

VOLUME 21, NÚMERO 2 - MARÇO / ABRIL 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 Geriatrics e Gerontologia

*Brazilian Journal of Geriatrics and Gerontology*

VOLUME 21 Nº 2 - MARÇO/ABRIL 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

**Antón Alvarez** – EuroEspes Biomedical Research Centre. Corunã – Espanha

**Candela Bonill de las Nieves** – Hospital Universitario Carlos Haya. Málaga - Espanha

**Carina Berterö** – Linköping University. Linköping – Suécia

**Catalina Rodriguez Ponce** – Universidad de Málaga. Málaga – Espanha

**Eliane de Abreu Soares** – Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro-RJ – Brasil

**Emílio H. Moriguchi** – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre-RS – Brasil

**Emílio Jeckel Neto** – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Porto Alegre-RS – Brasil

**Evandro S. F. Coutinho** – Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro-RJ – Brasil

**Guita Grin Debert** – Universidade Estadual de Campinas. Campinas-SP – Brasil

**Ivana Beatrice Mânica da Cruz** – Universidade Federal de Santa Maria. Santa Maria-RS – Brasil

**Jose F. Parodi** – Universidad de San Martín de Porres de Peru. Lima – Peru

**Lúcia Helena de Freitas Pinho França** – Universidade Salgado de Oliveira. Niterói-RJ - Brasil

**Lúcia Hisako Takase Gonçalves** – Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis-SC – Brasil

**Luiz Roberto Ramos** – Universidade Federal de São Paulo. São Paulo-SP – Brasil

**Maria da Graça de Melo e Silva** – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Lisboa – Portugal

**Martha Pelaez** – Florida International University. Miami-FL – EUA

**Mônica de Assis** – Instituto Nacional de Câncer. Rio de Janeiro-RJ – Brasil

**Raquel Abrantes Pêgo** – Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social. México, D.F.

**Ricardo Oliveira Guerra** – Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal-RN – Brasil

### 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 por meio do e-mail [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 em Línea para Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

DOAJ – Directory of Open Access Journals

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

PAHO - Pan American Health Organization

Free Medical Journals

Cabell's Directory of Publishing Opportunities

The Open Access Digital Library

UBC Library Journals

Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia é associada à

### Associação Brasileira de Editores Científicos



**EDITORIAL / EDITORIAL**

- DESIGUALDADES SOCIALES EN LA VEJEZ. UNA VIDA DE DESIGUALDAD 123  
 Social inequalities in old age. A life of inequality  
*Albert Espelt*

**ARTIGOS ORIGINAIS / ORIGINAL ARTICLES**

- PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS AO CONSUMO DE ÁLCOOL E DE TABACO EM IDOSOS NÃO INSTITUCIONALIZADOS 125  
 Prevalence and factors associated with alcohol and tobacco use among non-institutionalized elderly persons  
*Marcelia Barezzi Barbosa, Cláudio Vitorino Pereira, Danielle Teles da Cruz, Isabel Cristina Gonçalves Leite*
- IMPACTO DA HOSPITALIZAÇÃO NA FUNCIONALIDADE DE IDOSOS: ESTUDO DE COORTE 136  
 Impact of hospitalization on the functional capacity of the elderly: a cohort study  
*Tatiane Cristina Carvalho, Adriana Polachini do Valle, Alessandro Ferrari Jacinto, Vânia Ferreira de Sá Mayoral, Paulo José Fortes Villas Boas*
- TENDÊNCIA DE MORTALIDADE GERAL E POR DOENÇAS DO APARELHO CIRCULATORIO EM IDOSOS, RIO BRANCO, ACRE, 1980-2012 145  
 Trends in overall mortality and from diseases of the circulatory system in elderly individuals in Rio Branco, Acre, 1980-2012  
*Polyana Caroline de Lima Bezerra, Gina Torres Rego Monteiro*
- PROMOÇÃO DA SAÚDE DA PESSOA IDOSA: AÇÕES REALIZADAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE 158  
 Promoting health among the elderly: actions in primary health care  
*Ana Paula Ribeiro de Castro, Eglídia Carla Figueirêdo Vidal, Ana Raquel Bezerra Saraina, Sofia de Moraes Arnaldo, Ana Maria Machado Borges, Maria Irismar de Almeida*
- PERFIL DE IDOSOS COM SÍNDROME METABÓLICA E FATORES ASSOCIADOS ÀS POSSÍVEIS INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS 168  
 Profile of elderly persons with metabolic syndrome and factors associated with possible drug interactions  
*Daniela Santos Tavares, Nayara Cândida Gomes, Leiner Resende Rodrigues, Darlene Mara dos Santos Tavares*
- QUALIDADE DE VIDA E O TEMPO DO DIAGNÓSTICO DO DIABETES MELLITUS EM IDOSOS 180  
 Quality of life and time since diagnosis of diabetes mellitus among the elderly  
*Luciano Ramos de Lima, Silvana Schwert Fungbetto, Cris Renata Grou Volpe, Walterlânia Silva Santos, Mani Indiana Funez, Marina Morato Stival*
- FORMAÇÃO DE ESTUDANTES DE ENFERMAGEM PARA ATENÇÃO INTEGRAL AO IDOSO 191  
 Training of nursing students in integrated care for the elderly  
*Wanderson Carneiro Moreira, Ana Raquel Batista de Carvalho, Eliana Campêlo Lago, Fernanda Cláudia Miranda Amorim, Delmo de Carvalho Alencar, Camila Aparecida Pinheiro Landim Almeida*
- SOBRECARGA, PERFIL E CUIDADO: CUIDADORES DE IDOSOS EM VULNERABILIDADE SOCIAL 199  
 Burden, profile and care: caregivers of socially vulnerable elderly persons  
*Isabela Thaís Machado de Jesus, Ariene Angelini dos Santos Orlandi, Marisa Silvana Zazzetta*

## Sumário / Contents

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E QUALIDADE DE VIDA DE CUIDADORES DE IDOSOS COM DEMÊNCIA	210
Sociodemographic profile and quality of life of caregivers of elderly people with dementia	
<i>Raquel Santos de Queiroz, Alessandra Conceição Leite Funchal Camacho, Jonas Lário Gurgel, Cíntia Raquel da Costa de Assis, Lucimere Maria dos Santos, Mauro Leonardo Salvador Caldeira dos Santos</i>	
A PERCEPÇÃO DE IDOSOS SOBRE SOFRIMENTOS LIGADOS À SUA FRAGILIZAÇÃO	220
The perception of the elderly about suffering related to frailty	
<i>Daniel Rocha Silveira, Karla Cristina Giacomini, Rosângela Correa Dias, Josélia Oliveira Araújo Firmo</i>	
<b>ARTIGOS DE REVISÃO / REVIEW ARTICLES</b>	
ANEMIA E SÍNDROME DA FRAGILIDADE EM IDOSOS DA COMUNIDADE: REVISÃO SISTEMÁTICA	229
Anemia and the frailty syndrome amongst the elderly living in the community: a systematic review	
<i>Elisa Priscila Sousa de Assis, Barbara Gazolla de Macêdo, Hanna Sette Camara de Oliveira, Poliana de Paula Dias Rezende, Carlos Maurício Figueiredo Antunes</i>	
DECISÃO COMPARTILHADA PARA ESCOLHA DA VIA DE ALIMENTAÇÃO EM PACIENTES COM DEMÊNCIA EM ESTÁGIO GRAVE: REVISÃO SISTEMÁTICA	238
Shared decision-making when choosing the feeding method of patients with severe dementia: a systematic review	
<i>Rodrigo D'Agostini Derech, Fabricio de Souza Neves</i>	
CUIDADO DO IDOSO NO SETOR DE EMERGÊNCIA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA	249
Elderly care in the emergency department: an integrative review	
<i>Luciana Aparecida Soares de Andrade, Sulamita de Paula Santos, Roselene Campos Corpolato, Mariluci Hautsch Willig, Maria de Fátima Mantovani, Alessandra Luciana Aguilera</i>	



## Desigualdades sociales en la vejez. Una vida de desigualdad

Social inequalities in old age. A life of inequality

Las investigaciones en salud pública nos aportan información que parece muy lógica pero que es sistemáticamente ignorada por políticos y difícil de tratar por profesionales de la salud, y es que existen unos determinantes sociales de la salud que son mucho más potentes y van mucho más allá de los determinantes biológicos<sup>1</sup>. Nuestros condicionante sociales, pueden ser más relevantes que nuestros condicionantes biológicos frente a una enfermedad y además van a determinar y ser claves en nuestros comportamientos saludables. Vivimos en un mundo en el que hemos individualizado los problemas de salud. Los profesionales, las campañas y el *vox populi* se centran en mensajes puramente individuales como: no fumes, sal a pasear, tómate la medicación... como si todos nuestros comportamientos hacia la salud fueran tomados de forma consciente e individual y dejamos de lado que no fumar, pasear o tomar la medicación pueden estar ligados a factores tan diversos como estrés familiar o laboral, educación insuficiente, una infraestructura inadecuada, poco tiempo o falta de dinero, por poner algunos ejemplos.

Los determinantes sociales de la salud nos condicionan desde que nacemos hasta que morimos, desde la contaminación del barrio en el que nacemos (normalmente mayor donde vive gente con menor posición social), que condicionará nuestro desarrollo neuronal, hasta la casa en la que morimos, donde no tener ascensor, calefacción o otras facilidades puede condicionar y mermar nuestra salud física y mental.

La existencia de los determinantes sociales de la salud no es nada nuevo y ya Rudolf Carl Virchow los ponía en evidencia el año 1847 al asegurar que “la política no es más que medicina en gran escala”<sup>2</sup>.

Hoy en día, sabemos que, en personas de más de 65 años en Europa, por poner un ejemplo, las personas de posición social desfavorecida padecen más limitaciones de la actividad de la vida diaria que las personas de clase social más favorecida<sup>3</sup> o que las personas de posición social más desfavorecida padecen más diabetes o mueren más por diabetes que las personas de posición social más favorecida<sup>4,5</sup>. Esto podría deberse al desigual acceso a alimentos saludables, a las distintas barreras sociales de acceso a ejercicio físico o a la desigual probabilidad de llevar un correcto tratamiento. Al pensar en la gente mayor de 65 años, hay que pensar, inevitablemente, en personas que han sufrido, en todas las etapas de su vida la exposición a la desigualdad social. Un error común es pensar que desigualdad social en salud es sinónimo de pobreza. Este falso mito ya fue rechazado por el estudio Whitehall<sup>6</sup> en el que se demostró, en personas funcionarias, la existencia de una jerarquía, de un gradiente social, en la mortalidad por cardiopatías. Las personas funcionarias con un rango laboral superior morían menos que las de un rango inferior, y estas menos que las de un rango aún más bajo. Los resultados de este estudio demostraron que incluso en personas que ya tenían cubiertas las necesidades básicas de la vida, su posición social jugaba un papel clave en el riesgo de morir o de sufrir más enfermedades que el resto.

Y si desde hace tanto tiempo se conocen los determinantes sociales de la salud, ¿porque seguimos centrándonos en el aspecto individual de la salud? Para poder cambiar este aspecto, se precisa una implicación política juntamente con una implicación de toda la sociedad y en todos los niveles. Y conseguir esto es una tarea muy difícil, debido a que el discurso individualista, que no tiene en cuenta las causas de las causas, ha sido utilizado durante muchos años. En este sentido, es más sencillo pensar que una persona que bebe alcohol lo hace porque quiere, que pensar que es el entorno urbano y la continua exposición al alcohol lo que acaba condicionando su comportamiento (publicidad, ofertas, descuentos, promociones, escaparates...). La sociedad ha etiquetado los comportamientos de salud como estilos de vida de elección individual, y ha dejado en el olvido el hecho de que estos comportamientos suelen estar condicionados por determinantes sociales.

**Albert Espelt**

Doutor em Saúde Pública. Universitat de Vic Universitat Central de Catalunya (UVicUCC),  
Facultat de Ciències de la Salut de Manresa. Manresa, Spain.

## REFERÊNCIAS

1. Cofiño Fernández R. Tú código postal es más importante para tu salud que tu código genético. *Aten Primaria*. 2013;45(3):127–8.
2. Virchow RC. Report on the typhus epidemic in Upper Silesia. 1848. *Am J Public Health*. 2006;96(12):2102–5.
3. Espelt A, Font-Ribera L, Rodriguez-Sanz M, Artazcoz L, Ferrando J, Plaza A, et al. Disability among older people in a southern European city in 2006: trends in gender and socioeconomic inequalities. *J Womens Health*. 2010;19(5):927–33.
4. Espelt A, Borrell C, Roskam AJ, Rodriguez-Sanz M, Stirbu I, Dalmau-Bueno A, et al. Socioeconomic inequalities in diabetes mellitus across Europe at the beginning of the 21st century. *Diabetologia*. 2008;51(11):1971–9.
5. Espelt A, Arriola L, Borrell C, Larrañaga I, Sandín M, Escolar-Pujolar A. Socioeconomic position and type 2 diabetes mellitus in Europe 1999-2009: a panorama of inequalities. *Curr Diabetes Rev*. 2011;7(3):148–58.
6. Marmot MG, Smith GD, Stansfeld S, Patel C, North F, Head J, et al. Health inequalities among British civil servants: the Whitehall II study. *Lancet*. 1991;337(8754):1387–93.



## Prevalência e fatores associados ao consumo de álcool e de tabaco em idosos não institucionalizados

Prevalence and factors associated with alcohol and tobacco use among non-institutionalized elderly persons

Marcelia Barezzi Barbosa<sup>1</sup>  
Cláudio Vitorino Pereira<sup>2</sup>  
Danielle Teles da Cruz<sup>2</sup>  
Isabel Cristina Gonçalves Leite<sup>2</sup>

### Resumo

**Objetivo:** Avaliar a prevalência e os fatores associados ao consumo de tabaco e de álcool em uma amostra de idosos residentes do município de Juiz de Fora (MG), Brasil. **Método:** Estudo transversal, realizado por meio de inquérito domiciliar, com uma amostra de 400 idosos, com os quais foram realizadas entrevistas por meio de questionário, incluindo os testes de Fagerström e Audit C. Os dados foram submetidos à análise estatística descritiva e regressão multinomial. **Resultados:** A prevalência de tabagismo foi de 9,0%, ex-tabagista 32,0%, consumo de álcool foi de 26,7% e uso concomitante de álcool e tabaco de 3,2%. No modelo de regressão logística multinomial, as características que permaneceram associadas significativamente ao tabagismo foram sexo masculino, idade de 60 a 70 anos; e presença de problemas de saúde autorreferida; e quanto ao consumo de álcool, as características que permaneceram associadas foram sexo masculino e fragilidade. **Conclusão:** O idoso que vive na comunidade, que consome bebidas alcoólicas e/ou que é tabagista representa uma baixa prevalência, porém, de maneira quase exclusiva, apresenta comprometimento do estado de saúde e potencialmente da qualidade de vida. Quanto ao perfil, há semelhanças dos aspectos sociodemográficos e de saúde, sugerindo a possibilidade de um enfoque mais direcionado quanto à abordagem desses indivíduos.

### Palavras-chave:

Envelhecimento  
Populacional. Saúde do Idoso.  
Alcoolismo. Tabagismo.

### Abstract

**Objective:** The present study aims to evaluate the prevalence of and factors associated with the use of tobacco and alcohol among elderly people living in the northern part of the city of Juiz de Fora, Minas Gerais, Brazil. **Method:** A cross-sectional study conducted through a home survey was performed with a sample of 423 elderly citizens. Interviews were conducted through a questionnaire including the Fagerström and Audit-C tests. The data were subjected to descriptive statistical analysis and multinomial regression.

**Keywords:** Demographic  
Aging. Health of the Elderly.  
Alcoholism. Tobacco Use  
Disorder.

<sup>1</sup> Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-graduação em Saúde. Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil.

<sup>2</sup> Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Medicina, Departamento de Saúde Coletiva. Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil.

Financiamento da pesquisa: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) (Processo: 480163/2012-0). Edital universal com recursos para material de consumo e permanente.

*Results:* The prevalence of elderly smokers was 9.0%, 32.0% were former smokers, 26.7% of the sample consumed alcoholic beverages and 3.2% used alcohol and smoked. In the multinomial logistic regression model, the factors that were significantly associated with smoking were the male gender, an age of 60 to 70 years old; the presence of self-reported health problems; while the consumption of alcohol was associated with the male gender and frailty. *Conclusion:* There was a low prevalence of elderly people living in the community who consumed alcoholic beverages and/or were smokers. Such individuals, however, almost exclusively suffered from impaired health and potentially a poor quality of life. Regarding the profile of such elderly persons, there were similarities between the socio-demographic and health variables, suggesting the possibility of a more targeted approach to these individuals.

## INTRODUÇÃO

O aumento da expectativa de vida é um fenômeno global responsável por gerar diversas repercussões na assistência aos idosos, desde o cuidado direto em seu domicílio até a necessidade de maiores investimentos nos programas e políticas públicas, tais como ampliação da rede de atenção básica voltada a eles<sup>1,2</sup>.

Embora o envelhecimento seja um processo natural, leva também o organismo a várias alterações anatômicas e funcionais, com repercussões nas condições de saúde; o idoso pode sofrer gradual perda cognitiva, apresentar mudanças comportamentais e emocionais<sup>3</sup>.

O consumo de tabaco foi um comportamento tolerado e até exaltado ao longo de décadas. Os meios de comunicação em massa veicularam propagandas de cigarro, que reforçavam a crença no belo, na virilidade e masculinidade, com estabelecimento de um estilo de vida. Atualmente, há ênfase nos malefícios do tabagismo nos programas de televisão, artigos de revistas e jornais. A mudança do perfil de informação e propaganda, com o passar do tempo, justifica-se no alto índice de morbimortalidade<sup>3,4</sup>. Em 2011, o tabagismo foi responsável por 147.072 óbitos, 2,69 milhões anos de vida perdidos, 157.126 infartos agudos do miocárdio, 75.663 acidentes vasculares cerebrais e 63.753 diagnósticos de câncer. O custo para o sistema de saúde foi de R\$ 23,37 bilhões. O monitoramento da carga tabágica tornou-se uma importante estratégia para fortalecimento das políticas de saúde pública<sup>5</sup>.

O consumo de álcool é a terceira causa de doença e morte prematura em nível mundial<sup>6</sup>.

Apesar das formas de classificação de consumo, a ingestão de bebidas alcoólicas pelo idoso pode ser potencialmente nociva à saúde independentemente do seu padrão (quantidade e frequência), mesmo que o idoso não receba um diagnóstico formal de abuso ou dependência<sup>7</sup>. A utilização de álcool e drogas por indivíduos idosos pode ocasionar piora do estado físico e/ou mental, isolamento social e comprometimento cognitivo<sup>8</sup>.

Estudo português apontou que 6% a 11% dos pacientes idosos admitidos em hospitais gerais apresentavam sintomas de dependência alcoólica<sup>9</sup>. Quanto ao tabagismo, a sua prevalência nos idosos é menor quando comparado aos adultos<sup>10</sup>, em decorrência de óbito precoce dos tabagistas, da cessação tabágica com o surgimento de doenças e da opção em aderir a comportamentos mais saudáveis. Porém, o número absoluto de idosos tabagistas tende a aumentar com o envelhecimento da população<sup>11</sup>.

Os efeitos deletérios do tabagismo ocasionam diminuição na expectativa de vida. As mulheres tabagistas podem apresentar 4,47 anos a menos em relação as não tabagistas, enquanto, os homens que fazem uso rotineiro do tabaco possuem decréscimo de 5,03 anos em relação àqueles que não fumam. Além disso, o tabagismo ocasiona diminuição da qualidade de vida, devido às condições patológicas a ele relacionadas<sup>12</sup>.

O hábito de fumar está particularmente associado a usuários de bebidas alcoólicas<sup>13</sup>. Essa junção de exposição a fatores de riscos predis põem o sujeito a importantes alterações na capacidade visual e cognitiva, que causam sofrimento pessoal, familiar e alto custo social<sup>8</sup>.

Contudo, no Brasil, poucos dados existem no que diz respeito à prevalência do tabagismo e consumo de álcool na população idosa. O presente estudo tem por objetivo avaliar a prevalência e os fatores associados ao uso de tabaco e de álcool em uma amostra de idosos residentes do município de Juiz de Fora (MG).

## MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal de base populacional, que incluiu indivíduos de 60 anos ou mais, não institucionalizados e residentes na região da Zona Norte da cidade de Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil. A amostra é representativa da população do município, por ser a Zona Norte a região com a maior disponibilidade territorial na área urbana e o segundo maior quantitativo populacional do município, além de agregar o maior quantitativo de bairros, concentração de assentamentos subnormais e de programas sociais. O presente estudo origina-se da segunda onda de um estudo longitudinal, cuja primeira onda foi desenvolvida em 2010<sup>14</sup>.

Nessa segunda onda do estudo, o cálculo do tamanho da amostra foi estimado a partir do estudo desenvolvido em 2010 e dados do Censo 2010. Tratando-se de múltiplos desfechos investigados na atual etapa, o tamanho amostral foi calculado com base na prevalência de 50%, *deff* 1,5 (considerando efeito de estratificação de *cluster*) e nível de significância de 95%. O estudo de 2010 foi constituído por 420 idosos e os participantes foram selecionados por amostragem aleatória estratificada e conglomerada em múltiplos estágios. As unidades primárias foram os setores censitários. Para o sorteio, os setores foram agrupados em estratos definidos de acordo com as diferentes modalidades de atenção à saúde à qual a população do setor estava adstrita, subdivididos em atenção primária [Estratégia Saúde da Família (ESF) ou tradicional], atenção secundária ou área descoberta. A seleção desses setores foi feita com probabilidades proporcionais ao seu tamanho de forma independente em cada estrato.

Para o inquérito de 2014, o cálculo do tamanho da amostra foi estimado a partir dos dados do trabalho anterior e dos resultados do censo de 2010 do IBGE referentes à população da área delimitada, no nível de desagregação setor censitário. Houve mudanças

no quantitativo populacional e na constituição desses setores, o que exigiu o redimensionamento da amostra probabilística representativa baseada em estratificação e conglomeração. Foram revisitados todos os idosos participantes da primeira onda. As perdas ao longo dos quatro anos decorrentes da dinâmica populacional foram compensadas pelo método *oversample*, respeitando a amostragem por conglomerados. Idade, sexo e nível de escolaridade foram variáveis selecionadas para determinar a entrada de novos sujeitos.

Assim, 248 idosos incluídos na amostra de 2010 participaram do estudo, além de 175 novos idosos, sendo a pesquisa composta por 423 indivíduos. Nos casos em que os idosos não alcançaram a pontuação mínima no Miniexame de Estado Mental (MEEM) esses foram julgados incapazes de responder ao questionário, então o seu cuidador foi o respondente (neste caso, questões de autopercepção não foram respondidas). Na ausência de outro respondente, o idoso foi excluído do estudo.

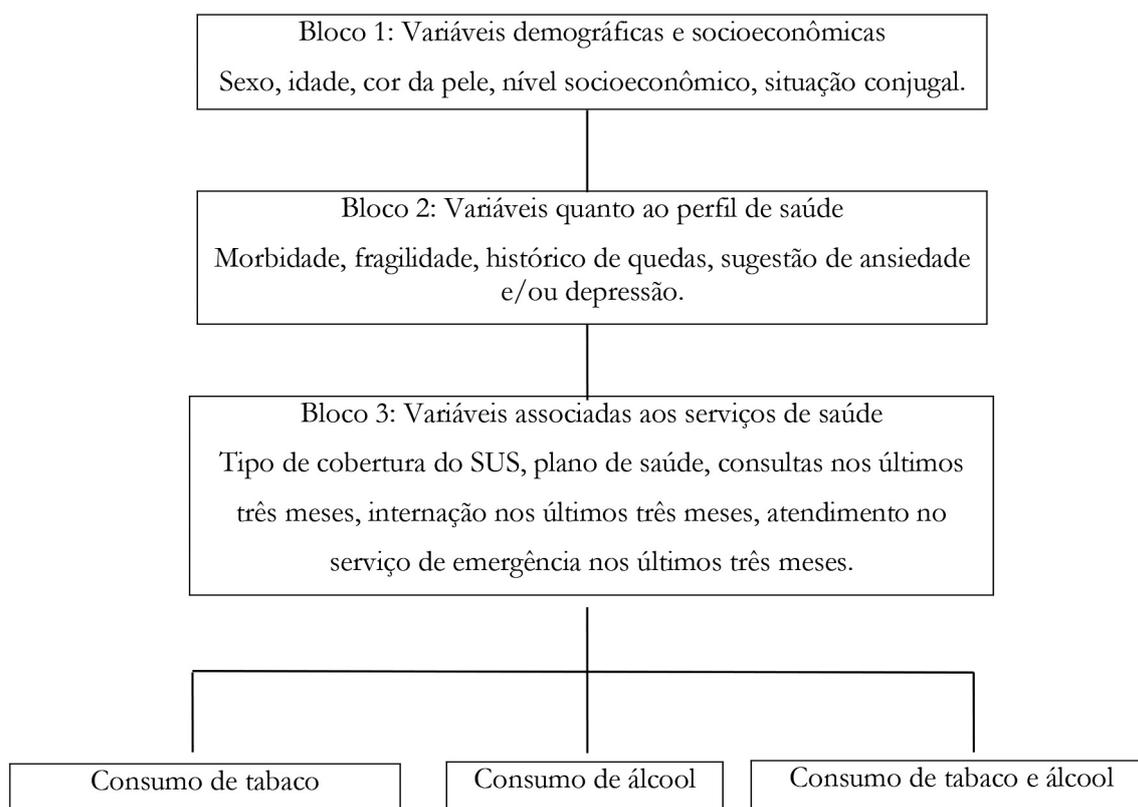
O questionário utilizado foi padronizado e testado previamente por meio de um estudo piloto, com 50 indivíduos idosos residentes em uma região distinta da selecionada para amostragem desta pesquisa, a fim de verificar a aplicabilidade do instrumento e ainda aprimorar o perfil de entrevistador dos pesquisadores de forma prática. A coleta de dados ocorreu no domicílio dos idosos, entre os meses de setembro de 2014 e março de 2015. Foi realizado controle de qualidade das informações coletadas, no qual 10% da amostra foram avaliadas por nova entrevista parcial.

Considerou-se o consumo de álcool e/ou tabaco como variáveis dependentes. As variáveis independentes foram agrupadas em três blocos: variáveis demográficas e socioeconômicas (Bloco 1: sexo; idade; escolaridade; cor de pele autorreferida; situação conjugal; nível socioeconômico – Classificação da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa, 2013); variáveis referentes à saúde do idoso [Bloco 2: morbidades autorreferidas; fragilidade, mensurada de acordo com Escala de Edmonton; sugestão de ansiedade e/ou depressão, de acordo com a Escala *Patient Health Questionnaire* (PHQ-4); quedas] e variáveis relacionadas ao serviço de saúde (Bloco 3: uso do Sistema Único de Saúde - SUS; plano de saúde; satisfação com o serviço médico de saúde; realização de consulta médica nos últimos três meses;

internação nos últimos três meses; atendimento no serviço de emergência nos últimos três meses). Para avaliação e classificação das questões sobre o consumo de tabaco e de álcool, foram utilizados o Teste de Fagerstrom e o Audit-C, respectivamente; ambos respondidos somente pelo próprio idoso.

Os dados foram submetidos à análise univariada descritiva para a obtenção das frequências e das prevalências das variáveis investigadas. Para as variáveis quantitativas foram calculadas medidas de tendência central e de dispersão. O teste qui-quadrado foi utilizado na análise bivariada, com correção de *Rao-Scott*. Toda análise foi realizada em módulo apropriado para análise complexa.

A análise multivariada foi baseada no modelo teórico proposto de determinação por blocos hierarquizados de variáveis (Figura 1), com o intuito de controlar possíveis fatores de confusão. De acordo com os apontamentos da literatura, os blocos hierárquicos foram construídos da seguinte forma: no primeiro bloco (determinantes distais) foram incluídas as variáveis demográficas e socioeconômicas. Essas foram responsáveis por condicionar as variáveis dos demais níveis de fatores associados. No segundo bloco (composto por determinantes intermediários) foram incluídas as questões referentes ao perfil de saúde do idoso. No terceiro bloco foram alocadas as variáveis relacionadas a serviços de saúde.



**Figura 1.** Modelo teórico de investigação da associação das variáveis independentes com o consumo de álcool e/ou tabaco em blocos hierarquizados. Juiz de Fora, MG, 2016.

Foram incluídas aquelas variáveis que obtiverem valor de  $p \leq 0,10$  na análise bivariada. Utilizou-se a técnica de retirada gradativa das variáveis com base nos níveis de significância, permaneceram no modelo final aquelas que mantiverem um valor de  $p < 0,05$ . Para estimar as *odds ratio* (OR) brutas e ajustadas utilizou o modelo de regressão logística multinomial, com estimativa robusta de variância e intervalo de confiança de 95% (IC 95%). A *odds ratio* apresenta-se adequada para essa análise tendo em vista a baixa frequência dos eventos de interesse na amostra, não levando à superestimação da razão de prevalência.

Foram obedecidas as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, em conformidade com o que preconiza a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. O Comitê de Ética da Universidade Federal de Juiz de Fora aprovou o estudo (Parecer nº 771/916), sendo esse financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (Processo: 480163/2012-0). Todos os idosos participantes dessa pesquisa leram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

## RESULTADOS

Foram analisados 423 questionários, dos quais 23 idosos foram excluídos por reprovação no MEEM e não possuíam outro respondente. A amostra final foi constituída por 400 idosos, sendo que 315 (78,8%) questionários foram respondidos pelo próprio idoso e 85 (21,2%) por outro respondente. A comparação dos perfis dos idosos segundo respondente indicou semelhança entre os grupos, sendo analisados em conjunto.

Os participantes, quanto suas características sociodemográficas, eram em sua maioria mulheres (64,5%), casados ou em regime de união estável (55,8%), autodeclarados brancos (45,5%) e com renda média bruta familiar no mês entre 1.147,00 e 1.685,00 reais (59,0%). A média de idade foi de 73,8 anos ( $\pm 8,0$ ) e a de escolaridade 4,2 anos ( $\pm 3,4$ ). A presença de comorbidades foi relatada por 89,0% dos idosos, e 57,8% apresentavam algum nível de fragilidade (segundo a Escala de Edmonton). A sugestão de

ansiedade foi verificada em 72,7% dos idosos e a sugestão de depressão em 77,1% (Escala PHQ-4). Em relação aos serviços de saúde, a maioria dos idosos relatou utilizar o Sistema Único de Saúde (96,5%) e 60,3% possuíam plano de saúde. Dos idosos que utilizavam serviço médico de saúde, 81,3% estavam satisfeitos com o serviço.

As características da amostra segundo variáveis independentes foram descritas na Tabela 1.

No que se refere ao consumo de álcool, 26,7% dos idosos ingeriam bebidas alcoólicas. Destes, de acordo com a classificação do Audit-C, 78,6% faziam uso de uma a duas doses padrão ao beber, 83,3% nunca consumiam oito ou mais doses padrão de uma vez (uso binge, ou seja, uso pesado de álcool), e 5,4% foram classificados como consumidores de risco.

A prevalência do tabagismo foi de 9,0%, dentre eles 58,3% fumavam por volta de 31 a 50 anos; e a prevalência de ex-tabagistas foi de 32,0%. Aos idosos tabagistas aprovados no MEEM ( $n = 30$ ) foi aplicado o Teste de Fagerström: 40,0% fumavam o primeiro cigarro do dia entre 6 e 30 minutos após acordar; 66,7% não tinham dificuldade de ficar sem fumar em locais proibidos; 70,0% afirmaram que o primeiro cigarro da manhã era o que trazia maior satisfação; 56,7% não fumavam mais nas primeiras horas da manhã do que no resto do dia; 63,3% não fumavam quando acamados por doença; e 56,7% fumavam menos que 10 cigarros por dia. Na classificação do consumo 23,3% dos idosos apresentaram grau elevado de dependência da nicotina. A prevalência dos idosos que faziam uso de bebidas alcoólicas e que tinham o hábito de fumar foi de 3,2% dos entrevistados.

Na análise multivariada ajustada por bloco, no bloco 1 a variável sexo apresentou significância estatística ( $p < 0,05$ ) tanto para o consumo de álcool como para o tabagismo; e idade foi estatisticamente significativa somente para o tabagismo. No bloco 2, foram significativas as variáveis fragilidade e presença de comorbidade autorreferida, para o consumo de álcool e para o tabagismo, respectivamente. No bloco 3 não houve variável significativa estatisticamente para nenhum dos desfechos.

**Tabela 1.** Características da amostra segundo variáveis independentes. Juiz de Fora, MG, 2016.

Variáveis	Consumo de Álcool		Tabagismo		Ex n (%)
	Sim n (%)	Não n (%)	Sim n (%)	Não n (%)	
<b>Bloco 1: Variáveis demográficas e socioeconômicas</b>					
<b>Sexo</b>					
Masculino	42 (39,6)	64 (60,4)	13 (9,2)	49 (34,5)	80 (56,3)
Feminino	42 (20,1)	167 (79,9)	23 (8,9)	187 (72,5)	48 (18,6)
<b>Idade</b>					
60-70 anos	37 (27,2)	99 (72,8)	25 (15,9)	84 (53,5)	48 (30,6)
71-80 anos	34 (27,4)	90 (72,6)	10 (6,7)	89 (59,7)	50 (33,6)
Mais de 80 anos	13 (23,6)	42 (76,4)	1 (1,1)	63 (67,0)	30 (31,9)
<b>Escolaridade</b>					
Analfabeto	6 (20,7)	23 (79,3)	6 (12,2)	30 (61,2)	13 (26,5)
1 a 4 anos	47 (24,0)	149 (76,0)	21 (8,5)	149 (60,1)	78 (31,5)
5 anos ou mais	31 (34,4)	59 (65,6)	9 (8,7)	57 (55,3)	37 (35,9)
<b>Situação conjugal</b>					
Casado ou união estável	49 (27,8)	127 (72,2)	22 (9,9)	118 (52,9)	83 (37,2)
Outros	35 (25,2)	104 (74,8)	14 (7,9)	118 (66,7)	45 (25,4)
<b>Nível socioeconômico</b>					
A ou B	29 (32,6)	60 (67,4)	7 (6,0)	67 (57,3)	43 (36,8)
C	48 (26,1)	136 (73,9)	22 (9,3)	142 (60,2)	72 (30,5)
D ou E	7 (16,7)	35 (83,3)	7 (14,9)	27 (57,4)	13 (27,7)
<b>Bloco 2: Variáveis referentes à saúde do idoso*</b>					
<b>Comorbidades</b>					
Presença	71 (25,4)	208 (74,6)	29 (8,2)	217 (61,1)	109 (30,7)
Ausência	13 (36,1)	23 (63,9)	7 (15,6)	19 (42,2)	19 (42,2)
<b>Doenças do sistema nervoso</b>					
Sim	1 (8,3)	11 (91,7)	2 (11,8)	11 (64,7)	4 (23,5)
Não	70 (26,2)	197 (73,8)	27 (8,0)	206 (60,9)	105 (31,1)
<b>Transtornos mentais e comportamentais</b>					
Sim	1 (4,2)	23 (95,8)	5 (12,5)	31 (77,5)	4 (10,0)
Não	70 (27,5)	185 (72,5)	24 (7,6)	186 (59)	105 (33,3)
<b>Doenças do sistema circulatório</b>					
Sim	56 (27,5)	148 (72,5)	21 (8,0)	158 (60,5)	82 (31,4)
Não	15 (20,0)	60 (80,0)	8 (8,5)	59 (62,8)	27 (28,7)
<b>Doenças do sistema respiratório</b>					
Sim	2 (15,4)	11 (84,6)	2 (11,1)	11 (61,1)	5 (27,8)
Não	69 (25,9)	197 (74,1)	27 (8,0)	206 (61,1)	104 (30,9)
<b>Doenças do sistema endócrino</b>					
Sim	15 (19,5)	62 (80,5)	10 (9,8)	61 (59,8)	31 (30,4)
Não	56 (27,7)	146 (72,3)	19 (7,5)	156 (61,7)	78 (30,8)

continua

Continuação da Tabela 1

Variáveis	Consumo de Álcool		Tabagismo		
	Sim	Não	Sim	Não	Ex
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
<b>Doenças do sistema osteomuscular</b>					
Sim	16 (20,3)	63 (79,7)	7 (7,4)	61 (64,9)	26 (27,7)
Não	55 (27,5)	145 (72,5)	22 (8,4)	156 (59,8)	83 (31,8)
<b>Doenças neoplásicas</b>					
Sim	4 (26,7)	11 (73,3)	0 (0)	15 (68,2)	7 (31,8)
Não	67 (25,4)	197 (74,6)	29 (8,7)	202 (60,7)	102 (30,6)
<b>Sugestão de ansiedade</b>					
Sim	18 (20,9)	68 (79,1)	6 (7,0)	55 (64,0)	25 (29,1)
Não	66 (28,8)	163 (71,2)	24 (10,5)	127 (55,5)	78 (34,1)
<b>Sugestão de depressão</b>					
Sim	11 (15,3)	61 (84,7)	5 (6,9)	47 (65,3)	20 (27,8)
Não	73 (30,0)	170 (70,0)	25 (10,3)	135 (55,6)	83 (34,2)
<b>Fragilidade</b>					
Presente	7 (11,3)	55 (88,7)	8 (6,8)	70 (59,8)	39 (33,3)
Ausente	63 (32,6)	130 (67,4)	21 (9,5)	130 (58,6)	71 (32,0)
<b>Quedas</b>					
Sim	29 (26,9)	79 (73,1)	9 (6,4)	90 (63,8)	42 (29,8)
Não	55 (26,6)	152 (73,4)	27 (10,4)	146 (56,4)	86 (33,2)
<b>Medicamentos de uso contínuo</b>					
1 a 4 medicamentos	49 (28,8)	121 (71,2)	22 (10,8)	119 (58,3)	63 (30,9)
Mais que 4 medicamentos	25 (20,8)	95 (79,2)	9 (5,5)	103 (62,4)	53 (32,1)
<b>Bloco 3: Variáveis relacionadas ao serviço de saúde</b>					
<b>Usa o Sistema Único de Saúde</b>					
Sim	82 (27,0)	222 (73,0)	34 (8,8)	225 (58,4)	126 (32,7)
Não	2 (18,2)	9 (81,8)	2 (13,3)	11 (73,3)	2 (13,3)
<b>Plano de Saúde</b>					
Sim	54 (27,8)	140 (72,2)	17 (7,1)	144 (59,8)	80 (33,2)
Não	30 (24,8)	91 (75,2)	19 (11,9)	92 (57,9)	48 (30,2)
<b>Internação nos últimos três meses</b>					
Sim	1 (7,7)	12 (92,3)	1 (5,6)	12 (66,7)	5 (27,8)
Não	83 (27,5)	219 (72,5)	35 (9,2)	224 (58,6)	123 (32,2)
<b>Precisou ser socorrido na emergência nos últimos três meses</b>					
Sim	8 (23,5)	26 (76,5)	5 (11,6)	25 (58,1)	13 (30,2)
Não	76 (27,0)	205 (73,0)	31 (8,7)	211 (59,1)	115 (32,2)
<b>Realização de consulta nos últimos três meses</b>					
Sim	61 (25,3)	180 (74,7)	25 (8,2)	186 (61,2)	93 (30,6)
Não	23 (31,1)	51 (68,9)	11 (11,5)	50 (52,1)	35 (8,7)

\*Excluídos os não respondentes.

