local onde é depositada a crença de caráter acolhedor, amoroso e protetor da violência externa. Contrapondo-se a isso, a relação intrafamiliar surge, de forma concomitante, como geradora de conflitos que expõem a mulher idosa ao risco de uma violência de caráter velado pelos próprios constituintes, devendo-se a isso elevada subnotificação<sup>20,23</sup>.

O estudo discute o processo de enfrentamento da violência contra a mulher idosa na ótica dos serviços, os quais apontam a necessidade de articulação intersetorial e de capacitação de seus profissionais inclusive para os encaminhamentos, a notificação, a fim de que a mulher idosa seja atendida de forma integral<sup>24</sup>.

Enfatiza-se o papel do profissional de saúde nesse contexto para identificar e notificar a violência contra a mulher idosa, pois este tema vem ganhando força entre pesquisas recentes e na formulação de políticas públicas mais eficazes na garantia dos direitos desse grupo etário, sobretudo no âmbito de saúde e segurança<sup>25</sup>.

Os casos de suspeita ou confirmação de violência cometida contra idosos são de notificação compulsória pelos serviços de saúde públicos e privados à autoridade sanitária e, também, comunicados aos seguintes serviços: autoridade policial; Ministério Público; Conselho Municipal do Idoso; Conselho Estadual do Idoso e Conselho Nacional do Idoso<sup>25</sup>. No presente estudo foi identificado que apenas 13,7% da população de idosas vítimas de violência física e sexual foram encaminhadas ao Conselho Tutelar do Idoso.

Existem em muitos atendimentos a subnotificação, pela falta de monitoramento e de orientação para um registro contínuo, padronizado e adequado sobre violência. Esta situação se repete quando as vítimas da violência são crianças, mulheres, homossexuais, idosos, doentes, pobres e moradores de rua, o que leva a interpretar que existem pessoas não reconhecidas como cidadãos e que carecem de direitos<sup>26</sup>.

A notificação compulsória da violência contra idosos, vista de forma consensual na literatura, deve ser compreendida como um instrumento de garantia de direitos e de proteção social, permitindo aos profissionais médicos e aos demais profissionais de saúde, de educação, da assistência social, dos Conselhos Tutelares e da justiça adotarem medidas adequadas<sup>26</sup>.

Para que haja um atendimento eficiente e eficaz por parte dos profissionais envolvidos na atenção das idosas vitimizadas ao nível local faz-se necessário uma política de responsabilidade institucional, respaldando o profissional para a realização da notificação. Além da implementação de um protocolo de atendimento, o qual defina claramente o papel de cada membro, instituição, órgão governamental, setores da sociedade civil e profissionais no atendimento e prevenção da violência, para que assim se construa uma rede hierarquizada, articulada e contínua de ações<sup>27</sup>.

Destaca-se a necessidade de capacitação específica de profissionais, inclusive o médico, que atuem em serviços de saúde para que estejam aptos a prestar atendimento a idosa vitimada e sua família, bem como a habilidade e competência para prevenção, identificação, enfrentamento e acompanhamento de situações de violência, assim como o desenvolvimento de pesquisas epidemiológicas

sobre esse tema, que possam direcionar ações de prevenção, reconhecimento e enfrentamento da violência contra a pessoa idosa<sup>28</sup>. É importante salientar ainda que os resultados deste estudo não oferecem subsídios suficientes para dimensionar a magnitude da violência intrafamiliar contra a mulher idosa, bem como a identificação dos casos de omissões das vítimas e familiares, bem como se está ocorrendo a devida notificação por parte dos serviços de saúde. É necessário criar uma cultura de aceitação do processo de envelhecimento como uma etapa normal e irreversível da existência humana, no qual as pessoas idosas tenham o direito de viver com dignidade e com oportunidades de participação plena da vida social e sem violência<sup>28</sup>.

## CONCLUSÃO

No presente estudo foram levantados 299 casos de violência física e sexual contra mulheres com 60 anos e mais de idade ocorridos na cidade de São

Paulo durante o ano de 2013. Durante o período deste estudo, foram notificados 289 casos de violência física e 10 casos de violência sexual. Grande parte da violência física e sexual contra a mulher idosa foi cometida no âmbito intrafamiliar, sendo os agressores familiares ou conhecidos das vítimas, principalmente do sexo masculino.

A respeito do atendimento dispensado às mulheres idosas vítimas de violência física e sexual, 57,5% dos casos tiveram alta hospitalar imediata e somente 13,7% dos casos de idosas vítimas de violência física e sexual tiveram encaminhamento para conselho tutelar do idoso.

São necessários novos estudos abrangendo a temática da violência contra a população idosa, visando melhorias na assistência, na qualidade de preenchimentos dos dados contidos na ficha de notificação de casos suspeitos e confirmados de acidentes e violência, assim como, na implementação das políticas de saúde.

## REFERÊNCIAS

1. Rocha EN, Vilela ABA, Silva DN. Enfrentamento da violência intrafamiliar contra pessoas idosas pelos profissionais de saúde. *Rev Kairós*. 2015;18(4):29-46.
2. Reis LA, Gomes NP, Reis LA, Menezes TMO, Carneiro JB. Expressão da violência intrafamiliar contra idosos. *Acta Paul Enferm*. 2014;27(5):434-9.
3. Paskulin LMG, Valer DB, Vianna LAC. Utilização e acesso de idosos a serviços de atenção básica em Porto Alegre (RS, Brasil). *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011;16(6):2935-44.
4. Rodrigues RAP, Monteiro EA, Santos AMR, Pontes MLF, Fohn JRS, Bolina AF, et al. Violência contra idosos em três municípios brasileiros. *Rev Bras Enferm*. 2017;70(4):816-24.
5. Silva CFS, Dias CMSB. Violência contra idosos na família: motivações, sentimentos e necessidades do agressor. *Psicol Ciênc Profissão*. 2016;36(3):637-52.
6. Freitas CASL, Teófilo TJS. Avaliação construtivista, sob uma abordagem integradora e intersetorial, das ações do Projeto Disque Idoso em Sobral (CE, Brasil). *Ciênc Saúde Coletiva*. 2010;15(6):2825-33.
7. Wanderbroocke ACNS, Moré CLOO. Abordagem profissional da violência familiar contra o idoso em uma unidade básica de saúde. *Cad Saúde Pública*. 2013;29(12):2513-22.
8. Santana IO, Vasconcelos DC, Coutinho MPL. Prevalência da violência contra o idoso no Brasil: revisão analítica. *Arq Bras Psicol*. 2016;68(1):126-39.
9. Faustino AM, Moura LBA, Gandolfi L. Relationship between violence and cognitive function in the elderly. *J Nurs UFPE on line*. 2016;10(5):1717-23.
10. Shimbo AY, Labronici LM, Mantovani MF. Reconhecimento da violência intrafamiliar contra idosos pela da Estratégia Saúde da Família. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2011;15(3):506-10.
11. Tomimatsu MFAI, Andrade SM, Soares DA, Mathias TAF, Sapata MPM, Soares DFPP, et al. Qualidade da informação sobre causas externas no Sistema de Informações Hospitalares. *Rev Saúde Pública*. 2009;43(3):413-20.

12. São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde, Coordenação de Vigilância em Saúde. Sistema de Informação de Violência e Acidentes - SIVVA: manual de preenchimento ficha de notificação de casos suspeitos ou confirmados. São Paulo: SMS; 2007.
13. São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde. Sistema de Informação e Vigilância de Violências e Acidentes - SIVVA [Internet]. São Paulo: Prefeitura de São Paulo; 2013 [acesso em 20 jul. 2014]. Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br>
14. DATASUS [Internet]. Rio de Janeiro: DATASUS; 1991-. Sistema de Informação Hospitalar - SIH [Internet]. 2008 [acesso em 20 jul. 2014]; [aproximadamente 2 telas]. Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br>
15. Facuri CO, Fernandes AMS, Oliveira KD, Andrade TS, Azevedo RCS. Violência sexual: estudo descritivo sobre as vítimas e o atendimento em um serviço universitário de referência no Estado de São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2013;29(5):889-98.
16. Saliba O, Garbin CAS, Garbin AJI, Dossi AP. Responsabilidade do profissional de saúde sobre a notificação de casos de violência doméstica. *Rev Saúde Pública*. 2007;41(3):472-7.
17. Justo JS, Rozendo AS. A velhice no Estatuto do Idoso. *Estud Pesqui Psicol*. 2010;10(2):471-89.
18. Mascarenhas MDM, Andrade SSCA, Das Neves ACM, Pedrosa AAG, Da Silva MMA, Malta DC. Violência contra a pessoa idosa: análise das notificações realizadas no setor saúde - Brasil, 2010. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2012;17(9):2331-41.
19. Ribeiro AP, Souza ER, Valadares FC. Atendimento de saúde para pessoas idosas vítimas de violência no município do Rio de Janeiro. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2012;17(5):1164-77.
20. Paiva MM, Tavares DMS. Violência física e psicológica contra idosos: prevalência e fatores associados. *Rev Bras Enferm*. 2015;68(6):727-33.
21. Rodrigues CL, Armond JE, Górios C. Agressões físicas e sexuais contra idosos notificadas na cidade de São Paulo. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2015;18(4):755-60.
22. Gil AP, Santos AJ, Kislaya I, Santos C, Mascoli L, Ferreira AI, et al. Estudo sobre pessoas idosas vítimas de violência em Portugal: sociografia da ocorrência. *Cad Saúde Pública*. 2015;31(6):1234-46.
23. Aguiar MPC, Leite HA, Dias IM, Mattos MCT, Lima WR. Violência contra idosos: descrição de casos no Município de Aracaju, Sergipe, Brasil. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2015;19(2):343-9.
24. Menezes PPM, Lima IS, Correia CM, Souza SS, Erdmann AL, Gomes NP. Enfrentamento da violência contra a mulher: articulação intersetorial e atenção integral. *Saúde Soc*. 2014;23(3):778-86.
25. Sales DS, Freitas CA, Brito MC, Oliveira E, Dias F, Parente F, et al. A violência contra o idoso na visão do agente comunitário de saúde. *Estud Interdiscip Envelhec*. 2014;19(1):63-77.
26. Garbin CAS, Dias IA, Rovida TAS, Garbin AJI. Desafios do profissional de saúde na notificação da violência: obrigatoriedade, efetivação e encaminhamento. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2015;20(6):1879-90.
27. Thomazine AM, Oliveira BRG, Vieira SC. Atenção a crianças e adolescentes vítimas de violência intrafamiliar por enfermeiros em serviços de pronto-atendimento. *Rev Eletrônica Enferm*. 2009;11(4):830-40.
28. Alencar KCA, Santos JO, Hino P. Vivência de situação de violência contra idosos. *Rev Enferm Atenção Saúde*. 2014;3(1):74-83.