A Tabela 2 apresenta os resultados após análise de regressão logística multinomial. Permaneceram no modelo final a variável sexo masculino para o consumo de álcool e para o tabagismo (OR ajustada= 2,14; IC 95% 1,14-4,04 / OR ajustada= 2,23; IC 95%

1,02-4,88), idade (OR ajustada= 20,54; IC 95% 2,69-157,08) e presença de comorbidades autorrelatadas (OR ajustada= 0,36; IC 95% 0,13-0,99) para o tabagismo; e para o consumo de álcool manteve-se a presença de fragilidade (OR ajustada= 0,31; IC 95% 0,12-0,80).

**Tabela 2.** Consumo de álcool e tabaco na população idosa, variáveis finais. Juiz de Fora, MG, 2016.

Variáveis	Consumo de Álcool		Tabagismo		Ex	p
	OR ajustada (IC 95%)	p	OR ajustada (IC 95%)	p		
Sexo		0,018		0,045		<0,001
Masculino	2,14 (1,14; 4,04)		2,23 (1,02; 4,88)		6,05 (3,72; 9,84)	
Feminino	1		1		1	
Idade				< 0,001		
60 - 70 anos			20,54 (2,69; 157,08)			
71 - 80 anos			7,37 (0,91; 59,49)			
> 80 anos			1			
Comorbidades				0,047		0,224
Presença			0,36 (0,13; 0,99)		0,63 (0,30; 1,33)	
Ausência			1		1	
Fragilidade		0,015				
Sim	3,23 (1,25-8,31)					
Não	1					

## DISCUSSÃO

Os dados deste estudo relatam a prevalência de idosos que consomem álcool e/ou tabaco na cidade de Juiz de Fora, MG. A proporção de tabagistas entre os homens foi maior do que entre as mulheres, assim como quando relacionado com o consumo do álcool. Os principais achados em relação ao consumo de álcool e de tabaco relativos ao bloco das variáveis demográficas e socioeconômicas foram o sexo masculino, enquanto que a variável idade principalmente na faixa etária de 60-70 anos se relacionou somente com o tabagismo. No bloco das variáveis quanto ao perfil de saúde, para o consumo de álcool a presença de fragilidade apresentou significância estatística, e para o tabagismo a presença de comorbidades se apresentou relevante.

A maior prevalência de alcoolistas e tabagistas, verificada em um estudo populacional no Brasil, foi encontrada em indivíduos do sexo masculino<sup>11</sup>,

assim como estudo realizado na Tailândia<sup>15</sup>. Pesquisas realizadas no Reino Unido e nos Estados Unidos também demonstraram que o uso abusivo de álcool apresenta maior percentual entre os homens<sup>16,17</sup>.

Embora pouco diagnosticado e não adequadamente avaliado, o consumo do álcool é comum entre indivíduos idosos e merece mais atenção pelo crescente aumento deste grupo etário. Ações em saúde pública têm direcionado a identificação do alcoolismo prioritariamente entre adultos e jovens, no entanto, as consequências físicas, sociais, psicológicas e cognitivas do álcool também abrangem os idosos. Os distúrbios cognitivos (Alzheimer e Parkinson) causados pelo álcool são mais frequentes entre idosos com longo tempo de consumo<sup>18</sup>.

A prevalência estimada de consumo de álcool desse grupo etário é de 10% na comunidade, 14% nas urgências hospitalares, 18% nas internações em enfermarias e 23% a 44% em unidades psiquiátricas<sup>19</sup>,

porém em nossa comunidade encontramos uma prevalência de 26,7% de idosos que ingerem bebidas alcoólicas. Faz-se necessário investigar o abuso de álcool pelos idosos tendo em vista melhorias sociais e em saúde, devido às transições demográfica e epidemiológica, este pode tornar-se um sério problema de saúde pública<sup>20</sup>.

A sensibilidade aos efeitos do álcool aumenta com a idade: idosos podem começar a ter problemas pelo uso do álcool, mesmo que o seu padrão de consumo continue o mesmo<sup>21</sup>.

Segundo dados do Vigitel, em 2016, o tabagismo apresentava prevalência de 13,5% em indivíduos com idade entre 55 e 64 anos, já quando analisado pessoas com idade igual ou superior a 65 anos o percentual de tabagistas foi de 7,7%<sup>22</sup>, muito próximo do achado na população do presente estudo. O uso do tabaco associa-se à piora do estado de saúde e qualidade de vida, além de ser um fator de risco para a mortalidade prematura e as incapacidades por doenças cardiovasculares, doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) e câncer, dentre outras<sup>23</sup>.

Em relação à faixa etária, verificou-se que o tabagismo é mais prevalente em idosos com idade entre 60 e 69 anos<sup>24,25</sup>, o que condiz com os dados desta pesquisa. Com o avançar da idade o percentual de fumantes diminui<sup>26</sup>. O tabagismo atual é mais prevalente entre os idosos do sexo masculino<sup>21,24</sup>, corroborando os achados deste estudo. Um estudo aponta maior prevalência do hábito em idosos, contudo a pesquisa é oriunda de ambulatórios com atendimento para indivíduos que desejam parar de fumar, o que evidencia não só uma preocupação maior por parte da mulher no que diz respeito ao cuidado em saúde, mas principalmente, a busca pelo tratamento que vise à cessação tabágica<sup>26</sup>.

Atualmente, há uma série de estratégias farmacológicas e não farmacológicas para auxílio no abandono ao tabagismo, que também podem ser uma alternativa para os idosos<sup>27,28</sup>. Quanto a grupos de tabagismo exclusivos para idosos não foram identificados estudos até o momento que discorram sobre a necessidade, mas há a sugestão da participação dessa população em programas de cessação do uso de tabaco em companhia de outras faixas etárias, com objetivo de favorecer a dinâmica e o enriquecimento do repertório temático, além

de permitir a relação intergeracional. Os idosos, geralmente, possuem menos laços sociais, quando em comparação com os jovens e adultos, por isso, deve-se preferir a abordagem em grupo, ampliando a rede de relacionamentos, os vínculos afetivos e as relações de interdependência<sup>25</sup>.

Os idosos ainda tabagistas, constituídos por aqueles que conseguiram sobreviver às taxas excessivas das mortes prematuras provocadas pelo tabaco, tendem a ser pouco motivados a parar de fumar, subestimando os próprios riscos e considerando-se relativamente imunes aos prejuízos causados pelo tabaco<sup>29</sup>.

Na literatura, foi evidenciada uma forte associação entre o tabagismo e consumo de álcool em idosos<sup>24</sup>. Porém, poucas pesquisas investigaram as tendências e consequências do tabagismo e do consumo de álcool nessa população. Foi observada também associação direta do hábito de fumar e de ingerir bebidas alcoólicas em idosos com depressão<sup>30</sup>. Em nosso estudo, a depressão apresentou significância para o consumo de álcool.

Em um estudo conduzido em Minnesota, a presença de fragilidade nos idosos, principalmente na faixa etária entre 60-79 anos, correlacionou-se com o tabagismo e, por vezes, com preocupações com o consumo de álcool<sup>31</sup>, porém em nosso estudo a presença de fragilidade foi associada somente ao consumo de álcool. A fragilidade é um termo comumente usado para indivíduos idosos com riscos de desfechos precários, mas seu conceito por vezes é mal ou variavelmente definido na literatura, faltando uma definição e também um quadro clínico consensual<sup>32</sup>.

A propensão individual para desenvolver doenças relacionadas ao álcool está vinculada a múltiplas dimensões como padrão e duração do consumo e, ainda, em associação com fatores fisiológicos, biológicos, psicológicos e sociais<sup>33</sup>.

Como limites do estudo pode-se ressaltar um eventual viés de memória, tendo em vista o autorrelato por parte dos idosos ou cuidadores; devido ao seu desenho transversal, não permite avaliação das relações temporais e mudanças de status de exposição ao longo do tempo. Contudo, ressalta-se a importância de estudos de base populacional e a minimização de possíveis vieses de seleção.

## CONCLUSÃO

A prevalência de tabagismo no estudo foi de 9,0%; 5,4% de consumo de risco para o álcool e 3,2% de uso atual de tabaco e álcool. O perfil mais associado aos hábitos em questão foi idoso do sexo masculino, mais jovem e frágil.

Os idosos muitas vezes se tornam mais vulneráveis ao uso de álcool e tabaco e, gradualmente, esse comportamento poderá gerar um grande problema de saúde pública, já que o número de idosos no mundo aumenta progressivamente. Eles fazem parte de uma classe que apresenta vários problemas de saúde, uso de muitos medicamentos que, combinados com as substâncias nocivas presentes no fumo e álcool, tornam os idosos mais susceptíveis a interações, agravamento do quadro instalado, dificuldade de recuperação e da interação social.

A prevalência de tabagismo atual em idosos diminui com o avançar da idade, sendo mais prevalente na faixa etária dos 60–70 anos. Os

idosos do sexo masculino representam a maioria dos tabagistas quando comparados com idosas do sexo feminino. E a prevalência do consumo de bebidas alcólicas está igualmente distribuída nas faixas etárias e pelo teste de rastreio de consumo de álcool, a maioria encontra-se fora do risco de consumo nocivo.

Constata-se uma escassez de instrumental teórico que discorra sobre a questão em idosos, uma vez que os estudos recentes priorizam o jovem e o adulto tabagista e alcoolista. Não obstante, quando o idoso tabagista e/ou usuário de álcool faz parte da amostra, o que se tem disponível são prevalências, e os demais achados estão avaliados de maneira global e poucas investigações consideram as tendências e consequências desses hábitos entre a população idosa.

Ações de saúde, políticas de prevenção e intervenção devem ser planejadas, utilizando uma abordagem integrada com o social, o psicológico e o biológico, visando a diminuir o consumo abusivo do álcool e o tabagismo, bem como prevenir seus malefícios à saúde.

## REFERÊNCIAS

1. Andrade LM, Sena ELS, Pinheiro GML, Meira EC, Lira LSSP. Public policies for the elderly in Brazil: an integrative review. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2013;18(12):3543-52.
2. World Health Organization. *World report on ageing and health*. Geneva: WHO; 2015.
3. Vargas R, Barbosa RM, Tavares FA. Ilusão das imagens: olhar psicossocial sobre fumar nos filmes brasileiros. *Psicol Soc*. 2014;26(N. Esp):235-44.
4. Gus I, Ribeiro RA, Kato S, Bastos J, Medina C, Zazlavsky C, et al. Variations in the prevalence of risk factors for coronary artery disease in Rio Grande do Sul-Brazil: a comparative analysis between 2002 and 2014. *Arq Bras Cardiol*. 2015;105(6):573-79.
5. Pinto MT, Pichon-Riviere A, Bardach A. Estimativa da carga do tabagismo no Brasil: mortalidade, morbidade e custos. *Cad Saúde Pública*. 2015;31(6):1283-97.
6. Anderson P, Moller L, Galea G, editores. *Alcohol in the European Union: consumption, harm and policy approaches*. Copenhagen: WHO; 2012.
7. Pillon SC, Cardoso L, Pereira GAM, Mello E. Perfil dos idosos atendidos em um centro de atenção psicossocial: álcool e outras drogas. *Esc Anna Nery*. 2010;14(4):742-8.
8. Lintzeris N, Rivas C, Monds LA, Leung S, Withall A, Draper B. Substance use, health status and service utilisation of older clients attending specialist drug and alcohol services. *Drug Alcohol Rev*. 2016;35(2):223-31.
9. Serviço Nacional de Saúde. *Direção Geral de Saúde. Plano Nacional de Saúde 2012 – 2016*. [Sem local]: Ministério da Saúde; 2012.
10. Malta DC, Campos MO, Oliveira MM, Iser BPM, Bernal RTI, Claro RM, et al. Prevalência de fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis em adultos residentes em capitais brasileiras, 2013. *Epidemiol Serv Saúde*. 2015;24(3):373-87.
11. Doolan DM, Froelicher ES. Smoking cessation interventions and older adults. *Prog Cardiovasc Nurs*. 2008;23(3):119-27.

12. Pinto MT, Pichon-Riviere A, Bardach A. Estimativa da carga do tabagismo no Brasil: mortalidade, morbidade e custos. *Cad Saúde Pública*. 2015;31(6):1283-97.
13. Jiang N, Gonzalez ME, Ling PM, Glantz SA. Relationship of Smokefree Laws and Alcohol Use with Light and Intermittent Smoking and Quit Attempts among US Adults and Alcohol Users. *PLOS ONE*. 2015;10(10):1-17.
14. Cruz DT, Ribeiro LC, Vieira MT, Teixeira MTB, Bastos RR, Leite ICG. Prevalência de quedas e fatores associados em idosos. *Rev Saúde Pública*. 2012;46(1):138-46.
15. Tran TT, Yiengprugsawan V, Chinwong D, Seubsman S, Sleight A. Environmental tobacco smoke exposure and health disparities: 8-year longitudinal findings from a large cohort of Thai adults. *BMC Public Health*. 2015;15:1-11.
16. Odermatt R, Stutzer A. Smoking bans, cigarette prices and life satisfaction. *J Health Econ*. 2015;44:176-94.
17. Silfen SL, Cha J, Wang JJ, Land TG, Shih SC. Patient characteristics associated with smoking cessation interventions and quit Attempt Rates Across 10 Community Health Centers With Electronic Health Records. *Am J Public Health*. 2015;105(10):2143-9.
18. Carraro TE, Rassool GH, Luis MAV. Nursing formation and the drugs phenomenon in the South of Brazil: nursing students' attitudes and beliefs on care. *Rev Latinoam Enferm*. 2005;13(N. Esp.):863-71.
19. Rigo JC, Rigo JFO, Faria BC, Stein A, Santos VM. Trauma associated with alcohol use in the elderly. *Brasília Méd*. 2005;42(1/2):35-40.
20. Rao R, Schofield P, Ashworth M. Alcohol use, socioeconomic deprivation and ethnicity in older people. *BMJ Open*. 2015;5:1-6.
21. Silva AA. Alcoolismo em idosos. *Rev Cient Elet Psicol*. 2008;4(10):1-6.
22. Brasil. Ministério da Saúde. *Vigitel Brasil 2016: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília, DF: MS; 2017.
23. José BPS, Corrêa RA, Malta DC, Passos VMA, França EB, Teixeira RA, et al. Mortalidade e incapacidade por doenças relacionadas à exposição ao tabaco no Brasil, 1990 a 2015. *Rev Bras Epidemiol*. 2017;20 Supl. 1:75-89.
24. Senger AEV, Ely LS, Gandolfi T, Schneider RH, Gomes I, De Carli GA. Alcoholism and smoking in the elderly: relation to dietary intake and socioeconomic aspects. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2011;14(4):713-9.
25. Santos SR, Gonçalves MS, Leitão Filho FSS, Jardim JR. Profile of smokers seeking a smoking cessation program. *J Bras Pneumol*. 2008;34(9):695-701.
26. Goulart D, Engroff P, Ely LS, Sgnaolin V, Santos EF, Terra NL, et al. Smoking in the elderly. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2010;13(2):313-20.
27. Prochaska JJ, Benowitz NL. The Past, present and future of Nicotine Addiction Therapy. *Annu. Rev. Med*. 2016;67:1-21.
28. Phillips A. Supporting smoking cessation in older patients: a continuing challenge for community nurses. *Bri J Community Nurs*. 2016;21(9):457-61.
29. Pellizzon RF. Research in Health area: 1 - DeCS Database (Descriptors in Health Sciences). *Acta Cir Bras*. 2004;19(2):153-63.
30. Cavalcanti BM, Urbano RV, Brandt CT, Bravo Filho V, Ventura MC, Nose W. Visual impairment due to tobacco and alcohol consumption in elderly patients from the western countryside of Pernambuco State, Brazil. *An Fac Med Univ Fed Pernamb*. 2007;52(2):95-9.
31. Chamberlain AM, Sauver JL, Jacobson DJ, Manemann SM, Fan C, Roger VL, et al. Social and behavioural factors associated with frailty trajectories in a population-based cohort of older adults. *BMJ Open*. 2016;6:1-11.
32. Abellan Van Kan G, Rolland Y, Houles M, Gillette-Guyonnet S, Soto M, Vellas B. The assessment of frailty in older adults. *Clin Geriatr Med*. 2010;26(2):275-86.
33. Rogers RG, Boardman JD, Pendergast PM, Lawrence EM. Drinking problems and mortality risk in the United States. *Drug Alcohol Depend*. 2015;151:38-46.

Recebido: 20/11/2017

Revisado: 14/02/2018

Aprovado: 23/02/2018



# Impacto da hospitalização na funcionalidade de idosos: estudo de coorte

Impact of hospitalization on the functional capacity of the elderly: a cohort study

136

Tatiane Cristina Carvalho<sup>1</sup>  
Adriana Polachini do Valle<sup>2</sup>  
Alessandro Ferrari Jacinto<sup>2</sup>  
Vânia Ferreira de Sá Mayoral<sup>2</sup>  
Paulo José Fortes Villas Boas<sup>2</sup>

## Resumo

**Objetivo:** Verificar a trajetória da funcionalidade em idosos hospitalizados por condições clínicas em hospital universitário. **Método:** Estudo descritivo, prospectivo, de coorte, realizado entre 2015 e 2016. Foram avaliados idosos internados no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu – Unesp, quanto à funcionalidade por avaliação das atividades básicas de vida diária (ABVD) pela Escala de Katz, estado nutricional (índice de massa corporal-IMC) e presença de Síndrome da Fragilidade (SF) (critério de Fried). Realizada descrição da trajetória da funcionalidade em quatro momentos: 15 dias antes da internação (M0), na internação (M1), na alta hospitalar (M2) e 30 dias após a alta (M3). **Resultados:** Foram avaliados 99 idosos com média de idade de 74 ( $\pm 7,35$ ) anos, 59,6% do sexo masculino. Da casuística 81,8% apresentavam independência funcional em M0; 45,5% no M1; 57,6% no M2 e 72,8% no M3. De acordo com as trajetórias da funcionalidade verificou-se que 28,2% dos idosos perderam função entre M0 e M3. Houve associação entre piora da funcionalidade entre M0 e M3 e SF (RR 4,56; IC 95% 1,70–12,26;  $p=0,003$ ). **Conclusão:** Idosos apresentam pior funcionalidade na alta hospitalar quando comparada com o momento antes da internação. Cerca de 28,0% dos idosos apresentaram pior função 30 dias após a alta em relação a 15 dias antes da internação. Os idosos com Síndrome da Fragilidade apresentam maior risco para resultados funcionais piores após 30 dias da alta.

**Palavras-chave:** Idoso  
Fragilizado. Hospitalização.  
Fragilidade. Funcionalidade.

## Abstract

**Objective:** to verify the trajectory of the functional capacity of elderly persons hospitalized due to clinical conditions in a university hospital. **Method:** a descriptive, prospective cohort study was conducted between 2015 and 2016. Elderly patients admitted to the Hospital das Clínicas of Botucatu Medical School (Unesp), Brazil, were evaluated for the functional assessment of basic activities of daily living (BADL) using the Katz scale, nutritional status (body mass index (BMI)) and presence of the Frailty Syndrome (FS) (Fried criteria). A description of the trajectory of functional capacity was carried out at four times: 15 days before admission (T0), at admission (T1), at hospital discharge (T2)

**Keywords:** Frail Elderly.  
Hospitalization. Fragility.  
Functionality.

<sup>1</sup> Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva. Botucatu, São Paulo, Brasil.

<sup>2</sup> Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Faculdade de Medicina, Departamento de Clínica Médica. Botucatu, São Paulo, Brasil.

and 30 days after discharge (T3). *Results:* 99 elderly people with a mean age of 74 ( $\pm 7.35$ ) years, 59.6% of whom were male, were evaluated. Of these, 81.8% presented functional independence at T0, 45.5% at T1, 57.6% at T2 and 72.8% at T3. According to their functional trajectories, 28.2% of the elderly lost functional capacity between T0 and T3. There was an association between worsening of functional capacity between T0 and T3 and the FS (RR 4.56; 95% CI 1.70-12.26,  $p=0.003$ ). *Conclusion:* Elderly patients have worse functional capacity at hospital discharge than before hospitalization. About 28.0% of the elderly had worse functional capacity 30 days after discharge than 15 days before admission. The elderly with Frailty Syndrome have a greater risk for worse functional capacity results 30 days after discharge.

## INTRODUÇÃO

Com o envelhecimento populacional observa-se aumento do número de pessoas idosas que são hospitalizadas. No ano de 2016 das pessoas hospitalizadas no Sistema Único de Saúde do Brasil 24,9% tinham acima de 60 anos e 14,2% mais de 70 anos<sup>1</sup>.

Durante a internação hospitalar idosos podem cursar com perda de funcionalidade, que pode ser devido à doença que determinou a internação, condições clínicas prévias, procedimentos a que é submetido, à pobre adaptação do sistema de saúde ao envelhecimento e à fragilidade desta<sup>2-4</sup>. Esta condição é denominada incapacidade associada à hospitalização (IAH)<sup>5</sup> e pode acometer de 30 a 60% dos idosos hospitalizados<sup>2,6</sup>. Entre idosos, a IAH pode interferir na independência funcional e qualidade de vida e é preditora de maior utilização de recursos e morte<sup>5</sup>.

Entre os preditores de declínio funcional durante a internação incluem-se idade avançada, características sociodemográficas como etnia, incapacidade pré-existente, comprometimento cognitivo, delírio, polifarmácia, história de quedas e comorbidade<sup>3,7</sup>.

A funcionalidade é definida como a aptidão do idoso para realizar determinada tarefa que lhe permita cuidar de si mesmo e ter uma vida independente em seu meio, realizando suas atividades básicas de vida diária (ABVD)<sup>8</sup>. Pode ser avaliada pela Escala de Katz, mesmo em ambiente hospitalar, conforme apresentado em revisão de literatura<sup>9,10</sup>.

A IAH tem sérias consequências a curto prazo para pacientes e seus familiares, pois os pacientes dependentes necessitam de assistência de cuidadores para viver no domicílio. Estudos de declínio

funcional em idosos hospitalizados geralmente são limitados, pois realizam a avaliação somente durante a internação, excluindo reavaliação pós-alta hospitalar. Assim, o prognóstico a longo prazo da IAH após hospitalização não é bem compreendido<sup>3</sup>.

Como a IAH tem implicações importantes para pacientes, cuidadores e formuladores de políticas de saúde, compreender a prevalência e os fatores de risco para esta condição em idosos é importante<sup>6</sup>.

Esse estudo teve como objetivo verificar a trajetória da funcionalidade em idosos hospitalizados por condições clínicas em hospital universitário e seus fatores associados.

## MÉTODO

Trata-se de estudo, prospectivo, de coorte, realizado no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu - Unesp, hospital universitário, no período de setembro de 2015 a março de 2016.

A pesquisa e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foram aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu – Unesp (parecer nº: 1.140.569)

Foram considerados os seguintes critérios de inclusão: pacientes com idade igual ou superior a 60 anos no momento da internação, ambos os sexos, internados por condições clínicas. Os critérios de exclusão foram: internação com duração menor que 48 horas; situação em que não foram obtidas as informações em até 72 horas após a internação; internação prévia em prazo anterior há seis meses; pacientes que não conseguiram manter um diálogo e não tiveram informantes, dependência total para ABVD 15 dias antes da internação.

Os dados foram coletados em três avaliações.

- Avaliação 1- No dia da inclusão foram coletados dados referentes a dois momentos: Momento 0 (M0) – informações quanto à funcionalidade referida de 15 dias antes da internação (linha de base) e Momento 1 (M1) – na ocasião da internação avaliação sobre funcionalidade, estado nutricional e critérios da Síndrome da Fragilidade. Foram obtidos dados sociodemográficos, clínicos e laboratoriais do paciente junto ao prontuário eletrônico, referentes à presente internação.
- Avaliação 2- Momento 2 (M2) – na alta hospitalar ou 24 horas antes ou 48 horas depois da mesma, com avaliação da funcionalidade.
- Avaliação 3- Momento 3 (M3) – após 30 dias da alta hospitalar por contato telefônico quanto à funcionalidade.

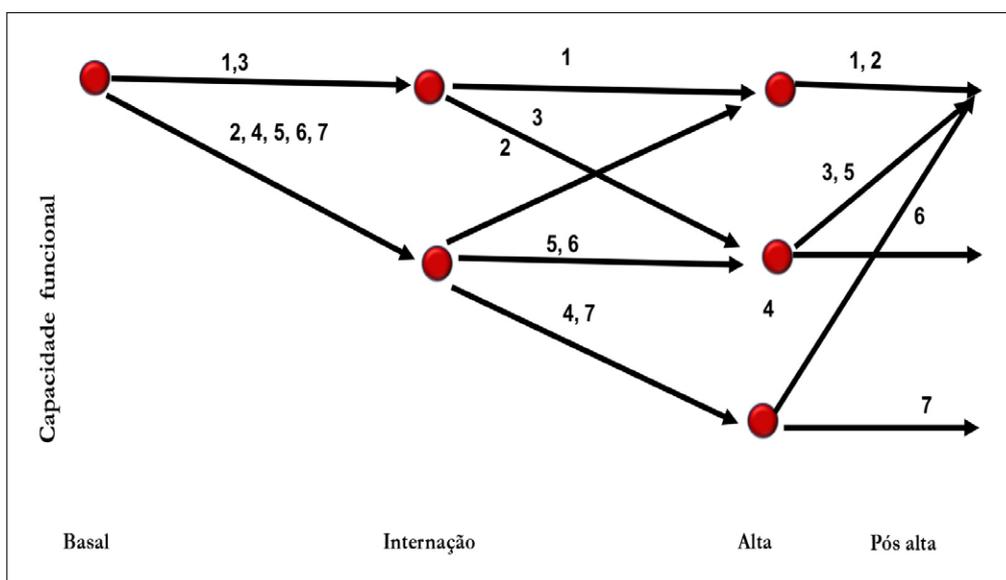
A funcionalidade, com a mensuração das ABVD, foi avaliada pela Escala de Katz<sup>9</sup> que contempla ações relacionadas ao autocuidado (banho, higiene pessoal, vestir-se, alimentação, transferência e continência). A pontuação total é formada pela somatória do número de respostas 'Sim' dos quais a pessoa é independente. O paciente foi considerado independente, quando obteve 5 e 6 pontos, dependente parcial com 3 ou 4 e altamente dependente com 0, 1 ou 2<sup>11</sup>.

Foi realizado cálculo do índice de massa corporal (IMC) após a mensuração do peso e estatura [IMC= peso (kg)/estatura (m<sup>2</sup>)]. O IMC foi classificado de acordo com a Organização Pan-Americana de Saúde: baixo peso  $\leq 23$  kg/m<sup>2</sup>, eutrófico  $>23$  e  $<28$ kg/m<sup>2</sup>; sobrepeso  $\geq 28$  kg/m<sup>2</sup> e  $<30$  kg/m<sup>2</sup> e obesidade  $\geq 30$  kg/m<sup>2</sup><sup>12</sup>.

Síndrome da Fragilidade foi avaliada pelo Fenótipo de Fragilidade de Fried<sup>13</sup>, que é composto por cinco domínios: perda de massa corpórea, redução de energia, fraqueza muscular (representada pela diminuição da força de preensão palmar-FPP), baixo nível de atividade física, redução na resistência muscular ou *endurance*. O paciente foi considerado frágil se positivo para três dos domínios, pré-frágil quando para um ou dois e robusto para nenhum.

Para cada ponto de tempo (linha de base – M0, internação – M1, alta – M2 e 30 dias após alta M3), *escore* ABVD global foi criado e definido como o número de ABVD em que o paciente era independente.

Pacientes foram classificados em uma das sete trajetórias funcionais, dependendo da evolução quanto à funcionalidade: se mantiveram, perderam ou perderam e recuperaram a funcionalidade entre a linha de base e 30 dias após a alta hospitalar. O declínio funcional entre a linha de base e 30 dias após a alta foi definido como sendo independente em menos ABVD 30 dias após a alta do que na linha de base (Figura 1).



**Figura 1.** Trajetórias da funcionalidade de amostra de idosos internados no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu - Unesp. Botucatu, SP, 2016.

As cinco primeiras trajetórias incluíram pacientes que não tiveram não declínio entre a linha de base e 30 dias após a alta.

A primeira trajetória incluiu pacientes que tiveram função estável ao longo de seu curso (sem declínio entre a linha de base, internação, alta e 30

A segunda trajetória incluiu pacientes que diminuíram entre a linha de base e a internação, mas recuperaram sua função basal no momento da alta e a manteve 30 dias após a alta.

A terceira trajetória incluiu pacientes que tiveram função estável entre a linha de base e internação, perdeu na alta e recuperou 30 dias após a alta.

A quarta trajetória incluiu pacientes que declinaram na função de ABVD entre linha de base e internação, piora da função na alta e recuperou 30 dias após a alta.

A quinta trajetória incluiu pacientes que declinaram na função de ABVD entre linha de base e internação, manteve a piora da função na alta e recuperou 30 dias após a alta.

As próximas duas trajetórias incluíram pacientes que declinaram na função ABVD entre a linha de base e 30 dias após a alta.

A sexta trajetória incluiu pacientes que declinaram na função de ABVD entre linha de base e internação e não recuperou na alta e 30 dias após a alta.

A sétima trajetória incluiu pacientes que declinaram na função de ABVD entre linha de base e internação, piora da função na alta e não recuperou 30 dias após a alta.

A amostra foi determinada utilizando-se confiabilidade de 95% e precisão de 5% para prevalência 7% de idosos que cursaram com piora da funcionalidade durante a internação em estudo prévio<sup>14</sup>. O tamanho amostral determinado foi de 100 pacientes.

Os dados obtidos da aplicação do instrumento e da pesquisa nos prontuários foram inicialmente descritos em termos de variáveis quantitativas discretas e contínuas. Foi realizada análise descritiva construindo para as variáveis quantitativas, tabelas com médias e desvio-padrão devido à distribuição normal e para as variáveis qualitativas tabelas com as distribuições de frequências e percentagens.

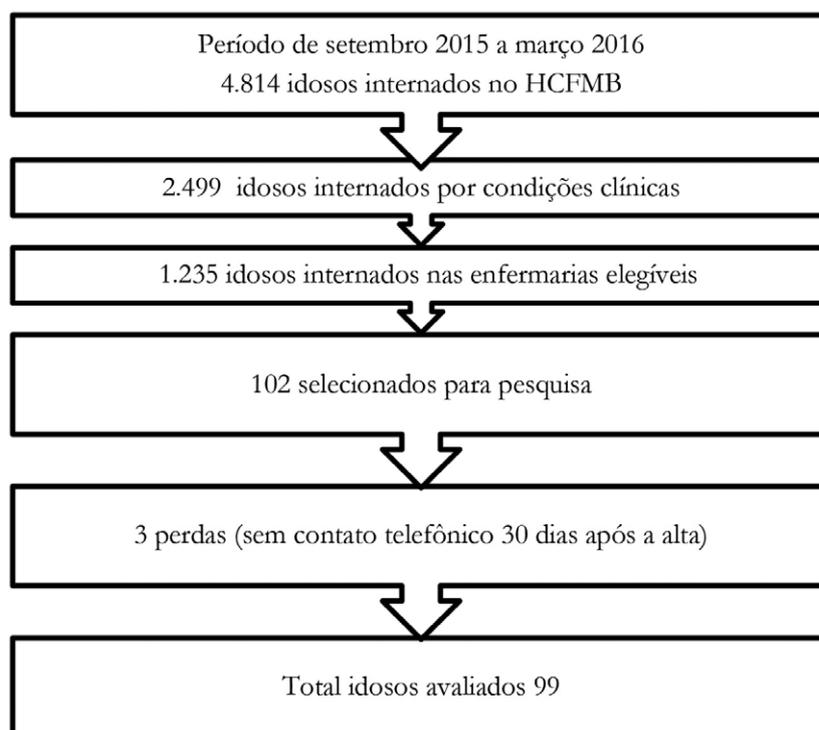
Para análise comparativa entre as médias das faixas etárias e tempo de internação e o tipo de trajetória da funcionalidade foi utilizado os testes de qui-quadrado, Anova e Tukey.

Na análise examinou-se a associação entre perda da funcionalidade e variáveis transformadas em binárias: IMC ( $<$  ou  $\geq 22,9$  kg/m<sup>2</sup>); frágil vs não frágil (*escore* de Fried  $<3$  vs  $\geq 3$ ); robusto vs não robusto (*escore* de Fried  $<1$  vs  $\geq 1$ ); uso de mais cinco medicamentos; albumina ( $<$  ou  $\geq 3,5$  g/dL); FPP adequada para IMC e sexo. As variáveis foram testadas para associação pelo teste do qui-quadrado e do cálculo do risco relativo (RR) com os desfechos de piora da trajetória entre *baseline* e pós-alta (trajetórias 6 e 7). Preservaram-se apenas as variáveis cujo efeito foi significativo ( $p < 0,05$ ) para a ocorrência do evento. A análise multivariada com regressão logística foi realizada com critério *Stepwise* de seleção de variáveis. O valor de  $p$  de 0,05 foi considerado estatisticamente significativo.

## RESULTADOS

Durante a pesquisa foram internados no HCFMB 4.814 idosos, conforme Figura 2, sendo selecionados 102 idosos participantes. A pesquisa foi finalizada com 99 idosos devido a três perdas na avaliação final.

A média da idade dos 99 indivíduos avaliados foi de 74 ( $\pm 7,35$ ) anos, sendo 59,6% do sexo masculino. A média do tempo de internação foi de 5,3 ( $\pm 3,2$ ) dias. A média do IMC foi de 24,7 ( $\pm 5,1$ ) kg/m<sup>2</sup>, sendo 38,4% considerados com baixo peso e 39,4% eutróficos e 38,4% frágeis (Tabela 1).



Fonte: CIMED, 2016.

**Figura 2.** Pacientes idosos internados no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu - Unesp. Botucatu, SP, 2016.

**Tabela 1.** Dados sociodemográficos, nutricionais e clínicos de amostra de 99 idosos hospitalizados no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu-Unesp. Botucatu, SP, 2016.

	média ( $\pm$ dp)
Idade (anos)	74 (7,35)
IMC (kg/m <sup>2</sup> )	24,7 (5,1)
Tempo de internação (dias)	5,3 (3,2)
	n (%)
Sexo	
Masculino	59 (59,6)
Estado civil	
Casado	61 (61,6)
Profissão	
Aposentado	72 (72,7)
Classificação do Índice de Massa Corporal	
Baixo peso	38 (38,4)
Eutrófico	39 (39,4)
Sobrepeso	8 (8,1)
Obeso	14 (14,1)
Síndrome da Fragilidade (Fenótipo de Fried)	
Robusto	8 (8,1)
Pré-frágil	53 (53,5)
Frágil	38 (38,4)

As principais causas de internação segundo CID-10 foram: doenças do aparelho circulatório (23,2%) seguido pela neoplasia (16,2%), do aparelho respiratório (9,1%) e geniturinário (9,1%).

Quanto ao grau de dependência para ABVD, 81,8% dos idosos tinham independência funcional 15 dias antes da hospitalização; 45,5% na internação (M1); 57,6% na alta hospitalar (M2) e 72,8% após 30 dias da alta (M3). Eram dependentes 10,1% na internação, 12,1% em M2 e 5,1% em M3.

As trajetórias prevalentes da evolução da funcionalidade foram a 2 em 31,4% (perderam função entre M0 e M1 e recuperaram em M2 e M3) e a 6 em 26,3% (declinaram na função de ABVD entre linha de base e internação e não recuperou na alta e 30 dias após a alta). A trajetória 1 apresentou frequência de

8,1% (n=8), a 3 de 10,1% (n=10), a 4 de 3% (n=3), a 5 de 20,2% (n=20) e a 7 de 2% (n=2).

Analisando as trajetórias funcionais, observa-se que 28,3% dos idosos avaliados perderam funcionalidade em M3 em comparação com o M0 (trajetórias 6 e 7) e dos 81 independentes em M0 12,3% evoluíram para dependência nas ABVD em M3.

A análise bivariada em relação à piora da funcionalidade entre M0 e M3 (trajetórias 6 e 7) mostrou associação com o idoso ser frágil (RR 2,27; IC 95% 1,30–3,97) e ter IMC <22,9 kg/m<sup>2</sup> (RR 1,79; IC 95% 1,10–2,91). Na análise por regressão multivariada houve associação entre piora da funcionalidade e entre M0 e M3 e SF (RR 4,56; IC 95% 1,70–12,26). (Tabela 2).

**Tabela 2.** Associação por análise bivariada e multivariada com trajetórias com piora da funcionalidade entre M0 e M3 em idosos hospitalizados no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu-Unesp, Botucatu, SP, 2016.

	Piora da funcionalidade						
	Análise bivariada*				Análise multivariada**		
	n	Risco Relativo	IC 95%***	Valor de p	Risco Relativo	IC 95%***	Valor de p
Não robusto	91	0,87	0,81–1,00	0,06			
Frágil	38	2,27	1,30–3,97	0,001	4,56	1,70–12,26	0,003
IMC* <22,9 kg/m <sup>2</sup>	38	1,79	1,10–2,91	0,001	2,51	0,94–6,73	0,06
Albumina <3,5 g/dL	43	0,89	0,32–2,42	0,82			
FPP não adequada****	59	1,85	0,93–3,71	0,05			
Polifarmácia	84	1,08	0,37–3,12	0,88			

\*Teste qui-quadrado; \*\*Critério *Stepwise* de seleção de variáveis; \*\*\*IC 95% - Intervalo de confiança de 95%; \*\*\*\*Força de preensão palmar (FPP) não adequada para índice de massa corporal e sexo.

Observou-se que dos 38 frágeis na internação 50% perderam funcionalidade entre M0 e M3 e dos 28 que tiveram piora da funcionalidade 19 (67%) eram frágeis. Esses aspectos podem explicar os altos IC para ser frágil apresentados na Tabela 2.

## DISCUSSÃO

Este é o primeiro estudo que avalia a capacidade funcional de idosos internados na população brasileira 30 dias após a alta hospitalar. Estudos

brasileiros prévios avaliaram este aspecto de modo transversal<sup>15</sup> ou no momento da alta<sup>16</sup>.

A maior parte dos participantes (81,8%) eram independentes no baseline (M0). Estudos prévios apresentaram taxas de independência entre 15 e 73%<sup>5,16,17</sup>. As taxas podem ser diferentes dependendo da população estudada e do local da pesquisa como em estudo que apresentou 75% independentes para ABVD de pacientes com mais de 55 anos<sup>5</sup> e outro que avaliou idosos com mais de 65 anos e 64% tiveram declínio da funcionalidade antes da internação<sup>14</sup>.

Os resultados mostram que mais de um terço dos idosos apresentaram piora da funcionalidade no momento da internação em comparação com estado anterior, à semelhança de pesquisas prévias, que mostraram que de 35% a 43% dos idosos perderam funcionalidade no momento da internação, independente das causas de internação e do local de avaliação (hospital geral ou enfermaria especializada de geriatria)<sup>2,5,16</sup>.

No momento da alta (M2), mais um terço dos pacientes apresentaram pior função das ABVD em relação ao estado pré-internação (M0). Esta piora é denominada por autores como incapacidade adquirida no hospital (IAH)<sup>4,5,18</sup>. Dados prévios mostram que em média 35% dos idosos não recuperam a funcionalidade no momento da alta hospitalar, independente da população avaliada e do local da internação<sup>2,16,19,20</sup>.

Após 30 dias da alta (M3) 28,2% dos idosos perderam funcionalidade, sem retorno ao seu estado funcional prévio. Estudo observou que 33% de mulheres idosas apresentavam declínio funcional após esse período<sup>3</sup>.

Os fatores associados com piora da funcionalidade entre M0 e M3 na análise bivariada foram idoso ser portador da SF e apresentar IMC <22,9 kg/m<sup>2</sup> e na multivariada ser frágil.

A presença de SF está descrita como fator de risco para perda da funcionalidade, hospitalização e óbito em idosos da comunidade<sup>21,22</sup> e óbito em hospitalizados<sup>23</sup>. Gregorevic et al.<sup>24</sup>, utilizando *Clinical Frailty Scale* (CFS) na avaliação da SF em idosos hospitalizados, observaram que idosos frágeis apresentaram maior risco de cursar com perda da funcionalidade, institucionalizados pós-alta e óbito. Resultados semelhantes foram observados em estudo retrospectivo com idosos ingleses com a avaliação por esse mesmo instrumento no qual a SF foi associada com redução da funcionalidade na alta hospitalar<sup>25</sup>. Análise do *Women's Health and Aging Study I* observou que a SF, avaliada pelo critério fenotípico de Fried, estava associada com perda da funcionalidade<sup>3</sup>. Estudo que avaliou idosos por dois critérios, CFS e Fried, observou que SF estava relacionada com perda da funcionalidade e piores desfechos, como readmissão hospitalar e morte<sup>23</sup>. À semelhança de estudos prévios observou-se que

a SF, avaliada pelo critério de Fried, foi associada com perda da funcionalidade.

As causas da perda da funcionalidade em idosos hospitalizados são multifatoriais e cumulativas e incluem fatores como a causa da internação; idade avançada<sup>4,26</sup>; diagnóstico de entrada; situação funcional prévia; repouso no leito (que resulta em diminuição da mobilidade); procedimentos médicos; medicamentos; déficit cognitivo; quadro confusional agudo e desnutrição<sup>16,18</sup>. Observa-se grande variabilidade nos estudos quanto à avaliação de idoso como local de internados: enfermarias geriátricas<sup>16</sup> e hospital geral<sup>3</sup>, reavaliação após três meses da alta hospitalar<sup>20</sup>, utilização de índices de comorbidade e avaliação de atividades instrumentais da vida diária<sup>2,3,26</sup>.

É necessário observar que as variáveis analisadas no presente estudo não são suficientes para o entendimento completo da funcionalidade do idoso hospitalizado, sendo necessário a investigação de outros domínios não abordados que compõem a avaliação geriátrica ampla, como estado cognitivo; sintomas depressivos; aspectos nutricionais; autorrelato de saúde; etnia; nível educacional; entre outros<sup>7,27</sup>. Outra limitação da presente pesquisa foi local de internação, um hospital universitário, nos quais a complexidade dos pacientes internados é maior.

Aspecto importante do estudo foi a não exclusão de pacientes internados com doenças específicas.

A equipe de saúde que avalia as necessidades de cuidados, como a funcionalidade, durante a internação e pós-alta, deve estar consciente que muitos pacientes não serão capazes de realizar autocuidado básico e manter suas ABVD no momento da alta hospitalar e após 30 dias, como eram antes da internação.

Ensaio clínico randomizado mostrou que exercício em grupo e fisioterapia individual reduziu a perda da funcionalidade, mensurada pela capacidade de transferência e de deambulação em idosos hospitalizados<sup>28</sup>.

Revisão sistemática mostrou que intervenção multidisciplinar que inclui exercício pode aumentar a proporção de pacientes que recebem alta para o domicílio e reduz o tempo e o custo da internação hospitalar para pacientes idosos.<sup>29</sup>

É importante que toda equipe de saúde observe situações que limitem a mobilidade dos pacientes idosos como manutenção prolongada de cateteres e acessos venosos, restrições físicas, permanência prolongada no leito, medo que os pacientes possam cair, ações que interrompem o sono noturno e o uso de drogas psicoativas. Medidas como deambulação precoce, fisioterapia durante a internação, programa de alta precoce, orientação e cuidados pós-alta hospitalar devem ser implementadas pelos serviços de assistência aos idosos<sup>18</sup>.

Os resultados obtidos neste estudo colocam uma série de perguntas para pesquisas futuras. As causas da IAH não são esclarecidas, sendo necessário estabelecer a etiologia desse problema. É importante avaliar se a perda da funcionalidade adquirida em ambiente hospitalar pode ser prevenida

com intervenções multicomponente. A perda da funcionalidade antes da hospitalização pode ser importante como contribuinte para a IAH, sendo necessário determinar seu papel.

## CONCLUSÃO

Este estudo mostrou que idosos apresentam pior funcionalidade na alta hospitalar quando comparada com o momento antes da internação. Cerca 28% dos idosos apresentaram pior função 30 dias após a alta em relação a 15 dias antes da internação. Os idosos com Síndrome da Fragilidade no momento da internação apresentam maior risco para resultados funcionais piores após 30 dias da alta.

Recomenda-se que a equipe de saúde avalie a funcionalidade durante a internação e pós-alta.

## REFERÊNCIAS

1. DATASUS [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde. 2008-. Morbidade Hospitalar do Sistema Único de Saúde - Brasil 2016. [acesso em 02 fev. 2018]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/niuf.def>
2. Covinsky KE, Palmer RM, Fortinsky RH, Cousell SR, Kresevic D, Burant CJ, et al. Loss of independence in activities of daily living in older adults hospitalized with medical illnesses: increased vulnerability with age. *J Am Geriatr Soc.* 2003;51(4):451-8.
3. Boyd CM, Ricks M, Fried LP, Guralnik JM, Xue QL, Xia J, et al. Functional decline and recovery of activities of daily living in hospitalized, disabled older women: the Women's Health and Aging Study I. *J Am Geriatr Soc.* 2009;57(10):1757-66.
4. Sourdet S, Lafont C, Rolland Y, Nourhashemi F, Andrieu S, Vellas B. Preventable iatrogenic disability in elderly patients during hospitalization. *J Am Med Dir Assoc.* 2015;16(8):674-81.
5. Chodos AH, Kushel MB, Greysen SR, Guzman D, Kessel ER, Sarkar U, et al. Hospitalization-associated disability in adults admitted to a Safety-Net Hospital. *J Gen Intern Med.* 2015;30(12):1765-72.
6. Gill TM, Gahbauer EA, Han L, Allore HG. The role of intervening hospital admissions on trajectories of disability in the last year of life: prospective cohort study of older people. *BMJ.* 2015;350:1-8.
7. Chase JAD, Huang L, Russell D, Hanlon A, O'Connor M, Robinson KM, et al. Racial/ethnic disparities in disability outcomes among post-acute home care patients. *J Aging Health.* 01 jun. 2017. Epub Ahead of Print.
8. Min L, Yoon W, Mariano J, Wenger NS, Elliott MN, Kamberg C, et al. The vulnerable elders-13 survey predicts 5-year functional decline and mortality outcomes in older ambulatory care patients. *J Am Geriatr Soc.* 2009;57(11):2070-6.
9. Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. *J Am Med Assoc.* 1963;185:914-9.
10. Cunha FC, Cintra MT, Cunha CM, Giacomini KC. Fatores que predisõem ao declínio funcional em idosos hospitalizados. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2009;12(3):475-87.
11. Duarte YAO, De Andrade CL, Lebrão ML. Katz Index on elderly functionality evaluation. *Rev Esc Enferm USP.* 2007;41(2):317-25.
12. Lipschitz DA. Screening for nutritional status in the elderly. *Prim Care.* 1994;21(1):55-67.
13. Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol Ser A Biol Sci Med Sci.* 2001;56(3):146-56.

14. Mudge AM, O'Rourke P, Denaro CP. Timing and risk factors for functional changes associated with medical hospitalization in older patients. *J Gerontol Ser A Biol Sci Med Sci.* 2010;65(8):866-72.
15. Pereira EEB, Souza ABF, Carneiro SS, Sarges ESN. Funcionalidade global de idosos hospitalizados. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2014;17(1):165-76.
16. Siqueira AB, Cordeiro RC, Perracini MR, Ramos LR. Functional impact of hospitalization among elderly patients. *Rev Saúde Pública.* 2004;38(5):687-94.
17. Brown RT, Pierluissi E, Guzman D, Kessell ER, Goldman LE, Sarkar U, et al. Functional disability in late-middle-aged and older adults admitted to a safety-net hospital. *J Am Geriatr Soc.* 2014;62(11):2056-63.
18. Osuna-Pozo CM, Ortiz-Alonso J, Vidán M, Ferreira G, Serra-Rexach JA. [Review of functional impairment associated with acute illness in the elderly]. *Rev Espanola Geriatr Gerontol.* 2014;49(2):77-89. [Espanhol]
19. De Wit L, Putman K, Devos H, Brinkmann N, Djaeger E, De Weerd W, et al. Long-term prediction of functional outcome after stroke using single items of the Barthel Index at discharge from rehabilitation centre. *Disabil Rehabil.* 2014;36(5):353-8.
20. Hoogerduijn JG, Buurman BM, Korevaar JC, Grobbee DE, De Rooij SE, Schuurmans MJ. The prediction of functional decline in older hospitalised patients. *Age Ageing.* 2012;41(3):381-7.
21. Op Het Veld LPM, Ament BHL, Van Rossum E, Kempen GIJM, De Vet HCW, Hajema K, et al. Can resources moderate the impact of levels of frailty on adverse outcomes among (pre-) frail older people?: a longitudinal study. *BMC Geriatr.* 2017;17(1):1-8.
22. Kojima G. Frailty as a predictor of hospitalisation among community-dwelling older people: a systematic review and meta-analysis. *J Epidemiol Community Health.* 2016;70(7):722-9.
23. Belga S, Majumdar SR, Kahlon S, Pederson J, Lau D, Padwal RS, et al. Comparing three different measures of frailty in medical inpatients: multicenter prospective cohort study examining 30-day risk of readmission or death. *J Hosp Med.* 2016;11(8):556-62.
24. Gregorevic KJ, Hubbard RE, Lim WK, Katz B. The clinical frailty scale predicts functional decline and mortality when used by junior medical staff: a prospective cohort study. *BMC Geriatr.* 2016;16:117.
25. Hartley P, Adamson J, Cunningham C, Embleton G, Romero-Ortuno R. Clinical frailty and functional trajectories in hospitalized older adults: a retrospective observational study. *Geriatr Gerontol Int.* 2017;17(7):1063-8.
26. Ritt M, Ritt JI, Sieber CC, Gaßmann KG. Comparing the predictive accuracy of frailty, comorbidity, and disability for mortality: a 1-year follow-up in patients hospitalized in geriatric wards. *Clin Interv Aging.* 2017;12:293-304.
27. Zisberg A, Shadmi E, Gur-Yaish N, Tonkikh O, Sinoff G. Hospital-associated functional decline: the role of hospitalization processes beyond individual risk factors. *J Am Geriatr Soc.* 2015;63(1):55-62.
28. Raymond MJM, Jeffs KJ, Winter A, Soh SE, Hunter P, Holland AE. The effects of a high-intensity functional exercise group on clinical outcomes in hospitalised older adults: an assessor-blinded, randomised-controlled trial. *Age Ageing.* 2017;46(2):208-13.
29. De Morton NA, Keating JL, Jeffs K. Exercise for acutely hospitalised older medical patients. *Cochrane Database Syst Rev.* 2007;(1):1-48.

Recebido: 15/09/2017

Revisado: 13/02/2018

Aprovado: 13/03/2018



# Tendência de mortalidade geral e por doenças do aparelho circulatório em idosos, Rio Branco, Acre, 1980-2012

Trends in overall mortality and from diseases of the circulatory system in elderly individuals in Rio Branco, Acre, 1980-2012

Polyana Caroline de Lima Bezerra<sup>1,2</sup>  
Gina Torres Rego Monteiro<sup>3</sup>

## Resumo

**Objetivo:** Analisar as tendências de mortalidade geral e por doença do aparelho circulatório de idosos residentes no município de Rio Branco, Acre, Brasil, nos anos de 1980 a 2012. **Método:** Trata-se de um estudo dos dados do óbito de idosos disponíveis no Sistema de Informação de Mortalidade. Foram calculadas taxas anuais de mortalidade, geral e por doenças do aparelho circulatório, brutas e padronizadas por idade. As tendências dessas taxas foram analisadas pelo programa *JoinPoint Regression*. **Resultados:** Verificou-se que, apesar dos decréscimos observados nas taxas de mortalidade, as doenças do aparelho circulatório se mantiveram como principal causa de óbito dos idosos de Rio Branco. A queda das taxas de mortalidade geral foi maior para as idosas e para aqueles com 70 ou mais anos de idade. Foi observada tendência de redução da taxa de óbito por doenças do aparelho circulatório nos idosos do sexo masculino e tendência de aumento para as mulheres. **Conclusão:** A mortalidade dos idosos em Rio Branco apresenta tendência decrescente. As mortes por doenças do aparelho circulatório constituem o principal grupo de causa de óbito, sugerindo que sejam feitas pesquisas para avaliar a necessidade de investimento para garantir que o aumento da longevidade seja acompanhado por uma boa qualidade de vida.

## Palavras-chave:

Mortalidade. Saúde do Idoso. Epidemiologia. Sistema Cardiovascular. Longevidade.

## Abstract

**Objective:** To analyze trends in general mortality and circulatory system disease mortality among elderly persons living in the city of Rio Branco, Acre, Brazil, from 1980 to 2012. **Method:** A study of the cause of death of elderly people was carried out from the data available in the Brazilian Mortality Information System. Crude and age-based overall and circulatory system mortality rates were calculated. The trend analyses of these rates were performed using the *JoinPoint Regression* program. **Results:** Despite the reductions in mortality rates, diseases of the circulatory system remained the main cause of death

**Keywords:** Mortality. Health of the Elderly. Epidemiology. Cardiovascular System. Longevity.

<sup>1</sup> Universidade Federal do Acre, Centro de Ciências da Saúde e do Desporto. Rio Branco, Acre, Brasil.

<sup>2</sup> Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Programa de Doutorado em Saúde Pública e Meio Ambiente. Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

<sup>3</sup> Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Departamento de Epidemiologia e Métodos Quantitativos em Saúde. Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

of the elderly in Rio Branco. The decrease in overall mortality rates was higher among elderly women and those aged 70 years or older. There was a tendency for death rates due to diseases of the circulatory system to decline among elderly men and grow among elderly women. *Conclusion:* The mortality rate among the elderly in Rio Branco revealed a declining trend. Deaths from diseases of the circulatory system were the leading cause of death, suggesting that research should be carried out to assess the need for investment to ensure that increased longevity is accompanied by good quality of life.

## INTRODUÇÃO

Até o final dos anos 1970, o Brasil apresentava um perfil demográfico característico de uma população predominantemente jovem, fruto de uma longa experiência de níveis elevados de fecundidade. Entretanto, alterações demográficas vêm ocorrendo ao longo do tempo no país, mudando esse perfil. Uma das mais fortes evidências observada na comparação temporal, refere-se ao estreitamento da base da pirâmide populacional, com reduções significativas do número de crianças e jovens no total da população<sup>1</sup>. Essa mudança também foi observada em Rio Branco, uma vez que a proporção de menores de 20 anos diminuiu de 55,2% (Censo de 1980) para 39,3% (Censo de 2010), ao passo que a de maiores de 60 anos aumentou de 4,2% para 6,4%, nos mesmos censos<sup>2</sup>.

No processo de envelhecimento populacional é necessário buscar compreender a desigualdade na mortalidade entre idosos por meio de estudos que considerem aspectos epidemiológicos, demográficos e sociais que são pertinentes a essa população. A informação de mortalidade é indiscutivelmente um dos principais indicadores de saúde da população. As taxas de mortalidade, o número do óbito, local, faixa etária e as principais causas de óbito oferecem contribuição crucial para debates políticos, planejamento, intervenções e estabelecer prioridades de pesquisa e para desenvolvimento de novas tecnologias. A análise de tendência nas causas do óbito fornece um importante resumo geográfico para se saber se a sociedade e as políticas públicas estão em progresso na redução da mortalidade, especialmente das causas evitáveis, e onde são necessários maiores investimentos. Assim, pode-se afirmar que as estatísticas de mortalidade são de grande utilidade<sup>3,4</sup>.

Neste sentido, o presente artigo propõe-se a analisar as tendências de mortalidade geral e por doença do aparelho circulatório em idosos residentes no município de Rio Branco, Acre, nos períodos de 1980 a 2012.

## MÉTODO

Trata-se de um estudo ecológico, de dados da mortalidade em pessoas com 60 anos ou mais de idade na capital do estado do Acre, Rio Branco, localizada na Amazônia Ocidental brasileira. Segundo o censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2010<sup>5</sup>, a população de Rio Branco era composta por 336.038 habitantes, sendo 21.577 maiores de 60 anos, com maior proporção no sexo feminino (53,6%).

Foram utilizados os dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM)<sup>6</sup>, que consolida todas as mortes dos brasileiros. Os óbitos foram codificados de acordo com a 9ª revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID) para os anos de 1980 a 1995, e 10ª revisão para os anos de 1996 a 2012.

Foram analisadas as frequências absolutas e relativas das variáveis: sexo, faixa etária (60 a 69 anos, 70 a 79 anos e de 80 anos ou mais); etnia/cor (branca, parda, negra, amarela ou indígena); estado civil (casado, solteiro, viúvo, separado ou outros); escolaridade (zero; de 1 a 8 anos; 9 a 10 anos e de 11 anos ou mais de estudo); local do óbito (hospital, domicílio, via pública ou outros); causa de morte, e ano do óbito (de 1980 a 2012).

A partir dos dados de óbitos dos idosos, foi calculada a mortalidade proporcional por capítulo,

excluindo as mortes por causas mal definidas (Capítulos XVI na CID-9 e XVIII na CID-10). Comparou-se a proporção de óbitos dos seis capítulos mais frequentes no último ano aos anos 1980, 1996 e 2012.

Foram calculadas a taxa bruta de mortalidade por cem mil habitantes (razão entre o número de óbitos de pessoas com 60 anos ou mais e a população residente em Rio Branco na faixa etária no ano referente) e as taxas específicas por faixa etária e sexo. Foram, ainda, calculadas taxas padronizadas por idade pelo método direto, utilizando como padrão uma população mundial teórica<sup>7</sup>, com o objetivo de controlar a influência do envelhecimento populacional na tendência da mortalidade.

Realizou-se, ainda, a análise da tendência da taxa de mortalidade das doenças do aparelho circulatório, por ser o capítulo com maior número de óbitos no período todo. Com vistas à melhor qualidade dos dados, utilizou-se a metodologia de ajuste de redistribuição proporcional de 50% dos óbitos com causa básica mal definida (códigos 780-799 da CID-9 e R00-R99 da CID-10), sendo esse fator de correção nos cálculos de mortalidade recomendado pela Organização Mundial de Saúde (OMS)<sup>8</sup> e já utilizado em nosso país por França et al.<sup>9</sup>. Essa redistribuição manteve a proporção dos óbitos especificados (ou seja, por categoria) no capítulo das doenças do aparelho circulatório.

As análises de tendência foram realizadas por estimativas da variação percentual anual das taxas de mortalidade dos idosos para o conjunto de óbitos e para o capítulo das doenças do aparelho circulatório, utilizando o programa estatístico *Joinpoint Regression* (<http://surveillance.cancer.gov/joinpoint/>). A técnica de *joinpoint* utiliza as taxas log-transformadas para identificar pontos de inflexão, ao longo do período, capazes de descrever mudanças significativas na tendência por meio da *Annual Percentual Change*. Nesse artigo, é apresentada em português como “variação percentual anual” (VPA), a qual permite determinar a magnitude da mudança de uma taxa em um determinado período de tempo<sup>10</sup>. No conceito da VPA do segmento, os pontos de inflexão correspondem a

k-1 segmentos. Os testes de significância estatística para escolha do melhor modelo se basearam pelo método de permutação de Monte Carlo, considerando o valor de  $p < 0,05$ .

## RESULTADOS

No período estudado (1980 a 2012), faleceram 44.007 pessoas com 60 anos de idade ou mais, residentes em Rio Branco, AC, sendo 62,3% homens. Em relação à faixa etária, 35,6% delas tinham de 70 a 79 anos e 34,8%, 80 ou mais. Observou-se predomínio de indivíduos pardos, solteiros, com baixa escolaridade e que faleceram em hospital (Tabela 1).

A distribuição dos óbitos por capítulos da CID, excluindo as causas mal definidas, apontou o capítulo das doenças do aparelho circulatório como o mais frequente em idosos residentes em Rio Branco, em todo o período estudado. Os óbitos desse capítulo representaram mais da metade dos registrados em 1980 (50,6%) e praticamente um terço em 2012 (31,2%). Observou-se mudança no percentual de óbitos por doenças do aparelho respiratório, que alcançou o segundo lugar em 2012, tendo aumentado de 11,7%, em 1980 para 19,7% dos óbitos em 2012. Houve aumento no percentual de óbitos no capítulo das doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (de 0,6% para 10,7%) e nas causas externas (de 3,2% para 4,6%). Padrão distinto foi observado no capítulo das doenças parasitárias e infecciosas que apresentou aumento seguido de redução: de 6,5% (1980) para 10,3% (1996) e 4,5% dos óbitos dos idosos em 2012 (Tabela 2).

As taxas de mortalidade padronizadas por idade apresentaram oscilações ao longo do período, sendo sempre mais elevadas nos homens. Para o conjunto dos óbitos, a menor taxa foi de 3.497,49/100.000 idosos, em 1990, e a mais alta, 5.203,00 óbitos/100.000 idosos, em 1995 (Figura 1). As taxas de mortalidade por idade foram superiores nas idades mais avançadas em todos os anos analisados, apresentando importante variação nos maiores de 80 anos (Figura 1).

**Tabela 1.** Caracterização dos óbitos de pessoas com 60 anos ou mais no período de 1980 a 2012. Rio Branco, Acre.

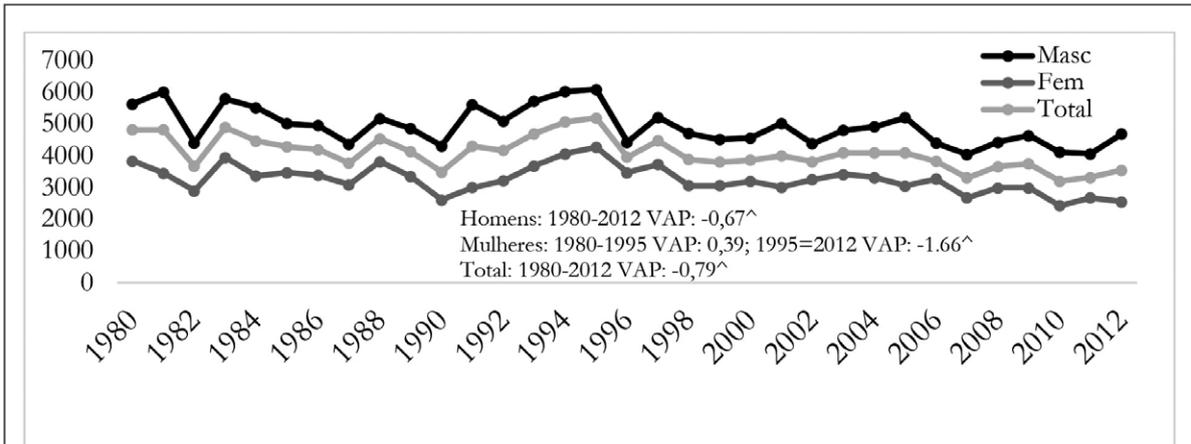
Variáveis*	n (%)
Sexo	
Masculino	27.368 (62,3)
Feminino	16.579 (37,7)
Faixa etária	
60-69	5.249 (29,7)
70-79	6.287 (35,6)
80 e mais	6.144 (34,8)
Etnia/cor **	
Branca	4.564 (29,6)
Preta	823 (5,3)
Parda	9.739 (63,1)
Amarela	203 (1,3)
Indígena	94 (0,6)
Estado civil	
Casado	11.433 (30,5)
Solteiro	19.082 (50,8)
Viúvo	5.938 (15,8)
Separado	640 (1,7)
Outros	446 (1,2)
Escolaridade (anos de estudo)	
0	10.801 (58,4)
1 a 8	5.675 (30,7)
9 a 10	1.038 (5,6)
11 ou mais	643 (3,5)
Local do óbito	
Hospital	28.919 (66,8)
Domicílio	11.171 (25,8)
Via pública	1.951 (4,5)
Outros	1.238 (2,9)
Total de óbitos	44.007

Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM). \*As diferenças nos valores absolutos, em todas as variáveis, correspondem aos dados ignorados no SIM/DATASUS; \*\*dados do período 1996 a 2012, pois os anos anteriores não são disponíveis no SIM/DATASUS.

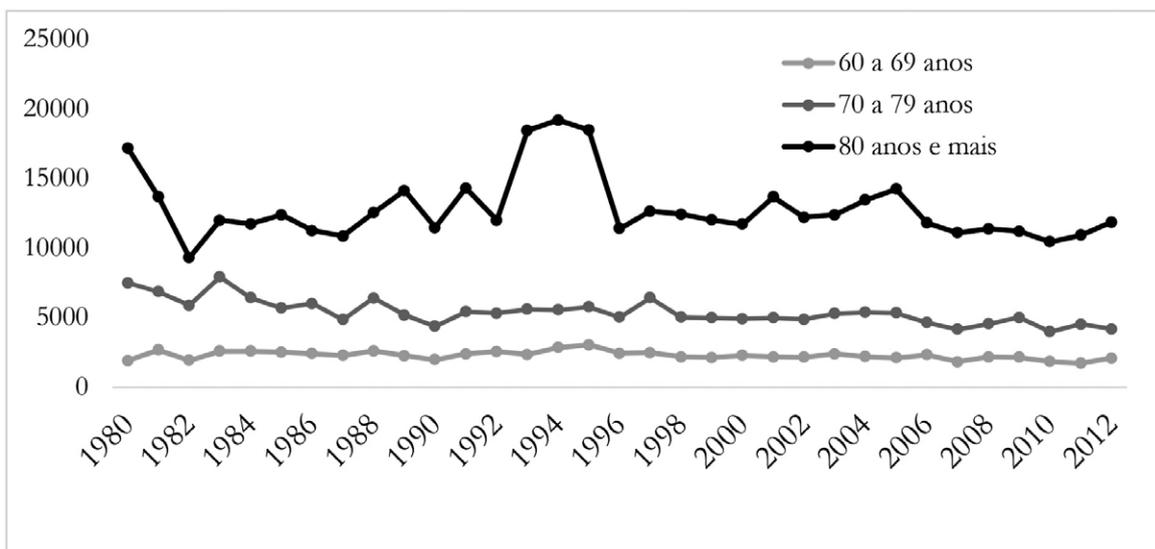
**Tabela 2.** Distribuição proporcional dos óbitos em idosos nos anos de 1980, 1996 e 2012. Rio Branco, Acre.

Capítulo do óbito*	1980	1996	2012
	n (%)	n (%)	n (%)
Cap. I – Doenças infecciosas e parasitárias	10 (6,5)	37 (10,3)	38 (4,5)
Cap. II – Neoplasias (tumores)	30 (19,5)	46 (12,8)	157 (18,5)
Cap. IV – Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	1 (0,6)	31 (8,7)	91 (10,7)
Cap. IX – Doenças do aparelho circulatório	78 (50,6)	143 (39,9)	264 (31,2)
Cap. X – Doenças do aparelho respiratório	18 (11,7)	55 (15,4)	167 (19,7)
Cap. XX – Causas externas de morbidade e mortalidade	5 (3,2)	13 (3,6)	39 (4,6)
Demais capítulos	12 (7,8)	12 (9,3)	67 (10,8)
Total	154 (100)	358 (100)	847 (100)

Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM). \*Exceto as causas mal definidas. Classificação Internacional de Doenças (CID-9 e CID-10).



Taxa de mortalidade geral padronizada por idade, segundo sexo.



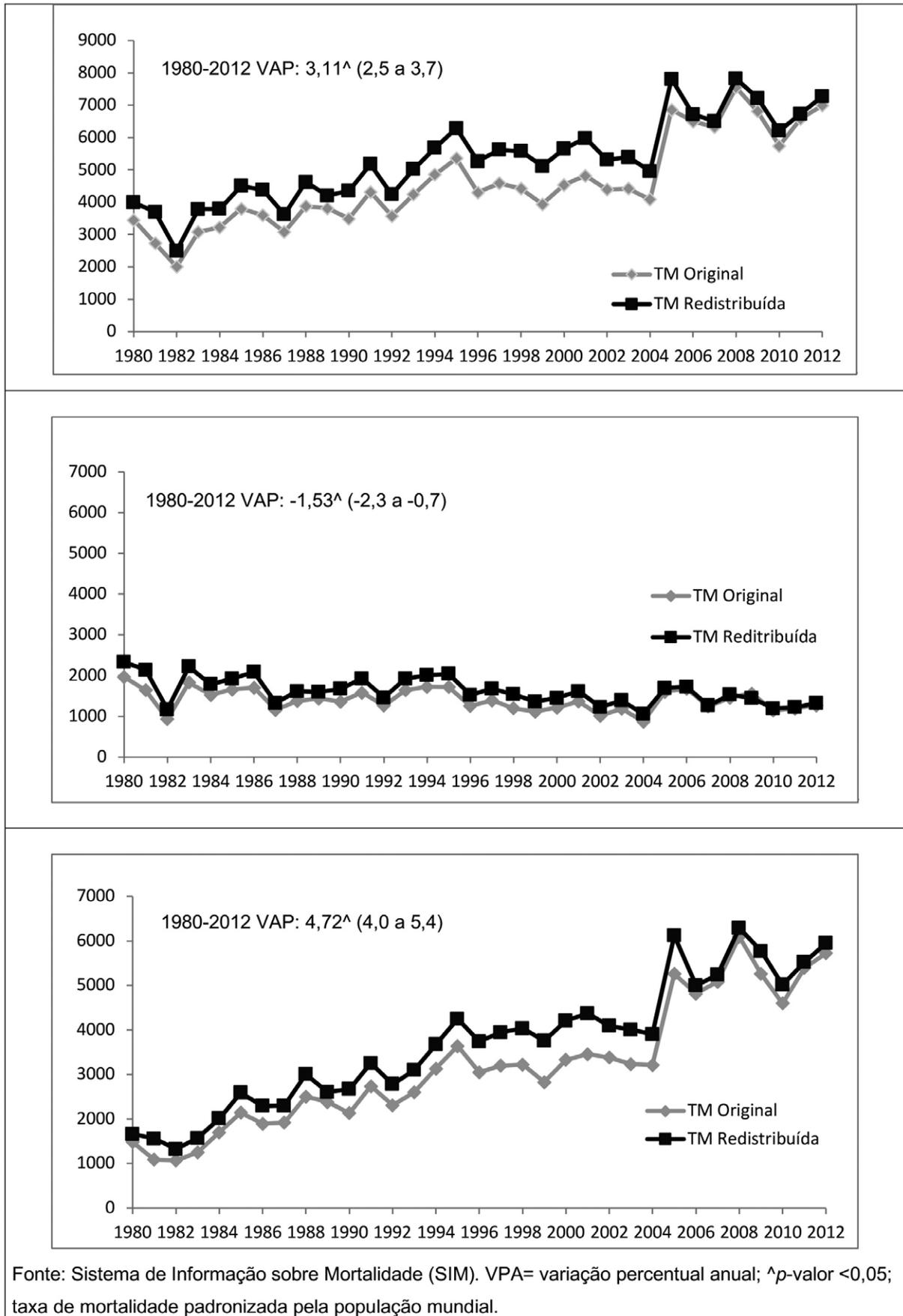
Taxa anual de mortalidade por faixa etária.

Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM). Taxa de mortalidade padronizada pela população mundial.

**Figura 1.** Taxa de mortalidade em idosos no período de 1980 a 2012. Rio Branco, Acre.

Em relação ao capítulo das doenças do aparelho circulatório (DAC), ocorreram 5.789 óbitos no período estudado. A metodologia de ajuste de redistribuição utilizada incorporou outros 2.442 óbitos antes registrados no capítulo das causas mal definidas. A Figura 2 mostra o comportamento das taxas de mortalidade padronizadas antes e depois dessa

redistribuição, para homens, mulheres e para ambos os sexos. Cabe notar que a redistribuição apresentou maior magnitude no início da série, perdendo importância a partir de 2006. Pode-se observar tendência a aumento na taxa total, refletindo o comportamento de aumento do óbito feminino, enquanto há declínio das taxas do sexo masculino ao longo do período.