Recebido: 06/07/2016

Revisado: 12/10/2017

Aprovado: 15/11/2017



## Intoxicação de vitamina D por erro de administração: relato de caso

### Vitamin D intoxication through errors in administration: a case report

Letícia Teixeira de Carvalho Vieira<sup>1</sup>  
Mariana Queiroz Batista<sup>2</sup>  
Eduardo Marques da Silva<sup>3</sup>  
Ricardo Alessandro Teixeira Gonsaga<sup>4</sup>

#### Resumo

A intoxicação por vitamina D merece ser destacada em geriatria devido ao consumo irregular de medicamentos. Muitos pacientes não têm manejo competente da suplementação vitamínica comparada a real prescrição, tanto na administração quanto por negligência médica. Este artigo, que tem como objetivo relatar sobre a intoxicação por essa vitamina, mostra o cenário de um casal de idosos que moravam sozinhos, dividindo as tarefas domiciliares, sendo que a esposa tinha uma mente lúcida e o marido um corpo funcionante, para que se estabelecesse a vivência. A esposa, alvo principal do relato, possuía distúrbios osteomusculares em condição de cadeirante, assim a vitamina D se fazia necessária, e se apresentou na internação com o quadro clínico de delirium. Destaca-se que essa intoxicação é importante causa de encefalopatia metabólica, o que explica o seguimento do caso. O coadjuvante foi o marido, com aparente distúrbio cognitivo leve, que modificou por conta própria a posologia da vitamina D indicada pelo médico, apesar da orientação da família. A família fazia controle da situação da saúde do casal através de ligações telefônicas semanais, conferindo se as medicações estavam sendo apropriadamente tomadas. Após investigação com novas anamneses e revisão de prontuário, ficou confirmada a intoxicação devido a um erro de quantidade de administração da droga por tempo prolongado. É de extrema importância que se tenha conhecimento sobre o quadro clínico da hipercalcemia e como manuseá-lo. Em geriatria, o diagnóstico deve ter a solução clínica somada a um cuidado especial de entender o que ocorre no cotidiano da pessoa idosa para que assim se evite novas repercussões.

**Palavras-chave:** Vitamina D.  
Intoxicação. Hipercalcemia.

<sup>1</sup> Faculdades Integradas Padre Albino (FIPA/FAMECA), Hospital Escola Emílio Carlos, Departamento Acadêmico. Catanduva, SP, Brasil.

<sup>2</sup> Faculdades Integradas Padre Albino (FIPA/FAMECA), Hospital Escola Emílio Carlos, Departamento de Clínica Médica. Catanduva, SP, Brasil.

<sup>3</sup> Faculdades Integradas Padre Albino (FIPA/FAMECA), Hospital Escola Emílio Carlos, Departamento de Geriatria. Catanduva, SP, Brasil.

<sup>4</sup> Faculdades Integradas Padre Albino (FIPA/FAMECA), Hospital Escola Emílio Carlos, Departamento de Cirurgia do Trauma. Catanduva, SP, Brasil.

## Abstract

Vitamin D intoxication caused by the irregular consumption of medications is a major concern in geriatric health. Due to errors in administering such vitamins and medical malpractice, many patients lack the proper management of vitamin supplementation, considering what is actually prescribed. The present study, which aims to report on intoxication by this vitamin, describes an elderly couple who lived alone and divided their household tasks. The wife, who is the main focus of the report, was lucid but suffered musculoskeletal disorders and used a wheelchair, while the husband could function physically. The wife was hospitalized with a clinical profile of delirium. Intoxication is a major cause of metabolic encephalopathy, which explains how the case developed. The co-adjuvant was the husband, who suffered apparent mild cognitive impairment, and modified the doctor's dosage of vitamin D alone, contradicting the guidance of the family. The family monitored the health status of the couple through weekly telephone calls to check if their medications were being taken properly. After investigation with new anamneses and a review of medical records, intoxication was confirmed due to an error in the amount of the drug administered over a prolonged period. It is extremely important to be aware of the clinical profile of hypercalcemia and how to treat the same. In geriatrics, diagnosis should involve both clinical treatment and special care to understand the daily routine of elderly persons in order to avoid further repercussions.

**Keywords:** Vitamin D.  
Intoxication. Hypercalcemia.

## INTRODUÇÃO

O Brasil tem experimentado um aumento na expectativa de vida populacional, o que tem contribuído para a maior incidência dos agravos decorrentes da senescência e senilidade. Os distúrbios hidroeletrólíticos envolvendo o cálcio, importante exemplo dessas ocorrências, frequentemente são causados por excesso ou insuficiência de ingestão e absorção de vitamina D<sup>1</sup>.

Quando em falta, a suplementação de vitamina D visa evitar e tratar enfermidades como osteomalácia, osteopenia e osteoporose, além de hiperparatireoidismo secundário, condições envolvidas no aumento da morbimortalidade nessa faixa etária<sup>2</sup>.

Neste âmbito, evidenciamos casos de intoxicação por vitamina D associados a doses diárias elevadas por erros de formulações, prescrições ou administração, como no caso deste artigo.

A hipervitaminose D tem sido uma rara causa de hipercalcemia e injúria renal. Entretanto, é possível que venham a ser mais prevalentes altas doses de vitamina D<sub>2</sub> (ergocalciferol) ou vitamina D<sub>3</sub> (colecalfiferol) tanto prescritas quanto em administração exagerada<sup>3</sup>.

As vitaminas lipossolúveis são salvadoras em níveis fisiológicos e perigosas quando em excesso. Para muitas pessoas, a palavra “vitamina” indica algo benéfico e essencial, não potencialmente tóxico<sup>4</sup>.

Assim, diz-se que mais de um terço da população dos Estados Unidos usa dieta com suplementos. Contudo, há dados de que mais de 50% dos estadunidenses usam dietas com suplementos, e muitas delas possuem mais de um tipo de suplemento. Entre 60-70% dos pacientes falham em comunicar o uso desses suplementos para seus médicos<sup>5</sup>. A investigação clínica que se faz até a conclusão de diagnóstico por intoxicação muitas vezes é falha e prolongada. O caso que segue mostra a importância do conhecimento acerca das propriedades do cálcio no organismo e suas repercussões. Quadros de delirium merecem destaque por consequência de encefalopatia metabólica<sup>6</sup>, tal qual ocorreu com a paciente.

Em geriatria, a anamnese detalhada pode ser a chave para muitas condições, ressaltando a importância da abordagem integrada ao idoso, abrangendo desde a descoberta do cotidiano do paciente até o tratamento adequado para doenças específicas<sup>7</sup>.

Neste cenário, também devem ser esclarecidas questões sobre cuidadores: até que ponto são necessários ou dispensáveis e se seguem ordens

da família e médicos corretamente. O objetivo do estudo é relatar um caso de intoxicação por vitamina D por erro de administração, bem como discutir a possibilidades de efeitos adversos atribuíveis ao manejo desse medicamento.

## MÉTODO

A iniciativa do projeto teve como base o aumento de prescrições visando reposição de vitaminas notado em ambulatório de geriatria local, tal como em nossa internação, a qual a maioria dos pacientes usufruem de fórmulas contendo colecalciferol. Evidenciando essa particularidade, começamos a estudar o fenômeno do aumento nas suplementações e achamos artigos como que descreveram não só aumento nas publicações científicas sobre vitamina D em mais de 250%, mas também, desde 2008, o aumento nas prescrições da atenção primária na Inglaterra em 8.000% e aumento de 5000% em custos<sup>2</sup>. Neste caso relatado em específico, a equipe que descreveu não teve contato com a paciente, que já havia falecido há três anos. Todos os dados foram obtidos mediante a revisão de prontuário, entrevistas com familiares após a morte da mesma e com o médico geriatra responsável pela paciente durante as internações.

Primeiramente, obtivemos autorização dos familiares da paciente para obtenção de informações *post mortem* e coleta de dados para trabalho científico. O médico do caso entrou em contato por telefone com um dos filhos da paciente e explicou o interesse em relatar o episódio ocorrido, explicando que em nenhum momento ninguém seria identificado, e assim obteve o consentimento. Em seguida, foi feita a revisão de prontuário obtido em hospital escola da rede pública do sistema de saúde, no município de Catanduva, São Paulo, Brasil.

Posteriormente, médico responsável pelo caso assinou um Termo de Consentimento para viabilidade deste trabalho, além de nos auxiliar com entrevistas sobre o decorrer do caso na época em que de fato ocorreu, fizemos reuniões durante a produção do trabalho para esclarecer corretamente como tinha sido o andamento dos atendimentos e internações, analisando sempre o prontuário.

Este trabalho obteve a autorização do Comitê de Ética e Pesquisa das Faculdades Integradas Padre

Albino (Número do Parecer: 1.644.191), conforme a resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

## RESULTADOS

Paciente do gênero feminino de 84 anos, com antecedentes de hipertensão arterial, dislipidemia, hipotireoidismo, insuficiência cardíaca congestiva, portadora de marcapasso, doença coronariana com infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral, doença renal crônica não dialítica e osteoartrose de coluna e quadril.

Internada em janeiro de 2013 por mudança de comportamento para agressivo e confusão mental há 15 dias, associado a dores em todo o corpo, náuseas, vômitos e inapetência.

Os familiares acompanhantes, compostos pelo marido e nora, trouxeram consigo ao pronto socorro receita médica da paciente que constavam os medicamentos mostrados em quadro 1.

Ao exame físico inicial, encontramos: peso 83kg, altura 1,55m, pressão arterial 140x90 mmHg, frequência cardíaca 85bpm e hemiparesia leve prévia à direita.

Sobre os exames feitos em seguida, pediu-se eletrocardiograma para descartar possibilidade de novo episódio de infarto agudo do miocárdio e radiografia de tórax para checar alterações pulmonares, não sendo achado nenhum sinal patológico agudo em ambos. A tomografia de crânio para investigação da confusão mental evidenciou lesão de aspecto sequelar na ínsula esquerda, calcificações fisiológicas dos núcleos da base, porém sem outras alterações.

Os exames bioquímicos pedidos foram referentes às hipóteses diagnósticas de infecção, distúrbios hidroeletrólíticos e, principalmente, delírium. Sendo assim, no primeiro dia de internação foi pedido hemograma completo, urina 1, sódio, potássio, cálcio, fósforo, magnésio, ureia e creatinina para verificar a função renal e atividade de doença renal crônica e transaminases para verificar função hepática pelo uso de muitos medicamentos diariamente.

Estes primeiros exames apresentaram os resultados mostrados em quadro 2.

**Quadro 1.** Medicações de uso diário, dose e posologia. Catanduva, SP, 2013.

Medicação	Dose	Quantidade (comprimido)	Horário
Levotiroxina	50 µg	1	Manhã
Omeprazol	20 mg	1	Manhã
Losartana	25 mg	½	Manhã
Furosemida	40 mg	½	Manhã
Venlafaxina	37,5 mg	1	Após café
AAS	100 mg	1	Após almoço
Flunitrazepan	2 mg	½	Noite
Sinvastatina	20 mg	1	Noite
Complexo 46	-	2	Noite
Amitriptilina	75 mg	1	Noite
Alendronato	70 mg	1	1x semana
Metoprolol	25 mg	1	12/12h
Vitamina D	7000 U	1 cápsula	1x semana

Fonte: Enfermaria de geriatria de hospital serviço público de saúde, Catanduva, SP, 2013.