**Figura 2.** Taxas de mortalidade padronizada por doença do aparelho circulatório, original e redistribuída de óbitos por causas mal definidas, ambos os sexos. Rio Branco, Acre, 1980-2012.

A taxa de mortalidade geral segundo faixa etária, durante todo o período, foi maior entre os idosos com 80 anos ou mais, com aumento importante a partir do ano de 2005. Em Rio Branco, a mortalidade do conjunto dos idosos apresentou tendência à diminuição em todas as faixas etárias, em ambos os sexos, exceto para as mulheres da faixa de 80 anos ou

mais, entre os anos de 1982 a 1988. A estimativa de VPA para ambos os sexos, nessa faixa, foi de aumento de 3,5% ao ano, de 1982 a 1993, com significância estatística, à custa de uma variação mais importante nas mulheres dessa mesma faixa, no período de 1982 a 1988 (VPA= 12,2% a.a.), seguida de pequena diminuição (-0,7% a.a.) nos anos seguintes (Tabela 3).

**Tabela 3.** Variação percentual anual (VPA) das taxas de mortalidade geral e por doenças do aparelho circulatório (DAC) em idosos segundo sexo e faixa etária. Rio Branco, Acre, 1980-2012.

Sexo Faixa etária	1ª Tendência		2ª Tendência		3ª Tendência	
	Período	VPA (IC <sub>95%</sub> )	Período	VPA (IC <sub>95%</sub> )	Período	VPA (IC <sub>95%</sub> )
<b>Mortalidade geral</b>						
<b>Homens</b>						
60 a 69	1980-2012	-0,6 (-1,0; -0,1)				
70 a 79	1980-2012	-0,7 (-0,3; -3,2)				
80 e mais	1980-1993	-1,4 (-1,1; 4,0) <sup>a</sup>	1993-2012	-1,9 (-3,2; -0,4)		
<b>Mulheres</b>						
60 a 69	1980-1995	2,2 (0,3; 4,2)	1995-2012	-2,0 (-3,5; -0,5)		
70 a 79	1980-2012	-1,8 (-2,4; -1,3)				
80 e mais	1980-1982	-43,6 (-64,7; -9,9)	1982-1988	12,2 (1,0; 24,5)	1988-2012	-0,7 (-1,7; -0,3) <sup>a</sup>
<b>Ambos</b>						
60 a 69	1980-2012	-0,6 (-6,0; -1,0)				
70 a 79	1980-2012	-1,3 (-1,7; -0,9)				
80 e mais	1980-1982	-23,0 (-45,4; 8,6) <sup>a</sup>	1982-1993	3,5 (0,7; 6,3)	1993-2012	-1,6 (-2,7; -0,7)
<b>Mortalidade por DAC</b>						
<b>Homens</b>						
60 a 69	1980-2012	-0,89 (-1,7; -0,1)				
70 a 79	1980-1982	-24,74 (-50,9; 15,3) <sup>a</sup>	1982-2012	-1,05 (-1,9; -0,2)		
80 e mais	1980-1992	-1,62 (-2,7; -0,5)				
<b>Mulheres</b>						
60 a 69	1980-1983	2,70 (1,7; 3,7)				
70 a 79	1980-2012	2,37 (1,5; 3,2)				
80 e mais	1980-1996	5,32 (4,4; 6,3)				
<b>Ambos</b>						
60 a 69	1980-1983	1,29 (0,6; 2,0)				
70 a 79	1980-1996	1,03 (0,4; 1,7)				
80 e mais	1980-2012	3,86 (3,1; 4,6)				

Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM). Taxa de mortalidade padronizada pela população mundial; todos *p*-valor <0,001 exceto <sup>a</sup> *p*-valor >0,05.

Ainda na Tabela 3, pode-se notar o predomínio de declínio das taxas de mortalidade por DAC no sexo masculino e de crescimento no feminino, em todo o período. Ao analisar por faixa etária fica evidente diferença de comportamento, embora a tendência global seja de aumento, especialmente no último estrato etário (VPA de 3,86; IC<sub>95%</sub> 3,1 a 4,6), que pese a discrepância da magnitude entre os sexos e faixas etárias. Vale notar que o percentual de mortalidade por DAC entre os idosos de 80 anos ou mais diminuiu 1,62 por ano, de 1980 a 2012, enquanto nas idosas houve aumento anual de 5,32 no mesmo período, ambos com significância estatística.

Dentre os registros de óbitos em idosos por DAC, as causas específicas mais frequentes, em 2012, foram: acidente vascular cerebral (AVC) (n=48; 18,2%), infarto agudo do miocárdio (IAM) (n=43; 16,3%), hipertensão arterial essencial (n=32; 12,1%), sequelas de doença cerebrovascular (n= 32; 12,1%), insuficiência cardíaca (n=17; 6,4%) e doença cardíaca hipertensiva (n=16; 6,1%). Em todas as causas específicas por DAC, o maior número de mortes, em ambos os sexos, ocorreu na faixa etária de 80 anos e mais, com exceção dos óbitos por AVC em homens, que foi superior no grupo de 70 a 79 anos, e por IAM, neste mesmo estrato etário, para ambos os sexos (masculino: n=11; 36,7%; feminino: n=5; 38,5%).

## DISCUSSÃO

A taxa de mortalidade dos idosos em Rio Branco foi maior no sexo masculino em todos os anos analisados e naqueles que têm 80 anos ou mais; no entanto, a tendência de mortalidade geral foi de diminuição para ambos os sexos. O capítulo com maior número de óbitos foi o de DAC, com tendência crescente ao longo do período, de forma pronunciada nas mulheres e principalmente naquelas com 80 ou mais anos.

No Brasil, nas últimas décadas, a distribuição etária da mortalidade apresentou importante modificação com a queda dos óbitos infantis e o aumento da proporção de idosos, que passou de 38% em 1980 para 60% em 2007. Porém, mesmo com o aumento da longevidade, segundo Mathias et al.<sup>11</sup>, ainda persiste a carência de informação sobre como e do que se morre nas idades mais avançadas.

Os dados de sobreposição masculina das taxas de mortalidade geral encontrados nos resultados do presente estudo, também foram observados em Recife (PE)<sup>12</sup>, onde as maiores taxas encontradas foram nos homens idosos (média de 5,44 óbitos/100.00hab), em comparação com as idosas (média de 3,73 óbitos/100.00hab), entre os anos de 1996 e 2007. O fenômeno de paradoxo de sobrevida masculino e feminino, observado nas sociedades humanas modernas, em que as mulheres experimentam uma maior longevidade do que os homens, resulta de diferenças tanto biológicas quanto ambientais, que incluem fatores comportamentais, culturais e sociais<sup>13-15</sup>.

Diversos estudos têm relacionado tanto a maior longevidade, como a melhor qualidade de vida ao envelhecer, com o prolongamento dos telômeros – estrutura constituída por repetidos filamentos de proteínas e de DNA que compõem as extremidades dos cromossomos<sup>13,15</sup>. A vantagem genética das mulheres pode ser atribuída à diferença da transcrição reversa dos telômeros humanos (Htert) que pode ser estimulada pelo hormônio feminino estrogênio. Resultando, assim, em aumento da telomerase e telômeros mais longos, e conseqüentemente, a maior longevidade em relação aos homens<sup>15</sup>. Outra vantagem genética seria atribuída ao cromossomo X, que contém genes de reparação de DNA e, como as mulheres possuem dois deles, teriam vantagem em relação aos indivíduos do sexo masculino (XY) na eventualidade do cromossomo X sofrer algum dano<sup>14-17</sup>. Além do mais, estudos demonstram vantagens de variantes genéticas associadas à longevidade tanto para maior paridade como para maternidade em idade mais avançada (acima de 33 anos). Desta forma, a sobrevida da mulher também poderia ser mecanismo evolutivo ou pressão seletiva, elegendo as variantes genéticas que facilitam a sobrevivência por muito tempo, mesmo após a idade em que cessa a reprodução<sup>16,17</sup>.

Desta forma, é importante salientar que existem aspectos biológicos que podem determinar esta tendência de maior longevidade das mulheres, não se tratando de um fenômeno meramente demográfico. Além disso, é sabido que as mulheres utilizam mais os serviços de saúde, possibilitando diagnóstico e tratamento mais precoces, o que pode resultar em menor mortalidade<sup>18</sup>.

As variações percentuais anuais de mortalidade geral, nos anos estudados em Rio Branco, foram mais expressivas nas mulheres da faixa etária de 80 anos e mais, com decréscimo de 43,6% entre os anos de 1980 e 1982, seguida por aquelas de 60 a 69 anos (VPA de -2,0). Nos homens, a variação mais expressiva também foi na faixa etária acima de 79 anos (VPA= -1,9) a partir do ano de 1993. Este padrão de queda expressivo das taxas de mortalidade em idosos também foi encontrado em estudos no nordeste e no sudeste<sup>12,19,20</sup>.

A distribuição das causas de óbito em Rio Branco corrobora o perfil apontado por Miranda et al.<sup>21</sup> quando indica predominância no Brasil, de 1998 a 2013, de doenças do aparelho circulatório, das neoplasias e do aparelho respiratório, com aumento das mortes por doenças endócrinas. Observa-se, no presente estudo, o declínio ao longo do tempo da mortalidade por DAC. Um estudo realizado no Rio Grande do Norte, entre 2001 e 2011, constatou que as DAC são a principal causa de óbito nas faixas etárias de 60 a 69 anos (32,8%) e de 80 anos ou mais (35,3%). O segundo capítulo mais importante foi o das neoplasias (22,9%) entre os idosos de 60 e 69 anos e aqueles com 80 ou mais (10,0%). As doenças do aparelho digestivo e as causas externas apresentaram valores importantes de mortalidade proporcional entre os idosos mais jovens ao passo que doença do aparelho respiratório e mal definidas foram mais importantes para os mais longevos<sup>19</sup>.

De modo semelhante à mortalidade dos idosos de Rio Branco, um estudo realizado no estado do Mato Grosso com dados de 1986 a 2006, encontrou maiores coeficientes de mortalidade por DAC nos homens e nos idosos mais longevos. Por outro lado, constatou que, para quase todos os grupos etários dos idosos, os óbitos por DAC apresentaram decréscimo de aproximadamente 10% para ambos os sexos<sup>22</sup>.

Resultados semelhantes foram encontrados em outros estudos nacionais sobre mortalidade em idosos por diversas doenças do aparelho circulatório<sup>23-26</sup>.

Garritano et al.<sup>24</sup>, quando discutem a redução da taxa de mortalidade por AVC, apontam que ela está relacionada à incidência e à letalidade da doença, e que essa explicação pode estender às demais DAC por possuírem fatores de risco e mecanismos

patológicos similares. A incidência está atrelada aos fatores de risco como a hipertensão arterial, diabetes, obesidade, fumo, baixo índice de desenvolvimento humano (IDH), entre outros, enquanto a letalidade depende da eficácia do tratamento instituído.

O Brasil é um país grande, com muita desigualdade entre regiões e escassos recursos destinados à saúde pública. Com isso, nem sempre os procedimentos mais indicados encontram-se acessíveis para a população das diversas localidades<sup>24</sup>. Para Mansur e Favarato<sup>27</sup>, a progressiva redução da mortalidade no Brasil por doença cardiovascular deve estar mais relacionada às melhorias da qualidade de vida das populações desde o nascimento do que ao acesso aos serviços e procedimentos de alta tecnologia, que devem ficar restritos aos casos de mais alto risco, onde a efetividade é melhor. Embora esses aspectos não tenham sido objeto do presente estudo, acredita-se que possam estar relacionados com a redução da taxa de mortalidade por DAC em Rio Branco. Necessita-se, portanto, da realização de outros estudos para verificar tais constatações.

Um estudo com dados de 26 países da União Europeia<sup>28</sup>, de 1980 a 2009, constatou que, de forma geral, a diminuição, em maior ou menor grau, da taxa de mortalidade por doença coronariana aparece na maioria dos países e em todos os grupos etários, em ambos os sexos. Entretanto, em um pequeno número de países observou-se evidência de recente aumento nos grupos etários mais jovens. Os autores chamaram a atenção para a prevalência ou permanência de fatores de riscos importantes, como: tabagismo, obesidade e diabetes em níveis relativamente elevados para os padrões europeus.

No entanto, nota-se redução de mortalidade entre os mais longevos, que pode ser resultado de mortalidade por doença coronariana retardada, em vez de evitada, sendo a diminuição da mortalidade na faixa etária de 65 a 74 anos, por exemplo, parcialmente compensada por menor redução entre os mais velhos. A média das VPA para toda a gama de anos nos indivíduos com 65 anos ou mais foi de redução de 22,3% entre os homens e 22,2% entre as mulheres<sup>28</sup>.

Os padrões de tendência mortalidade geral e por DAC nos idosos do sexo masculino, de Rio Branco encontrados no presente estudo, são de diminuição,

ainda que haja diferenças no período, nas faixas etárias e nos sexos. Esse tipo de constatação suscita implicações importantes para as políticas públicas.

No Brasil, os desafios são notórios em relação à saúde, onde o sucateamento do Sistema Único de Saúde (SUS), que, conforme alerta Oliveira et al.<sup>19</sup>, não se tornou totalmente universal e, ainda apresenta vazios geográficos na oferta dos serviços de média e alta complexidade, não está preparado para enfrentar as morbidades que se farão mais prevalentes com o aumento da população idosa.

Segundo a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS)<sup>18</sup>, 45% da população brasileira tem doença crônica não transmissível (DCNT) e, estes indivíduos utilizam duas vezes mais os serviços de saúde comparados aos que não possuem DCNT. Em outro inquérito populacional<sup>29</sup> realizado em Rio Branco, no ano de 2007, sendo que 11,9% da amostra era composta por pessoas idosas, revelou que 76,7% dos participantes referiram ter ao menos uma entre as 18 morbidades investigadas. As doenças mais relatadas foram doença de coluna (30,8%), hipertensão arterial (28,3%) e depressão (19,0%).

O aumento da proporção de idosos pode gerar um aumento expressivo dos custos com internações hospitalares do SUS. Um estudo que comparou os dados de internação entre 2000 e 2010 relata que tal aumento decorre do grupo de doenças mais prevalentes nessa faixa de idade, tais como doenças circulatórias e neoplasias, as quais foram responsáveis por explicar, respectivamente, 110,0% e 31,4%, do aumento dos custos totais das internações no Brasil nesse período<sup>30</sup>. Este cenário realça a dimensão das necessidades de investimentos para enfrentar as enfermidades características das idades mais avançadas e a lacuna em relação aos cuidados, proteção, envelhecimento saudável e integração dos idosos à sociedade. A área da saúde precisa reestruturar fontes de financiamento e processos de gestão para confrontar de forma adequada as questões associadas à maior longevidade da população e ao funcionamento geral do sistema<sup>19</sup>.

No entanto, destaca-se que o próprio processo global de envelhecimento, evidenciado pelos dados em nível agregado das análises, com tendência de redução das taxas ao longo dos anos, também é resultado das melhorias de políticas públicas de saúde,

com maior foco na ampliação do cuidado primário à saúde, principalmente desde a implementação, em 1994, do Programa de Saúde da Família, bem como a criação da Política Nacional de Atenção Básica, Política Nacional de Promoção da Saúde, Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, entre outras. Borim et al.<sup>31</sup> ao analisarem os fatores associados à mortalidade dos idosos de Campinas, São Paulo, entre 2008 e 2009, reforçaram que estratégias baseadas no cuidado específico de atenção primária e secundária, direcionadas a grupos prioritários, podem ter um impacto positivo na redução da mortalidade entre os idosos.

Em Rio Branco, a Política Municipal dos Direitos da Pessoa Idosa só foi criada no ano de 2008. No entanto, as atividades de controle e tratamento de doenças crônicas não transmissíveis, como a hipertensão arterial e o diabetes, foram as primeiras a serem implementadas no município, juntamente com a Estratégia de Saúde da Família, na década de noventa. Essas ações podem explicar parte dos dados de redução do óbito por DAC, bem como os dados de redução de mortalidade geral, juntamente com a criação do Hospital do Idoso em 2004, como referência para o cuidado especializado e de ampliação da rede de atenção à saúde da pessoa idosa (<http://noticias.terra.com.br/brasil/noticias/0,,OI289961-EI1194,00-Lula+inaugura+hospital+para+idosos+no+Norte.html>).

Necessita, portanto, que as projeções de população adotem estratégias que levem em consideração a redução da mortalidade entre os idosos e que sejam adotadas políticas de saúde e de seguridade social que garantam condições de vida adequadas para essa parcela da população que apresenta característica de crescimento e expectativa de maior sobrevivência.

Os resultados encontrados devem ser analisados com os cuidados inerentes aos estudos ecológicos. Uma limitação citada nos estudos que usam dados baseados nas declarações do óbito é a acurácia das estatísticas de mortalidade. No entanto, ressalta-se que esses são os dados oficiais do Ministério da Saúde e que diversos estudos vêm sendo realizados evidenciando a qualidade, funcionalidade e cobertura<sup>31-33</sup> do SIM. Especificamente para o Acre, os dados relativos às causas de morte foram classificados como satisfatórios por um estudo que avaliou as estatísticas de mortalidade dos estados brasileiros no ano 2000<sup>32</sup>. Em 2011, a cobertura do

SIM no Acre atingiu 90,0%, sendo pouco inferior à do Brasil (96,1%)<sup>33</sup>.

Por outro lado, uma força do presente estudo é o zelo das autoras, ao realizar a redistribuição proporcional das causas mal definidas de morte pelo capítulo das DAC para efetivar as análises de tendência de mortalidade, conforme proposta metodológica preconizada pela OMS<sup>8</sup>. Além do mais, o SIM constitui uma fonte de dados importante que pode contribuir para traçar o perfil epidemiológico de uma população. A avaliação do nível de saúde pode ser feita pelos indicadores que utilizam, em sua maioria, dados de mortalidade de uma população para que, de uma forma indireta, avaliar a saúde de uma coletividade<sup>34</sup>.

## CONCLUSÃO

Em síntese, verificou-se que a mortalidade por doenças do aparelho circulatório (DAC) manteve-se como a principal causa de óbito entre os idosos

de Rio Branco, entre os anos de 1980 e 2012, e que a taxa de mortalidade masculina se sobrepõe à feminina em todos os estratos etários. Conclui-se, também que, na capital do Acre, um dos estados componentes da Amazônia Ocidental, as tendências de mortalidade geral da população idosa apresentam padrão de decréscimo ao longo dos anos.

Sugere-se a necessidade de realização de outros estudos a partir da informação gerada por meio desse artigo, para identificar as origens do declínio do óbito e avaliar se houve, no decorrer dos anos, maior eficácia da prevenção primária e secundária das DAC e/ou melhoria das condições socioeconômicas da população. Além disso, os resultados indicam que, em Rio Branco, a mortalidade geral dos idosos apresenta padrão de decréscimo. Portanto, o volume e a proporção de idosos nessa região possivelmente se acentuarão, gerando necessidade de investimento para garantir a longevidade acompanhada por qualidade de vida.

## REFERÊNCIAS

1. Wong LM, Carvalho JAM, Perpétuo IHO. A estrutura etária da população brasileira no curto e médio prazo: evidências sobre o panorama demográfico com referências às políticas sociais, particularmente as de saúde. In: Interagencial de Informações para Saúde. Demografia e saúde: contribuição para análise de situação e tendências. Brasília, DF: Organização Pan-Americana de Saúde; 2009. p. 37-63.
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatístico, Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Cidades@ [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2007 [acesso em 22 dez. 2017]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=120040&search=||infogr%E1ficos:-informa%E7%F5es-completas>
3. Alves DB, Barbosa MTS. Desigualdades na mortalidade por doenças crônicas entre idosos e sua associação com indicadores socioeconômicos no Brasil. *Rev Bras Ciênc Env Hum*. 2010;7(1):22-33.
4. Lozano R, Naghavi M, Foreman K, Lim S, Shibuya K, Aboyans V, et al. Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* [Internet]. 2012 [acesso em 10 jan. 2018];380(9859):2095-2128. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23245604>.
5. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Um panorama da saúde no Brasil: acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde 2008. Rio de Janeiro: IBGE; 2010.
6. Portal da Saúde. DATASUS [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2015. Sistema de Informação de mortalidade; 2015 [acesso em 20 jan. 2018]. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205&id=6937>
7. Doll R, Payne P, Waterhouse JAH. Cancer incidence in five continents. Geneva: Union Internationale Contre le Cancer; 1966.
8. Mathers CD, Bernard C, Iburg KM, Inoue M, Fat DM, Shibuya K, et al. Global burden of disease in 2002: data sources, methods and results [Internet]. Geneva: WHO; 2003 [acesso em 14 Jan. 2018]. Disponível em: <http://www.who.int/healthinfo/paper54.pdf>.
9. França E, Teixeira R, Ishitani L, Duncan BB, Cortez-Escalante JJ, De Moraes OL, et al. Ill-Defined causes of death in Brazil: a redistribution method based on the investigation of such causes. *Rev Saúde Pública*. 2014;48(4):671-81.

10. Joinpoint Regression Program [Internet]. Bethesda: National Cancer Institute; 2017. Statistical Research and Applications Branch; 2017 [acesso em 12 fev. 2016]. Disponível em: <https://surveillance.cancer.gov/branches/srab/>
11. Mathias TAF, Jorge MHPM, Laurenti R, Aidar T. Considerações sobre a qualidade de informações de mortalidade na população idosa residente no município de Maringá, Estado do Paraná, Brasil, no período de 1970 a 1998. *Epidemiol Serv Saúde*. 2005;14(3):159-69.
12. Silva VL, Albuquerque MFPM, Cesse EAP, Luna CF. Perfil de mortalidade do idoso: análise da evolução temporal em uma capital do Nordeste brasileiro de 1996 a 2007. *Rev Bras Geriatr Gerontol* [Internet]. 2012 [acesso em 11 jan. 2018];14(3):433-41. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-98232012000300005](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232012000300005)
13. Nikolich-Zugich J, Goldman DP, Cohen PR, Cortese D, Fontana L, Kennedy BK, et al. Preparing for an aging world: engaging biogerontologists, geriatricians, and the Society. *J Gerontol Ser A Biol Sci Med Sci* [Internet]. 2016 [acesso em 04 jan. 2018];71(4):435-44. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26419976>
14. Alberts SC, Archie EA, Gesquiere LR, Altmann J, Vaupel JW, Christensen K. The Male-Female Health-Survival Paradox: a comparative perspective on sex differences in aging and mortality. In: Weinstein M, Lane MA. *Sociality, Hierarchy, Health: comparative biodemography: a Collection of Papers*. Washington: National Academy Press; 2014. p. 339-63.
15. Terry DF, Nolan VG, Andersen SL, Perls TT, Cawthon R. Association of Longer Telomeres With Better Health in Centenarians. *J Gerontol Ser A Biol Sci Med Sci*. 2008;63(8):809-12.
16. Gems D. Evolution of sexually dimorphic longevity in humans. *Aging* [Internet]. 2014 [acesso em 04 jan. 2018];6(2):84-91. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3969277/>
17. Sun F, Sebastiani P, Schupf N, Bae H, Andersen SL, McIntosh A, et al. Extended maternal age at birth of last child and women's longevity in the long life family Study. *Menopause*. 2016;22(1):26-31.
18. Malta DC, Bernal RTI, Lima MG, Araújo SSC, Silva MMA, Freitas MIF, et al. Doenças crônicas não transmissíveis e a utilização de serviços de saúde: análise da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2017 [acesso em 04 fev. 2018];51(Supl 1):1-10. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rsp/v51s1/pt\\_0034-8910-rsp-S1518-87872017051000090.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rsp/v51s1/pt_0034-8910-rsp-S1518-87872017051000090.pdf)
19. Oliveira TC, Medeiros WR, Lima KC. Diferenciais de mortalidade por causas nas faixas etárias limítrofes de idosos. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2015;18(1):85-94.
20. Telarolli Júnior R, Loffredo LCM. Mortality of the elderly in a municipality of southeastern Brazil from 2006 to 2011. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2014 [acesso em 04 fev. 2018];19(3):975-84. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232014000300975](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000300975)
21. Miranda GMD, Mendes ACG, Silva ALA. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. *Rev Bras Geriatr Gerontol* [Internet]. 2016 [acesso em 10 jan. 2018];19(3):507-19. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v19n3/pt\\_1809-9823-rbgg-19-03-00507.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v19n3/pt_1809-9823-rbgg-19-03-00507.pdf)
22. Carmo CN, Hacon SS, Jacobson LSV, Mourão DS, Ignotti E. Mortality due to cardiorespiratory diseases in elderly people in Mato Grosso state, 1986 to 2006. *Rev Saúde Pública*. 2010;44(6):1112-9.
23. Da Rosa LHT, Rossato DD, Bombardelli CL, Sturmer G, Da Rosa PV. Estudo da mortalidade em população idosa de municípios do Rio Grande do Sul no período de 1996 a 2004. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2010;13(1):111-9.
24. Garritano CR, Luz PM, Pires MLE, Barbosa MTS, Batista KM. Análise da tendência da mortalidade por acidente vascular cerebral no Brasil no século XXI. *Arq Bras Cardiol* [Internet]. 2012 [acesso em 28 jan. 2018];98(6):519-27. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0066-782X2012000600007&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0066-782X2012000600007&script=sci_abstract&tlng=pt)
25. Piuvezam G, Medeiros WR, Costa AV, Emerenciano FF, Santos RC, Seabra DS. Mortalidade em idosos por doenças cardiovasculares: análise comparativa de dois quinquênios. *Arq Bras Cardiol* [Internet]. 2015 [acesso em 10 fev. 2018]. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/abc/2015nahead/pt\\_0066-782X-abc-20150096.pdf](http://www.scielo.br/pdf/abc/2015nahead/pt_0066-782X-abc-20150096.pdf)
26. Gaudi EN, Klein CH, Oliveira GMM. Mortalidade proporcional por insuficiência cardíaca e doenças isquêmicas do coração nas regiões do Brasil de 2004 a 2011. *Arq Bras Cardiol*. 2016;107(3):230-8.
27. Mansur AP, Favarato D. Mortalidade por doenças cardiovasculares no Brasil e na região metropolitana de São Paulo: atualização 2011. *Arq Bras Cardiol*. 2012;99(2):755-61.
28. Nichols M, Townsend N, Scarborough P, Rayner M. Trends in age-specific coronary heart disease mortality in the European Union over three decades: 1980-2009. *Eur Heart J* [Internet]. 2013 [acesso em 10 nov. 2017];34(39):3017-27. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23801825>

29. Bezerra PCL. Morbidade autorreferida e percepção de saúde em adultos: inquérito populacional em Rio Branco, AC. 2010 [Dissertação]. Rio Branco: Universidade Federal do Acre; 2010.
30. Reis CS, Noronha K, Wajnman S. Envelhecimento populacional e gastos com internação do SUS: uma análise realizada para o Brasil entre 2000 e 2010. *Rev Bras Estud Popul* [Internet]. 2016 [acesso em 20 dez. 2017];33(3):591-612. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbepop/v33n3/0102-3098-rbepop-33-03-00591.pdf>.
31. Borim FSA, Francisco PMSB, Neri AL. Fatores sociodemográficos e de saúde associados à mortalidade em idosos residentes na comunidade. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2017 [acesso em 08 jan. 2018];51(42):1-12. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rsp/v51/pt\\_0034-8910-rsp-S1518-87872017051006708.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rsp/v51/pt_0034-8910-rsp-S1518-87872017051006708.pdf)
32. Portal da Saúde. DATASUS [Internet]. Brasília, DF: 2013. Sistemas de Informação sobre Mortalidade: consolidação da base de dados de 2011; 2013 [acesso em 20 dez. 2017]. Disponível em : [http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/sim/Consolida\\_Sim\\_2011.pdf](http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/sim/Consolida_Sim_2011.pdf)
33. Paes NA. Avaliação das estatísticas vitais para estudos de causa de morte dos adultos para estados e capitais do Brasil, 2000. In: *Anais do 14º Encontro da Associação Brasileira de Estudos Populacionais*; 20-24 set. 2004; Caxambú-MG. [sem local]: ABEP; 2006. p. 20-24.
34. Moraes RM, Costa AL. Uma avaliação do Sistema de Informações sobre Mortalidade. *Saúde Debate*. 2017;41(1):101-17.

Recebido: 09/08/2017

Revisado: 14/01/2018

Aprovado: 02/02/2018



## Promoção da saúde da pessoa idosa: ações realizadas na atenção primária à saúde

Promoting health among the elderly: actions in primary health care

158

Ana Paula Ribeiro de Castro<sup>1</sup>  
Eglídia Carla Figueirêdo Vidal<sup>2</sup>  
Ana Raquel Bezerra Saraiva<sup>1</sup>  
Sofia de Moraes Arnaldo<sup>1</sup>  
Ana Maria Machado Borges<sup>1,3</sup>  
Maria Irismar de Almeida<sup>4</sup>

### Resumo

**Objetivo:** Conhecer as ações de promoção da saúde desenvolvidas pelos profissionais da Estratégia Saúde da Família em relação à pessoa idosa. **Método:** Estudo exploratório, com abordagem qualitativa, realizado em Juazeiro do Norte, Ceará, Brasil, com 19 profissionais. Utilizou-se uma entrevista semiestruturada, gravada, transcrita na íntegra, cujos dados foram organizados em categorias temáticas à luz da Análise de Conteúdo e da literatura pertinente. **Resultados:** Foram descritas ações de caráter coletivo, como atividades grupais, reuniões, rodas de conversa, palestras e orientações em sala de espera, além de ações pontuais, como orientações durante a consulta individual e encaminhamento para serviços especializados. **Conclusão:** Evidenciou-se a necessidade de discussão sobre a promoção da saúde e suas ações para realizá-las com idosos, sendo indispensável o debate e a reflexão sobre a temática localmente e a necessidade de construir uma rede de apoio à saúde da pessoa idosa compartilhada entre profissionais, gestores e comunidade.

**Palavras-chave:** Saúde do Idoso. Educação em Saúde. Promoção da Saúde. Atenção Primária à Saúde. Saúde da Família.

### Abstract

**Objective:** To identify health promotion actions carried out by professionals in the Family Health Strategy in relation to elderly people. **Method:** An exploratory study with a qualitative approach was performed in Juazeiro do Norte, Ceará, Brazil, with 19 professionals. A recorded, fully transcribed semi-structured interview was used after authorization by the ethics committee under number 501 675. The discussions were analyzed using Content Analysis, organized into thematic categories. **Results:** Actions of a collective nature were identified, such as activities in groups, meetings, conversation circles, lectures and guidance in the waiting room. Other directed actions were used, such as guidelines during individual consultations and referral to specialized services. **Conclusion:** The need

**Keywords:** Health of the Elderly. Health Education. Health Promotion. Primary Health Care. Family Health.

<sup>1</sup> Centro Universitário Doutor Leão Sampaio - UNILEÃO, Curso de Graduação em Enfermagem. Juazeiro do Norte, Ceará, Brasil.

<sup>2</sup> Universidade Regional do Cariri - URCA, Departamento de Enfermagem. Crato, Ceará, Brasil.

<sup>3</sup> Centro de Hematologia e Hemoterapia do Ceará, Hemovigilância. Crato, Ceará, Brasil.

<sup>4</sup> Universidade Estadual do Ceará - UECE, Departamento de Ciências da Saúde. Fortaleza, Ceará, Brasil.

for the discussion of health promotion and actions in relation to old age was highlighted, with debate and reflection on this theme required locally, along with the need to build a network of support for the health of the elderly in a shared manner among professionals, managers and the community.

## INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional pode ser considerado um triunfo para o Brasil, pois a melhoria dos condicionantes de saúde que favoreceram o aumento da expectativa de vida, a queda da mortalidade, principalmente a infantil e a diminuição da fecundidade, alcançou índices semelhantes a países desenvolvidos. Já o planejamento para essa realidade não ocorreu, sendo as condições para um envelhecimento populacional ativo e saudável inexistente, na maior parte do Brasil, afetando a qualidade de vida das pessoas longevas<sup>1</sup>.

A falta de planejamento para essa nova realidade gera um problema real ao país, uma vez que o indivíduo envelhece sem assistência adequada à sua nova condição física e mental. Isso afeta diretamente seu bem-estar e, conseqüentemente, sua qualidade de vida, pois envelhecer com a concepção de saúde está relacionado à capacidade de se envolver em atividades de autocuidado, expressão de emoções positivas, satisfação das condições econômicas e/ou sociais e mudanças de hábitos<sup>2</sup>.

O envelhecimento humano pode ser entendido, segundo a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) como um processo sequencial, natural, individual, irreversível, universal, acumulativo, contínuo e não patológico, em que se observa diminuição gradual e progressiva das capacidades funcional e cognitiva, decorrentes do processo de senescência e senilidade<sup>3</sup>. Compreender esse conceito, incorporando-o na prática profissional diária, é fundamental para atender a população idosa, de modo a garantir que a mesma seja sujeito ativo e reflexivo do seu papel na sociedade, possuidora de direitos e deveres, participando da tomada de decisões sobre o seu processo de saúde/doença.

A longevidade e uma maior expectativa de vida dependem, dentre outros fatores, do estilo de vida (obesidade, sedentarismo, tabagismo, estresse), do ambiente (condições de moradia, urbanização), da

herança genética (doenças relacionadas) e organização dos serviços de saúde (acesso e atendimento qualificado). Assim, a longevidade é uma realidade no Brasil, tanto em relação ao número de pessoas longevas como em relação ao aumento da expectativa de vida, essa realidade traz a necessidade de políticas públicas estruturadas que atendam às necessidades desse grupo etário<sup>4</sup>.

Consubstancialmente, a transição demográfica constitui-se um desafio para a saúde, principalmente no Brasil, dado o caráter de país em desenvolvimento, cujo fenômeno ocorre também em cenário de pobreza e de grandes desigualdades sociais, num extenso território marcado por diferenças econômicas, sociais e culturais em cada região, além disso, o modelo de atenção à saúde no Brasil ainda está alicerçado em ações curativas, com predominância ao modelo médico, com um processo de trabalho organizado pelas demandas espontâneas, sendo insuficiente para suprir os anseios da população idosa<sup>5</sup>.

Urge a necessidade de estratégias voltadas para essa população, notadamente no setor saúde<sup>6,7</sup> no qual profissionais e gestores de saúde devem estar preparados para acolher e responder às necessidades no âmbito psíquico, físico, socioeconômico e cultural desses idosos, embasados nas propostas de políticas públicas para o envelhecimento ativo e saudável, explicitado nas diretrizes assistenciais, operacionais e de gestão e nas políticas afins, vigentes no Sistema Único de Saúde (SUS), como a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI).

A Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil demanda decisão política, econômica, institucional, com forte investimento em seus processos de expansão e qualificação do cuidado em saúde para os indivíduos dos territórios das equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Esse investimento traz em sua gênese o conceito central de promoção da saúde a fim de resultar em uma transformação no processo de trabalho inter/multidisciplinar na forma de organizar redes de atenção integral à saúde<sup>6</sup>.

No Brasil, apesar das experiências exitosas com a implantação da ESF<sup>8</sup>, a visão centrada na doença ainda parece persistir, principalmente em relação à população idosa, observada nas consultas ambulatoriais por demanda espontânea, visitas domiciliares restritas ao tratamento das doenças crônicas e consultas para o acompanhamento da hipertensão e diabetes, prevalecendo o modelo biomédico de atenção à saúde. No município da pesquisa, observa-se que estratégias voltadas para promoção da saúde no processo de trabalho da equipe multidisciplinar, respaldadas nas políticas lançadas pelo Ministério da Saúde (MS), ainda não foram incorporadas nos processos de trabalho das mesmas, principalmente, em relação à pessoa idosa.

Medina et al.<sup>9</sup> colocam que são restritos os estudos que problematizam ou avaliam a natureza e a efetividade de ações de promoção da saúde desenvolvidas na APS, especificamente entre as ESF. A partir dessas reflexões, objetivou-se conhecer as ações de promoção da saúde à população idosa realizadas pelos profissionais da ESF, em Juazeiro do Norte, Ceará, Brasil.

## MÉTODOS

Foram respeitados todos os preceitos éticos e legais sobre as pesquisas que envolvem seres humanos, atendendo a Resolução nº 466/2012. A pesquisa foi registrada na Plataforma Brasil e enviada ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual do Ceará (UECE), sendo aprovada conforme Parecer nº 501.675.

Trata-se de uma pesquisa exploratória, com abordagem qualitativa, numa perspectiva compreensiva da realidade vivida no cotidiano da ESF, potencializadora da promoção da saúde da pessoa idosa.

A pesquisa teve como cenário a ESF, no município de Juazeiro do Norte, localizado na Região Metropolitana do Cariri, no Sul do Estado do Ceará, no Brasil.

Juazeiro do Norte possui área de 141 km<sup>2</sup> e taxa de urbanização de 95,3%, com uma população de 249.939 mil habitantes, dos quais 14% são pessoas de 60 anos e mais de idade. A APS deste município

é organizada em seis distritos, possuindo 64 equipes da ESF, correspondendo a 86,96% de cobertura, 34 Equipe de Saúde Bucal (ESB) modalidade I (sem Técnico de Higiene Dental – THD), 530 Agentes Comunitários de Saúde (ACS)<sup>10</sup>.

O estudo foi realizado no distrito V, que conta com 13 equipes da ESF<sup>11</sup>, totalizando 25 profissionais, entre médicos, enfermeiros e dentistas. A escolha por esse *lôcus* recaiu no fato de possuir maior número de pessoas a partir de 60 anos no município.

Participaram da pesquisa 19 profissionais de nível superior (quatro médicos, nove enfermeiros e seis dentistas) que atenderam ao seguinte critério de elegibilidade: ser profissional de nível superior concursado, com vínculo empregatício de, no mínimo, um ano na unidade atual. Os critérios excludentes foram: profissionais de nível superior que, mesmo com o concurso, estivessem há menos de um ano na unidade atual e afastamento por motivo de licença de qualquer natureza.

Desta forma, três enfermeiros foram excluídos por restrição temporária de trabalho, e três médicos por recusarem participar da pesquisa.

A coleta de dados foi realizada no período de janeiro a fevereiro do ano de 2014, mediante aplicação de um roteiro de entrevista semiestruturada, mediante anuência institucional e dos participantes, com a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLÉ). As entrevistas foram previamente agendadas, acordando-se a data, horário e local para sua realização. Tiveram duração média de 22 minutos. Pautaram-se questionamentos acerca do trabalho realizado envolvendo as ações de promoção em relação à saúde da pessoa idosa. Num diário de campo foram registradas as observações e impressões dos pesquisadores. As falas foram identificadas com nomes de anjos para diferenciação dos dados empíricos.

A análise dos dados ocorreu sob a perspectiva da Análise de Conteúdo (AC), proposta por Bardin<sup>12</sup>. À medida que foram sendo realizadas as entrevistas, as mesmas foram transcritas na íntegra e organizadas a partir das fases de AC, mediante pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados, inferência e interpretação. Foi realizada a organização de material, ocorrendo a categorização temática, com

a evidência de três categorias, quais sejam: Ações coletivas de promoção da saúde: empoderamento ou imposição das práticas de saúde; Sala de espera: espaço para o diálogo promotor da saúde? e Consulta individual como ação para a promoção da saúde: realidade a ser superada.

Os critérios para relatórios de estudos qualitativos, presentes na lista de verificação COREQ - *Consolidated criteria for reporting qualitative research*<sup>12</sup> foram considerados para a elaboração deste manuscrito.

## RESULTADOS

Em síntese, foram descritas ações de caráter coletivo, como atividades grupais, reuniões, rodas de conversa, palestras e orientações em sala de espera, além de ações pontuais, como orientações durante a consulta individual e encaminhamento para serviços especializados.

### Ações coletivas de promoção da saúde: empoderamento ou imposição das práticas de saúde?

Dentre as ações coletivas de promoção da saúde da pessoa idosa, foram mencionados os grupos de saúde, trabalhados de modo continuado, como também em algumas equipes, de forma esporádica, como se percebe nos relatos a seguir:

“Nós temos um grupo. [...] Na segunda, quarta e sexta, esse grupo já existia bem antes do NASF, um Grupo da Melhor Idade, que faz atividade física, [...] têm umas datas comemorativas e que são sempre festejadas, Dia das Mães, Dia dos Pais, o Dia do Idoso, eles já foram para o Caldas (Balneário do Caldas em Barbalha, Ceará), [...] festas juninas, Natal. [...] Tem até as caminhadas que a gente faz com eles, e hoje contamos com os profissionais do NASF para dar apoio e as orientações também”. (DINIEL).

“Eu tenho agente de saúde que trabalha com esse público específico, em eventos, datas comemorativas, ela faz, ela promove, a gente tem, conta com o apoio da equipe, ela promove o São João, ela consegue o transporte da prefeitura e leva para o Caldas (Balneário na cidade de Barbalha). [...] não é uma coisa sistemática, não é uma coisa formal ainda, como forma de grupo, porque o grupo

ainda não é um grupo fixo, mas é uma iniciativa que a gente vê com bons olhos e que o retorno acaba sendo positivo, pois nos depoimentos deles, o retorno é da forma individual, o idoso contando como aquilo mudou a vida deles, são iniciativas não sistemáticas [...]”. (HAMON).

A participação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e do ACS se torna essencial para realização das ações nos grupos de saúde citados. Mesmo demonstrando não ser algo sistemático, como a segunda fala explícita, pode-se considerar uma potencialidade desses momentos, pois envolvem temáticas e atividades importantes para manutenção da saúde, como as caminhadas e prevenção de acidentes, além de atividades recreativas e de lazer, colocadas como comemorações de datas específicas, importantes no calendário regional e nacional, além de visitas a lugares públicos.

Não emergiram como ocorrem as avaliações desses momentos realizados pela ESF, os grupos eram realizados de modo esporádico, assistemático e sem nenhum instrumento avaliativo. Assim como, a inexistência de temas para discussão nesses grupos voltados à compreensão de saúde/doença, o estímulo ao debate sobre a cultura, discussão sobre a necessidade de prevenção à violência (em muitos aspectos), desenvolvimento sustentável, cultura de paz, dentre outros, levando a refletir sobre os assuntos relacionados ao controle e tratamento de doenças crônicas não transmissíveis, predominantemente.

### Sala de espera: espaço para o diálogo promotor da saúde?

Os profissionais de saúde entrevistados ressaltam a realização de ações de promoção da saúde da pessoa idosa nas recepções das Unidades de Saúde da Família (USF), constituindo “Salas de Espera” onde são realizadas ações grupais do tipo “conversas”, voltada às orientações acerca de um tema, previamente pensado, ou com abertura ao diálogo e às dúvidas desse público-alvo, focalizando a educação em saúde como estratégia de promoção da saúde nesse espaço físico de atuação.

Os depoentes expressaram utilizarem a *Sala de Espera* para as ações de promoção da saúde, contudo, de forma a aproveitar a demanda espontânea,

justificando a ausência de espaços adequados à organização de outras ações mais elaboradas. Assim, demonstram dificuldades na realização desses momentos devido às características do ambiente, conforme evidenciado nas falas que se seguem:

“[...] a gente aproveita mesmo em alguns momentos em que o pessoal da equipe está fazendo algum movimento (sala de espera), e a gente aproveita e conversa com eles”. (Anael).

“[...] ficou mais na sala de espera, orientando o que era uma hipertensão, o que é um diabetes, o cuidado, então a gente ficou na sala de espera mesmo”. (Leo).

“[...] a gente está fazendo é na sala de espera mesmo [...] como chamar a atenção numa sala de espera lotada, que tem muita gente entrançada e eles lá de olhinhos duros prestando realmente a atenção!” (Barman).

Os espaços das unidades de saúde podem ser tomados como um lugar para o diálogo no processo de educação em saúde, e assim para promover a saúde, contudo, cabe a reflexão do objetivo desses momentos em “sala de espera”, pois os usuários “esperam” exatamente o quê? Reflexão, diálogo, troca de saberes sobre determinado assunto? Como os profissionais estão organizando esse momento de “espera” para ser efetivamente um local para educação em saúde?

A educação em saúde deve conter a participação ativa da comunidade, do grupo destinado à prática, deve proporcionar informação em saúde, educação sanitária, conhecimentos indispensáveis para a melhoria da qualidade de vida individual e coletiva dos participantes do processo.

**Consulta individual como ação para a promoção da saúde: realidade a ser superada.**

O rompimento do modelo de saúde individual ainda não é realidade absoluta. Em meio a atitudes que buscam mudanças, constata-se ainda a resistência e soberania das ações curativas, associando ações de educação em saúde para promoção da saúde da pessoa idosa, com a realização de orientações na consulta individual, com ênfase na doença e na prevenção

de complicações, além do encaminhamento para serviços especializados, como demonstrado nos relatos a seguir:

“Promoção que a gente faz é só orientação e encaminhamento! Até agora nós não tivemos uma palestra específica para idoso”. (Dumah).

“Sinceridade? Não! Quando ele vem para a consulta, realmente a gente tenta ver[...]”. (Barman).

“Na verdade realiza, pois eu estou todos os dias aqui no posto para ver o controle da pressão, diabetes”. (Rahmiel).

Ressalta-se que, neste estudo, a concepção de ações predominantes na consulta clínica individual não se limitou ao médico, as outras categorias entrevistadas demonstraram a predominância do encontro no consultório ao momento coletivo, como pode ser verificado nos relatos que se seguem:

“[...] O que a gente ainda faz é a questão das orientações nas consultas de enfermagem e o paciente também tem acesso às consultas médicas, mas meramente, e nessas orientações de enfermagem, [...] então são ações no âmbito geral, não são ações direcionadas exatamente para aquele grupo”. (Adonai).

“[...] nós temos uma demanda muito grande de hipertensão e diabetes, eu como enfermeira acabo realizando ações acerca do tratamento, dos riscos que eles podem ter, se não fizerem o tratamento corretamente, mais voltado para essa parte. [...] oriento a obedecer às orientações médicas, de enfermagem, a questão do autocuidado, mas específico para outras áreas[...]”. (Baraquiuel).

Os participantes revelaram que, mesmo de forma individual, em consulta clínica os conteúdos abordados são relevantes para a saúde do indivíduo. O que se destaca é a explicitação de assuntos voltados à doença, destacando-se a preocupação com a hipertensão arterial sistêmica e o diabetes, as mais prevalentes na população geriátrica; e a conotação de “obediência” que o sujeito deve ter diante das orientações do profissional que o assiste. Esse fato traduz uma educação em saúde que tem uma perspectiva ordenadora e distante da dimensão de participação ativa dos usuários do sistema de saúde, como pressupõe a promoção da saúde.

Em meio aos relatos apresentados observaram-se aqueles que demonstraram a carência de realização de ações de promoção da saúde, especificamente com e para a pessoa idosa. Destaca-se que os entrevistados tinham mais de cinco anos na ESF (a época do estudo), supondo a criação de vínculo e conhecimento da realidade local, resultando em estratégias para trabalhar a promoção da saúde.

“Onde eu trabalho, não tenho nenhuma atividade”. (Amitiel).

“Atualmente, não estamos realizando nada!”. (Michael).

“Verdadeiramente não! [...] Junto com a equipe não! Eu nunca participei de nenhuma ação para promoção da saúde. Nem com o NASF. Não tenho nenhuma experiência de ação conjunta, nenhuma!”. (Nanael).

“As coletivas, não! Muito poucas, eu acho realmente que precisa mais”. (Rahmiel).

A escassez de trabalho integrado da equipe é ponto que fragiliza a realização da promoção da saúde da pessoa idosa, levando a uma reflexão acerca da necessidade de mudança no processo de trabalho da ESF, como se verifica nas falas abaixo. Apesar de alguns profissionais admitirem a necessidade de mudança da realidade, determinados impedimentos relacionados ao processo e à gestão do trabalho, com sobreposição de áreas de atenção podem ser apontados como justificativas relevantes.

“[...] tivemos algum tempo, algumas reuniões, revendo o nosso processo de trabalho e a gente planejou encontros, e trabalhar, expandir um pouco, não só essa parte educativa, mas também essa parte individual, que na maioria das vezes é feita nas nossas consultas, mas também expandir para outros momentos que sejam encontros de salas de espera, até fazer, montar realmente, constituir um grupo específico, mas lamentavelmente isso não se tornou uma realidade, a gente ainda está no campo das ideias, a gente está tentando se reunir, se reorganizar para estabelecer”. (Kalaziel).

“Eu não me lembro! Durante esse ano não, não teve nenhuma ação. A odontologia é muito bitolada na infância, sabe? Precisa melhorar mais ainda, ter mais enfoque para todas as idades, não só para as crianças”. (Minil).

“Não! A gente tem um foco maior nas escolas. [...] Eu nunca participei de nenhuma ação com idosos! Ainda não chegou aqui!”. (Rafael).

## DISCUSSÃO

Estudo demonstrou que os grupos de apoio foram os mais eficientes, em relação à formação de “Grupos Educativos”, não apenas pela transmissão de conhecimentos pré-estabelecidos, mas, sobretudo, pelo maior número de temas abordados, dando oportunidade ao grupo de conhecimentos, informações, emancipação, atendendo às necessidades individuais e coletivas dos participantes. Neste estudo, não se mencionou o trabalho de Grupos de Apoio em relação à pessoa idosa como uma estratégia de ação para a promoção da saúde a esse grupo etário<sup>13</sup>.

Deve-se buscar fomentar a capacidade de independência dos participantes. Um ponto a pensar são as atividades de lazer, uma vez que esses momentos são importantes para os participantes, porém, os profissionais de saúde devem estimular a autonomia dos idosos, de modo que eles mesmos possam promover atividades de lazer para si, e não se tornem dependentes da equipe de saúde que os assiste. É necessário que as equipes repensem suas práticas assistenciais, sejam na USF ou em outros espaços, promovendo uma orientação que interligue a clínica, as ciências sociais e a epidemiologia<sup>14</sup>.

Além disso, é necessário repensar a cultura normativa nas abordagens na prática de educação em saúde, onde se estabelecem regras e normas centralizadas, o que deve ser feito e quais atitudes devem ser realizadas exatamente como orientadas, sendo essas repassadas de modo autoritário e vertical. A “educação” passa a ter um contexto de responsabilização do usuário pelas suas condições sanitárias e na maneira de viver<sup>15</sup>.

Entre os relatos, a sala de espera da USF, referida como espaço para ações de promoção da saúde pode ter várias configurações, ser um espaço de corredor, local de espera de consultas, em que transitam sons e diversos movimentos dinâmicos, muitas vezes, é o local mais movimentado da USF, sendo importante, na realização de quaisquer atividades, buscar focar

na atenção, para que o objetivo seja alcançado. O lugar da sala de espera pode também configurar em um espaço reservado para o trabalho em grupo e, devido à demora pelo atendimento, constituir-se em um momento para que aconteça o acolhimento, é considerado um espaço privilegiado para realização de grupos educativos, pois o grande número de pessoas, de distintas faixas etárias e perfis de saúde e que ansiosamente aguardam atendimento podem necessitar da realização dos grupos educativos, tornando proveitosos os momentos de espera e suavizando as potenciais apreensões em relação à consulta<sup>16,17</sup>.

Não obstante, as atividades desenvolvidas na sala de espera devem ir além de aproveitar a demanda espontânea da USF, ademais da orientação sobre a doença, muitas vezes de forma descontextualizada, o sujeito que tem diabetes e/ou hipertensão arterial vivencia esse processo de adoecer de modo singular. O trabalho dos profissionais com os usuários nesses espaços devem ter perspectiva problematizadora, praticando a escuta ativa, estabelecendo relações que sobressaiam os encontros ao acaso. Nessa conjuntura, é necessário estabelecer relações dialógicas, produtoras de sentidos, no encontro entre os saberes distintos<sup>18,19</sup>.

Considera-se que as ações de promoção da saúde ancoradas na prática de educação em saúde, devem buscar a transformação da realidade, cujos participantes desses momentos sejam coparticipantes, sendo a dialogicidade um caminho para o rompimento do modelo tradicional e hegemônico enraizado na doença, abrindo espaço para o empoderamento coletivo.

A educação em saúde é um dos principais dispositivos para viabilizar e efetivar a promoção da saúde, pois fortalece o desenvolvimento da responsabilidade individual e coletiva para a prevenção de agravos<sup>13</sup>.

Destarte, em estudo realizado com médicos, constatou-se que as ações de promoção da saúde realizadas por estes estavam voltadas para abordagem clínica, sendo a prevenção prescrita a partir de dietas e exercícios<sup>20</sup>.

Mesmo com práticas consideradas emancipatórias e participativas na ESF, existem evidências de uma postura de submissão dos usuários que permanecem nos modelos de conduta e prescrições. No processo histórico das relações de cuidado, a medicina exerce um poder concentrado no diagnóstico e nas intervenções terapêuticas, cumprindo uma autoridade técnica-científica. Neste contexto, os usuários adentram o serviço em estado de dependência e de alienação, esperando respostas e soluções<sup>21</sup>.

Desfazer-se desse modelo, trazendo a necessidade de escuta ativa e voz ao usuário é um desafio, em qualquer ciclo de vida, mas na fase idosa é urgente, visto às necessidades dessa população para a consolidação de estratégias para a melhoria da qualidade de vida e não apenas o prolongamento da vida.

Assim, a ESF deve ter o objetivo de reorientar os serviços de saúde por meio de práticas e ações intersetoriais. Mesmo aos avanços, algumas barreiras foram construídas, como a fragmentação do processo de trabalho e fragilidade no trabalho das redes de atenção. Apesar dos documentos de gestão elaborados e vigentes resultantes do reconhecimento da necessidade de fortalecer a atenção à pessoa idosa, como a PNSPI, o Programa Nacional de Imunização, o Estatuto do Idoso, o Pacto pela Saúde, dentre outros, ainda esperam-se avanços qualitativos e quantitativos relacionados à saúde geriátrica e gerontológica na APS<sup>22,23</sup>.

Ademais, os trabalhadores da APS são responsáveis por atuar nas ações de promoção da saúde, devendo romper o modelo do atendimento verticalizado, imediatista e centrado na doença, sendo a educação em saúde uma das propostas para existência desse diálogo, necessitando-se investir na gestão e na ESF, para não se correr o risco de perpetuar um modelo autoritário, medicalizado e opressor de atenção à saúde<sup>24,25</sup>, salientando que a promoção da saúde da pessoa idosa enseja a inserção dessas práticas com rapidez, tendo em vista o acelerado aumento desse perfil na população.

As limitações deste estudo devem ser ressaltadas, considerando a impossibilidade de generalizações acerca dos resultados, dada a delimitação regional da

pesquisa e ao específico território de análise. Contudo, as singularidades destacadas pelos diferentes atores sociais na realidade da ESF, revelam um universo rico de possibilidades para compreender as demandas cotidianas da ESF na prática clínica da equipe em torno das vulnerabilidades sociais que envolvem esse território comunitário.

## CONCLUSÃO

Os participantes relataram a ocorrência de ações de promoção da saúde de modo esporádico, não planejado, podendo resultar em ações de promoção descontínuas, com possibilidade de baixo impacto para comunidade e seu território.

As ações de promoção da saúde, ancoradas na prática de educação em saúde, devem buscar a transformação da realidade, cujos participantes desses momentos sejam coparticipantes.

A falta de integração pode resultar em cuidado desumanizado, fragmentado e centrado apenas no adoecer e não no indivíduo e família. O encontro entre os profissionais foi enfatizado como parte importante do trabalho em equipe, mas, acabava não existindo, necessitando, assim, de reflexão por parte da gestão e equipes da ESF, pois os trabalhadores

da APS são os responsáveis para atuarem nessas ações, utilizando metodologias capazes de propor o diálogo, combatendo o modelo medicalizado, ainda, preponderante nos espaços de trabalho.

A partir dessa discussão, urge a construção de uma rede de apoio à saúde da pessoa idosa, de forma compartilhada entre profissionais, gestores e comunidade, a fim de organizar os serviços para que as ações de promoção de saúde aconteçam de forma adequada, e, sobretudo, que as pessoas idosas possuam serviços qualificados em todos os níveis de assistência, atendendo as suas necessidades de cuidado.

O estudo sinaliza contribuições para a área da saúde e para a enfermagem frente à necessidade de olhar para o território de cuidado na ESF, carecendo de dispositivos que exponham seu funcionamento, questionem sua lógica e constituam campo simbólico para ressignificar práticas no cotidiano do cuidar. Assim, possibilita-se a construção de novas práticas em saúde, na perspectiva de refletir sobre outras formas de fazer e cuidar, diante do desvelamento de sofrimentos e enfrentamentos cotidianos, onde a atenção clínica reconheça esses limites e condições de vida para romper com o modo instituído de intervir sobre o território de saúde, potencializando ações de promoção de saúde na comunidade.

## REFERÊNCIAS

- Schumacher AA, Puttini RF, Nojimoto T. Vulnerabilidade, reconhecimento e saúde da pessoa idosa: autonomia intersubjetiva e justiça social. *Saúde Debate* [Internet]. 2013 [acesso em 26 nov. 2016];37(97):281-93. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042013000200010&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042013000200010&lng=pt)
- Miguel EN. O morar contemporâneo do idoso: onde e como reside no estado de Minas Gerais [Dissertação na Internet]. Viçosa: Universidade Federal de Viçosa; 2016 [acesso em 16 jul. 2017]. Disponível em: <http://www.locus.ufv.br/handle/123456789/8179?show=full>
- Brasil. Ministério da Saúde. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa [Internet]. Brasília, DF: MS; 2006 [acesso em 26 nov. 2016]. (Cadernos de Atenção Básica, n. 19); (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/cab19>
- Oliveira TRPR, Mattioli CDP, Barcelos BJ, Horta NC, Lacerda TTB. Promoção da saúde e intersetorialidade na rede de atenção ao idoso. *Geriatr Gerontol Aging* [Internet]. 2017 [acesso em 16 jul. 2017];11(4):182-8. Disponível em: [http://docs.bvsalud.org/biblioref/2017/12/876609/gga-v11n4\\_pt\\_182-188.pdf](http://docs.bvsalud.org/biblioref/2017/12/876609/gga-v11n4_pt_182-188.pdf)
- Bontempo APS, Alves AT, Martins GS, Jácomo RH, Malshik DC, Menezes RL. Fatores associados à síndrome da bexiga hiperativa em idosos: um estudo transversal. *Rev Bras Geriatr Gerontol* [Internet]. 2017 [acesso em 16 jul. 2017];20(4):475-84. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbagg/v20n4/1981-2256-rbagg-20-04-00474.pdf>

6. Caldeira RP, Neri AL, Batistoni SST, Cachioni M. Variáveis associadas à satisfação com a vida em cuidadores idosos de parentes também idosos cronicamente doentes e dependentes. *Rev Bras Geriatr Gerontol* [Internet]. 2017 [acesso em 16 jul. 2017];20(4):503-17. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v20n4/pt\\_1981-2256-rbgg-20-04-00502.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v20n4/pt_1981-2256-rbgg-20-04-00502.pdf)
7. Macinko J, Harris MJ, Phil BS. Brazil's family health strategy: delivering community-based primary care in a Universal Health System. *N Engl J Med* [Internet]. 2015 [acesso em 23 nov. 2016];372(23):2177-81. Disponível em: <http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMp1501140>
8. Rocha DG, Akerman M. Determinação social da saúde e promoção da saúde: isto faz algum sentido para a Estratégia de Saúde da Família? Em que sentido podemos seguir? In: Sousa MF, Franco MS, Mendonça AVM, organizadores. *Saúde da Família nos municípios brasileiros: os reflexos dos 20 anos no espelho do futuro*. Campinas: Saberes; 2014.
9. Medina MG, Aquino R, Vilasbôas ALQ, Mota E, Pinto Júnior EP, Da Luz LA, et al. Promoção da saúde e prevenção de doenças crônicas: o que fazem as equipes de Saúde da Família? *Saúde Debate* [Internet] 2014 [acesso em 26 nov. 2016];38(Esp.):69-82. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042014000600069&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042014000600069&lng=pt)
10. Juazeiro do Norte. Secretaria Municipal de Saúde. *Relatório Anual de Gestão*. Juazeiro do Norte: SMS; 2011.
11. DATASUS [Internet]. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde; 1991-. *Sistema de Informação da Atenção Básica. Indicadores*; 2014 [acesso em 26 nov. 2016]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?ibge/cnv/popce.def>
12. Bardin L. *Análise de Conteúdo*. São Paulo: Edições 70; 2010.
13. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item check list for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care* [Internet]. 2007 [acesso em 23 nov. 2016];19(6):349-57. Disponível em: <https://academic.oup.com/intqhc/article/19/6/349/1791966/Consolidated-criteria-for-reporting-qualitative?searchresult=1>
14. Janini JP, Bessler D, De Vargas AB. Educação em saúde e promoção da saúde: impacto na qualidade de vida do idoso. *Saúde Debate* [Internet]. 2015 [acesso em 26 nov. 2016];39(105):480-90. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042015000200480&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042015000200480&lng=pt)
15. Batista VCL, Ribeiro LCC, Ribeiro CDAL, Paula FA, Araujo A. Avaliação dos atributos da atenção primária à saúde segundo os profissionais de saúde da família. *Sanare* [Internet]. 2016 [acesso em 26 nov. 2016];15(2):87-93. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1042>
16. Mendes R, Fernandez JCA, Sacardo DP. Promoção da saúde e participação: abordagens e indagações. *Saúde Debate* [Internet]. 2016 [acesso em 16 jul. 2016];40(108):190-203. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042016000100190&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042016000100190&lng=pt)
17. Silva GGS, Pereira ER, De Oliveira JO, Kodato YM. Um momento dedicado à espera e à promoção da saúde. *Psicol Ciênc Prof* [Internet]. 2013 [acesso em 23 nov. 2016];33(4):1000-13. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98932013000400017&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932013000400017&lng=en&nrm=iso)
18. Cardoso RR, De Brito DM, Soares CMA, Souza SM, De Matos FV, Mendes PHC. Promovendo educação em saúde na sala de espera das unidades de saúde: relato de experiência. *Rev Norte Min Enferm* [Internet]. 2016 [acesso em 16 jul. 2017];5(1):97-104. Disponível em: <http://www.renome.unimontes.br/index.php/renome/article/view/97>
19. Zambenedetti G. Sala de espera como estratégia de educação em saúde no campo da atenção às doenças sexualmente transmissíveis. *Saúde Soc* [Internet]. 2012 [acesso em 23 nov. 2016];21(4):1075-86. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902012000400024&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902012000400024&lng=pt). <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902012000400024>
20. Castañeda RFG. Proceso caritas en una narrativa de enfermería: cuidando al adulto mayor. *Rev Cult Cuid* [Internet]. 2015 [acesso em 15 jul. 2017];12(2):79-89. Disponível em: <http://repositorio.unilibrepereira.edu.co:8080/Viewer/index.jsp?file=123456789/478/Art%20No%207%20Caritas.pdf>
21. Bomfim ES, Slob EMGB, Oliveira BG, Ribeiro BS, Carmo EA, Santana MLAD, et al. Práticas educativas do enfermeiro no cotidiano na estratégia de saúde da família. *Rev Saúde Desenv* [Internet]. 2016 [acesso em 16 jul. 2017];10(5):37-52. Disponível em: <https://www.uninter.com/revistasauade/index.php/saudeDesenvolvimento/article/view/512>
22. Villa EA, Aranha AVS, Silva LLT, Flôr CR. As relações de poder no trabalho da Estratégia Saúde da Família. *Saúde Debate* [Internet]. 2015 [acesso em 23 nov. 2016];39(107):1044-52. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042015000401044&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042015000401044&lng=pt). <http://dx.doi.org/10.1590/0103-110420151070365>

23. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica [Internet]. Brasília, DF: MS; 2012 [acesso em 23 nov. 2016]. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>
24. Marques JB, Villela WV. Concepção dos médicos da Atenção Primária de um município do interior do Ceará sobre saúde do idoso. *Saúde Debate* [Internet]. 2012 [acesso em 23 nov. 2016];36(93):234-42. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/4063/406341763011.pdf>
25. De Oliveira SRG, Wendhausen ALP. (Re) significando a educação em saúde: dificuldades e possibilidades da Estratégia Saúde da Família. *Trab Educ Saúde* [Internet]. 2014 [acesso em 26 nov. 2016];12(1):129-47. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1981-77462014000100008&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462014000100008&lng=pt&nrm=iso)

Recebido: 24/08/2017  
Revisado: 06/01/2018  
Aprovado: 06/02/2018



## Perfil de idosos com síndrome metabólica e fatores associados às possíveis interações medicamentosas

Profile of elderly persons with metabolic syndrome and factors associated with possible drug interactions

168

Daniela Santos Tavares<sup>1</sup>  
Nayara Cândida Gomes<sup>2</sup>  
Leiner Resende Rodrigues<sup>3</sup>  
Darlene Mara dos Santos Tavares<sup>3</sup>

### Resumo

**Objetivos:** Descrever as características sociodemográficas, clínicas e a farmacoterapia dos idosos com síndrome metabólica e identificar os fatores associados às interações medicamentosas entre esses idosos. **Método:** Estudo quantitativo, analítico e transversal, desenvolvido entre 263 idosos com síndrome metabólica da zona urbana de Uberaba, MG, Brasil. As possíveis interações medicamentosas foram identificadas e classificadas de acordo com *DrugReax System do Micromedex*®. Procedeu-se à análise com os testes qui-quadrado e o modelo de regressão logística múltipla ( $p < 0,05$ ). **Resultados:** A maioria era do sexo feminino (70,7%); com 60 a 74 anos (72,3%); morava com esposo(a)/companheiro(a) (63,9%); com escolaridade (74,1%); renda mensal individual  $\leq$  um salário mínimo (77,1%); morava acompanhada (88,2%); apresentava cinco ou mais morbidades (89,7%) e polifarmácia (73,0%); utilizava medicamentos potencialmente inapropriados (54,4%) e apresentava possível interação medicamentosa (75,3%). Associaram à possível presença de interação medicamentosa: faixa etária ( $p = 0,005$ ), polifarmácia ( $p < 0,001$ ) e utilização de medicamentos potencialmente inapropriados ( $p = 0,006$ ). **Conclusão:** As possíveis interações medicamentosas associaram-se à maior faixa etária, à polifarmácia e à utilização de medicamentos potencialmente inapropriados. Por contribuir com o conhecimento dessas possíveis interações entre idosos com síndrome metabólica, este estudo pode ser considerado uma ferramenta importante para o planejamento de ações em busca da segurança desses idosos que, devido à complexidade do tratamento, fazem uso de múltiplos medicamentos.

**Palavras-chave:** Interações de Medicamentos. Saúde do Idoso. Síndrome X Metabólica. Uso de Medicamentos.

### Abstract

**Objectives:** To describe the sociodemographic, clinical and pharmacotherapy characteristics of elderly persons with metabolic syndrome and to identify factors associated with drug interactions among these individuals. **Method:** A quantitative, analytical and transversal

<sup>1</sup> Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Instituto de Ciências da Saúde, Curso de Graduação em Medicina. Uberaba, Minas Gerais, Brasil.

<sup>2</sup> Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Instituto de Ciências da Saúde, Programa de Pós-graduação *Stricto Sensu* em Atenção à Saúde. Uberaba, Minas Gerais, Brasil.

<sup>3</sup> Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Instituto de Ciências da Saúde, Departamento de Enfermagem em Educação e Saúde Comunitária. Uberaba, Minas Gerais, Brasil.

study was carried out among 263 elderly people with metabolic syndrome in the urban area of Uberaba, Minas Gerais, Brazil. Possible drug interactions were identified and classified according to the Micromedex® DrugReax System. The chi-squared test and the multiple logistic regression model were used for analysis ( $p < 0.05$ ). *Results:* The majority of the individuals were female (70.7%); aged 60 to 74 years (72.3%); lived with a spouse/partner (63.9%); had some schooling (74.1%); an individual monthly income of  $\leq$  one minimum wage (77.1%); lived with others (88.2%); had five or more morbidities (89.7%) and exhibited polypharmacy (73.0%); used potentially inappropriate medications (54.4%) and had possible drug interactions (75.3%). Associated with the possible presence of drug interactions were: age range ( $p = 0.005$ ), polypharmacy ( $p < 0.001$ ) and use of potentially inappropriate medications ( $p = 0.006$ ). *Conclusion:* Possible drug interactions were associated with increased age, polypharmacy and the use of potentially inappropriate medications. This study contributes to knowledge of these possible interactions among elderly people with metabolic syndrome, and as such can be considered an important tool for planning actions to ensure the safety of these individuals who, due to the complexity of their treatment, use multiple medications.

**Keywords:** Drug Interactions. Health of the Elderly. Metabolic Syndrome X. Drug Utilization.

## INTRODUÇÃO

A Síndrome Metabólica (SM) consiste na concomitância de distúrbios metabólicos e hemodinâmicos, como hiperglicemia, hipertensão arterial sistêmica (HAS), obesidade abdominal e dislipidemia, sendo mais evidente sua ocorrência com a elevação da faixa etária e quando se avaliam grupos de indivíduos com uma determinada doença, como diabetes *mellitus* tipo 2 (DM2) e HAS<sup>1</sup>.

Cada vez mais prevalente, a SM está presente em aproximadamente 20 a 30% na população adulta, com aumento significativo a partir dos 60 anos atingindo quase 60% a nível mundial<sup>2</sup>. Nas regiões do Brasil, entre a população idosa, a prevalência varia de 18 a 64,1%<sup>3-5</sup>. Com o envelhecimento populacional tem ocorrido aumento da prevalência de SM na população mundial<sup>4</sup>. Assim, essa síndrome adquire grande importância em meio à população idosa, visto que esta se relaciona diretamente ao aumento das taxas de mortalidade por eventos cardiovasculares, alterações da mobilidade, déficit cognitivo e depressão em idosos<sup>3</sup>.

Os idosos com SM são mais susceptíveis a ocorrência da polifarmácia, que consiste no uso concomitante de cinco ou mais medicamentos<sup>6</sup> e está associada ao maior risco de utilização de medicamentos potencialmente inapropriados (MPI) e à ocorrência de eventos adversos a medicamentos e de interações medicamentosas (IM), resultando no aumento da hospitalização e mortalidade nessa população<sup>7</sup>.

A presença de IM é um dos principais riscos envolvidos no uso de medicamentos por idosos<sup>8</sup>. As alterações fisiológicas que ocorrem com o processo de envelhecimento, a presença de doenças crônicas e o grande número de medicamentos utilizados por essa população, podem mascarar a ocorrência da IM, sendo algumas vezes confundida com o agravamento do estado de saúde ou ineficácia do tratamento<sup>7</sup>.

No estudo realizado entre idosos da comunidade em Timóteo (MG), a prevalência de IM foi de 55,6%<sup>9</sup>. Já no inquérito desenvolvido na Escócia, a prevalência entre os idosos foi de 34,1%<sup>10</sup>. Tais percentuais denotam que a IM, entre os idosos, constitui-se num problema de saúde pública e deve ser cuidadosamente acompanhada<sup>7</sup>.

A IM é a resposta farmacológica ou clínica que surge da interferência da ação de determinado medicamento, alimento ou qualquer substância química sobre o efeito de outro medicamento, administrado previamente ou concomitante ao primeiro<sup>11</sup>. Pode ser classificada de acordo com a gravidade, como: graves quando podem oferecer risco à vida e/ou dano irreversível, requerendo intervenção médica urgente para minimizar os efeitos adversos; moderadas quando podem causar uma piora do estado clínico do paciente e/ou podem requerer tratamento adicional, hospitalização, ou se o paciente já estiver internado levar a maior tempo de internação e leves, quando os efeitos clínicos são pequenos e a consequência pode ser um desconforto para a pessoa, mas não requerem alterações importantes na terapia<sup>12</sup>.

Assim, as IM podem comprometer a segurança do paciente, tornando-se necessário avaliar e monitorar a terapêutica medicamentosa no idoso. Acredita-se que a utilização de ferramentas adequadas, que facilitem a identificação da ocorrência de possíveis IM, possa contribuir com a eficiência da prescrição farmacológica, a exemplo o *DrugReax System do Micromedex®*, que está disponível *on-line* e na forma livre<sup>12,13</sup>.

No Brasil, há lacunas de conhecimento sobre a ocorrência de IM entre pacientes ambulatoriais<sup>14</sup>. Além do mais, destaca-se a relevância do estudo para o campo, pois ao cuidar dos pacientes, os profissionais de saúde devem considerar a relação entre custos e benefícios com base nas evidências científicas.

Diante do exposto, este trabalho tem como objetivos descrever as características sociodemográficas, clínicas e a farmacoterapia dos idosos com síndrome metabólica e identificar os fatores associados às possíveis interações medicamentosas entre esses idosos.

## MÉTODO

Estudo com abordagem quantitativa, analítico, transversal e observacional. Para o cálculo amostral obteve-se uma lista dos idosos diagnosticados com SM no ambulatório de Síndrome Metabólica da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), no período de janeiro de 2011 a dezembro de 2014, totalizando 964 idosos. O cálculo do tamanho amostral considerou uma prevalência de adesão de 56%<sup>15</sup>, uma precisão de 6% e um intervalo de confiança de 95%, chegando-se a uma amostra de 263 sujeitos, que foram selecionados por meio de sorteio arbitrário. Para a presente pesquisa foram considerados como critérios de inclusão idade igual ou superior a 60 anos; ter sido diagnosticado com SM no ambulatório de Síndrome Metabólica da UFTM conforme critério da *International Diabetes Federation*<sup>16</sup>; e residir na zona urbana de Uberaba, MG. Considerou-se como critério de exclusão: ter declínio cognitivo avaliado pelo Miniexame do Estado Mental (MEEM), traduzido e validado no Brasil<sup>17</sup>, que fornece informações sobre diferentes parâmetros cognitivos seguindo os seguintes pontos de corte:  $\leq 13$  para analfabetos,  $\leq 18$  para escolaridade

média (de um a 11 anos) e  $\leq 26$  para alta escolaridade ( $< 11$  anos)<sup>12</sup>; ter problemas de comunicação como surdez, não corrigida por aparelhos e transtornos graves da fala.