**Quadro 2.** Exames, resultados e valores de referência. Catanduva, SP, 2013.

Exames	Resultados	Referência	
Hemograma	Hemoglobina	12,1 g/dL	13-16 g/dL
	Hematócrito	37,2%	36-46%
	Leucócitos	10.600/mm <sup>3</sup>	4.000-10.000/mL
	Basófilos	4%	0-2%
	Neutrófilos	68%	45-75%
	Eosinófilos	0	0-5%
	Linfócitos	22%	22-40%
	Plaquetas	382.000/mm <sup>3</sup>	130.000-370.000/mm <sup>3</sup>
Sódio	136 mEq/l	135-145 mmol/L	
Potássio	4,2 mEq/l	3,5-5,5 mmol/L	
Ureia	68 mg/dl	16-40 mg/dL	
Creatinina	2,3 mg/dl	0,6-1,2 mg/dL	
Urina I	Normal	Normal	
Cálcio Iônico	1,98 mEq/l	1,17 a 1,32 mEq/l	
Cálcio Total	16,8 mg/dl	8,5-10,2 mg/dL	
Fósforo	3,6 mg/dl	2,5-4,8 mg/dL	
Magnésio	1,6 mg/dl	1,9-2,5 mg/dl	
Transaminase glutâmico oxalacética	21 U/L	5-40 U/L	
Transaminase glutâmico pirúvica	17 U/L	7-56 U/L	

Fonte: Enfermaria de geriatria de hospital serviço público de saúde, Catanduva, SP, 2013.

Houve sinais leves de infecção em hemograma, ureia e creatinina esperadamente elevadas pela condição renal da paciente, e o mais interessante do quadro, a presença de hipercalcemia e hipocalemia.

Foram iniciadas medidas com hidratação parenteral com soro fisiológico 0,9% 1.000ml a cada 12 horas. Pela hipercalcemia, foi feito furosemida 40mg intravenoso a cada 12 horas, hidrocortisona 100mg intravenosa a cada oito horas e calcitonina nasal a cada 12 horas. As medidas para hipocalemia se basearam na reposição endovenosa de cloreto de potássio 19,1%.

No segundo dia de internação, ainda sem saber a causa dos distúrbios do potássio e cálcio, foi realizada nova coleta de sangue com os mesmos exames de controle, porém desta vez com dosagem de paratormônio (PTH) e 25OH Vitamina D por suspeita de mau funcionamento dos rins. O resultado mostrou PTH 15pg/ml (referência 15-65pg/ml), inapropriadamente “normal” em vigência de hipercalcemia, e vitamina D 160ng/ml (referência 30-100ng/ml), confirmando o quadro de intoxicação pela vitamina e excluindo-se hiperparatireoidismo.

No oitavo dia de tratamento sem resposta à terapia, foi iniciado pamidronato 60mg por dois dias com evidente melhora dos níveis de cálcio iônico para o valor de 1,66mEq/l, em conjunto com a terapia inicial. Manteve-se a hiperhidratação e o diurético por mais seis dias com redução da dose e posologia gradualmente até normalização dos níveis séricos do cálcio ionizável. Paciente teve alta após 14 dias de internação, com a hipótese diagnóstica de hipervitaminose D, sendo suspensa a reposição.

Três meses após a alta, a paciente retornou ao pronto socorro com as mesmas queixas, com a concentração sérica de cálcio aumentada novamente com o valor de 1,90mEq/l. Com a chegada dos exames subsequentes notou-se o PTH abaixo da normalidade e a vitamina D elevada para patamares acima da capacidade de aferição do método.

Como o medicamento fora suspenso na primeira internação, os familiares foram convocados para nova anamnese. A conversa com a família durou aproximadamente 40 minutos para saber as possibilidades por trás do quadro clínico, e, assim, descobriu-se que o casal de idosos morava sozinho,

recebendo a visita quinzenal da família a qual organizava os remédios em tabelas e calendários.

Na anamnese, viu-se que o marido da paciente, de 90 anos, era responsável por administrar os remédios à esposa, porém aparentava não se iterar totalmente da situação, parecendo apresentar deficit cognitivo leve por se distrair facilmente e não entender a gravidade do caso. Ficou ilustrado pela família que o marido fazia papel de “corpo funcionante” e a esposa papel de “mente lúcida” para conseguirem viver juntos sem auxiliares, dividindo as tarefas domésticas.

Foi pedido que os filhos trouxessem o calendário dos remédios e as embalagens para verificação no dia seguinte. Percebeu-se que a vitamina D não estava em nenhum dos dias da semana e foi perguntado o motivo. Os filhos explicaram que como a prescrição era só uma vez por semana, ligavam aos sábados para que o marido pegasse do frasco de vitaminas e administrasse, antes de o medicamento ser suspenso na primeira internação.

Neste momento, o marido relatou que achava a esposa fraca demais e decidiu continuar administrando a vitamina todos os dias para “fortalecê-la”, como já havia fazendo há dois anos, supondo que ela melhoraria, mesmo após a suspensão três meses antes.

A paciente fez uso de um comprimido de 7.000 UI de vitamina D por dia, por dois anos, enquanto a indicação era de um comprimido por semana. O marido de 90 anos manteve essa situação prolongada, fazendo com que fosse irreversível o quadro de hipercalcemia da paciente ao chegar na internação. A paciente evoluiu a óbito dois dias após a segunda internação, em quadro de sepse respiratória.

## DISCUSSÃO

Os sintomas da intoxicação grave por vitamina D são evidenciados, principalmente, com hipercalcemia, alterações do metabolismo ósseo e perturbações nas quantidades de fósforo e cálcio no soro<sup>8</sup>.

Há poucos relatos anteriores na literatura, uma vez que a hipercalcemia sugere outras hipóteses diagnósticas. Tende-se a associar esse estado a hiperparatireoidismo primário, mieloma múltiplo ou a outras neoplasias. O diagnóstico de



intoxicação por vitamina D não é habitual diante de casos de hipercalcemia, por ser infrequente, principalmente antes do advento da suplementação dessa vitamina. Nos últimos tempos, o número de casos relatados vem aumentando, pois essa vitamina tem sido mais prescrita em razão do tratamento da hipovitaminose D<sup>9</sup>.

O cálcio é essencial para processos intrínsecos ao corpo humano, como potenciais de ação e formação óssea. As concentrações no soro flutuam através da regulação de três principais sítios responsáveis pelo transporte e estoque de cálcio: intestino, rim e ossos. Baixo nível sérico de vitamina D é um fator de risco bem conhecido para doenças osteoporóticas e tem sido associado à ocorrência de uma variedade de outras doenças crônicas comuns, como hipertensão, doenças cardiovasculares, diabetes *mellitus*, vários tipos de câncer, infecções e vários quadros autoimunes<sup>10</sup>.

Revisões recentes concluíram que a suplementação de vitamina D3 poderia prevenir uma série de óbitos prematuros, porém ainda é preciso mais estudos que avaliem qual seria o abastecimento necessário da vitamina para baixar níveis de mortalidade<sup>10</sup>. Tratamento com vitaminas com doses muito altas de colecalciferol deve ser evitado, mas em baixa dose diariamente, semanalmente ou mensal é bem tolerada<sup>11</sup>.

Para estar em normalidade, os níveis séricos de cálcio total são mantidos entre 8,8 e 10,4mg/d. A hipercalcemia ocorre quando há desequilíbrio entre cálcio absorvido excreção de através do rim e a sua deposição no osso<sup>1</sup>.

Os sintomas clínicos da hipercalcemia incluem anorexia, náuseas, vômitos, poliúria, polidipsia, constipação, fraqueza e alterações no estado mental e os casos podem ser fatais. O paciente pode desenvolver problemas cognitivos, entrar em coma, também podendo ocorrer arritmias cardíacas e insuficiência renal. Há relatos recentes na literatura de complicações potencialmente fatais de toxicidade de vitamina D com hipercalcemia grave e insuficiência renal devido a erros na fabricação e rotulagem de suplemento<sup>12</sup>. Todos os anos, uma em cada três pessoas com 65 anos ou mais experimenta pelo menos uma queda, com 9% das quedas levando a uma visita à sala de emergência e 5-6% resultando em uma fratura. As doses de 700 UI a 1.000 UI de vitamina D suplementar por dia podem reduzir quedas em 19% ou em até 26% com

vitamina D3. Este benefício foi significativo dentro de dois a cinco meses de tratamento e prolongou-se além de 12 meses de tratamento<sup>13</sup>.

A dose tóxica de vitamina D estimada deve ser maior que 100.000UI por dia, durante um período de pelo menos um mês<sup>9</sup>. No presente relato, a dose utilizada era mais que o dobro da recomendada, e tal situação se estabeleceu por dois anos.

Com a intensa propaganda diária veiculada na mídia com o objetivo de vender produtos à base de polivitamínicos e microelementos que, supostamente, melhorariam o desempenho físico e mental, as intoxicações por essas substâncias passaram a ser um considerável risco para os pacientes. Descobertas sustentam a recomendação mais recente de que pessoas de 65 anos de idade ou mais devem receber por volta de 800 UI de vitamina D por dia. Além disso, deve-se considerar a possibilidade de que uma ingestão de suplementos de cálcio de 1.000mg por dia ou mais, combinada com alta dose de vitamina D ( $\geq 800$  UI por dia) pode ser prejudicial<sup>14</sup>.

Em síntese, níveis de vitamina D bem equilibrados são essenciais para manter a integridade estrutural dos ossos e outros processos da homeostasia do corpo humano<sup>15</sup>. É necessária uma atenção reforçada à integridade da saúde ao idoso, tendo em vista todas as variáveis que podem interferir entre o diagnóstico e o tratamento adequado. A exemplo desse caso, a variável importante foi o cuidador, o qual interferiu com boas intenções, porém trouxe malefícios irreversíveis para a paciente. A comunicação deve ser sempre muito bem estabelecida.

Mesmo sendo evidenciado o diagnóstico do caso, o presente estudo apresenta como limitações o fato da paciente já ter falecido há alguns anos desta publicação, impossibilitando a equipe de obter informações adicionais, bem como depender de entrevistas retrospectivas do caso antigo.

## CONCLUSÃO

O objetivo do presente estudo foi relatar um caso de dosagem exagerada de vitamina D por erro de administração por parte do cuidador e, assim, alertar médicos, pacientes e familiares sobre os riscos envolvendo o manejo dessa suplementação.

A reposição de vitamina D deve ser controlada minuciosamente, em especial nos casos de geriatria, por seu potencial risco de intoxicação. A monitoração adequada é papel do paciente, da família e da equipe médica.

Com o aumento do uso desse medicamento, junto ao envelhecimento da população, a hipercalcemia tem se tornado cada vez mais um quadro comum para os atendentes da clínica médica no Brasil.

## REFERÊNCIAS

1. Copês RM, Zorzo P, Premaor MO. Hipercalcemia: avaliação e princípios do tratamento. Rev AMRIGS [Internet]. 2013 [acesso em 14 abr. 2016];57(4):328-34. Disponível em: [http://www.amrigs.org.br/revista/57-04/0000222859-13\\_1237\\_Revista%20AMRIGS.pdf](http://www.amrigs.org.br/revista/57-04/0000222859-13_1237_Revista%20AMRIGS.pdf)
2. Davies JS, Poole CD, Feldschreiber P. The medico-legal aspects of prescribing vitamin D. Br J Clin Pharmacol. 2014;78(6):1257-63.
3. Bell DA, Crooke MJ, Hay N, Glendenning P. Prolonged vitamin D intoxication: presentation, pathogenesis and progress. Intern Med J. 2013;43(10):1148-50.
4. Koutkia P, Chen TC, Holick MF. Vitamin D intoxication associated with an over-the-counter supplement. N Engl J Med. 2001;345(1):66-7.
5. Araki T, Holick MF, Alfonso BD, Charlap E, Romero CM, Rizk D, et al. Vitamin D intoxication with severe hypercalcemia due to manufacturing and labeling errors of two dietary supplements made in the United States. J Clin Endocrinol Metab. 2011;96(12):3603-8.
6. Martínez ADH, Torràs MV, Jiménez MCM, Larriva MCM, Puerta MJM, Garcia GM, et al. Encefalopatía metabólica secundaria a intoxicación por vitamina D. Nutr Hosp [Internet]. 2015 [acesso em 02 fev. 2017];31(3):1449-51. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5053053>
7. Garg S, Sabri D, Kanji J, Rakkar PS, Lee Y, Naidoo N, et al. Evaluation of vitamin D medicines and dietary supplements and the physicochemical analysis of selected formulations. J Nutr Health Aging. 2013;17(2):158-61.
8. Su Z, Narla SN, Zhu Y. 25-Hydroxyvitamin D: Analysis and clinical application. Clin Chim Acta. 2014;433:200-5.
9. Marins TA, Galvão TFG, Korkes F, Malerbi DA, Ganc AJ, Korn D, et al. Intoxicação por vitamina D: relato de caso. Einstein (São Paulo) [Internet]. 2014 [acesso em 02 fev. 2017];12(2):242-4. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1679-45082014000200242&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1679-45082014000200242&script=sci_arttext&tlng=pt)
10. Schöttker B, Haug U, Schomburg L, Köhrle J, Perna L, Müller H, et al. Strong associations of 25-hydroxyvitamin D concentrations with all-cause, cardiovascular, cancer, and respiratory disease mortality in a large cohort study. Am J Clin Nutr. 2013;97(4):782-93.
11. Glendenning P, Inderjeeth CA. Controversy and consensus regarding vitamin D: recent methodological changes and the risks and benefits of vitamin D supplementation. Crit Rev Clin Lab Sci. 2016;53(1):13-28.
12. Khadgawat R, Ramot R, Chacko KM, Marwaha RK. Disparity in cholecalciferol content of commercial preparations available in India. Indian J Endocrinol Metab [Internet]. 2013 [acesso em 05 mar. 2017];17(6):1100-3. Disponível em: <http://www.ijem.in/article.asp?issn=2230-8210;year=2013;volume=17;issue=6;spage=1100;epage=1103;aulast=Khadgawat>
13. Bischoff-Ferrari HA, Dawson-Hughes B, Staehelin HB, Orav JE, Stuck AE, Theiler R, et al. Fall prevention with supplemental and active forms of vitamin D: a meta-analysis of randomised controlled trials. BMJ [Internet]. 2009 [acesso em 05 mar. 2017];339:1-11. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmj.b3692>
14. Bischoff-Ferrari HA, Willett WC, Orav EJ, Oray EJ, Lips P, Meunier PJ, et al. A pooled analysis of vitamin D dose requirements for fracture prevention. N Engl J Med [Internet]. 2012 [acesso em 10 mar. 2017];367:40-49. Disponível em: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1109617#t=article>
15. Busse B, Bale HA, Zimmermann EA, Panganiban B, Barth HD, Carriero A, et al. Vitamin D deficiency induces early signs of aging in human bone, increasing the risk of fracture. Sci Transl Med. 2013;5(193):1-12.

Recebido: 21/07/2017

Revisado: 12/10/2017

Aprovado: 09/01/2018





## Efeitos da fotobioestimulação no tratamento da neuralgia pós-herpética: relato de caso

Effects of photobiostimulation in the treatment of post-herpetic neuralgia: a case report

Raimundo Nonato Silva Gomes<sup>1</sup>  
Larissa Vanessa Machado Viana<sup>1</sup>  
Jenniffer de Souza Ramos<sup>1</sup>  
Nilza Maria da Nave e Castro<sup>1</sup>  
Renata Amadei Nicolau<sup>1</sup>

### Resumo

**Objetivo:** Descrever o efeito da fotobiomodulação no tratamento de neuralgia pós-herpética em idosa. **Relato de caso:** Paciente do gênero feminino, 61 anos, 56kg, 1,67cm de altura, procurou o Centro de Laserterapia da Universidade do Vale do Paraíba, na cidade de São José dos Campos, SP, Brasil, no dia 27 de outubro de 2015. Diagnosticada com herpes zoster em 4 de setembro de 2015 com queixas de neuralgia intermitente no trajeto do nervo torácico longo e picos de dor intensa (nível 10, segundo escala analógica de dor). A fotobiomodulação foi realizada com irradiações pontuais do laser de baixa intensidade em 20 pontos ao redor do nervo acometido pelo herpesvírus, com uma distância de 2 cm de cada ponto. A irradiação foi realizada com o tempo de 20 segundos em cada ponto, ou seja, 3J/cm<sup>2</sup> por ponto e energia total de 60 J. Sendo ao final do tratamento o nível de dor 0 e o padrão de sono normal (oito horas de sono). **Conclusão:** A fotobiomodulação tratou o desconforto algico, melhorou a qualidade de vida da paciente e mostrou-se, por meio de suas vantagens, ser um tratamento efetivo, seguro e promissor, com grande potencial de se tornar a terapia de escolha em tais casos.

**Palavras-chave:** Herpes Zoster. Idoso. Neuralgia. Terapia a Laser de Baixa Intensidade.

### Abstract

**Objective:** To describe the effect of photobiomodulation therapy in the treatment of post-herpetic neuralgia in the elderly. **Case report:** A female patient, 61 years old, 56kg, 1.67cm tall, sought treatment at the Laser Therapy Center of the Universidade do Vale do Paraíba, in the city of São José dos Campos, São Paulo, Brazil, on October 27, 2015. She had been diagnosed with herpes zoster on September 4, 2015 with complaints of intermittent neuralgia in the long thoracic nerve path and spikes of intense pain (level 10, according to the analogue pain scale). Photobiomodulation was performed with low intensity laser spot irradiations at 20 points around the herpesvirus nerve, with a distance of 2cm between each point. Irradiation was performed at each point after 20 seconds, with 3J/cm<sup>2</sup> per point and total energy of 60J. At the end of the treatment the pain level was 0 and the patient exhibited a normal sleep pattern (eight hours of sleep).

**Keywords:** Herpes Zoster. Elderly. Neuralgia. Low-Intensity Laser Therapy.

<sup>1</sup> Universidade do Vale do Paraíba, Instituto de Pesquisa e Desenvolvimento, Programa de Pós-graduação em Engenharia Biomédica. São José dos Campos, SP, Brasil.

*Conclusion:* Photobiomodulation treated painful discomfort, improved the quality of life of the patient and proved to be an effective, safe and promising treatment, with significant potential to become the therapy of choice in such cases.

## INTRODUÇÃO

O nome herpes vem do grego *herpein* que significa “aquilo que irrompe de surpresa”, pois a herpes em suas diferentes formas virais pode manter-se latente ao longo dos anos até a primo-infecção irromper-se<sup>1</sup>.

O vírus *varicela-zoster* (VVZ) é um herpesvírus que causa a varicela e persiste de forma latente no sistema nervoso após um quadro de infecção primária. A reativação do VVZ em um nervo craniano ou no gânglio dorsal da raiz, com propagação ao longo do nervo sensorial para o dermatomo, leva a manifestações cutâneas dolorosas, condição essa denominada herpes zoster<sup>2</sup>.

A reativação do herpesvírus está intimamente correlacionada ao sistema imunológico, uma vez que a doença ocorre principalmente em indivíduos imunocomprometidos por outras doenças, como câncer, síndrome da imunodeficiência adquirida, imunossupressão pós-transplante e quimioterapia. Há forte correlação entre a maior incidência de herpes zoster (HZ) com o aumento da idade, principalmente acima de 55 anos, porque a idade avançada está associada a um declínio na resposta imune mediada pelas células T<sup>1,3</sup>.

O quadro clínico do HZ é, quase sempre, típico. A maioria dos doentes refere, antecedendo às lesões cutâneas, dores nevrálgicas, além de parestesias, ardor e prurido locais, acompanhados de febre, cefaleia e mal-estar. A lesão elementar é uma vesícula sobre base eritematosa. A erupção é unilateral, raramente ultrapassando a linha mediana, seguindo o trajeto de um nervo. Surgem de modo gradual, levando de dois a quatro dias para se estabelecerem<sup>2,4</sup>.

Quanto ao diagnóstico, na sua grande maioria, é feito de forma clínica, sem a necessidade de exames complementares. Várias outras doenças cutâneas podem se apresentar de forma semelhante, devendo ser lembradas no diagnóstico diferencial. O diagnóstico tem maior probabilidade de ser HZ em pessoas com história prévia conhecida de varicela e

com todas as manifestações clássicas: pródromos de dor, erupção cutânea e distribuição em dermatomo e neuralgia<sup>1,2</sup>.

A neuralgia, sintoma mais comum em pacientes acometidos por HZ é caracterizada por dor neuropática crônica com persistência mínima de um mês no trajeto do nervo afetado e que se inicia entre um e seis meses após a cura das erupções cutâneas, podendo durar anos. A incidência de neuralgia pós-herpética (NPH) varia entre 10% e 20% em idosos imunocompetentes<sup>5</sup>.

Diante disso, o uso do laser de baixa intensidade (LBI) surge como uma abordagem terapêutica viável ao tratamento da NPH. O LBI, nas ciências da saúde tem sido empregado com constância na prática clínica devido aos seus efeitos anti-inflamatório, analgésico, antiedematoso e sua contribuição no reparo tecidual<sup>6</sup>. Entre os efeitos citados, pode-se incluir também a aceleração no processo de sedimentação óssea, bem como a degranulação de mastócitos, além de promover o aumento na circulação periférica, a vasodilatação e a proliferação fibroblástica<sup>7</sup>.

Diante disso, o presente relato de caso teve como objetivo descrever o efeito da fotobiomodulação no tratamento de neuralgia pós-herpética em idosa.

## RELATO DE CASO

A pesquisa foi realizada no Centro de Laserterapia e Fotobiologia na Universidade do Vale do Paraíba (UNIVAP), em São José dos Campos, SP, Brasil, após deliberação do parecer substanciado do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UNIVAP, protocolo nº 1.610.060 aprovado em 24/06/2016. Antes do início do tratamento a paciente foi informada de todos os passos da terapêutica e da posterior descrição do caso clínico para uma eventual publicação. Para tanto, a mesma foi convidada a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, resguardando a sua identidade e o direito de eximir sua participação do estudo a qualquer momento.

Paciente do gênero feminino, idosa (61 anos), 56kg, 1,67cm de altura, natural de São Paulo capital, Brasil, atualmente residente no Estado da Flórida, Estados Unidos, negou uso de drogas lícitas e/ou ilícitas, procurou o Centro de Laserterapia no dia 27 de outubro de 2015 com queixas de neuralgia intermitente e picos de dor intensa (nível 10, segundo escala analógica de dor). Referiu os primeiros sintomas da doença (intensa neuralgia) em junho de 2015 e recebeu o diagnóstico de HZ em 4 de setembro de 2015. Manteve o quadro clínico de intensa neuralgia.