A coleta de dados foi desenvolvida no período de janeiro a março de 2015 e os dados foram obtidos por meio de entrevistas domiciliares realizadas por um entrevistador que passou por treinamento, capacitação inclusive sobre questões éticas da pesquisa.

Para obter os dados sociodemográficos utilizou-se o instrumento elaborado pelos pesquisadores do Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva/UFTM. O número de morbidades foi obtido por meio dos dados referentes aos 26 itens contemplados no Questionário Brasileiro de Avaliação Funcional e Multidimensional<sup>18</sup>.

O uso dos medicamentos regular foi determinado a partir das questões “O(a) Sr.(a) poderia me mostrar os medicamentos que atualmente está utilizando?”. Solicitou-se aos idosos que mostrassem as embalagens dos medicamentos e a prescrição. Também foram registradas: forma farmacêutica dos medicamentos, quantidade consumida e número de tomadas ao dia. Cabe destacar que foi realizado um estudo piloto para verificar a adequação do instrumento desenvolvido pelas autoras para coleta dos dados referentes aos medicamentos em uso regular. A análise das receitas médicas dos idosos baseou-se nos seguintes parâmetros: existência de polifarmácia; presença de possíveis IM (droga-droga), uso de MPI e os dados referentes à automedicação. Para a mensuração da polifarmácia considerou o uso simultâneo de cinco ou mais medicamentos<sup>6</sup>. A presença de possíveis IM (droga-droga) foi identificada e classificada quanto à gravidade (grave, moderada e leve), segundo o *DrugReax System do Micromedex®*. Ferramenta esta reconhecida a nível mundial e ideal para os profissionais de saúde que requerem informação imparcial, estando sustentada em revisões sistemáticas acerca de medicamentos<sup>12,13</sup>. Na avaliação dos MPI, foi utilizada a atualização dos critérios de Beers de 2012, levando-se em consideração os MPI e as classes que devem ser evitadas em idosos<sup>19</sup>. Os dados referentes à automedicação foram obtidos por meio da pergunta: “O(a) Sr.(a) faz uso de medicamentos por conta própria?”; se sim, “Quais medicamentos?” Não sendo considerados os medicamentos caseiros, chás, fitoterápicos e homeopáticos.

As variáveis sociodemográficas consideradas foram: sexo (feminino, masculino); faixa etária (60 a 74, 75 ou mais); escolaridade (sem escolaridade, com escolaridade); renda ( $\leq 1$  salário mínimo,  $>1$  salário mínimo); arranjo de moradia (só, acompanhado); estado conjugal (com companheiro, sem companheiro). Variáveis clínicas: número de morbidades autorreferidas (0 a 4, 5 ou mais); polifarmácia (sim, não); possíveis IM (sim, não); automedicação (sim, não) e MPI (sim, não).

Realizaram-se as análises estatísticas: descritiva e bivariada empregando-se teste *qui-quadrado*, razões de prevalências e razões de chances de prevalências para as variáveis categóricas. As variáveis que atenderam ao critério de  $p < 0,1$  foram incluídas no modelo de regressão logística múltipla com nível de significância ( $\alpha$ ) de 95%. Os fatores associados à presença de possíveis IM foram identificados por meio do modelo de regressão logística múltipla (modelo saturado), considerando um nível de significância de 5% ( $p < 0,05$ ) e intervalo de confiança (IC) de 95%.

Para verificar os fatores associados à presença de possíveis IM foram consideradas como preditores as variáveis: sexo; faixa etária; número de morbidades; polifarmácia, automedicação e uso de MPI.

Este estudo faz parte de um projeto maior intitulado: *Farmacoterapia e fatores associados à adesão*

*ao tratamento em idosos com síndrome metabólica*, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, com parecer nº 950.675. Após a aprovação, os participantes desta pesquisa foram contatados em seu domicílio, onde foram apresentados os objetivos, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e oferecidas às informações pertinentes. Somente após a anuência do entrevistado e assinatura do referido Termo foi conduzida a entrevista, seguindo-se os preceitos estabelecidos pela Resolução 466/12 do Ministério da Saúde<sup>20</sup>.

## RESULTADOS

Ao todo foram realizadas 282 tentativas para compor a amostra do estudo. Destas, ocorreram nove exclusões (quatro por apresentar declínio cognitivo e cinco por não ser encontrado após três tentativas) e 10 perdas (uma entrevista incompleta, três falecimentos e seis recusas) (Figura 1).

Entre os idosos entrevistados (263) a maioria era do sexo feminino (186; 70,7%); com 60 a 74 anos (190; 72,3%); com companheiro(a) (168; 63,9%); com escolaridade (195; 74,1%); renda mensal individual de até um salário mínimo (205; 77,1%) e morava acompanhada (232; 88,2%). A Tabela 1 apresenta as variáveis sociodemográficas dos idosos com SM.



Figura 1. Composição da amostra. Uberaba, MG, 2015.

**Tabela 1.** Distribuição de frequência das variáveis sociodemográficas entre idosos com síndrome metabólica. Uberaba, MG, 2015.

Variáveis	n (%)
Sexo	
Masculino	77 (29,3)
Feminino	186 (70,7)
Faixa etária (em anos)	
60 a 74	190 (72,3)
75 ou mais	73 (27,7)
Estado conjugal	
Com companheiro (a)	168 (63,9)
Sem companheiro (a)	95 (36,6)
Escolaridade	
Sem escolaridade	68 (25,9)
Com escolaridade	195 (74,1)
Renda (em salários mínimos)*	
≤1	205 (77,1)
>1	58 (22,1)
Arranjo de moradia	
Só	31 (11,8)
Acompanhado	232 (88,2)

\*Salário mínimo correspondente ao período em 2015 (R\$ 788,00).

Dentre os cinco critérios para o diagnóstico de SM segundo o *International Diabetes Federation*<sup>16</sup>, os maiores percentuais de alteração foram na circunferência abdominal (CA) (263; 100,0%), lembrando que é o critério primordial para diagnóstico da SM; e na glicemia de jejum, em que 241 (91,6%) idosos apresentaram níveis acima de 100 mg/dL. Seguiu-se a pressão arterial sistêmica visto que 168 (63,9%) apresentaram níveis acima dos considerados normais ( $\geq 130 \times 85$  mmHg). Em relação ao perfil lipídico, 180 (68,4%) estavam com os índices de HDL-c alterados (homens abaixo de 50mg/dL e mulheres abaixo de 40mg/dL) e 120 (45,6%) com triglicérides acima de 150mg/dL.

Destaca-se que 236 (89,7%) idosos apresentavam cinco ou mais morbidades. Quanto à polifarmácia, 192 (73,0%) faziam uso de cinco ou mais medicamentos. Referente à automedicação, 85 (32,3%) referiram tomar medicamentos por conta própria. Constatou-se que 143 (54,4%) idosos faziam o uso de MPI. Dentre esses, 78 (54,5%) utilizavam um, 49 (34,3%) dois, enquanto 16 (11,2%) de três até sete.

Identificou-se em 198 (75,3%) idosos a presença de possíveis IM. Segundo a gravidade, 56 (27,9%) foram classificadas como leves, 128 (63,7%) moderadas e 17 (8,4%) graves. Dentre as leves, a mais frequente neste estudo foi a associação dos medicamentos Levotiroxina Sódica e Sinvastatina (28; 50,0%). Nas moderadas a mais frequente foi entre o Ácido Acetilsalicílico e Enalapril (27; 21,0%) e na interação grave a associação Anlodipino e Sinvastatina (4; 23,5%) (Tabela 2).

As possíveis IM identificadas nas prescrições e suas implicações clínicas, segundo o *Drug-Reax*<sup>®8,13</sup>, estão na Tabela 2.

Verificou-se que o percentual foi maior para presença de possíveis IM nos idosos do sexo feminino (146; 78,1%), do grupo etário de 75 anos ou mais (72; 98,6%), com cinco ou mais morbidades (190; 80,5%), com polifarmácia (178; 93,2%), que realizavam automedicação (73; 85,9%) e utilizavam MPI (135; 94,4%), (Tabela 3).

As variáveis, da análise bivariada preliminar, submetidas à análise multivariável, no modelo de regressão logística binomial múltipla foram: sexo ( $p=0,46$ ), faixa etária ( $p<0,001$ ), número de morbidades ( $p<0,001$ ), polifarmácia ( $p<0,001$ ), automedicação ( $p=0,006$ ), uso de MPI ( $p<0,001$ ).

Consolidaram-se como fatores associados à presença de possíveis IM entre os idosos com SM a faixa etária 75 anos ou mais ( $p=0,005$ ), a presença de polifarmácia ( $p<0,001$ ) e a utilização de MPI ( $p=0,006$ ) (Tabela 4).

**Tabela 2.** Distribuição dos possíveis eventos adversos da interação medicamentosa e a frequência das possíveis interações medicamentosas, segundo o *Drug-Reax*<sup>®</sup>, identificadas nas prescrições dos idosos com síndrome metabólica. Uberaba, MG, 2015.

Nível de gravidade da interação medicamentosa	Possíveis efeitos adversos da interação medicamentosa	n (%)
Interação medicamentosa leve		
Levotiroxina Sódica e Sinvastatina	Reduz o efeito do hormônio da tireoide	28 (50,0)
Ácido Acetilsalicílico e Carvedilol	Reduz os efeitos anti-hipertensivos	18 (32,1)
Ácido Acetilsalicílico e Omeprazol	Diminui a biodisponibilidade da aspirina	10 (17,9)
Interação medicamentosa moderada		
Ácido Acetilsalicílico e Enalapril	Diminui a eficácia do Enalapril	27 (21,0)
Ácido Acetilsalicílico e Glibenclamida	Excessiva hipoglicemia	21 (16,5)
Ácido Acetilsalicílico e Hidroclotiazida	Diminui a eficácia do diurético	21 (16,5)
Metformina e Enalapril	Acidose láctica hipercalêmica	19 (14,9)
Hidroclorotiazida e Enalapril	Hipotensão postural	19 (14,9)
Glibenclamida e Enalapril	Excessiva hipoglicemia	10 (7,8)
Hidroclorotiazida e Captopril	Hipotensão postural	6 (4,5)
Hidroclorotiazida e Diclofenaco	Reduz efeito anti-hipertensivo	5 (3,9)
Interação medicamentosa grave		
Anlodipino e Sinvastatina	Risco de miopatia	4 (23,5)
Ácido Acetilsalicílico e Fluoxetina	Aumento do risco de sangramento	2 (11,7)
Ácido Acetilsalicílico e Sertralina	Aumento do risco de sangramento	2 (11,7)
Alopurinol e Captopril	Reação de hipersensibilidade	1 (5,9)
Alopurinol e Enalapril	Reação de hipersensibilidade	1 (5,9)
Espironolactona e Enalapril	Hipercalémia	1 (5,9)
Hidroclorotiazida e Digoxina	Risco de intoxicação digitálica	1 (5,9)
Ácido acetilsalicílico e Varfarina	Aumento do risco de sangramento	1 (5,9)
Espironolactona e Digoxina	Risco de intoxicação digitálica	1 (5,9)
Amiodarona e Sinvastatina	Aumento do risco de miopatia	1 (5,9)
Clopidogrel e Ácido Acetilsalicílico	Aumento do risco de sangramento	1 (5,9)
Propranolol e Clonidina	Aumento do risco de miopatia	1 (5,9)

**Tabela 3.** Distribuição das variáveis sociodemográficas, clínicas e a farmacoterapia dos idosos com síndrome metabólica, de acordo com a presença de possíveis interações medicamentosas. Uberaba, MG, 2015.

Variáveis	Presença de IM	Ausência de IM					<i>p</i> ****
	n (%)	n (%)	RP*	(IC)**	RCP***	(IC)**	
Sexo							
Masculino	51 (67,1)	25 (35,9)	0,85	(0,72-1,02)	0,57	(0,31-1,03)	0,046
Feminino	146 (78,1)	41 (21,9)					
Faixa etária (em anos)							
75 ou mais	72 (98,6)	1 (1,4)	0,27	(0,00-0,19)	0,66	(0,60-0,74)	0,000
60-74	125 (65,8)	65 (34,2)					
Número de morbidade							
5 ou mais	190 (80,5)	46 (19,5)	3,10	(1,63-5,89)	11,80	(4,70-29,58)	0,000
0 a 4	7 (25,9)	20 (74,1)					
Polifarmácia							
Sim	178 (93,2)	13 (6,8)	3,53	(2,39-5,20)	38,19	(17,69-82,42)	0,000
Não	19 (26,4)	53 (73,6)					
Automedicação							
Sim	73 (85,9)	12 (14,1)	1,23	(1,08-1,40)	2,64	(1,33-5,27)	0,006
Não	124 (69,7)	54 (30,3)					
Medicamento potencialmente inapropriado							
Sim	135 (94,4)	8 (5,6)	1,82	(7,10-35,06)	15,78	(1,53-2,18)	0,000
Não	62 (51,7)	58 (48,3)					

\*RP: Razão de prevalência; \*\*IC: Intervalo de confiança; \*\*\*RCP: *Odds Ratio*; \*\*\*\**p*<0,05, qui-quadrado.

**Tabela 4.** Modelo final de regressão logística múltipla para as variáveis associadas à presença de possíveis interações medicamentosas entre idosos com síndrome metabólica. Uberaba, MG, 2015.

Variáveis	RCP*	IC95%**	<i>p</i> ***
Sexo feminino	1,29	(0,49-3,42)	0,597
Faixa etária 75 anos ou mais	21,71	(2,54-185,66)	0,005
Com 5 ou mais morbidades	0,61	(0,17-2,18)	0,447
Presença de polifarmácia	0,08	(0,03-0,20)	0,000
Automedicação	0,54	(0,21-1,43)	0,221
Uso de MPI****	0,24	(0,08-0,66)	0,006

\*RCP: *Odds Ratio*; \*\*IC: Intervalo de confiança; \*\*\**p*<0,05, no modelo de regressão logística múltipla; \*\*\*\*medicamento potencialmente inapropriado.

## DISCUSSÃO

O maior percentual de pessoas do sexo feminino é condizente com investigações entre idosos com SM<sup>3,4</sup>. Considerando que as mulheres frequentam mais os serviços de saúde, elas possuem maior possibilidade de terem o diagnóstico e o tratamento para possíveis morbidades entre elas a SM<sup>21</sup>. Ademais, as alterações

hormonais que ocorrem na menopausa, as tornam mais susceptíveis ao aumento da circunferência abdominal e ao risco para doenças cardiovasculares<sup>1</sup>.

Em relação à faixa etária estudo realizado na comunidade de São Paulo (SP) verificou que idosos na faixa etária de 60 a 69 tiveram, aproximadamente, 11 vezes mais chance de ter SM (OR= 10,945;

$p < 0,001$ )<sup>22</sup>. Deste modo, os idosos mais jovens devem ser orientados quanto aos riscos para doenças cardiovasculares, uma vez que a morbidade pode afetar sua qualidade de vida e comprometer o envelhecimento ao longo dos anos<sup>22</sup>. Esse achado é valioso para a equipe de saúde que poderá priorizar ações promocionais de saúde e preventivas de doenças com intuito de manter esses idosos com independência o maior tempo possível.

Quanto ao estado conjugal, salienta-se que o fato de ter companheiro(a) deve ser considerado, pois o envolvimento do parceiro no cuidado à saúde é importante, uma vez que poderá contribuir para a continuidade regular do tratamento, por meio do incentivo, do acompanhamento ao serviço de saúde e do auxílio nas atividades físicas e na tomada de medicamentos<sup>15</sup>.

No presente estudo, maiores percentuais entre idosos com escolaridade são condizente com inquérito desenvolvido entre idosos com SM da comunidade de Porto Alegre (RS) (91,7%)<sup>15</sup>. A escolaridade pode interferir no entendimento das condutas terapêuticas e no aprendizado sobre o autocuidado, a exemplo de problemas com manuseio de medicamentos, seguimento de dietas e outros. O profissional de saúde deve atentar para a comunicação eficaz com o idoso e seus familiares, por meio de uma linguagem clara e objetiva sobre os cuidados necessários para melhoria na saúde dessa população<sup>15</sup>.

Destaca-se que, no Brasil, 38,3% dos idosos têm um rendimento mensal entre meio e um salário mínimo<sup>23</sup>, fato que pode contribuir para a compreensão dos resultados encontrados. A baixa renda dos idosos desta investigação expressa o desafio para a manutenção das necessidades básicas e do cuidado à saúde. Considera-se que a renda é um fator que influencia no acesso aos serviços de saúde, assim como na satisfação com os rendimentos<sup>21</sup>. Neste contexto, as ações em saúde pública devem ser adequadas às condições econômicas dos idosos, com busca pelo tratamento efetivo e com qualidade.

Os resultados do arranjo de moradia são divergentes do inquérito entre idosos acompanhados no ambulatório de especialidades em Vitória (ES), no qual, a maioria morava só (32,3%)<sup>24</sup>. O estudo da composição dos domicílios nos quais os idosos vivem é necessário, uma vez que os outros familiares podem

auxiliá-los no transporte, nos cuidados médicos e nos serviços domésticos, além da companhia e apoio emocional para ambas as partes<sup>24</sup>.

Em relação aos componentes da SM são divergentes a essa pesquisa, investigações entre idosos com SM da comunidade de Porto Alegre (RS), na qual, a HAS foi o componente mais frequente (83,6%)<sup>15</sup>; e internacional conduzida no norte da Finlândia, no qual também verificou maior frequência de HAS, em ambos os sexos, feminino (89,0%) e masculino (91,8%)<sup>25</sup>. Ressalta-se a importância em observar a relação dos diversos fatores de risco associados aos eventos cardiovasculares, como alterações na glicemia, triglicérides elevados, obesidade abdominal e aumento dos valores da pressão arterial sistêmica.

O número de morbidades autorreferidas, do presente estudo é superior à investigação com idosos da comunidade de Bagé (RS), na qual, 50,0% referiram ter duas ou mais morbidades<sup>26</sup>, contudo, sem especificar o diagnóstico de SM. Os valores superiores encontrados nessa pesquisa podem ser atribuídos, em parte, às próprias características do grupo, idosos com SM. Ressalta-se que não foi encontrado nas literaturas nacional e internacional pesquisas entre idosos com SM e o número de morbidades autorreferidas.

Estudos nacionais obtiveram prevalência de polifarmácia entre 11,0% e 71,1%, sendo a maior entre idosos com SM<sup>27-30</sup>. Devido ao aumento da prevalência de doenças crônicas entre os idosos ocorreu um crescimento contínuo do consumo de medicamentos nessa faixa etária. Diante disso, a prática da polifarmácia é por muitas vezes necessária. Todavia, o uso de vários medicamentos aumenta o risco de IM. Por isso, as implicações desse consumo precisam ser medidas e avaliadas quanto ao seu risco/benefício<sup>8</sup>.

Nesta pesquisa, o percentual de prática de automedicação é semelhante ao estudo entre idosos da comunidade de Goiânia (GO) (35,7%)<sup>31</sup>. Valores inferiores foram identificados na investigação entre idosos da comunidade de Recife (PE) (6,7%)<sup>28</sup> e superiores na pesquisa com idosos da comunidade de Teresina (PI) (62,5%)<sup>30</sup>. A população idosa pratica automedicação para tratar alguns sintomas como, por exemplo, as dores de cabeça; os estudos indicam que o fácil acesso a esses medicamentos é um fator que contribui com essa prática<sup>31</sup>. O uso indevido de

medicamentos ocasiona consequências para a vida e saúde dos idosos, como o atraso do tratamento, não obtendo resultados esperados, agravando os sinais e sintomas das doenças, além de potencializar as reações adversas aos medicamentos causadas pelo uso demasiado do remédio<sup>30,31</sup>.

A porcentagem de MPI encontrada nesta pesquisa foi semelhante à investigação entre idosos da comunidade de Ibiraiaras (RS) (44,7%)<sup>30</sup>. Valor superior aos estudos entre idosos da comunidade de São Paulo (SP) (28,0%)<sup>7</sup>, e de Goiânia (GO) (24,6%), no qual os medicamentos considerados impróprios mais consumidos foram os benzodiazepínicos de meia vida longa (34,2%) e os antidepressivos (16,0%)<sup>31</sup>. Estudo internacional desenvolvido na Índia obteve valor superior a essa investigação (87,3%)<sup>32</sup>. Todavia, o diagnóstico de SM não foi relatado em nenhum dos inquéritos supracitados. Há evidência de que a prescrição MPI está associada ao desencadeamento de IM e hospitalizações e, quando em conjunto com a presença de comorbidades e polifarmácia, expõe os idosos a um risco elevado de mortalidade<sup>7</sup>. A ausência de alternativas terapêuticas mais custo-efetivas e com melhor perfil de segurança para esses indivíduos nos serviços públicos de saúde favorecem esse fato<sup>27</sup>.

A frequência de possíveis IM não difere da descrita na literatura científica, tendo em vista que os valores podem ser bastante variáveis e revelam alta prevalência entre idosos<sup>9,33</sup>.

Os medicamentos mais frequentes envolvidos nas IM são aqueles usados no cotidiano do manejo do idoso com doenças crônicas. Essas exigem monitorização constante, pois seus efeitos podem causar piora no estado clínico do idoso, podendo resultar na necessidade de tratamento adicional, hospitalização, custos ao sistema de saúde, ou se o idoso já estiver internado, levar a um maior tempo de hospitalização. Uma maneira para solucionar esse fato é a seleção de um fármaco que não produza interação, contudo, se não houver essa possibilidade, os medicamentos que interagem entre si devem ser monitorados<sup>27</sup>.

Segundo a gravidade das IM, resultados semelhantes foram obtidos nas investigações entre idosos da comunidade de Ribeirão Preto (SP)<sup>33</sup>, de Timóteo (MG)<sup>9</sup>, e entre idosos atendidos no

ambulatório de geriatria no Hospital Universitário de Belém (PA)<sup>27</sup> na qual a maior parte possuía gravidade moderada.

Estudos desenvolvidos nos Estados de São Paulo<sup>33</sup> e de Minas Gerais<sup>9</sup> obtiveram dados divergentes em relação às IM mais frequentes. No primeiro a IM grave mais frequente foi entre os medicamentos Anlodipino e Sinvastatina (15,0%) e a moderada entre Ácido Acetilsalicílico e Enalapril (42,5%). Já no segundo, as IM graves mais frequentes foram entre Anlodipino e Sinvastatina (26,7%), as moderadas entre Ácido Acetilsalicílico e Hidroclorotiazida (26,7%) e as leves Anlodipino e Ibuprofeno (21,7%).

As IM são frequentes e precisam ser prevenidas, principalmente nos idosos, pois são mais sensíveis aos efeitos terapêuticos e tóxicos dos medicamentos<sup>27</sup>. Assim, conhecê-las entre os medicamentos indicados para o controle da SM permite evitar as de risco e privilegiar as mais seguras, com menor risco de desencadear efeitos indesejáveis e que viabilizam melhores respostas terapêuticas<sup>34</sup>.

As condições clínicas dos indivíduos, o número e as características dos medicamentos estão relacionadas com a gravidade e a prevalência de possíveis IM<sup>33</sup>. A associação entre a presença de possíveis IM e a faixa etária diverge da investigação entre idosos da comunidade do Rio de Janeiro (RJ)<sup>11</sup>. Acredita-se que os aspectos apresentados na relação entre o aumento da faixa etária e a ocorrência de IM merecem mais investigações<sup>10,11</sup>, pois o processo de envelhecimento pode contribuir com o aumento da prevalência de doenças crônicas, o que leva os idosos a utilizarem uma quantidade maior de medicamentos<sup>7</sup>, por conseguinte, maior possibilidade de IM<sup>10,27</sup>.

O tratamento da SM é complexo, pois necessita do uso de vários medicamentos, o que aumenta os riscos de ocorrência de IM<sup>34</sup>. A associação entre polifarmácia e a ocorrência de IM corrobora outros estudos brasileiros<sup>11,33</sup>. Assim, visto que as IM são um risco constante, especialmente entre idosos que fazem uso de polifarmácia, é crucial que haja um conhecimento acerca do tema a fim de evitar maiores riscos à saúde desses indivíduos<sup>11</sup>.

A polifarmácia está associada ao risco do emprego de MPI, o que eleva o risco de IM entre idosos, que são mais vulneráveis, em virtude de suas particularidades

farmacocinéticas e farmacodinâmicas<sup>35</sup>. O uso de MPI e a presença de IM são fatores que estão diretamente relacionados à qualidade de vida dos idosos, seja de forma isolada ou associada às alterações fisiológicas e às comorbidades, o que reforça a necessidade da avaliação do plano terapêutico, pois quanto maior o número de medicamentos prescritos, maior o risco do uso de MPI e de exposição às IM<sup>35</sup>. Entende-se que seja fundamental avaliar os riscos e benefícios relacionados à farmacoterapia prescrita, que precisa ser monitorada e/ou ter suas dosagens reduzidas, pois muitas interações podem reduzir a efetividade dos medicamentos<sup>27</sup>.

Assim, os profissionais de saúde devem estar atentos às informações sobre as IM e propor intervenções adequadas, quando necessário. Também é responsabilidade desses profissionais utilizar a literatura disponível para uma situação de IM e individualizar as recomendações com base nas características específicas de cada idoso<sup>35</sup>.

Os resultados desse estudo são úteis para o desenvolvimento de mecanismos de avaliação do processo da prescrição em busca da redução das inadequações na farmacoterapia dos idosos. O uso indevido de medicamentos em idosos é um importante problema de saúde pública na medida em que os expõe aos riscos potenciais dos medicamentos; e o envolvimento dos profissionais de saúde, pode qualificar o atendimento, por meio da implantação de protocolos e procedimentos que visem minimizar e evitar as inadequações em prescrições.

Em relação às limitações do presente estudo, pode-se destacar a não avaliação quanto à apresentação de sintomas clínicos relacionados à presença de possíveis IM ou uso de MPI, pois os dados foram

coletados em um único momento o que não permitiu o acompanhamento das apresentações de sintomas clínicos relacionados.

## CONCLUSÃO

Neste estudo, a maioria era do sexo feminino; com 60 a 74 anos; morava com companheiro(a); com escolaridade; renda mensal individual de até um salário mínimo e morava acompanhada; apresentava cinco ou mais morbidades; fazia uso de cinco ou mais medicamentos; tomava medicamentos por conta própria; utilizava medicamentos potencialmente inapropriados e apresentava possíveis interações medicamentosas.

A presença de possíveis interações medicamentosas entre os idosos com síndrome metabólica esteve associada à faixa etária de 75 anos ou mais, à polifarmácia e à utilização de medicamentos potencialmente inapropriados.

Por conseguinte, este estudo contribui para o conhecimento das interações medicamentosas entre idosos com síndrome metabólica, tornando-se ferramenta importante para o planejamento de ações em busca da segurança desses indivíduos que fazem uso de múltiplos medicamentos devido à complexidade do tratamento dessa síndrome.

## AGRADECIMENTOS

Ao Ministério da Educação, Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), à Fundação de Amparo à Pesquisa de Minas Gerais (FAPEMIG) e à Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM).

## REFERÊNCIAS

1. Barbalho SM, Bechara MD, Quesada K, Gabaldi MR, Goulart RA, Tofano RJ, et al. Síndrome metabólica, aterosclerose e inflamação: tríade indissociável? *J Vasc Bras* [Internet]. 2015 [acesso em 12 dez. 2017];14(4):319-27. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1677-54492015000400319&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-54492015000400319&lng=pt&tlng=pt)
2. Wu TT, Chen IJ, Cho SL, Chiou AF. The Relationship between health-promoting behaviors and metabolic syndrome in community-dwelling older adults. *Biol Res Nurs* [Internet]. 2016 [acesso em 21 mar. 2018];18(5):549-57. Disponível em: [http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1099800416655882?url\\_ver=Z39.88-2003&rfr\\_id=ori:rid:crossref.org&rfr\\_dat=cr\\_pub%3dpubmed](http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1099800416655882?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%3dpubmed)

3. Saad MAN, Cardoso GP, Martins WA, Velarde LGC, Cruz FRA. Prevalência de síndrome metabólica em idosos e concordância entre quatro critérios diagnósticos. *Arq Bras Cardiol* [Internet]. 2014 [acesso em 21 mar. 2018];102(3):263-9. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0066-782X2014000300008&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2014000300008&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)
4. Calixto SCS, Vinagre RMFD, Rocha GF, França TG. Prevalência da Síndrome Metabólica em idosos. *Saúde Foco* [Internet]. 2016 [acesso em 21 mar. 2018];3(2):119-35. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abc/2014nahead/0066-782X-abc-20140013.pdf>
5. Zoraski H, Fiametti M, Santos R, Gregolettto MLO, Cremonese C. Síndrome metabólica em idosos de Nova Roma do Sul, RS: prevalência e fatores associados. *ABCS Health Sci* [Internet]. 2017 [acesso em 14 out. 2017];42(3):147-55. Disponível em: <https://www.portalnepas.org.br/abcshs/article/view/955>
6. Hovstadius B, Petersson G. Factors leading to excessive polypharmacy. *Clin Geriatr Med* [Internet]. 2012 [acesso em 15 out. 2017];28(2):159-72. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S074906901200002X?via%3Dihub>
7. 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* [Internet]. 2014 [acesso em 10 out. 2017];30(8):1708-20. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v30n8/0102-311X-csp-30-8-1708.pdf>
8. Garske CCD, Assis MP, Schneider APH, Machado EO, Morsch L. Interações medicamentosas potenciais na farmacoterapia de idosos atendidos em farmácia básica do sul do Brasil. *Saúde (Santa Maria)* [Internet]. 2016 [acesso em 14 dez. 2017];42(2):97-105. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/revistasaude/article/view/21751>
9. Gotardelo D, Fonseca L, Masson E, Lopes L, Toledo V, Faioli M, et al. Prevalência e fatores associados a potenciais interações medicamentosas entre idosos em um estudo de base populacional. *Rev Bras Med Fam Comunidade* [Internet]. 2014 [acesso em 22 dez. 2017];9(31):111-8. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/833>
10. Guthrie B, Makubate B, Hernandez-Santiago V, Dreischulte T. The rising tide of polypharmacy and drug-drug interactions: population database analysis 1995-2010. *BMC Med* [Internet]. 2015 [acesso em 21 mar. 2018];13(74):1-10. Disponível em: <https://bmcmecine.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12916-015-0322-7>
11. Mibielli P, Rozenfeld S, Matos GC, Acurcio FA. Interações medicamentosas potenciais entre idosos em uso dos anti-hipertensivos da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais do Ministério da Saúde do Brasil. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2014 [acesso em 15 nov. 2017];30(9):1947-56. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2014000901947&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014000901947&lng=pt&tlng=pt)
12. Micromedex Healthcare Series [Internet]. Greenwood Village: Thomson Reuters (Healthcare); 2011 [acesso em 21 mar. 2018]. Disponível em: <https://www.thomsonhc.com/hcs/librarian/>
13. Drug Interactions Checker. Drug Information [Internet]. [sem local]: Dugs.com; 2000- [acesso em 21 mar. 2018 ]. Disponível em: <http://www.drugs.com>
14. Leão LDF, Moura CS, Medeiros DS. Avaliação de interações medicamentosas potenciais em prescrições da atenção primária de Vitória da Conquista (BA). *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2014 [acesso em 10 jan. 2018];19(1):311-8. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232014000100311&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000100311&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)
15. Jacondino CB. Adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso em idosos portadores de síndrome metabólica acompanhados na estratégia saúde da família [Dissertação]. Porto Alegre: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Instituto de Geriatria e Gerontologia; 2013.
16. Alverti KG, Zimmet P, Shaw J. Metabolic syndrome: a new world-wide definition. A consensus statement of the International Diabetes Federation. *Diabet Med* [Internet]. 2006 [acesso em 10 out. 2016];23(5):469-80. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16681555>
17. Bertolucci PHF, Brucki SMD, Campacci SR, Juliano Y. O mini exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. *Arq Neuropsiquiatr* [Internet]. 1994 [acesso em 10 jan. 2016];52(1):1-7. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/anp/v52n1/01.pdf>
18. Ramos LR, Perracini M, Rosa TE, Kalashe A. Significance and management of disability among urban elderly residents in Brazil [abstract]. *J Cross-Cult Gerontol* [Internet]. 1998 [acesso em 12 jan. 2016];8(4):313-23. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24389964>
19. Fick D, Semla T, Beizer J, Brandt N, Dombrowski, DuBeau CE, et al. American Geriatrics Society Updated Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. The American Geriatrics Society 2012 Beers Criteria Update Expert Panel. *J Am Geriatr Soc* [Internet]. 2012 [acesso em 21 mar. 2018];60(4):1-10. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22376048>
20. Brasil. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União*. 13 jun. 2013. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/reso466.pdf>

21. Levorato CD, Mello LM, Silva AS, Nunes AA. Fatores associados à procura por serviços de saúde numa perspectiva relacional de gênero. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2014 [acesso em 10 out. 2017];19(4):1263-74. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232014000401263&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000401263&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)
22. Leitão MP, Martins IS. Prevalência e fatores associados à síndrome metabólica em usuários de Unidades Básicas de Saúde em São Paulo – SP. *Rev Assoc Med Bras* [Internet]. 2013 [acesso em 17 dez. 2017];58(1):609. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-42302012000100016](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302012000100016)
23. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de indicadores sociais- uma análise das condições de vida da população brasileira [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2016 [acesso em 21 mar. 2018]. (Estudos e Pesquisas), (Informação Demográfica e Socioeconômica, n. 36). Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv98965.pdf>
24. Arruda DCJ, Eto FN, Velten APC, Morelato RL, Oliveira ERA. Fatores associados a não adesão medicamentosa entre idosos de um ambulatório filantrópico do Espírito Santo. *Rev Bras Geriatr Gerontol* [Internet]. 2015 [acesso em 21 mar. 2018];18(2):327-37. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbagg/v18n2/1809-9823-rbagg-18-02-00327.pdf>
25. Saukkonen T, Jokelainen J, Timonen M, Cederberg H, Laakso M, Härkönen P, et al. Prevalence of metabolic syndrome components among the elderly using three different definitions: a cohort study in Finland. *Scand J Prim Health Care* [Internet]. 2012 [acesso em 12 nov. 2017];30(1):29-34. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/02813432.2012.654192>
26. Tavares NUL, Bertoldi ET, Facchini LA, França GVA, Mengue SS. Fatores associados à baixa adesão ao tratamento medicamentoso em idosos. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2013 [acesso em 14 nov. 2017];47(6):1092-1101. Disponível em: [https://scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102013000901092&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](https://scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102013000901092&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt)
27. Cuentro VS, Andrade MA, Gerlack LF, Bós AJG, Silva MVS, Oliveira AF. Prescrições medicamentosas de pacientes atendidos no ambulatório de geriatria de um hospital universitário: estudo transversal descritivo. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2014 [acesso em 16 nov. 2017];19(8):3355-64. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232014000803355&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232014000803355&script=sci_abstract&tlng=pt)
28. Neves SJF, Marques APO, Leal MCC, Diniz AS, Medeiros TS, Arruda IKG. Epidemiologia do uso de medicamentos entre idosos em área urbana do Nordeste do Brasil. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2013 [acesso em 16 nov. 2017];47(4):759-68. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102013000400759](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102013000400759)
29. Monteiro ORB, Figueiredo NR, Marreiros MOC, Figueiredo MLF, Carvalho ADL, Carvalho Júnior JAM. The occurrence of polypharmacy among elderly assisted by the family health strategy. *Rev Enferm UFPI* [Internet]. 2014 [acesso em 13 nov. 2017];3(2):56-61. Disponível em: <http://www.ojs.ufpi.br/index.php/reufpi/article/view/1419/1430>
30. Guadagnin AMP, Sgnaolin V. Identificação de problemas relacionados aos medicamentos em idosos atendidos em um laboratório de análise clínicas. *PAJAR* [Internet]. 2014 [acesso em 10 out. 2017];2(1):23-8. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/pajar/>
31. Santos TRA, Lima DM, Nakatani ADYK, Pereira LV, Leal GS, Amaral RG. Consumo de medicamentos por idosos, Goiânia, Brasil. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2013 [acesso em 12 set. 2017];47(1):94-103. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102013000100013](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102013000100013)
32. Jhaveri BN, Patel TK, Barvaliya MJ, Tripathi C. Utilization of potentially inappropriate medications in elderly patients in a tertiary care teaching hospital in India. *Perspect Clin Res* [Internet]. 2014 [acesso em 10 jan. 2017];5(4):184-9. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4170537/>
33. Pinto N, Vieira L, Pereira F, Reis A, Cassiani S. Interações medicamentosas em prescrições de idosos hipertensos: prevalência e significância clínica. *Rev Enferm UERJ* [Internet]. 2014 [acesso em 10 set. 2017];22(6):735-41. Disponível em: <http://www.epublicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/7111>
34. Bandeira CAV, Oliveira KR. Potenciais interações entre medicamentos usados na síndrome metabólica. *Sci Med* [Internet]. 2014 [acesso em 17 nov. 2017];24(2):156-64. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/scientiamedica>
35. Cuentro VS, Modesto T, Andrade MA, Silva MVS. Prevalência e fatores associados à polifarmácia entre idosos de um hospital público. *Rev Contexto & Saúde* [Internet]. 2016 [acesso em 22 dez. 2017];16(30):28-35. Disponível em: <https://revistas.unijui.edu.br/index.php/contextoesaude/article/viewFile/4448/4981>

Recebido: 25/09/2017

Revisado: 05/02/2018

Aprovado: 05/03/2018



## Qualidade de vida e o tempo do diagnóstico do diabetes *mellitus* em idosos

Quality of life and time since diagnosis of diabetes *mellitus* among the elderly

180

Luciano Ramos de Lima<sup>1,2</sup>  
Silvana Schwerz Funghetto<sup>1,2</sup>  
Cris Renata Grou Volpe<sup>2</sup>  
Walterlânia Silva Santos<sup>2,3</sup>  
Mani Indiana Funez<sup>1,2</sup>  
Marina Morato Stival<sup>2</sup>

### Resumo

**Objetivos:** Avaliar a qualidade de vida dos idosos com diabetes *mellitus* e relacionar o tempo do diagnóstico do diabetes com a qualidade de vida desses idosos atendidos em uma unidade básica de saúde. **Método:** Estudo quantitativo, de desenho transversal realizado em Unidade Básica de Saúde com 196 idosos. Para coleta de dados foram utilizados três instrumentos: um estruturado (variáveis sociodemográficas e clínicas), os escores do Whoqol-Bref e Whoqol-Old variam de 0 a 100. Foram realizados: análise estatística descritiva, teste t de *Student* e correlação de Pearson. **Resultados:** Dos 196 diabéticos, a maioria era do sexo masculino (54,6%) com idade média de 67,5 ( $\pm 6,5$ ) anos. O tempo médio do diabetes *mellitus* foi de 9,1 anos. Os domínios do Whoqol-Bref com maiores escores, indicando melhor qualidade de vida *Relações Sociais* e *Psicológico*, e uma pior qualidade de vida observada foi *Meio Ambiente*. As facetas do Whoqol-Old com melhores escores foram: *Intimidade* e *Atividades passadas, presente e futura* e a pior foi *Morte e Morrer*. Os domínios associados entre si foram o *Físico* e *Psicológico*, *Físico* e *Relações Sociais*, e *Psicológico* e *Meio Ambiente*. As facetas associadas foram *Atividades passadas, presente e futuras* e *Participação Social*. Os idosos com mais de 10 anos de diabetes *mellitus* apresentaram piores escores de qualidade de vida no *Físico* ( $p=0,001$ ), *Relações Sociais* ( $p=0,002$ ), e nas facetas *Autonomia* ( $p=0,0012$ ), *Participação Social* ( $p=0,041$ ), *Morte e Morrer* ( $p=0,001$ ). **Conclusão:** O tempo de diagnóstico do diabetes *mellitus* associou negativamente na qualidade de vida dos idosos evidenciando piores escores na maioria dos domínios e facetas do Whoqol.