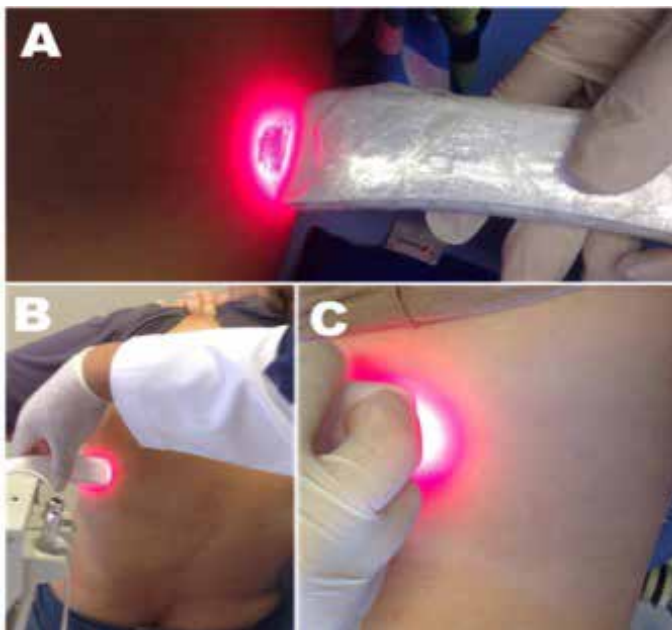
Quando procurou o Centro de Laser estava realizando o mesmo tratamento prescrito à época do diagnóstico: aciclovir (400 mg, por via oral, cinco vezes ao dia durante sete dias), gabapentina (300 mg, de 12 em 12 horas) clonazepam (0,5 mg, de 12 em 12 horas), tramadol (50 mg, por via oral, de 12 em 12 horas) e dipirona (500 mg, por via oral, de 8 em 8 horas) para auxílio no tratamento do HZ e da NPH, sem grandes efeitos segundo relatos da paciente. Queixava-se de dor neuropática no trajeto do nervo torácico longo, local anteriormente proliferado por vesículas características de HZ.

Para as irradiações foi executada uma paramentação básica (jaleco, óculos de proteção, luvas, gorro e máscara) dos profissionais legal e tecnicamente habilitados (Figura 1). Para a remoção de sujidades do local que foi irradiado utilizou-se gaze estéril embebida em álcool a 70% para melhorar a

penetração da luz no tecido irradiado. O aparelho foi revestido com plástico transparente para impedir eventuais contaminações.

A laserterapia foi realizada com aplicações pontuais do LBI em 20 pontos ao redor do nervo acometido pelo herpesvírus, com uma distância de 2cm de cada ponto. A demarcação dos pontos na pele foi realizada com auxílio de caneta hipoalergênica de longa duração e resistente à umidade. A medida da distância dos pontos foi realizada com régua. A irradiação foi realizada pela técnica transcutânea (contato direto com a pele), com o tempo de 20 segundos em cada ponto, sendo utilizada energia de  $3\text{J}/\text{cm}^2$  por ponto, energia total de 60 J e área do feixe de  $0,5\text{cm}^2$ . O aparelho de laser utilizado foi um *Cluster* com cinco lasers de GaAlAs (*Clean Line*, Brasil) com comprimento de onda de 654 nm (vermelho) e potência de 200mW.

Inicialmente foram instituídas 10 sessões de laserterapia, sendo duas irradiações por semana. Na fase final do tratamento (as três últimas irradiações) foi realizada apenas uma irradiação por semana. O nível de dor<sup>8,9</sup> (Tabela 1), a qualidade de vida (Tabela 2) e o padrão de sono foram avaliados a cada sessão para acompanhamento da terapêutica. O nível de dor foi avaliado com base na Escala Analógica de Dor<sup>8</sup>, o padrão de sono foi avaliado com base em questão norteadora acerca da qualidade e da quantidade de horas de sono, enquanto a qualidade de vida foi avaliada por meio do SF-36<sup>10</sup>.



**Figura 1.** Irradiações com o laser de baixa intensidade. São José dos Campos, SP, 2016.

**Tabela 1.** Avaliação do nível de dor (Escala Analógica de Dor). São José dos Campos, SP, 2016.

Irradiações	Nível de dor	Tipos de tratamentos
0	9 (dor contínua)	AV + AC + BD + OP + DIP
1 <sup>a</sup>	8 (dor intermitente)	AV + AC + BD + OP + DIP + LBI
2 <sup>a</sup>	8 (dor intermitente)	AV + AC + BD + OP + DIP + LBI
3 <sup>a</sup>	8 (dor intermitente)	AV + AC + BD + OP + DIP + LBI
4 <sup>a</sup>	7 (dor intermitente)	AV + AC + BD + OP + DIP + LBI
5 <sup>a</sup>	5 (apenas à noite)	AV + AC + BD + OP + DIP + LBI
6 <sup>a</sup>	5 (apenas à noite)	LBI
7 <sup>a</sup>	4 (apenas à noite)	LBI
8 <sup>a</sup>	3 (apenas à noite)	LBI
9 <sup>a</sup>	2 (apenas à noite)	LBI
10 <sup>a</sup>	0	LBI
Reavaliação	0	Sem tratamentos

AV: antiviral; AC: anticonvulsivante; BD: benzodiazepínico; OP: opiáceo; DIP: dipirona; LBI: laser de baixa intensidade.

A questão norteadora foi utilizada para avaliar, em cada sessão da fotobiomodulação, a qualidade e quantidade de horas de sono. No início do tratamento (até a terceira sessão) a paciente referia no máximo três horas de sono, sob efeito medicamentoso (gabapentina, clonazepam e tramadol). No intervalo

entre a quarta e a sétima sessão de LBI houve uma melhora significativa no padrão de sono (em torno de cinco a seis horas de sono profundo). Entre a oitava e a décima sessão de fotobiomodulação houve estabilização no padrão de sono, com cerca de oito horas diárias de sono profundo.

**Tabela 2.** Avaliação da qualidade de vida por meio do SF-36. São José dos Campos, SP, 2016.

Domínios do SF-36	Avaliação inicial	Avaliação final
Capacidade funcional	25	85
Aspectos físicos	20	90
Dor	0	100
Estado geral de saúde	10	90
Vitalidade	0	90
Aspectos sociais	30	95
Aspectos emocionais	30	85
Saúde mental	40	90

O valor zero corresponde ao resultado mais negativo (pior qualidade de vida) e 100 corresponde ao resultado mais positivo (melhor qualidade de vida).

## DISCUSSÃO

O vírus *varicella-zoster* (VVZ), membro da Herpesviridae, é um vírus altamente contagioso, com grande potencial neurotrópico e com potencial de infectar apenas seres humanos. O herpesvírus têm a capacidade de induzir latência nos organismos infectados, podendo portanto se tornarem reativados a qualquer momento<sup>11,12</sup>.

O HZ deve-se à reativação do VVZ, que permanece de forma latente em gânglios nervosos sensoriais ou em nervos cranianos após infecção primária<sup>12</sup>. A infecção primária pelo VVZ se dá pela inalação de aerossóis quando o vírus entra em contato com a mucosa do sistema respiratório superior e/ou a conjuntiva<sup>13</sup>.

Já a transmissão do HZ ocorre por meio do contato direto com as áreas lesadas do indivíduo

infectado. As complicações mais conhecidas do HZ são as acometimentos neurológicos, oftalmológicos e a NPH (a mais comum)<sup>2,13</sup>.

A NPH, dor que perdura após a resolução da erupção cutânea, pode continuar por muitos meses ou mesmo anos e pode ser grave, interferindo com o sono e qualidade de vida dos pacientes<sup>2,12</sup>.

O tratamento recomendado é realizado com antiviral, sendo os mais comuns o aciclovir, o valaciclovir e o fanciclovir. Esses três medicamentos têm eficácia comprovada em termos de redução da formação de novas lesões, aceleração da resolução das lesões e diminuição da intensidade da dor aguda. No entanto, o tratamento com valaciclovir ou fanciclovir parece ser mais eficaz no tratamento do HZ do que o aciclovir<sup>2,14</sup>.

Há evidências consistentes de que o aciclovir oral é ineficaz para reduzir a incidência de NPH e não há evidências suficientes para recomendar os outros antivirais para esta finalidade<sup>14</sup>.

A dor é uma complicação muito frequente do HZ, e o seu manejo varia de acordo com sua intensidade, duração e características do paciente. Comumente os opióides são utilizados para dores mais intensas, enquanto para dores leves os anti-inflamatórios não esteroides podem ser administrados. O prurido também é um sintoma comum, podendo ser tratado com o uso de calamina<sup>14,15</sup>.

As medicações recomendadas para minimizar dores muito intensas associadas à NPH incluem antidepressivos tricíclicos (amitriptilina, nortriptilina e imipramina), agentes anticonvulsivantes (gabapentina e pregabalina), opióides, lidocaína tópica (adesivo de lidocaína) e capsaicina. A terapias combinada entre anticonvulsivantes e antidepressivos tricíclico, ou com opiáceos e anticonvulsivantes, têm demonstrado-se mais eficazes do que a monoterapia. No entanto, mesmo assim a dor pode permanecer<sup>16</sup>.

Não obstante a terapêutica convencional com antivirais, antidepressivos, anticonvulsivantes, opiáceos e anti-inflamatórios não demonstrou ser completamente eficaz no tratamento dos sinais e sintomas provocados pelo VVZ no HZ. Por isso, a LBI é estudada como uma modalidade alternativa e/ou coadjuvante de tratamento<sup>9,16</sup>.

Desta forma, a LBI oferece uma modalidade de terapia segura que geralmente é livre de efeitos deletérios. Devido à natureza atérmica dos lasers utilizado na LBI não há relatos de efeitos adversos relacionados à terapia<sup>17,18</sup>.

O mecanismo de biomodulação do LBI tem sido associado à ativação da cadeia respiratória mitocondrial, resultando em uma cascata de sinalização que promove a proliferação celular e a citoproteção. As evidências sugerem que o citocromo c-oxidase seja o principal biomodulador<sup>7</sup>. A resposta anti-inflamatória e analgésica está relacionada ao mecanismo que envolve a inibição de ácido araquidônico e a consequente redução da produção de prostaglandina E2, além de fatores de modulação de citocinas pró-inflamatórias<sup>17,18</sup>.

No presente caso foram obtidos resultados positivos na redução da neuralgia, na melhora da qualidade de vida e no padrão de sono. Outros estudos também encontraram evidências semelhantes à deste estudo ao destacar os efeitos da fotobioestimulação<sup>1,3,5</sup>.

A fotobioestimulação na região do infravermelho tem sido amplamente divulgada nos meios científicos e clínicos, devido aos efeitos positivos na redução da NPH. Os resultados encontrados neste caso corroboram estudos clínicos ao destacarem a ação anti-inflamatória e analgésica do laser aplicado a pacientes com NPH<sup>3,6,18</sup>.

Estudo de revisão realizado com 11 trabalhos científicos demonstrou o potencial da LBI como meio viável ao tratamento do HZ, uma vez que houve uma redução significativa dos principais acometimentos (dor, sono e repouso) relacionados à NPH<sup>17,18</sup>. No entanto, para que possa ser bem empregada e para que consiga alcançar um resultado satisfatório é imprescindível conhecer bem a técnica, o seu princípio de funcionamento, o HZ e as peculiaridades intrínsecas a cada paciente<sup>9,19,20</sup>.

## CONCLUSÃO

A fotobioestimulação tratou o desconforto algico, melhorou a qualidade de vida da paciente e mostrou-se, por meio de suas vantagens, ser um tratamento efetivo, seguro e promissor,

com grande potencial de se tornar a terapia de escolha em tais casos. Portanto, o protocolo de fotobioestimulação adotado neste relato de caso foi efetivo e demonstrou a sua capacidade terapêutica

na neuralgia. Desta forma, objetivando padronizar os parâmetros de fotobioestimulação utilizados neste estudo sugerem-se mais pesquisas envolvendo mais participantes.

## REFERÊNCIAS

1. Reggiori MG, Allegretti CE, Scabar LF, Armonia PL, Giovani EM. Laser therapy for herpes simplex treatment in HIV patients: case report. *Rev Inst Ciênc Saúde*. 2008;26(3):357-61.
2. Coelho PAB, Coelho PB, Carvalho NC, Duncan MS. Diagnóstico e manejo do herpes-zóster pelo médico de família e comunidade. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2014;9(32):279-85.
3. Schmader KE, Dworkin RH. Natural history and treatment of herpes zoster. *J Pain*. 2008;9(Suppl. 1):3-9.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica [Internet]. Brasília, DF: MS; 2012 [acesso em 20 mar. 2017]. (Cadernos de Atenção Básica; n° 28; vol. 2). Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Caderno28volII.pdf>
5. Portella AVT, Souza LCB, Gomes JMA. Herpes-zoster and post-herpetic neuralgia. *Rev Dor*. 2013;14(3):210-15.
6. Ferreira DC, Martins FO, Romanos MTV. Impact of low-intensity laser on the suppression of infections caused by Herpes simplex viruses 1 and 2: in vitro study. *Rev Soc Bras Med Trop*. 2009;42(1):82-5.
7. Prockt AP, Takahashi A, Pagnoncelli RM. Uso de terapia com laser de baixa intensidade na cirurgia bucomaxilofacial. *Rev Port Estomatol Cir Maxilofac*. 2008;49(4):247-55.
8. Bottega FH, Fontana RT. A dor como quinto sinal vital: utilização da escala de avaliação por enfermeiros de um hospital geral. *Texto & Contexto Enferm*. 2010;19(2):283-90.
9. Fonseca DC, Galdino DAA, Guimarães LHCT, Alves DAG. Avaliação da qualidade do sono e sonolência excessiva diurna em mulheres idosas com incontinência urinária. *Rev Neurociênc*. 2010;18(3):294-99.
10. Adorno MLGR, Brasil-Neto JP. Avaliação da qualidade de vida com o instrumento sf-36 em lombalgia crônica. *Acta Ortop Bras*. 2013;21(4):202-7.
11. Bostikova V, Salavec M, Smentana J, Chlibek R, Kosina P, Prasil p, et al. Genotyping of varicella-zoster virus (VZV) wild-type strains isolated in the Czech Republic. *Biomed Pap Med Fac Univ Palacky Olomouc Czech Repub*. 2011;155(4):379-84.
12. Vazzoller RMS, Fernandes RD, Sena RMM, Senna AM. Tratamento do herpes simples por meio da laserterapia: relato de casos. *Rev Cient ITPAC*. 2016;9(1):1-11.
13. Lobo IM, Santos ACL, Santos Júnior JÁ, Passos RO, Pereira CU. Vírus varicela zoster. *Rev Bras Med*. 2015;72(6):231-8.
14. Chen N, Li Q, Yang J, Zhou M, Zhou D, He L. Antiviral treatment for preventing nerve pain after shingles (postherpetic neuralgia). *Cochrane Database Syst Rev*. 2014;(2):1-3.
15. Cohen JI. Herpes Zoster. *N Engl J Med*. 2013;369(3):255-63.
16. Dubinsky RM, Kabbani H, El-Chami Z, Boutwell C, Ali H. Practice parameter: treatment of postherpetic neuralgia: an evidence-based report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology*. 2004;28;63(6):959-65.
17. Abreu EMC, Nicolau RA. Terapia a laser de baixa intensidade na regeneração do tecido nervoso após lesão medular. *Rev Neurociênc*. 2015;23(2):297-304.
18. Gomes RNS, Gomes VTS, Nicolau RA. Tratamento da neuralgia pós-herpética. *Sci Med*. 2016;26(2):1-6.
19. Oliveira ECSS, Marinelli NP, Santos FJL, Gomes RNS, Galindo Neto NM. Perfil epidemiológico dos presos de uma central de custódia de presos de justiça. *Rev Enferm UFPE on line*. 2016;10(9):3377-83.
20. Gomes RNS, Gomes VTS, Gomes MS, Reis EG, Cardoso JC, Conceição FR, et al. Aplicações neurológicas da espectroscopia Raman. *Rev Eletr Acervo Saúde*. 2017;Supl. 8:578-83.

Recebido: 01/08/2017

Revisado: 06/12/2017

Aprovado: 24/01/2018







# Ferramenta FRAX no Brasil: revisão integrativa da literatura após sua validação

FRAX Tool in Brazil: an integrative literature review following validation

Cristina de Jesus Sousa<sup>1</sup>  
Maria Liz Cunha de Oliveira<sup>1</sup>

## Resumo

O presente artigo é uma revisão integrativa que teve como objetivo investigar o uso da ferramenta FRAX no Brasil após sua validação, sintetizar e apreender os resultados desses estudos e discutir as suas principais indicações e limitações. Para a seleção dos artigos utilizou-se duas fontes de bases de dados, Portal Capes e Biblioteca Virtual em Saúde, e a amostra desta revisão constituiu-se dos únicos quatro artigos publicados no Brasil utilizando a ferramenta FRAX, após sua validação em maio de 2013. Após análise dos artigos incluídos na revisão, os resultados dos estudos demonstraram que a ferramenta FRAX, com ênfase na predição e orientação, apesar de algumas limitações, é uma das estratégias que podem ser usadas na diminuição da prevalência de fraturas pela possibilidade de uso ambulatorial devido à sua simplicidade de aplicação, permitindo uma tomada de decisão terapêutica precoce e segura.

**Palavras-chave:** FRAX.  
Fraturas por Osteoporose.  
Diagnóstico. Programas  
de Rastreamento.  
Técnicas e Procedimentos  
Diagnósticos. Brasil.

## Abstract

The present article is an integrative review the objective of which was to assess research carried out with the FRAX tool in Brazil following its validation, and describe the conclusions drawn. Two databases were used to select the articles (the Capes Portal and the Virtual Health Library), and the sample of this review was the only four articles published in Brazil relating to the FRAX tool following its validation in May 2013. After analyzing the articles, the results demonstrated that despite some limitations the FRAX Tool can be used to reduce the prevalence of fractures due to its simplicity of use, with an emphasis on prediction and orientation, allowing early and safe therapeutic decision-making.

**Keywords:** FRAX.  
Osteoporotic Fractures.  
Diagnosis. Mass Screening.  
Diagnostic Techniques and  
Procedures. Brazil.

<sup>1</sup> Universidade Católica de Brasília, Escola de Saúde e Medicina, Programa de Pós-graduação *Stricto Sensu* em Gerontologia. Brasília, DF, Brasil.

## INTRODUÇÃO

Inserido no processo complexo da prestação de atendimento médico atual, o papel do ginecologista pode ser descrito como o daquele médico que atende apenas mulheres, que desenvolve seu exercício profissional em determinado espaço social fazendo uso dos instrumentos da cultura de sua sociedade e produzindo conhecimentos e representações com finalidades determinadas, visando à integralização do atendimento da mulher no âmbito clínico, principalmente se essa mulher for idosa<sup>1</sup>.

O papel do ginecologista, no espaço social e técnico da unidade do seu consultório, torna-se mais e mais complexo a cada dia, na medida em que necessita interligar os aspectos humanos, explicitados no atendimento a paciente, enquanto indivíduo único em suas particularidades e fragilidade emocionais, simultaneamente às nuances do relacionamento interpessoal<sup>1</sup>.

Assim, entende-se que a esfera de atuação esperada do médico ginecologista hoje contemple, além da escuta dessas pacientes e as atividades inerentes da própria especialidade como o específico exame físico e a solicitação de exames complementares obrigatórios nos protocolos, exames complementares mais amplos da esfera clínica para rastreamento e prevenção de doenças em outras esferas para a diminuição de morbidades. Muitas vezes, o ginecologista é o único médico que a mulher procura de modo regular. Tal cuidado deve-se a compreensão de que devemos diminuir as oportunidades perdidas de realizar um diagnóstico completo dessa mulher, principalmente sendo ela idosa, onde várias comorbidades aparecem<sup>1</sup>.

Dentro deste contexto, temos a osteoporose, que é considerada uns dos problemas de saúde mais comuns e mais sérios da população idosa feminina nos países desenvolvidos e caracteriza-se por baixa densidade óssea e degeneração da microarquitetura óssea o que leva um aumento de fragilidade dos ossos e aumento do risco de fratura. A massa óssea aumenta na infância e adolescência, tem o pico na terceira ou quarta década de vida e declina a partir daí. Os grupos de maior risco de osteoporose são mulheres no período pós-menopausa, brancas, asiáticas, magras e pequenas, com histórico familiar de osteoporose<sup>2-4</sup>.

Pelas estimativas recentes, calcula-se que a osteoporose já afete 200 milhões de mulheres em todo o mundo e que existam hoje nos Estados Unidos 44 milhões de indivíduos com osteoporose ou osteopenia. As previsões para 2020 são de mais de 61 milhões de indivíduos com osteoporose ou baixa Densidade Mineral Óssea (DMO) só nos EUA<sup>2,4</sup>.

Segundo a *National Osteoporosis Foundation*, a cada três segundos ocorre uma fratura osteoporótica e a cada vinte e dois segundos, uma fratura vertebral osteoporótica.

Fraturas osteoporóticas impõem graves entraves físicos, psicossociais e financeiros, tanto para o paciente quanto para a sociedade<sup>5</sup>.

A introdução da ferramenta FRAX (*Fracture Risk Assessment Tool*) facilitou a avaliação do risco de fraturas ósseas. A FRAX foi desenvolvida pelo *World Health Organization Collaborating Center for Metabolic Bone Diseases* da Universidade de Sheffield, Inglaterra, em parceria com a Organização Mundial de Saúde (OMS) e foi lançada em 2008. É baseada em análise individual de cada paciente, correlacionando os fatores de risco com a densidade mineral óssea do fêmur medida pela densitometria óssea. O algoritmo calcula a probabilidade de fraturas ósseas a partir de fatores clínicos facilmente obtidos e o resultado é a probabilidade de fratura de fêmur e de outros ossos, nos próximos 10 anos. A probabilidade é calculada a partir de dados como idade, sexo, índice de massa corporal (IMC), e fatores de risco como história de fraturas por fragilidade óssea, história familiar de fratura de fêmur, fumo, uso prolongado de corticoides, artrite reumatoide, outras causas de osteoporose secundária e alto consumo de álcool<sup>6,7</sup>.

Aproximadamente 21% das mulheres de 50-84 anos dos maiores países da Europa (Alemanha, França, Itália e Reino Unido) têm osteoporose, o que significa mais de 12 milhões de mulheres só nesses países<sup>8</sup>.