**Palavras-chave:** Qualidade de Vida. Idoso. Diabetes *Mellitus*. Atenção Primária à Saúde. Enfermagem Geriátrica.

### Abstract

**Objectives:** To evaluate the quality of life of the elderly with Diabetes *Mellitus* and to relate the time since diagnosis of diabetes with the quality of life of elderly persons receiving care at a basic health unit. **Method:** A cross-sectional quantitative study carried out in a Basic Health Unit with 196 elderly persons. For data collection, three instruments were

**Keywords:** Quality of Life. Elderly. Diabetes *Mellitus*. Primary Health Care. Geriatric Nursing.

<sup>1</sup> Universidade de Brasília, Faculdade de Ceilândia, Programa de Pós-graduação Ciências e Tecnologias em Saúde. Brasília, Distrito Federal, Brasil.

<sup>2</sup> Universidade de Brasília, Faculdade de Ceilândia, Curso de Graduação em Enfermagem. Brasília, Distrito Federal, Brasil.

<sup>3</sup> Universidade de Brasília, Faculdade de Ciências da Saúde, Programa de Pós-graduação em Enfermagem. Brasília, Distrito Federal, Brasil.

used: one structured (sociodemographic and clinical variables) and the Whoqol-bref and Whoqol-old, with scores ranging from 0 to 100. Descriptive statistical analysis, Student's T-test and Pearson's correlation were performed. *Results:* Of the 196 diabetic patients, the majority were male (54.6%) with a mean age of 67.5 ( $\pm 6.5$ ) years. The mean time since diagnosis of Diabetes Mellitus was 9.1 years. The domains of the Whoqol-bref with the highest scores, indicating better quality of life, were *Social Relations* and *Psychological*, while a worse quality of life was observed in *Environment*. The facets of the Whoqol-old with the best scores were: *Intimacy* and *Past, Present and Future Activities*, and the worst was *Death and Dying*. The domains associated with one another were *Physical* and *Psychological*, *Physical* and *Social Relations*, and *Psychological* and *Environmental*. The associated aspects were *Past, Present and Future Activities* and *Social Participation*. Elderly persons with more than ten years of Diabetes Mellitus had worse quality of life scores in *Physical* ( $p=0.001$ ), *Social relations* ( $p=0.002$ ), and in the *Autonomy* ( $p=0.0012$ ), *Social Participation* ( $p=0.041$ ) and *Death and Dying* ( $p=0.001$ ) facets. *Conclusion:* The time of diagnosis of Diabetes Mellitus was negatively associated with the quality of life of the elderly, with worse scores in most domains and facets of the Whoqol.

## INTRODUÇÃO

Diabetes mellitus (DM) é uma doença metabólica crônica não transmissível de origem multifatorial caracterizada pela elevação permanente dos níveis glicêmicos decorrente da ausência e/ou incapacidade da insulina de exercer sua função fisiológica, gerando uma série de complicações e disfunções de órgãos essenciais. É considerada como uma epidemia mundial e um problema de saúde pública, com crescente prevalência e considerada em todo o mundo. As estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre DM sugerem que a doença foi responsável por 1,4 milhão de óbitos em 2011. Apontam ainda que, entre 2010 e 2030, haverá um aumento de 69% no número de adultos com DM nos países em desenvolvimento e de 20% nos países desenvolvidos. Até 2025, a expectativa é de 350 milhões de pessoas acometidas pela doença em 2025 e no Brasil serão 18,5 milhões<sup>1,2</sup>.

Em idosos, o DM tem sido encontrado em incidências que variam de 18,6 a 23,5% em pesquisas realizadas no Brasil. O aumento da expectativa de vida em idosos, quando associados a hábitos de vida inadequados consequentemente reflete em uma maior incidência de doenças crônicas nessa população, especialmente, o DM<sup>3-5</sup>.

Além de ser uma doença com despesas consideráveis no tratamento e controle de suas complicações, o DM também tem um efeito deletério sobre a qualidade de vida (QV) do idoso. É reconhecido em resultados de

pesquisas um grande número de fatores que podem influenciar na QV desses pacientes com DM, tais como o uso de insulina, a idade, o sexo, a renda, a escolaridade, as complicações da doença, os fatores psicológicos, o conhecimento sobre a doença, o tipo de cuidados de saúde, entre outros<sup>1,6-11</sup>. É evidente também que um melhor controle glicêmico está associado a uma melhor QV. A hiperglicemia constante e o DM de longa duração são fatores associados às complicações, que podem atingir cerca de 50% dos pacientes e ocorre em torno de 10 anos após o diagnóstico da doença<sup>1,12</sup>.

Neste sentido, a QV é considerada com um conceito amplo e com diferentes interpretações. Neste estudo, foi considerada a definição da OMS que conceitua a QV como a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais vive em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações<sup>13,14</sup>.

O DM é uma doença progressiva na qual os indivíduos acometidos, especialmente idosos, tendem a deteriorar seu estado de saúde com o passar do tempo, principalmente após os 10 anos de convívio com a doença, quando começam a aparecer as complicações derivadas do mau controle glicêmico, que podem refletir negativamente na sua QV<sup>4,9,11</sup>. O DM tem um impacto físico e emocional significativo, culminando na diminuição da autonomia e na autoconfiança desses indivíduos, fazendo com que a percepção de si próprio esteja alterada enxergando-se como incapazes de cumprir os seus objetivos,

diminuindo assim a sua QV<sup>1,4,12,14</sup>. A temática de QV em pacientes idosos com DM já foi investigada por muitos estudos<sup>6-12</sup>, porém ainda carece de pesquisas no sentido de comparar a QV dos idosos após o convívio de uma década com a doença. Diante disso, este estudo se propôs a associar o tempo de diagnóstico do DM e a QV desses pacientes e a inter-relação entre os domínios de QV visando a um futuro direcionamento da atenção em diabetes nos idosos, principalmente, na assistência à saúde desses indivíduos atendidos na atenção primária.

Diante do exposto, este estudo objetivou avaliar a qualidade de vida dos idosos com diabetes *mellitus* (DM) e relacionar o tempo do diagnóstico do DM com a qualidade de vida dos idosos atendidos em uma unidade básica de saúde do Distrito Federal. Além disso, propôs-se verificar a relação entre os domínios e facetas dos instrumentos de qualidade de vida.

## MÉTODO

Estudo quantitativo, descritivo, exploratório e transversal realizado em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) do Distrito Federal, Brasil.

A população de estudo foi de idosos que atendiam aos seguintes critérios de inclusão: ter 60 anos ou mais e ser cadastrado no Grupo de Diabéticos da referida UBS. No grupo estavam cadastrados aproximadamente 500 idosos, considerando uma margem de erro de 5% e grau de confiança de 95%, foi calculada uma amostra representativa de 218 idosos. Todos os idosos foram convidados a participarem da pesquisa, que resultou em uma amostra por conveniência de 202 idosos que concordaram em participar da pesquisa.

O critério de exclusão considerado foi o diagnóstico médico de doenças mentais e psiquiátricas que os impediam de responder as perguntas do instrumento. Dos 202 idosos, foram excluídos da pesquisa seis idosos que atendiam ao critério de exclusão, resultando, portanto, em uma amostra final de 196 idosos.

Inicialmente, os idosos foram abordados na UBS, no momento da reunião do Grupo de Diabéticos, orientados quanto ao objetivo da pesquisa e convidados a participar da pesquisa. A coleta de

dados ocorreu após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), nos meses de agosto a dezembro de 2016.

Para a realização da coleta de dados foram utilizados três instrumentos: o primeiro um questionário estruturado, composto por perguntas fechadas, direcionadas ao perfil socioeconômico e demográfico (idade, sexo, renda, estado civil, escolaridade e ocupação), hábitos de vida (tabagismo, etilismo, sedentarismo e controle alimentar) e condições clínicas (tempo de diagnóstico do diabetes *mellitus*, uso de insulina, alterações visuais e lesões autorreferidas nos pés), com o objetivo de caracterizar a população envolvida. O segundo instrumento foi o questionário *World Health Organization Quality of Life – Bref* (Whoqol-Bref) e o terceiro o *World Health Organization Quality of Life Assessment for Older Adults* (Whoqol-Old), ambos validados no Brasil, sendo aplicados pelos pesquisadores evitando-se influenciar as respostas do indivíduo. Os instrumentos foram aplicados em apenas um encontro com cada idoso, em privacidade. A leitura dos questionários foi realizada juntamente com o idoso e suas respostas marcadas pelos pesquisadores, previamente treinados.

O Whoqol-Bref, considerado um instrumento genérico, é constituído por quatro domínios, sendo eles: *Físico, Psicológico, Relações Sociais e Meio Ambiente*<sup>15</sup>. Já o Whoqol-Old, um instrumento específico para idosos, é composto por seis facetas: *Funcionamento dos Sentidos, Autonomia, Atividades passadas, presentes e futuras, Participação Social, Morte e Morrer e Intimidade*. Os escores de ambos os instrumentos variam de 0 a 100, sendo o maior valor correspondente à melhor qualidade de vida<sup>16</sup>.

As entrevistas realizadas foram submetidas à revisão e à codificação. Os dados coletados foram processados no banco de dados por duas pessoas, em dupla entrada. Posteriormente, se fossem constatados dados inconsistentes entre as duas bases de dados, procedia-se correção por meio da consulta à entrevista original. Os questionários foram consolidados com suas respectivas sintaxes. Os domínios do Whoqol-Bref e facetas Whoqol-Old foram analisados separadamente.

Inicialmente, foi realizada a análise descritiva. O coeficiente Alfa de Cronbach foi calculado para avaliar a homogeneidade dos itens dos instrumentos.

Para analisar a normalidade das variáveis aplicou-se o teste de Komogorov- Smirnov. O teste t de *student* foi utilizado para verificar as diferenças entre as médias das medidas de QV. Para a análise da relação existente entre os diversos domínios e facetas analisados foi utilizada a correlação de Pearson, observando a amplitude da relação. Esta medida oscila de -1 (correlação negativa perfeita) a +1 (correlação positiva perfeita), passando pelo 0 (ausência de correlação). Foram consideradas as correlações maiores que 0,50 (força moderada e forte). O nível de significância considerado foi de  $p \leq 0,05$ .

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Saúde do Distrito Federal parecer nº 251.361 e CAEE nº 14557613.1.0000.5553.

## RESULTADOS

Foram entrevistados 196 pacientes diabéticos, sendo a maioria do sexo masculino, com idade média 67,5 ( $\pm 6,5$ ) anos, solteiros, com 1 a 5 anos de estudo, renda de até um salário mínimo (SM) e aposentado (Tabela 1).

**Tabela 1.** Variáveis sociodemográficas e clínicas de idosos com diabetes *mellitus* (N=196). Brasília, DF, 2017.

Variáveis	n (%)	Variáveis	n (%)
Sexo		Usa insulina	
Feminino	89 (45,4)	Sim	64 (32,7)
Masculino	107 (54,6)	Não	132 (67,3)
Idade (anos)		Tabagismo	
60-70	143 (73,0)	Sim	26 (13,3)
71-80	42 (21,4)	Não	170 (86,7)
> 80	11 (5,6)	Etilismo	
Estado civil		Sim	18 (9,2)
Solteiro	80 (40,8)	Não	178 (90,8)
Casado	58 (29,6)	Atividade física	
Viúvo	24 (12,2)	Sim	84 (42,9)
Divorciado	34 (17,4)	Não	112 (57,1)
Escolaridade		Controle alimentar	
Analfabeto	38 (19,3)	Sim	67 (34,2)
1-5 anos	144 (73,5)	Não	129 (65,8)
6-9 anos	13 (6,7)	Alteração visual	
>9 anos	1 (0,5)	Sim	146 (74,5)
Renda mensal (salário mínimo)		Não	50 (25,5)
Até 1	120 (61,2)	Lesão pés	
Entre 1 e 3	57 (29,1)	Sim	34 (17,3)
>4	19 (9,7)	Não	162 (82,7)
Ocupação			
Desempregado	41 (20,9)		
Aposentado	124 (63,3)		
Outros	31 (15,8)		

Em relação às condições clínicas e hábitos de vida dos idosos observou-se que o tempo médio do diabetes *mellitus* (DM) entre os pacientes foi de 9,1 ( $\pm 6,2$ ) anos (mínimo: um ano; máximo: 40 anos). A maioria não fazia uso de insulina, não era tabagista, não etilista e sedentário, relatou não realizar controle alimentar, referiu alterações visuais e não apresentou lesões nos pés (Tabela 1).

Na avaliação da QV dos idosos com DM observou-se que os domínios do Whoqol-Bref com maiores escores foram: *Relações Sociais* [M= 66,70 ( $\pm 20,95$ )] e *Psicológico* [M= 60,18 ( $\pm 14,89$ )], enquanto o pior foi *Meio Ambiente* [M= 55,89 ( $\pm 15,77$ )]. Já em relação ao Whoqol-Old as facetas com melhores escores foram: *Intimidade* [M= 69,51 ( $\pm 23,48$ )] e *Atividades passadas,*

*presente e futura* [M= 66,10 ( $\pm 18,22$ )], enquanto a pior foi *Morte e Morrer* [M=55,58 ( $\pm 31,97$ )] (Tabela 2).

A avaliação da consistência interna dos instrumentos de avaliação de QV por meio do Coeficiente Alfa de Cronbach mostrou homogeneidade dos domínios e facetas (Tabela 2).

A Tabela 3 demonstra a relação existente entre os domínios e facetas analisados. Os domínios que apresentaram maior força de associação foram o *Físico* e *Psicológico* ( $r=0,53$ ), *Físico* e *Relações Sociais* ( $r=0,54$ ) e *Psicológico* e *Meio Ambiente* ( $r=0,52$ ). Nas relações entre as facetas, muitas associações significativas ficaram evidentes ( $p<0,01$ ), porém a mais associada entre si e com correlação moderada foi entre *Atividades passadas, presente e futuras* e *Participação Social* ( $r=0,57$ ) (Tabela 3).

**Tabela 2.** Medidas descritivas e coeficiente de fidedignidade de Cronbach dos domínios do Whoqol-Bref e facetas do Whoqol-Old dos idosos com diabetes *mellitus* (N=196). Brasília, DF, 2017.

Domínios Whoqol-Bref	Média (desvio-padrão)	Mínimo/Máximo	Alfa de Cronbach
Físico	58,47 ( $\pm 14,36$ )	25,00/96,43	0,731
Psicológico	60,18 ( $\pm 14,89$ )	20,83/91,67	0,716
Relações Sociais	66,7 ( $\pm 20,95$ )	8,33/100,00	0,739
Meio Ambiente	55,89 ( $\pm 15,77$ )	12,5/93,75	0,750
Facetas Whoqol-Old			
Funcionamento do Sensório	63,58 ( $\pm 23,66$ )	0,00/100,00	0,746
Autonomia	57,97 ( $\pm 18,08$ )	6,25/100,00	0,777
Atividades passadas, presente e futura	66,1 ( $\pm 18,22$ )	6,25/100,00	0,757
Participação Social	60,14 ( $\pm 19,27$ )	6,25/100,00	0,765
Morte e Morrer	55,58 ( $\pm 31,97$ )	0,00/100,00	0,782
Intimidade	69,51 ( $\pm 23,48$ )	0,00/100,00	0,781

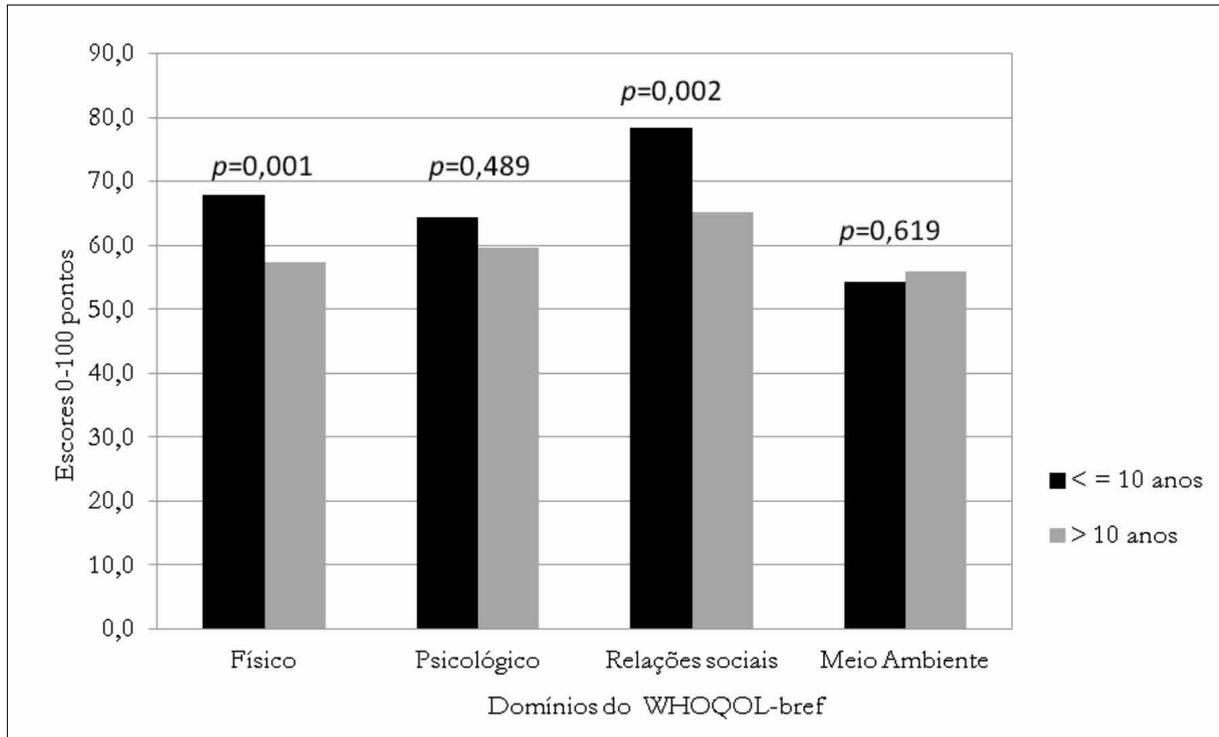
**Tabela 3.** Matriz de correlação entre os domínios do Whoqol-Bref e entre as facetas do Whoqol-Old dos idosos com diabetes *mellitus* (N=196). Brasília, DF, 2017.

Domínios Whoqol-Bref	1	2	3	4		
1. Físico	1,00					
2. Psicológico	0,53**	1,00				
3. Relações Sociais	0,54**	0,50**	1,00			
4. Meio Ambiente	0,40**	0,52**	0,46**	1,00		
Facetas Whoqol-Old	1	2	3	4	5	6
1. Funcionamento do Sensório	1,00					
2. Autonomia	0,21**	1,00				
3. Atividades passadas, presente e futura	0,09	0,46**	1,00			
4. Participação Social	0,23**	0,40**	0,57**	1,00		
5. Morte e Morrer	0,20**	0,11	-0,02	0,15*	1,00	
6. Intimidade	-0,05	0,06	0,33**	0,18**	-0,09	1,00

\*\* $p<0,01$ ; \* $p<0,05$  - Correlação de Pearson.

Os resultados apresentados na Figura 1 evidenciam as associações entre a QV e o tempo de diagnóstico do diabetes mellitus (DM). Os domínios que apresentaram diferença estatística significativa entre as pontuações obtidas pelo tempo de diagnóstico do DM foram o *Físico* ( $p=0,001$ ) e *Relações Sociais* ( $p=0,002$ ), demonstrando assim que, os idosos com mais de 10 anos de diagnóstico

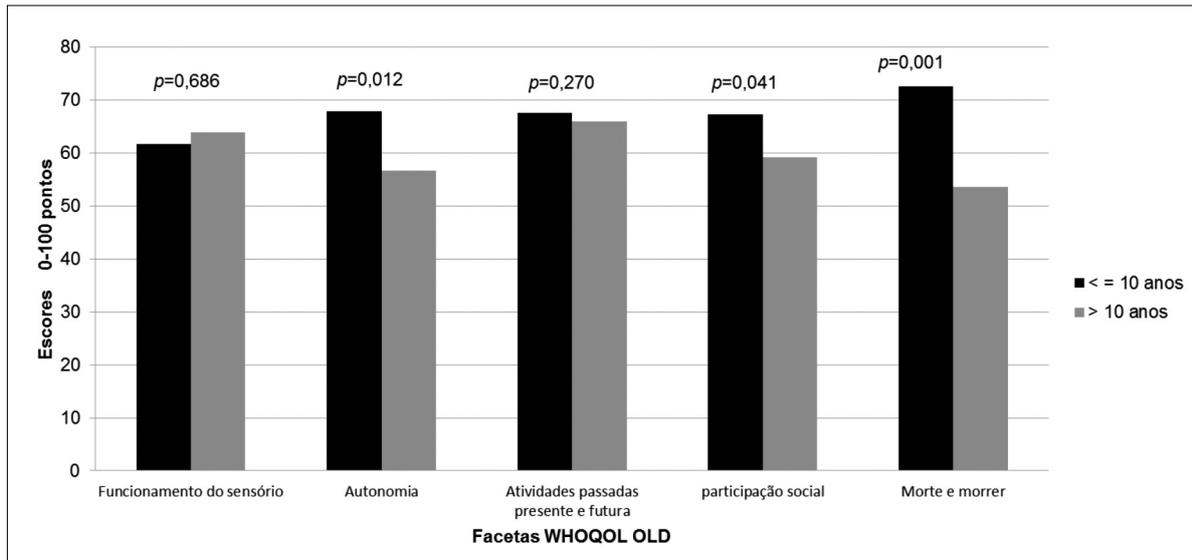
do DM apresentaram piores escores de QV nestes domínios, quando comparados aos idosos com menos de 10 anos de doença. O domínio *Físico* apresentou a menor média (57,3), porém o domínio *Relações Sociais* apresentou maior variação entre os dois grupos (13,3), sendo mais elevada a média das pontuações naqueles idosos com menos de 10 anos de DM.



**Figura 1.** Média dos dos idosos de acordo com o tempo do diabetes mellitus (N=196). Brasília, DF, 2017.

Na comparação da QV avaliada pelo Whoqol-Old entre os idosos de acordo com o tempo de diagnóstico do DM ficou evidente na Figura 2 que as facetas *Autonomia* ( $p=0,012$ ), *Participação Social* ( $p=0,041$ ), *Morte e Morrer* ( $p=0,001$ ) apresentaram diferenças estatísticas

entre os escores obtidos pelos entre os dois grupos. Os idosos com mais de 10 anos de diagnóstico do DM obtiveram menores escores de QV nessas facetas. A faceta *Morte e Morrer* apresentou maior discrepância entre os valores conforme a duração do DM.



**Figura 2.** Média das facetas do Whoqol-Old dos idosos de acordo com o tempo do diabetes *mellitus* (N=196). Brasília, DF, 2017.

## DISCUSSÃO

A caracterização sociodemográfica mostrou predomínio de idosos do sexo masculino, com idade entre 60 e 70 anos, solteiros e com pouca escolaridade, baixa renda e aposentados. Resultados semelhantes foram encontrados em outros estudos em relação à idade, escolaridade, renda e aposentadoria<sup>3,8-10</sup>. Por outro lado, outros estudos encontraram predomínio do sexo feminino e casados<sup>3,7-9</sup>.

Quanto aos hábitos de vida e tempo de DM, os idosos apresentaram uma média menor que 10 anos de DM, sedentários, não tabagistas e etilistas, porém relataram não realizar controle alimentar. A maioria referiu alteração visual e não apresentava lesões nos pés. O tempo de diagnóstico desse estudo corroborou os resultados de outros estudos realizados com idosos no Piauí<sup>8</sup> e Fortaleza (CE)<sup>10</sup>. Os comportamentos inadequados também foram resultados de outras pesquisas<sup>9,10,12</sup>. Vale ressaltar a importância de hábitos de vida saudáveis tanto na saúde física como na saúde mental do idoso, refletindo assim em uma melhor qualidade de vida. Isto posto, processos de intervenção nesse sentido são sugeridos para profissionais de saúde que desenvolvem atividades

preventivas, assistenciais, educativas e de atenção à saúde do idoso<sup>9</sup>.

Em relação à QV os domínios do Whoqol-bref que apresentaram maior pontuação e, conseqüentemente, maior satisfação dos idosos em relação a sua saúde foram *Relações Sociais* seguido pelo *Psicológico*. Esse achado foi semelhante a outros estudos que também encontraram maiores médias de pontuação no domínio *Relações Sociais*<sup>11,17-19</sup>.

Apesar da doença, os idosos sentem-se apoiados socialmente e consideram que têm boas relações sociais. Esse resultado pode estar relacionado às atividades realizadas pelos enfermeiros da unidade de saúde que sempre propõem encontros, organizam viagens, momentos de interação social com os amigos a fim de promover a participação dos idosos em grupos sociais. Essas atividades são proporcionadas para os idosos que participam do Grupo de Diabéticos da UBS, demonstrando assim a satisfação dos idosos na convivência nesse grupo.

O domínio *Psicológico* avalia questões relacionadas a sentimentos positivos e negativos, concentração, autoestima, aparência, espiritualidade e crenças

peçoais. Apesar de o estudo evidenciar um maior escore no domínio *Psicológico*, sabe-se que os sentimentos fazem parte do processo de adaptação do indivíduo à doença crônica, o que pode comprometer o seu estado psicológico, considerando que desde o início do tratamento é ressaltado para o idoso que o DM não tem cura, apenas controle. Além disso, os alertas quanto às possíveis complicações são ideias que podem favorecer sentimentos e expectativas negativas para o futuro, o que agrava esse aspecto na avaliação da QV<sup>20</sup>.

Por outro lado, uma pior pontuação foi observada no domínio *Meio Ambiente*, evidenciando baixa satisfação dessa população com o ambiente em que vivem, resultado semelhante ao encontrado em outro estudo realizado com idosos com DM em Uberaba (MG)<sup>7</sup> e com idosos com DM no interior da Bahia<sup>11</sup>. Outro estudo realizado com 277 idosos no Distrito Federal também resultou em baixos escores de QV no domínio *Meio Ambiente*, que pode estar relacionado ao fato de os idosos não se sentirem seguros e protegidos em seu ambiente doméstico<sup>9</sup>. As boas condições de moradia, segurança física, recursos financeiros, transporte, aquisição de alguns bens de consumo, dentre outros, podem estar associados à melhoria da qualidade de vida<sup>11</sup>.

Já em relação ao Whoqol-Old as facetas com melhores escores foram: *Intimidade e Atividades passadas, presente e futura*, enquanto a pior foi *Morte e Morrer*. Um fato notório é que os desvios-padrão nessas facetas foram altos, o que caracteriza que houve uma grande variação de respostas dos idosos.

A faceta *Intimidade* avalia a capacidade do idoso de se relacionar com outra pessoa<sup>16</sup>. O baixo número de idosos viúvos e divorciados pode ter interferido nesse achado, pois acreditamos que a perda do cônjuge ou parceiro pode influenciar no convívio com outra pessoa e nas relações íntimas. Os idosos também estavam satisfeitos com as conquistas obtidas ao longo da vida e com aquilo que ainda almejam. Por outro lado, uma dificuldade de aceitação da morte em alguns idosos foi observada neste estudo.

Estudo realizado com 51 idosos com DM em Campina Grande (PB) também evidenciaram melhores escores de QV no domínio *Atividades passadas, presente e futura* enfatizando que os idosos

têm aspirações talvez não alcançadas e que alimentam sentimentos de esperança, porém observaram uma pior QV no domínio *Funcionamento Sensorial*<sup>1</sup>.

Na análise de relação entre os domínios observou-se que os domínios que apresentaram uma boa correlação foram o *Físico* com *Relações Sociais* e o *Psicológico* com o *Meio ambiente*. Entende-se que um bom estado físico favorece as relações sociais. O DM predispõe o idoso a complicações agudas e crônicas, que podem fazê-los sentirem-se fragilizados fisicamente. Vale ressaltar que a maioria dos participantes deste estudo é sedentária, não realiza controle alimentar e refere alterações visuais, o que pode impactar negativamente nos aspectos físicos e, conseqüentemente, refletir nas suas relações sociais.

A relação entre *Psicológico* e *Meio Ambiente* pode ser explicada pelo fato da região onde foi realizado o estudo apresentar elevados índices de violência e, além disso, a maioria dos idosos entrevistados apresentou renda de até um salário mínimo, vivem em regiões com ambientes precários, no que se refere a ruas e asfaltos, em regiões inseguras, não saem sozinhos e ficam mais suscetíveis ao isolamento social e depressão.

Na correlação entre facetas, uma boa relação foi evidenciada entre *Atividades passadas, presente e futuras* e *Participação Social*. Esse resultado evidencia que a satisfação do idoso com as conquistas da vida e expectativas futuras está intimamente ligada à sua participação social. Esse fato pode estar relacionado à cronicidade da doença e às complicações que interferem na independência do idoso com DM, podendo limitar a realização de atividades prazerosas e assim trazer insegurança quanto ao futuro. É importante que os políticos e profissionais de saúde estejam cientes do fato de que as pessoas que vivem com uma condição crônica, especialmente o DM, sofrem não somente a carga de uma doença, mas também um fardo social, pois o isolamento social parece ser muito mais prejudicial ao seu bem-estar geral<sup>22</sup>.

Neste estudo, o tempo de diagnóstico do diabetes demonstrou ser uma variável de grande influência sobre a QV. A maioria dos domínios e facetas dos instrumentos de QV reduz os escores com o passar dos anos de DM.

Os domínios que apresentaram diferença estatística significativa entre as pontuações obtidas pelo tempo de diagnóstico do DM foram o *Físico* e *Relações Sociais*, demonstrando assim que, os idosos com mais de 10 anos de diagnóstico do DM apresentaram piores escores de QV nestes domínios, quando comparados aos idosos com menos de 10 anos de doença. Os resultados do nosso estudo corroboram pesquisa realizada no Paquistão com 501 diabéticos que demonstrou que os pacientes com mais de 10 anos de evolução do diabetes tiveram menores escores em todos os domínios, indicando uma diminuição da QV conforme o aumento do tempo do DM<sup>23</sup>. Outro estudo também evidenciou o impacto do tempo do DM na QV ao avaliar 201 idosos em Montes Claros (MG), e concluir que um tempo DM maior que 10 anos influencia negativamente na QV dos idosos<sup>24</sup>.

Ainda neste sentido, na comparação da QV pelo Whoqol-Old de acordo com o tempo de diagnóstico do DM ficou evidente que as facetas *Autonomia*, *Participação Social*, *Morte e Morrer* apresentaram diferenças estatísticas, ou seja, os idosos com mais de 10 anos de diagnóstico do DM obtiveram menores escores de QV nestas facetas.

A autonomia e a participação social diminuem com o passar dos anos devido ao maior comprometimento da doença. Com mais de 10 anos de doença o paciente com DM pode apresentar mais limitações físicas, maior intensidade de dor e desconforto com prejuízos na sua vida diária e até mesmo, aumentando o sentimento de tristeza, isolamento social e medo da morte. Além disso, a perda da autonomia, do seu poder de decisão pode influenciar na autoestima e propiciar o descaso com a sua saúde, diminuindo o autocuidado e favorecendo assim o aparecimento de complicações crônicas da doença<sup>25-29</sup>.

Destaca-se que neste estudo observou-se que 17,3% dos diabéticos já apresentavam lesões nos pés, o que pode refletir em uma diminuição da autonomia e da participação social como consequência de

diminuição da mobilidade associada a processos âlgicos de origem vascular ou neuropáticos.

O tempo de doença é uma variável relevante, visto que possui uma relação inversa com a adesão ao tratamento. Quanto maior o tempo do diagnóstico menor será a prevalência da adesão ao tratamento dos usuários, maior o risco de adversidades advindas de um insatisfatório controle metabólico e, conseqüentemente, menor QV<sup>29</sup>.

Este estudo teve como limitação o seu delineamento transversal, por não permitir o acompanhamento dos idosos a fim de conhecer fatores causais e também o fato de não ter um grupo controle para comparações. Outra limitação se refere à representatividade da amostra, pois o tamanho da amostra calculado não foi alcançado.

## CONCLUSÃO

Este estudo demonstrou uma melhor qualidade de vida nos domínios: *Relações Sociais* e *Psicológico* e nas facetas: *Intimidade* e *Atividades passadas, presente e futura*. Por outro lado, uma pior qualidade de vida dos idosos foi observada no *Meio Ambiente* e na faceta *Morte e Morrer*.

No que tange ao impacto do tempo do diagnóstico do diabetes *mellitus* na qualidade de vida desses idosos, os resultados deste estudo evidenciaram pior qualidade de vida nos domínios *Físico*, *Psicológico* e *Relações Sociais* e nas facetas: *Autonomia*, *Atividades passadas, presente e futura*, *Participação Social* e *Morte e Morrer* dos idosos com mais de 10 anos de diagnóstico desta doença.

O presente estudo apresenta relevância no sentido de direcionar o profissional de saúde, que atua principalmente na atenção primária, frente ao controle e prevenção de complicações do diabetes *mellitus*. O cuidado com o idoso deve ser planejado no sentido de promover uma melhor qualidade de vida, uma vez que se conhecem os principais problemas relacionados ao tempo desta doença.