Após sua criação, a ferramenta FRAX foi calibrada para diferentes países a partir de taxas de mortalidade e de fraturas ósseas específicas de cada país. O modelo FRAX é hoje viabilizado em 28 línguas (árabe, inglês, chinês tradicional e simplificado, dinamarquês, finlandês, francês, alemão, japonês, polonês, russo, espanhol, português, sueco, turco, bengalês, tcheco, holandês, grego,

islandês, indonésio, italiano, coreano, lituano, norueguês, romeno, eslovaco, tailandês) e já tem seu modelo avaliado para mais de 30 países<sup>9,10</sup>.

Está disponível como aplicativo para IOS e Android. É apreciado por sua simplicidade e criticado pelo mesmo motivo. É desnecessário em pacientes onde o tratamento é claramente indicado e em pacientes muito idosos com várias fraturas ósseas por fragilidade<sup>9</sup>.

A FRAX é atualmente a ferramenta mais utilizada na seleção de indivíduos para tratamento de osteoporose. Por isto, em julho de 2017, a Federação Brasileira de Ginecologia (FEBRASGO) recomendou a utilização desta na consulta ginecológica, visando melhorar a abordagem da assistência às mulheres<sup>1</sup>.

A justificativa para o uso da ferramenta pelo ginecologista é o conhecimento de que os principais fatores de risco associados à perda de massa óssea são: idade avançada, sexo feminino e período da pós-menopausa. Assim, são necessários estudos avaliativos sobre a importância da utilização da ferramenta no Brasil.

Diante desse contexto, o presente estudo se propôs a conhecer o uso da ferramenta FRAX no Brasil após sua validação, sintetizar e apreender os resultados desses estudos e discutir as suas principais indicações e limitações.

## MÉTODOS

Trata-se de uma revisão integrativa a partir de um estudo retrospectivo e documental, realizado com o levantamento das produções científicas publicadas no período de 2013 a 2017 e localizadas na Biblioteca no Portal Capes (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior), que comporta inúmeras bases de dados e na Biblioteca Virtual em Saúde que comporta as bases Medline e Lilacs.

A revisão integrativa envolve a análise de pesquisas, oferecendo fundamentação científica para tomada de decisão, melhorando os resultados obtidos na prática clínica e com perspectivas de ampliação do conhecimento em assunto específico, além de auxiliar no preenchimento de lacunas identificadas nos estudos anteriores. A revisão integrativa permite

ainda utilizar estudos diversos para evidenciar uma linha de pesquisa<sup>11</sup>.

A revisão integrativa seguiu os seguintes passos: definição do tema e questão norteadora; estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão; definição das informações a serem extraídas dos estudos; avaliação dos estudos; interpretação dos principais resultados e a elaboração do documento que contempla todas essas fases<sup>12</sup>.

Após a definição do tema, formulou-se a seguinte questão: O que foi produzido no Brasil de artigos sobre a ferramenta FRAX após sua validação nesse país em 2013?

A estratégia utilizada para obtenção das publicações teve como eixo norteador apenas o descritor registrado MeSH (*Medical Subject Headings*), pois não foi encontrado nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS/Biblioteca Virtual de Saúde) nada relacionado à ferramenta FRAX. Foram então utilizados os descritores em inglês “FRAX tool” e “Brazil” e “ten-year fracture probability” e os descritores na língua portuguesa ferramenta FRAX, Brasil e probabilidade de fratura em 10 anos, interligados pelo operador booleano AND.

Para a coleta de dados foram adotados os seguintes critérios de inclusão: pesquisas disponíveis on-line, referentes a trabalhos desenvolvidos no Brasil, na língua inglesa ou em português, com acesso gratuito, na íntegra e publicados nos últimos cinco anos, com indexação em periódicos disponíveis na Biblioteca no Portal Capes (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior) e na BVS (Biblioteca Virtual de Saúde). Desta feita, as seguintes bases de dados foram utilizadas nesta pesquisa: *Scientific Electronic Library Online* (Scielo), *National Library of Medicine* (Pubmed), *Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde* (Lilacs), *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (Medline).

Foram excluídos: guias médicos, resenhas, comentários, relatórios técnicos e científicos, dissertações, bem como documentos ministeriais e informativos governamentais e outros documentos que, embora discorressem sobre o tema, não apresentavam o formato IMRDC (introdução, método, resultado, discussão e conclusão) de artigo científico. Num segundo momento, excluíram-se

artigos repetidos ou aqueles em que o tema central não era a ferramenta FRAX.

Assim, o processo de busca de manuscritos na referida base de dados resultou em 44 artigos referentes ao descritor “FRAX tool and Brazil”.

Após o estabelecimento dos critérios de inclusão e a realização da leitura prévia dos títulos e resumos foram selecionados sete textos relacionados ao descritor acima relatado.

Em seguida, foram aplicados os critérios de exclusão já detalhados. Realizou-se, também, a análise criteriosa e a leitura integral dos artigos. Deste modo, quatro artigos foram eleitos para formar a base da análise deste estudo.

Para a coleta de dados dos artigos que foram incluídos na revisão integrativa, foram utilizados os seguintes critérios: identificação do artigo original, características metodológicas do estudo, avaliação do rigor metodológico e da aplicação no artigo da ferramenta FRAX.

Para a análise e posterior síntese dos artigos que atenderam aos critérios de inclusão foi utilizado um quadro sinóptico especialmente construído para esse fim, que contemplou os seguintes aspectos, considerados pertinentes: nome da pesquisa; nome dos autores; título do periódico; idioma; ano; instituição; delineamento de pesquisa; objetivos; resultados e recomendações.

A fim de ter acesso ao texto completo do artigo, foi selecionado o *link* disponível diretamente na base de dados da BVS ou na Capes. No entanto, nem sempre o conteúdo do resumo correspondia à descrição contida no artigo. Por esse motivo, para a construção deste estudo, optou-se pela leitura na íntegra de todas as publicações analisadas.

Para o mapeamento do conjunto de produções científicas, identificaram-se as seguintes variáveis:

- Área de conhecimento da revista ou de atuação profissional: de acordo com as informações no início do artigo, referentes aos autores ou ao título da revista;
- Enfoque metodológico ou abordagem do estudo: os estudos foram considerados quantitativos quando envolviam inferências estatísticas com descrição matemática; qualitativos, quando compreendiam as relações e as atividades humanas representadas nas consciências coletivas ou individuais; e quali-quantitativos, quando ambos os enfoques foram usados de maneira complementar.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na presente revisão integrativa, analisaram-se quatro artigos que atenderam aos critérios de inclusão previamente estabelecidos, por meio dos quais, apresenta-se, a seguir, um panorama geral dos artigos avaliados.

**Quadro 1.** Caracterização dos artigos incluídos na revisão integrativa.

	Título do estudo	Título do Periódico	Autores	Idioma/Ano	Instituição
A1	Correlation between osteoporotic fracture risk in Brazilian postmenopausal women calculated using the FRAX with and without the inclusion of bone densitometry data	Arch Osteoporos	Bastos-Silva,Y, et al.	Inglês/2016	Universidade de Campinas
A2	Low health related quality of life associated with fractures in obese postmenopausal women in Santa Maria, Brazil	Bone Reports	Copês, R.M. et al.	Inglês/2017	Universidade Federal de Santa Maria
A3	Low self-awareness of osteoporosis and fracture risk among postmenopausal women	Arch Osteoporos	Langer, F. W. et al.	Inglês/2016	Universidade Federal de Santa Maria
A4	Incidence of hip fracture in Brazil and the development of a FRAX model.	Arch Osteoporos	Zerbini, C. A. F. et al.	Inglês/2015	Centro Paulista de Investigação Clínica e outros

Dentre os artigos incluídos na revisão integrativa, os quatro foram redigidos por médicos.

Dos artigos avaliados, um foi desenvolvido em centro de pesquisa e três foram estudos epidemiológicos realizados por universidades. Constatou-se, também, que três pesquisas foram realizadas em instituições únicas e uma foi realizada de forma multicêntrica.

Em relação ao tipo de revista nas quais foram publicados os artigos incluídos na revisão, todos foram publicados em revistas médicas internacionais sobre osteoporose.

Em relação ao ano de publicação todos foram publicados após 2015 e quanto ao idioma, todos os artigos foram publicados em inglês.

## Quadro 2. Delineamento e objetivos dos artigos.

	Delineamento de pesquisa	Objetivos	Resultados	Recomendações
A1	Estudo de coorte, exploratório e comparativo.	Avaliar o grau de concordância entre o risco de fraturas nos próximos 10 anos em mulheres menopausadas calculado pela ferramenta FRAX com e sem inclusão da densidade mineral óssea.	O FRAX constitui uma boa alternativa de predição de risco de fratura, identificando pacientes que devam ser tratados mesmo sem o conhecimento da densidade mineral óssea, evitando submeter pacientes a densitometria indisponível em várias regiões.	Necessidade de definir o limiar para iniciar tratamento farmacológico baseado na taxa de risco do FRAX para uso na população brasileira.
A2	Estudo de coorte, exploratório e comparativo.	Explorar o efeito de ambos, obesidade e fraturas, na qualidade de vida autorrelatada.	Foram encontrados menores índices de qualidade de vida autorrelatada em mulheres obesas com fraturas em relação às obesas sem fraturas e às não obesas com fraturas.	A ferramenta FRAX deve ser modificada já que ela não mensura bem o risco em pessoas obesas, subestimando a probabilidade de fraturas e deixando as mesmas sem tratamento. Além disso, há necessidade de estudos para avaliar a eficácia do efeito antifratura de diferentes medicações em pacientes obesos.
A3	Estudo de coorte, exploratório e comparativo.	Avaliar a concordância entre autopercepção de osteoporose e risco de fratura com o risco de fratura nos próximos 10 anos calculado pela ferramenta FRAX.	Não há concordância entre a autopercepção do risco de fraturas com o risco calculado pelo FRAX. 79,3% das mulheres identificadas com alto risco de fraturas pelo FRAX autopercebiam como tendo baixo risco.	Necessidade de medidas educativas sobre osteoporose em pacientes na pós-menopausa.
A4	Estudo de coorte exploratório.	Estimar a média de idade e sexo referentes às taxas de fraturas de fêmur no Brasil, para a criação da ferramenta FRAX brasileira e para poder então desenvolver intervenções.	A incidência de fraturas aumenta com a idade, com preponderância nos homens quando jovens e nas mulheres quando acima dos 50 anos. A probabilidade de fratura óssea foi maior em pacientes com fatores clínicos de risco como pais com fratura de fêmur, menor densidade óssea, baixo IMC, sexo feminino com história de fratura óssea prévia e idade avançada.	Intervenções devem ser aplicadas em mulheres idosas com história de fraturas prévias. A ferramenta FRAX é o primeiro modelo de predição de risco de fratura específico para o Brasil, baseado no método original, tendo sido validado por vários estudos de coorte independentes. Apesar de algumas limitações, é boa para implementação na prática clínica.

Quanto ao tipo de delineamento de pesquisa dos artigos avaliados, evidenciou-se, na amostra: os quatro foram estudos epidemiológicos transversais populacionais, porém um foi a descrição do desenvolvimento da validação da ferramenta FRAX Brasil com sua aplicação de modo retrospectivo.

Em relação ao objetivo desta revisão, ou seja, investigar o uso da FRAX no Brasil após sua validação ocorrida em 2013, encontramos quatro artigos.

Em relação ao segundo objetivo específico que foi sintetizar e apreender os resultados desses estudos parece haver concordância que a ferramenta FRAX, é um importante e simples método de rastreamento do risco de fraturas nos próximos 10 anos a nível ambulatorial.

Quanto ao objetivo de discutir as suas principais indicações e limitações, encontrou-se consenso na indicação do uso dessa ferramenta na prática clínica também para pacientes idosos, principalmente nas mulheres na pós-menopausa e idosas, grupo de maior risco.

Um artigo incluiu a utilização da ferramenta FRAX nas mulheres obesas e concluiu que o alto índice de massa corpórea mascararia o risco de fraturas, subestimando o mesmo<sup>13</sup>.

Um estudo demonstra o desconhecimento da real condição da própria qualidade óssea e dos riscos de fraturas por parte das mulheres, concluindo que existe necessidade de medidas educativas sobre osteoporose em pacientes na pós-menopausa<sup>14</sup>.

Porém, uma pesquisa multicêntrica realizada numa parceria entre a Universidade de Santa Maria, no Brasil, Cambridge, na Inglaterra e quatro centros de estudos nos EUA, terminado em 2012, com 6.049 mulheres das quais 18,5% eram obesas, concluiu que a ferramenta FRAX é válida na prevenção de fraturas em mulheres obesas na pós-menopausa, particularmente quando se usa o resultado da densidade óssea<sup>15</sup>.

A pouca informação sobre a doença mostra a dificuldade na prática médica de se estabelecer uma melhor forma de controle e tratamento. Nesse item, a ferramenta FRAX tem grande utilidade como rastreamento individual do risco de fraturas e a

possibilidade de introdução de modificações pessoais na qualidade de vida desses pacientes<sup>16</sup>.

A importância de mudanças na esfera pessoal podem promover mais saúde e funcionalidade ao idoso, assim como diminuir a mortalidade e a utilização do sistema de saúde com a consequente diminuição de custos<sup>17</sup>. Tal fato reforça a necessidade de medidas educativas e preventivas; primeiro, na tentativa de diminuir o número de pacientes com osteoporose, e segundo, para intervir o mais precocemente possível em favor dos pacientes com osteoporose, para que esses permaneçam ativos fisicamente e possam diminuir a ocorrência de fraturas<sup>16</sup>.

O estudo em que comparou o risco de fraturas nos próximos 10 anos com e sem o uso da densidade mineral óssea, só acessível através do exame de densitometria óssea, mostrou que os resultados são similares, fato esse muito importante, pois sabemos que em nosso país há regiões onde é impossível a realização da densitometria óssea<sup>18</sup>, o que seria uma estratégia na diminuição da prevalência de fraturas pela possibilidade de uso ambulatorial devido à sua simplicidade de aplicação, permitindo uma tomada de decisão terapêutica precoce e segura.

As limitações da FRAX estão descritas nas atualizações da ferramenta de 2016 e seriam: a utilização da ferramenta em pessoas nascidas em um país, porém com descendência de imigrantes e cuja ferramenta utilizada deveria ser a do país de origem dos pais; a impossibilidade de utilização da ferramenta como única estratégia de rastreamento para tratamento, visto que a mesma não permite a inclusão de riscos como fratura anterior de fêmur no paciente, a dose do glicocorticoide utilizada, a quantidade do fumo, resultado de densitometria de coluna, além de não ser contemplada a história anterior de quedas refletindo uma falha de captação de dados importante. Sabe-se que só o alto risco de queda no paciente aumentaria o risco de fratura em 30%<sup>9</sup>.

A revisão integrativa da literatura consiste na realização de uma análise ampla da literatura, contribuindo para discussões sobre resultados de pesquisas, assim como considerações sobre a realização de estudos futuros. O propósito desse método de pesquisa é obter conhecimento de um

determinado fenômeno, no caso o uso da ferramenta FRAX no Brasil, baseando-se em estudos anteriores e deve incluir informações satisfatórias, após se reunir e sintetizar as evidências disponíveis na literatura, que permitam ao leitor avaliar a adequação dos procedimentos empregados na elaboração da revisão, os aspectos relativos ao assunto abordado e o detalhamento dos estudos incluídos. Como limitações, pode-se citar o fato de que a inclusão de vários estudos, sendo estes de diferentes delineamentos de pesquisas, pode dificultar a análise final<sup>12</sup>.

Neste presente trabalho, tivemos como limitação o pequeno número de artigos encontrados, apesar de termos feito a busca em várias bases de dados (as pertencentes ao Portal Capes e à BVS), pois o objetivo da pesquisa versou acerca dos estudos realizados sobre a ferramenta FRAX apenas no Brasil e apenas após 2013.

## CONCLUSÃO

Pode-se verificar após o término da pesquisa que, de forma generalizada, todos os autores demonstraram que a ferramenta, apesar de algumas limitações, é um importante e simples método de rastreamento do risco de fratura a nível ambulatorial, sendo uma das estratégias que pode ser usada na diminuição da prevalência de fraturas devido à sua simplicidade de aplicação, permitindo uma tomada de decisão terapêutica precoce e segura.

Quanto mais precocemente identificarmos os pacientes de médio e alto risco de fratura, mais cedo poderemos iniciar o tratamento dos mesmos e ainda conscientizá-los, orientando-os a modificar hábitos de vida que diminuam sua saúde e interferem em sua massa óssea, promovendo diminuição de sua morbidade e melhoria da sua qualidade de vida.

## REFERÊNCIAS

1. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia [Internet]. Porque o Ginecologista deve se envolver no rastreamento, prevenção e tratamento da Osteoporose? Rio de Janeiro: FEBRASGO; 2017 [acesso em 20 jul. 2017]. Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/noticias/item/130-porque-o-ginecologista-deve-se-envolver-no-rastreamento-prevencao-e-tratamento-da-osteoporose>
2. Borges JLC, Maia JL, Silva RF, Lewiecki EM. Diagnóstico de fraturas vertebrais: oportunidades perdidas. *Rev Bras Reumatol* [Internet]. 2015 [acesso em 12 fev. 2017];55(5):464-7. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbr/v55n5/0482-5004-rbr-55-05-0464.pdf>
3. Marinho BCG, Guerra JP, Drummond JB, Silva BC, Soares MMS. The burden of osteoporosis in Brazil. *Arq Bras Endocrinol Metab* [Internet]. 2014 [acesso em 12 dez. 2017];58(5):434-43. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0004-27302014000500434&lng=en&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27302014000500434&lng=en&nrm=iso&tlng=en)
4. Baccaro LF, Machado VSS, Costa-Paiva L, Sousa MH, Osis MJ, Pinto-Neto AM. Factors associated with fragility fractures in women over 50 years of age: a population-based household survey. *Rev Bras Ginecol Obstet* [Internet]. 2013 [acesso em 12 dez. 2017];35(11):497-502. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-72032013001100004&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032013001100004&lng=en)
5. Bringel AL, Andrade KFS, Silva Junior ND, Santos GG. Suplementação nutricional de cálcio e vitamina D para a saúde óssea e prevenção de fraturas osteoporóticas. *Rev Bras Ciênc Saúde*. 2015;18(4):353-8.
6. Bastos-Silva Y, Aguiar LB, Pinto-Neto AM, Baccaro LF, Costa-Paiva L. Correlation between osteoporotic fracture risk in Brazilian postmenopausal women calculated using the FRAX with and without the inclusion of bone densitometry data. *Arch Osteoporos*. 2016;11(1):1-7.
7. FRAX Tool. Instrumento de avaliação do risco de fratura [Internet]. Sheffield: Center for Metabolic Bone Diseases; 2008 [acesso em 09 ago. 2016]. Disponível em: <https://www.shef.ac.uk/FRAX/tool.jsp?lang=pt>
8. Kanis JA, Burlet N, Cooper C, Delmas PD, Reginster JY, Borgstrom F, et al. European guidance for the diagnosis and management of osteoporosis in postmenopausal women. *Osteoporos Int*. 2008;19(4):399-428.
9. McCloskey E, Harvey N, Johansson H, Kanis JA. FRAX updates 2016. *Curr Opin Rheumatol*. 2016;28(4):433-41.
10. Zerbiní CAF, Szejnfeld VL, Abergaria BH, McCloskey EV, Johansson H, Kanis JA. Incidence of hip fracture in Brazil and the development of a FRAX model. *Arch Osteoporos*. 2015;10(1):1-7.

11. De Souza MT, Silva MD, Carvalho R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. Einstein [Internet]. 2010 [acesso em 29 dez. 2017];8(1):102-6. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-45082010000100102&lng=pt&nr m=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-45082010000100102&lng=pt&nr m=iso&tlng=pt)
12. Dal Sasso MK, Silveira RC, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Texto & Contexto Enferm [Internet]. 2008 [acesso em 29 dez. 2017];17(4):758-64. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010407072008000400018&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072008000400018&lng=en)
13. Copês RM, Dal Osto LC, Langer FW, Vieira AR, Da Silveira Codevilla AA, Sartori GR, et al. Low health related quality of life associated with fractures in obese postmenopausal women in Santa Maria, Brazil. Bone Rep [Internet]. 2017 [acesso em 12 fev. 2017];(6):70-3. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2352187217300086?via%3Dihub>
14. Langer FW, Da Silveira Codevilla AA, Bringhenti R, Dal Osto LC, Campos TR, Martins TT, et al. Low self-awareness of osteoporosis and fracture risk among postmenopausal women Arch Osteoporos. 2016;27(11):1-6.
15. Premaor MO, Pilbrow L, Tonkin C, Parker RA, Compston J. Obesity and fractures in postmenopausal women. J Bone Miner Res. 2010;25(2):292-97.
16. Kanis JA, Oden A, Johansson H, McCloskey E. Pitfalls in the external validation of FRAX. Osteoporos Int. 2012;23(2):423-31.
17. 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 [Internet]. 2015;57(3):265-74. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10638801010>
18. Pinheiro MM, Eis SR. Epidemiology of osteoporotic fractures in Brazil: what we have and what we need. Arq Bras Endocrinol Metab [Internet]. 2010 [acesso em 29 dec. 2017];54(2):64-70. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S00427302010000200012&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S00427302010000200012&lng=en)

Recebido: 31/08/2017

Revisado: 04/12/2017

Aprovado: 16/01/2018



# nutren<sup>®</sup> senior

## O SUPLEMENTO NUTRICIONAL QUE MELHOR CONTRIBUI PARA AS NECESSIDADES DE PESSOAS COM 50+\*

Para adicionar ao leite

Para adicionar em receitas  
doces ou salgadas

Pronto  
para beber



LANÇAMENTOS: NOVOS SABORES!



NÃO CONTÉM GLÚTEN



### EQUILÍBRIO NUTRICIONAL

- Fórmula com melhor perfil de Carboidratos\*
- Sem adição de Açúcar (Sacarose)
- Cerca de 50% menos Sódio\*



### OSSOS E MÚSCULOS

- **2X** mais Cálcio e Proteína\*
- **3X** mais Vitamina D\*

\*Nutren<sup>®</sup> Senior Sem Sabor quando comparado a produto similar no mercado em Agosto/2016

Material exclusivo para profissionais da saúde.  
Proibida a distribuição aos consumidores.