## REFERÊNCIAS

1. Ababio GK, Bosomprah S, Olumide A, Aperkor N, Aimakhu C, Oteng-Yeboah A, et al. Predictors of quality of life in patients with diabetes Mellitus in Two Tertiary Health Institutions in Ghana and Nigeria. *Nigerian Postgrad Med J* [Internet]. 2017 [acesso em 15 jun. 2017];24(1):48-55. Disponível em: <http://www.npmj.org/article.asp?issn=1117-1936;year=2017;volume=24;issue=1;spage=48;epage=55;aurlast=Ababio>
2. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. *Diabetes Mellitus*. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2006.
3. Mendes TAB, Goldbaum M, Segri NJ, Barros MBA, Cesar CLG, Carandina L, et al. Diabetes Mellitus: fatores associados à prevalência em idosos, medidas e práticas de controle e uso dos serviços de saúde em São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2011;27(6):1233-43.
4. Silva AB, Engroff P, Sgnaolin V, Ely LS, Gomes I. Prevalência de diabetes mellitus e adesão medicamentosa em idosos da Estratégia Saúde da Família de Porto Alegre/RS. *Cad Saúde Coletiva* [Internet]. 2016 [acesso em 03 set. 2016];24(3):308-31. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v24n3/1414-462X-cadsc-24-3-308.pdf>
5. Iser BPM, Stopa SR, Chueiri OS, Szwarcwald CL, Malta DC, Monteiro HOC, et al. Prevalência de diabetes autorreferido no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013. *Epidemiol Serv Saúde* [Internet]. 2015 [acesso em 10 set. 2016];24(2):305-14. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ress/v24n2/2237-9622-ress-24-02-00305.pdf>
6. Tavares DMS, Cortês RM, Dias FA. Qualidade de vida e comorbidades entre os idosos diabéticos. *Rev Enferm UERJ* [Internet]. 2010 [acesso em 15 Dez. 2016];18(1):97-103. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v18n1/v18n1a17.pdf>
7. Santos EA, Tavares DMS, Rodrigues LR, Dias FA, Ferreira PCS. Morbidades e qualidade de vida de idosos com diabetes mellitus residentes nas zonas rural e urbana. *Rev Esc Enferm USP*. 2013;47(2):393-400.
8. Leal LB, Moura IH, Carvalho RBN, Leal NTB, Silva AQ, Silva ARV. Qualidade de vida relacionada à saúde de pessoas com diabetes mellitus tipo 2. *Rev Rene* [Internet]. 2014 [acesso em 12 jun. 2016];15(4):676-82. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/1684/pdf>
9. Stival MM, Lima LR, Funghetto SS, Silva AO, Pinho DLM, Karnikowski MGO. Fatores associados à qualidade de vida de idosos que frequentam uma unidade de saúde do Distrito Federal. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2014;17(2):395-405.
10. Frota SS, Guedes MVC, Lopes LV. Fatores relacionados à qualidade de vida de pacientes diabéticos. *Rev Rene* [Internet]. 2015 [acesso em 15 jun. 2016];16(5):639-48. Disponível em: [http://www.repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/14492/1/2015\\_art\\_ssfrota.pdf](http://www.repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/14492/1/2015_art_ssfrota.pdf)
11. Sousa MC, Dias FA, Nascimento JS, Tavares DMS. Correlation of quality of life with the knowledge and attitude of diabetic elderly. *Invest Educ Enferm* [Internet]. 2016 [acesso em 15 jun. 2017];34(1):180-8. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/pdf/ice/v34n1/v34n1a20.pdf>
12. Mata AR, Álvares J, Diniz LM, Ruberson M, Alvernaz BR, Guerra Júnior BA et al. Quality of life of patients with Diabetes Mellitus Types 1 and 2 from a referral health centre in Minas Gerais, Brazil. *Expert Rev Clin Pharmacol* [Internet]. 2016 [acesso em 10 abr. 2017]:1-13. Disponível em: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1586/17512433.2016.1152180?journalCode=ierj20>
13. WHOQOL Group. The WHO quality of life assessment (WHOQOL): Development and general psychometric properties. *Soc Sci Med*. 1998;46:1569-83.
14. Chibante CIP, Sabóia VM, Teixeira ER, Silva JLL. Qualidade de vida de pessoas com diabetes mellitus. *Rev Baiana Enferm* [Internet]. 2014 [acesso em 14 jun. 2016];28(3):235-43. Disponível em: <https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/11909/8986>
15. Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". *Rev Saúde Pública*. 2000;34(2):178-83.
16. Fleck MPA, Chachamovich E, Trentini C. Development and validation of the Portuguese version of the WHOQOL-OLD module. *Rev Saúde Pública*. 2006;40(5):785-91.
17. Oliveira ERA, Gomes MJ, Paiva KM. Institucionalização e qualidade de vida de idosos da região Metropolitana de Vitória- ES. *Rev Esc Enferm USP*. 2011;15(3):518-23.
18. Franco Junior AJA, Heleno MG, Lopes AP. Qualidade de vida e controle glicêmico do paciente portador de Diabetes Mellitus tipo 2. *Rev Psicol Saúde* [Internet]. 2013 [acesso em 14 jun. 2016];5(2):102-8. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpsaude/v5n2/v5n2a05.pdf>

19. Tavares DMS, Dias FA. Capacidade funcional, morbidades e qualidade de vida de idosos. *Texto & Contexto Enferm* [Internet]. 2012 [acesso em 10 jun. 2017];21(1):112-20. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n1/a13v21n1.pdf>
20. Dahmer L, Oliveira TB, Kemper C, Sant'Ana AP, Melo GL, Avila JG. Avaliação da qualidade de vida de pacientes hipertensos e diabéticos. *Rev Contexto & Saúde* [Internet]. 2015 [acesso em 13 abr 2017];15(28):41-9. Disponível em: <https://www.revistas.unijui.edu.br/index.php/contextoesaude/article/view/3211/3688>
21. Nogueira MF, Magalhães LD, Maia AKF, Torquato IMB, Trigueiro JVS, Alves MSCF. Quality assessment of elderly living with diabetes mellitus. *J Nurs UFPE On Line* [Internet]. 2015 [acesso em 15 jun. 2016];9(Suppl. 6):8688-97. Disponível em: [http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/7498/pdf\\_8251](http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/7498/pdf_8251)
22. Lame AN, Olsen JA. Yes, health is important, but as much for its importance via social life: the direct and indirect effects of health on subjective well-being in chronically ill individuals. *Health Econ* [Internet]. 2017 [acesso em 15 jun 2017];1-14. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/318049784\\_Yes\\_health\\_is\\_important\\_but\\_as\\_much\\_for\\_its\\_importance\\_via\\_social\\_life\\_The\\_direct\\_and\\_indirect\\_effects\\_of\\_health\\_on\\_subjective\\_well-being\\_in\\_chronically\\_ill\\_individuals](https://www.researchgate.net/publication/318049784_Yes_health_is_important_but_as_much_for_its_importance_via_social_life_The_direct_and_indirect_effects_of_health_on_subjective_well-being_in_chronically_ill_individuals)
23. Riaz M, Rehman RA, Hakeem R, Shahan F. Health related quality of life in patients with diabetes using SF-12 questionnaire. *J Diabetol* [Internet]. 2013 [acesso em 12 abr. 2016];2(1):1-7. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/249008506\\_Health\\_related\\_quality\\_of\\_life\\_in\\_patients\\_with\\_diabetes\\_using\\_SF-12\\_questionnaire](https://www.researchgate.net/publication/249008506_Health_related_quality_of_life_in_patients_with_diabetes_using_SF-12_questionnaire)
24. Matias COF, Matias COF, Alencar BR. Qualidade de vida em idosos portadores de Diabetes Mellitus Tipo 2 atendidos em Unidades Básicas de Saúde de Montes Claros/MG. *Rev Bras Qual Vida* [Internet]. 2016 [acesso em 15 jun. 2017];8(2):119-29. Disponível em: <https://periodicos.utfpr.edu.br/rbqv/article/view/3841/2782>
25. D'Amato C, Morganti R, Greco C, Gennaro FD, Cacciotti L, Longo S, et al. Diabetic peripheral neuropathic pain is a stronger predictor of depression than other diabetic complications and comorbidities. *Diabetes Vasc Dis Res* [Internet]. 2016 [acesso em 15 jun. 2017];13(6):418-28. Disponível em: <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1479164116653240>
26. De Oliveira JEP, Vencio S, organizadores. *Diretrizes da Sociedade Brasileira De Diabetes (2015-2016)* [Internet]. São Paulo: A.C. Farmacêutica; 2016 [acesso em 15 jun. 2017]; Disponível em: <http://www.diabetes.org.br/profissionais/images/docs/DIRETRIZES-SBD-2015-2016.pdf>
27. American Diabetes Association. *Diabetes Guidelines 2016. Summary Recommendations from NDEI* [Internet]. 2016. [acesso em 15 jun. 2017]; Disponível em: <http://www.ndei.org/ADA-diabetes-management-guidelines-diagnosis-A1C-testing.aspx>
28. Kraychete DC. Dor crônica persistente [Internet]. [sem local]; Cristália; 2016 [acesso em 15 jun. 2017]. Disponível em: [http://www.sbed.org.br/sites/arquivos/downloads/fasc\\_cro\\_persist.pdf](http://www.sbed.org.br/sites/arquivos/downloads/fasc_cro_persist.pdf)
29. Rodrigues FFL, Santos MA, Teixeira CRS, Gonela JT, Zanetti ML. Relação entre conhecimento, atitude, escolaridade e tempo de doença em indivíduos com diabetes mellitus. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2012 [acesso em 15 jun. 2017];25(2):284-90. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002012000200020>

Recebido: 21/11/2017

Revisado: 08/02/2018

Aprovado: 27/02/2018



# Formação de estudantes de Enfermagem para atenção integral ao idoso

## Training of nursing students in integrated care for the elderly

Wanderson Carneiro Moreira<sup>1,2</sup>  
Ana Raquel Batista de Carvalho<sup>2</sup>  
Eliana Campêlo Lago<sup>2</sup>  
Fernanda Cláudia Miranda Amorim<sup>1,2</sup>  
Delmo de Carvalho Alencar<sup>3</sup>  
Camila Aparecida Pinheiro Landim Almeida<sup>2</sup>

### Resumo

*Objetivo:* Analisar a formação sobre a atenção integral à saúde do idoso na perspectiva de estudantes de Enfermagem. *Método:* Estudo descritivo e exploratório, com abordagem qualitativa, desenvolvido por meio de pesquisa-ação com participação de 24 estudantes de Enfermagem de um Centro Universitário do Piauí, Brasil. Os dados foram obtidos por meio de entrevista semiestruturada e submetidos à análise de conteúdo. *Resultados:* Emergiram duas categorias temáticas: *Perspectivas sobre o envelhecimento, violência e sexualidade* e *Abordagem holística ao idoso: integrando a formação e o cuidado*. *Conclusão:* A perspectiva dos estudantes sobre o cuidado integral à pessoa idosa é fragmentada, oriunda das limitações do processo de formação para a atenção ao idoso.

**Palavras-chave:** Idoso. Enfermagem. Integralidade em Saúde. Educação em Enfermagem.

### Abstract

*Objective:* To analyze training in integrated health care for the elderly from the perspective of nursing students. *Method:* A descriptive and exploratory study with a qualitative approach was carried out using the action research method with the participation of 24 nursing students from a university center in Piauí, Brazil. Data were obtained through semi-structured interviews and submitted to content analysis. *Results:* Two thematic categories emerged: *Perspectives on aging, violence and sexuality* and *A holistic approach to the elderly: integrating training and care*. *Conclusion:* The perspective of the students on integrated care for the elderly is fragmented, stemming from the limitations of the training process for such care.

**Keywords:** Elderly. Nursing. Integrality in Health. Education, Nursing.

<sup>1</sup> Universidade do Vale do Paraíba, Instituto de Pesquisa e Desenvolvimento, Programa de Pós-graduação em Engenharia Biomédica. São José dos Campos, São Paulo, Brasil.

<sup>2</sup> Centro Universitário UNINOVAFAP, Departamento de Enfermagem, Programa de Pós-graduação em Saúde da Família. Teresina, Piauí, Brasil.

<sup>3</sup> Universidade Federal do Piauí, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-graduação em Enfermagem. Teresina, Piauí, Brasil.

Financiamento da pesquisa: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e Ministério da Ciência e Tecnologia (MCT). Programa de Bolsas de Iniciação Científica, processo nº 142706/2016-7.

## INTRODUÇÃO

O aumento quantitativo do número de idosos traz grandes desafios à Saúde Pública, demandando a necessidade de intervenções de políticas públicas na atenção às necessidades dessa população<sup>1</sup>. Configura-se assim, como uma entre as prioridades para a ciência da Enfermagem, justificando-se o desenvolvimento de pesquisas que auxiliem na melhoria da qualidade de vida dos idosos.

É nesse contexto que a formação inicial do enfermeiro está inserida, tendo em vista que desempenha um papel de grande relevância para a futura atuação, na medida em que constrói as competências necessárias para o desempenho eficiente de suas funções. Essa formação deve buscar atender aos novos paradigmas, nos quais os estudantes possam compreender o ser humano de forma integral, estabelecendo contato com o meio social, bem como, reconhecer-se como sujeito no processo de formação de pessoas, proporcionando uma gama de conhecimento voltado para os critérios de uma formação ampla, complexa e socialmente consciente<sup>2</sup>.

No entanto, mesmo sendo imprescindível na formação do enfermeiro as competências e habilidades necessárias para a atenção integral e humanitária, os estudos abordam a falta de preparo destes para uma atuação na perspectiva da atenção integral à saúde<sup>3</sup>. Tão importante quanto à formação do estudante, também se faz necessário encontrar melhores alternativas para enfrentar a situação dos profissionais já inseridos no mercado de trabalho, minimizando os efeitos de sua formação inadequada e buscando meios de garantir que suas práticas atendam aos desafios que estão sendo colocados para a implementação do Sistema Único de Saúde, em especial no âmbito da atenção primária<sup>4,5</sup>.

Desse modo, o estudante de Enfermagem precisa compreender todos os fenômenos e vulnerabilidades relacionadas às pessoas idosas, com destaque para a violência e sexualidade, que de certa forma, condicionam e repercutem significativamente na vida do idoso.

Contudo, as discussões sobre sexualidade e violência relacionadas ao idoso durante a formação do enfermeiro não atende, sobremaneira, o que a

temática vem impondo à sociedade nos últimos anos, já que tais conteúdos são preferencialmente discutidos com carga horária reduzida, não permitindo habilitar o enfermeiro para dispensar a assistência qualificada e alicerçada na prevenção e promoção da saúde.

Assim, o presente estudo justifica-se por abordar lacunas da formação acerca do processo de envelhecimento e suas repercussões para o cuidado em saúde. Sua relevância amplia-se ao considerarmos a demanda crescente por profissionais com formação adequada para atendimento do segmento idoso, aliada à carência de profissionais com essa capacitação.

Para nortear esta investigação, elegeu-se a seguinte questão de pesquisa: *Os estudantes de Enfermagem apresentam formação adequada sobre a atenção integral à saúde do idoso?* E partindo desse questionamento, objetivou-se analisar a formação sobre a atenção integral à saúde do idoso na perspectiva de estudantes de Enfermagem.

## MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório, com abordagem qualitativa, realizado em um Centro Universitário, localizado em uma capital da Região Nordeste do Brasil. Foram inclusos 24 estudantes do curso de graduação em Enfermagem selecionados por estarem regularmente matriculados na instituição e que estivessem cursando a disciplina de Saúde do Idoso. Foram excluídos todos os estudantes com idade menor que 18 anos e que encontravam-se de licença-saúde no período da coleta de dados.

Anteriormente à coleta de dados, realizou-se o levantamento da situação-problema, com a intenção de identificar questões e temáticas incipientes na grade curricular na perspectiva do próprio estudante de Enfermagem, tal reunião ocorreu no próprio centro universitário com presença dos pesquisadores e alunos de iniciação científica, os quais discutiram sobre o plano de ensino da disciplina de saúde do idoso ofertada no curso de Enfermagem da instituição. Ao final da reunião, em consenso concluíram que os conteúdos de violência e sexualidade necessitavam de maior aprofundamento, de modo a preparar o estudante para a integralidade do cuidado à pessoa idosa.

A referida disciplina é ofertada pela instituição no sétimo período curso de graduação em Enfermagem e possui carga horária de 80 horas/aula. O plano de ensino da disciplina contempla conteúdos voltados ao atendimento do idoso no processo saúde-doença, visando ao diagnóstico, planejamento e à avaliação da assistência de enfermagem nos níveis de prevenção, promoção, recuperação e reabilitação do indivíduo.

Após essa etapa, procedeu-se a coleta de dados entre maio e junho de 2016 por meio da metodologia da pesquisa-ação, escolhida por originar conhecimento, obter experiências e contribuir para a discussão e fazer estender o debate sobre questões abordadas<sup>6</sup>. Nessa etapa, os estudantes foram convidados a participar da investigação, após aceitarem, foram informados sobre o estudo e leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e a necessidade de ser assinado por todos os participantes. Em sequência, os pesquisadores conduziram três seminários temáticos, os quais ocorreram durante os últimos encontros teóricos da disciplina referida. Cada seminário teve duração média de uma hora e trinta minutos e os temas foram planejados levando em conta o foco principal da investigação para que os objetivos do estudo fossem alcançados e por meio da metodologia aplicada houvesse uma contribuição na formação dos futuros enfermeiros.

Após os seminários, realizaram-se entrevistas gravadas em local privativo utilizando um roteiro temático semiestruturado para a coleta das informações, norteado pelas seguintes questões: Qual sua visão sobre o envelhecimento? Para você, qual o significado da violência contra o idoso? Como você representa a sexualidade do idoso? Qual a importância de sua formação para que você possa intervir e assistir integralmente os fenômenos mencionados? A entrevista é uma das técnicas mais utilizadas nos estudos com abordagens qualitativas, desde a coleta de informações, até uma comunicação verbal<sup>7</sup>.

Os dados produzidos foram transcritos na íntegra e analisados pela Técnica de Análise de Conteúdo, que se fundamenta em três etapas: pré-análise, exploração do material, tratamento dos dados e inferência dos resultados<sup>8</sup>.

Nos resultados, foram apresentados os trechos dos relatos. Como forma de preservar o anonimato,

foi acrescido “E”, que representa “estudante”, e um número arábico que indica a sequência da entrevista realizada: (E1), (E2), (E3)...

Este estudo faz parte do projeto de pesquisa “Formação do discente de Enfermagem para atenção integral ao idoso à luz das representações sociais”, aprovado em edital de iniciação científica e financiado pelo Conselho Nacional de Pesquisa e Desenvolvimento Tecnológico (CNPq). O desenvolvimento do estudo atendeu às normas nacionais e internacionais de ética em pesquisa envolvendo seres humanos, conforme Comitê de Ética em Pesquisa, sob o parecer nº 1.541.127.

## RESULTADOS

Dos 24 participantes da pesquisa, 18 eram mulheres e a média de idade foi de 23 anos. Todos estavam cursando a disciplina de saúde do idoso e a maioria não participou de nenhuma extensão universitária com abordagem na temática.

A análise de conteúdo das falas que emergiram das entrevistas resultaram na identificação de duas categorias temáticas: Perspectivas sobre o envelhecimento, violência e sexualidade e Abordagem holística ao idoso: integrando a formação e o cuidado.

### Perspectivas sobre o envelhecimento, violência e sexualidade

Durante as entrevistas, os estudantes referiram o envelhecimento como uma condição natural que traz mudanças físicas e sociais para o idoso. Refletem ainda que tal evento representa uma grande conquista, sendo o setor saúde responsável por fornecer qualidade de vida a esta população e que a academia deve incentivar os estudantes e promover capacitações com vistas ao aprimoramento do atendimento:

“A velhice é uma grande conquista, é um processo inevitável e inerente a vontade humana, faz parte do ciclo biológico e repercute na capacidade funcional e fisiológica do corpo” (E2).

“[...] é a fase da vida com muitas mudanças tanto físicas e sociais e quando você tem muita experiência” (E10).

“O idoso necessita de atenção especial em saúde, precisamos entender o processo fisiológico da velhice, as doenças e outros fatores comuns dessa fase” (E20).

“[...] é de grande importância que o profissional tenha uma formação adequada para prestar uma assistência de enfermagem de qualidade” (E23).

Em relação à violência contra a pessoa idosa, os participantes relataram que a violência ocorre devido ao aumento populacional do número de idosos, e que estes se encontram vulneráveis às situações de maus-tratos, demandando atenção e cuidado de maneira a defender essa população. Quanto à formação, evidenciaram que há lacunas nesse processo e que a graduação deveria abordá-lo com maior carga horária, no intuito de capacitá-los para dispensar atenção e assistência de qualidade:

“[...] é muito comum hoje essa questão da violência, nós precisamos ficar bem atentos” (E11).

“[...] eu conheço vítimas de violência, é triste. Eu acho que essa situação só aumenta por que a quantidade de idosos aumentou, aí consequentemente aumenta também” (E15).

“É um grande problema, principalmente pra saúde, além de gastos requer um cuidado diferenciado” (E22).

“Nosso curso deveria falar mais sobre isso, tem muitas disciplinas que daria pra encaixar, eu acho que é importante, pois nunca se sabe quando você vai se deparar, devemos estudar mais isso” (E7).

Quanto à sexualidade, reforçaram que a sexualidade do idoso é algo negativo e rotulada com estereótipos. Os depoimentos inferem ainda a dificuldade na abordagem do assunto ao idoso, reflexo da cultura em que o idoso é visto como ser assexuado e da formação que deixa a desejar ao abordar a sexualidade durante a graduação, impossibilitando assim a apreensão total do conteúdo pelo estudante:

“[...] o idoso não tem vida sexual, é necessário informá-lo sobre o risco o qual ele está exposto e procurar educá-lo para a sexualidade” (E1).

“[...] falta de informação, assunto não muito abordado, eu acredito que irei ter bastante dificuldade acho que deveria ser mais abordado” (E21).

“[...] pois pode causar constrangimento” (E17).

“[...] os conhecimentos que são adquiridos na graduação ainda não são o suficiente” (E18).

### Abordagem holística ao idoso: integrando a formação e o cuidado

Essa categoria reforça a importância da integralidade da assistência ao idoso. Os participantes evidenciaram que é de suma relevância conhecer os aspectos que permeiam o envelhecimento, sobretudo a sexualidade, dessa forma, serão capazes de dispensar um cuidado holístico na atenção à saúde do idoso, contudo revelaram que tais temas ainda são abordados de maneira insuficiente na formação profissional.

“[...] os conhecimentos que são adquiridos sobre a violência é muito importante, pois precisamos disso para cuidar do idoso de forma ampla” (E10).

“[...] sexualidade abrange também a necessidade de expressar e receber afeto não só o ato sexual” (E9).

“É muito importante na vida do idoso trabalhar a sexualidade, pois ele precisa carinho, todo mundo precisa, de abraços, beijos” (E7).

“[...] acho que essa parte deveria ser mais abordada esse tema deveria ser explorado com seminários palestras na graduação” (E16).

“[...] a graduação não fala sobre o assunto, pois na minha formação esse tema foi pouco debatido” (E17).

Diante disso, os depoimentos revelam que a graduação tem um importante papel na formação do estudante, para que este adquira conhecimentos, habilidades e competências necessárias para o cuidado integral ao idoso:

“[...] é de grande importância que o profissional tenha uma formação adequada para prestar uma assistência de enfermagem de qualidade” (E3).

“[...] com mais conhecimento poderemos assistilos [...]” (E13).

“[...] ter conhecimento sobre esses temas é importante, pois a população de idosos está crescendo, precisamos nos capacitar” (E2).

“[...] a formação para a assistência ao idoso é de extrema importância” (E8).

## DISCUSSÃO

Conhecer a perspectiva sobre aspectos relacionados ao envelhecimento por estudantes de graduação em Enfermagem é de fundamental importância no contexto da formação acadêmica, pois tal conhecimento é capaz de proporcionar elementos-chave para compreender a realidade do grupo e com isso contribuir para mudanças neste cenário. Entende-se que ao compreender essas perspectivas, será possível expressar a maneira mais adequada de se comportar diante de pessoas idosas que necessitam de atenção integral e humanizada.

Neste estudo, os estudantes mencionaram a mesma percepção descrita na literatura, na qual o envelhecimento é um evento inevitável a todo ser humano e pode ou não associar-se com a instalação e o acúmulo de doenças. No entanto, não pode ser visto apenas como doença, mas uma etapa da vida com características e valores próprios, em que ocorrem modificações no indivíduo, tanto na estrutura orgânica, como no metabolismo, no equilíbrio bioquímico, na imunidade, na nutrição, nos mecanismos funcionais, nas condições emocionais, intelectuais, e na própria comunicação<sup>9,10</sup>.

Entende-se que a mudança da pirâmide etária no Brasil exige a necessidade de acrescentar na formação profissional em saúde a possibilidade do estudante ser capaz de compreender e atender às necessidades específicas dos idosos, tendo em vista que o envelhecimento populacional é uma realidade mundial que exige intervenções eficazes para garantir a senescência da população<sup>11-13</sup>.

A promoção de saúde e a prevenção primária e secundária de doenças na velhice são as possibilidades que apresentam o melhor custo-benefício para que se conquiste a compressão da morbidade. No entanto,

deve-se enfatizar nos cursos de graduação e de educação continuada a importância da formação dos profissionais de saúde<sup>14</sup>.

Nos cursos de formação em nível de graduação são oferecidas disciplinas que abordam a saúde do idoso, porém há uma grande concentração de conteúdos centrados no modelo biomédico<sup>12</sup>.

Dispensar um cuidado integral ao idoso não envolve apenas cura e reabilitação, sobretudo, na atenção primária é necessário que outros aspectos sejam assistidos. Neste estudo, os estudantes ao serem questionados sobre as demandas de cuidados ao idoso referiram a violência e sexualidade como aspectos que necessitam de atenção. Consideraram a exposição à violência devido a vulnerabilidade decorrente da idade e representaram o idoso como assexuado, e que essa representação reflete nos aspectos sociais e culturais determinados pela sociedade. Relataram as limitações na formação acadêmica, pois, durante o curso, pouco é abordado sobre sexualidade e violência contra idosos, dificultando a assistência integral nesses aspectos.

Estudo refere que durante a graduação, os estudantes não são estimulados a aplicar conhecimentos e conceitos específicos relacionados à saúde integral do idoso em sua dinâmica assistencial. Torna-se necessário, então, desenvolver atividades acadêmicas que não apenas informem acerca do envelhecimento, mas que também formem profissionais capazes de respeitar os limites e as peculiaridades decorrentes do envelhecimento, tornando-os aptos a reconhecer as modificações físicas, emocionais e sociais do idoso<sup>14</sup>.

Destaca-se então, a importância de proporcionar uma formação acadêmica pautada na integralidade e interdisciplinaridade, capaz de fornecer subsídios para a construção de uma assistência questionadora e participativa no contexto das políticas públicas de saúde, que saibam utilizar os conhecimentos apreendidos na graduação em prol do bem-estar da população, estabelecendo um diálogo entre a diversidade de saberes com os quais se deparam no cotidiano<sup>15</sup>.

Deste modo, atualmente as Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em Enfermagem destacam que o enfermeiro deve ter capacidade

de intervir sobre problemas que influenciam no processo saúde-doença, identificando fatores de riscos à saúde e promovendo o cuidado holístico do ser humano, inclusive no campo da saúde mental<sup>16</sup>.

Porém, a existência dessas diretrizes não garante, na prática, um atendimento integral ao segmento idoso. Tal fato pode ser observado em algumas realidades da Estratégia Saúde da Família, dentro da qual a atenção ao idoso se refere a ações reducionistas, voltadas para doenças como hipertensão e diabetes, não vislumbrando outras dimensões, como a sexualidade<sup>17,18</sup>.

Estereótipos associados aos idosos e ao envelhecimento são comumente abordados na literatura. São representações simbólicas que, principalmente, pela falta de conhecimento em relação ao fenômeno do envelhecimento, são significativamente manifestadas pela sociedade em geral a uma vertente negativa e limitam substancialmente a compreensão do processo de envelhecimento, contribuindo simultaneamente para edificar e manter as representações, os estereótipos e os mitos face aos idosos. Neste sentido, comportamentos esperados pela sociedade são muito influenciados pelos instrumentos midiáticos, televisivos, impressos ou digitais, que poderiam transmitir modelos mais positivos da velhice, na intenção de diminuir estereótipos e preconceitos<sup>19</sup>.

Neste cenário sociocultural de preconceito relacionado ao processo de envelhecer, soma-se outra questão de tabu: a sexualidade na velhice. Esta surge como algo inadequado, baseado no estereótipo de que o idoso é desprovido de desejo e prática sexual. Rotula-se o homem como impotente e a mulher como desprovida de atrativos físicos. Aliada a essa ideia, alguns idosos não conseguem exercer sua sexualidade sem tabus e, a partir daí, resistem também ao uso de preservativos e, em última instância, podem mesmo renunciar e ocultar a sua sexualidade para não se sentirem discriminados<sup>18,20</sup>.

As atitudes que adotamos perante o idoso e a forma como nos relacionamos com ele condicionam diretamente a forma como este encara a velhice e todo o processo de envelhecimento. Desta forma, se tivermos atitudes positivas e estimulantes favoreceremos a sua integração na sociedade, ao passo que as atitudes negativas, podem contribuir

para o seu mal-estar e sentimento de peso para com os outros.

Quanto à violência contra o idoso, estudo sobre meios de comunicação impressos, representações sociais e violência contra idosos mostram que a construção das representações sociais da violência, maus-tratos e negligência contra a pessoa idosa se encontra ancorada nos ganhos obtidos por essa população, com a vigência do Estatuto do Idoso. Esses ganhos foram objetivados nas ações sociais do poder político, nos ditames da ciência, nas dimensões dos atos violentos e nas conquistas, na defesa e na assistência ao idoso<sup>21</sup>.

Quanto ao atendimento a esses idosos, estudo revela grandes fragilidades na implantação das políticas públicas no atendimento ao idoso, alguns profissionais da saúde não se consideram responsáveis pela escuta, pelo apoio, atendimento e orientação aos idosos com história de violência; acreditam que devem apenas atuar sobre a lesão física e deixar que seus colegas de equipe, psicólogo e assistente social, respondam pela situação de violência<sup>22,23</sup>.

Na literatura são escassos os estudos de investigação de como os futuros profissionais de saúde, isto é, os estudantes universitários, pensam a sexualidade na velhice. Os dados centram-se nos profissionais ou nos idosos, tratando dos principais aspectos da epidemiologia, da percepção em relação à sexualidade do idoso e do diagnóstico precoce do HIV na população idosa<sup>24</sup>.

A investigação dos conhecimentos e atitudes de estudantes da área da saúde em relação à sexualidade na velhice é relevante e fundamenta-se na necessidade de se pensar sobre a formação ampla desses futuros profissionais para o atendimento nos diferentes âmbitos. Muitas vezes, devido à carência de reflexões sobre as práticas e a natureza multidimensional do envelhecimento, esses estudantes se formam com noções um tanto deturpadas, que os levarão a considerar os idosos como categoria homogênea, generalizar quanto à capacidade física e cognitiva, e uso inadequado de instrumentos, instruções e equipamentos durante a atuação profissional.

As limitações deste estudo situam-se na restrição do número de participantes e de cenários de aplicação, o que limita a abrangência dos resultados ao universo

dos participantes e sua amostra, composta apenas por uma instituição de ensino superior, impedindo assim a generalização dos resultados.

## CONCLUSÃO

O estudo revelou que os estudantes de Enfermagem representam o envelhecimento, violência e sexualidade como aspectos que integram o cotidiano do idoso, repercutindo significativamente

na qualidade de vida dessa população. Constataram-se limitações no processo de formação para a atenção ao idoso, repercutindo no cuidado integral qualificado.

Acredita-se que esta pesquisa possibilite discussões e reflexões nos cursos de formação em Enfermagem, criando um espaço de interface entre saúde e educação ao unir elementos teóricos e práticos sobre o saber da Enfermagem relacionado à Gerontologia e à Geriatria, reproduzindo assim, a formação adequada de profissionais.

## REFERÊNCIAS

- Clegg A, Young J, Iliffe S, Rikkert MO, Rockwood K. Frailty in elderly people. *Lancet*. 2013;381(9868):752-62.
- Oliveira ALB, Dourado MB, Menezes TMO. Perception of nursing undergraduate students on self-aging. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2015 [acesso em 27 set. 2017];68(2):278-83. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v68n2/0034-7167-reben-68-02-0278.pdf>
- Craveiro IMR, Hortale VA, Oliveira APC, Dussault G. Desigualdades sociais, políticas de saúde e formação de médicos, enfermeiros e dentistas no Brasil e em Portugal. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2015;20(10):2985-98.
- Carvalho CRA, Hennington EA. A abordagem do envelhecimento na formação universitária dos profissionais de saúde: uma revisão integrativa. *Rev Bras Geriatr Gerontol* [Internet]. 2015 [acesso em 27 set. 2017];18(2):417-31. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v18n2/1809-9823-rbgg-18-02-00417.pdf>
- Alves VP, Gomes L, Mendes GS, Valadares MO. Scientific production in pos-graduated stricto sensu Gerontology Programme at Catholic University of Brasilia in its 12 years of existence. *Pan Am J Aging Res*. 2015;2(2):61-6.
- Thiollent M. Metodologia da pesquisa-ação. 18ª ed. São Paulo: Cortez; 2011.
- Mínayo MCS. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 27ª ed. Petrópolis: Vozes; 2008.
- Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2011.
- Schmidt TCG, Silva MJP. Percepção e compreensão de profissionais e graduandos de saúde sobre o idoso e o envelhecimento humano. *Rev Esc Enferm USP*. 2012;46(3):612-7.
- Oliveira ALB, Dourado MB, Menezes TMO. Undergraduate nursing students' perceptions of aging. *Rev Enferm UERJ* [Internet]. 2014 [acesso em 27 Set. 2017];22(5):680-5. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v22n5/v22n5a16.pdf>
- Bandeira VAC, Oliveira KR, Berlezi EM. Programa de atenção ao idoso: a extensão universitária como ferramenta na formação interdisciplinar de profissionais de saúde. *Cataventos*. 2014;6(1):176-91.
- Andrade ATS, Sampaio SPS, Gois CFL, Mattos MCT, Aguiar MPC, Resende GGS, et al. O ensino da enfermagem geronto geriátrica nas universidades federais brasileiras. *Enferm Foco* [Internet]. 2013 [acesso em 27 set. 2017];4(1):19-23. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/496/186>
- Almeida CAPL, Silva FNO, Souza VAS, Santos VO, Lago EC, Moreira WC. Meanings attributed by health professionals to the aging process of institutionalized elderly people. *Rev Rene* [Internet]. 2017 [acesso em 08 nov. 2017];18(05):639-46. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/2912/pdf>
- Grave MQ, Rocha CF, Périco E. A formação do profissional fisioterapeuta na atenção à saúde do idoso: uma revisão integrativa. *Rev Bras Ciênc Envelhec Hum* [Internet]. 2013 [acesso em 27 set. 17];9(3):100-10. Disponível em: <http://seer.upf.br/index.php/rbceh/article/view/2295/pdf>
- Sampaio W, Teixeira LT, Costa MC, Lombardo GL. Atuação do acadêmico de enfermagem num grupo da terceira idade: um relato de experiência. *Rev Pesqui Cuid Fundam (Online)* [Internet]. 2010 [acesso em 27 set. 2017];2(Supl.):778-80. Disponível em: [http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1129/pdf\\_281](http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1129/pdf_281)

16. Brasil. Ministério da Educação. Resolução CNE/CES nº 03 de 07 de novembro de 2001. Institui as diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Enfermagem. Brasília: Ministério da Educação; 2001.
17. Castro SFF, Nascimento BG, Soares SD, Barros Júnior FO, Sousa CMM, Lago EC. Sexualidade na terceira idade: a percepção do enfermeiro da estratégia saúde da família. Rev Enferm UFPE on line [Internet]. 2013 [acesso em 20 jul. 2016];7(10):5907-14. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/12216/14807>.
18. Moreira WC, Lago EC, Viana MRP, Carvalho ARB, Frota BC, Pereira PSL. Sexualidade e prevenção de IST e HIV/aids entre idosos usuários da estratégia saúde da família. Rev Prev Infecç Saúde [Internet]. 2015 [acesso em 17 set 2017];1(3):76-82. Disponível em: <http://ojs.ufpi.br/index.php/nupcis/article/view/3943/pdf>
19. Ribeiro RSS, Barter B. A situação social do idoso no Brasil: uma breve consideração. Acta Paul Enferm. 2010;18(4):422-6.
20. Silva CM, Lopes FMVM, Vargens OMC. Aged woman's vulnerability related to AIDS. Rev Gaúcha Enferm. 2010;31(3):450-7.
21. Torres TL, Camargo BV, Bousfield AB, Silva AO. Representações sociais e crenças normativas sobre envelhecimento. Ciênc Saúde Coletiva. 2015;20(12):3621-30.
22. Moreira WC, Damasceno CKCS, Vieira SKSF, Campêlo TPT, Campêlo DS, Alencar DC. Assessment of the public policies to cope with violence against the elderly. Rev Enferm UFPE on line [Internet]. 2016 [acesso em 27 set. 2017];10(4):1324-31. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11120/12601>
23. Moreira WC. Violência contra o idoso: uma questão de saúde pública. Reon Facema [Internet]. 2017 [acesso em 27 set. 2017];3(1):434-9. Disponível em: <http://www.facema.edu.br/ojs/index.php/ReOnFacema/article/view/186/97>
24. Okuno MFP, Gomes AC, Meazzini L, Scherrer Júnior G, Belasco Júnior D, Belasco AGS. Qualidade de vida de pacientes idosos vivendo com HIV/AIDS. Cad Saúde Pública. 2014;30(7):1551-9.

Recebido: 20/09/2017

Revisado: 11/01/2018

Aprovado: 08/02/2018



# Sobrecarga, perfil e cuidado: cuidadores de idosos em vulnerabilidade social

Burden, profile and care: caregivers of socially vulnerable elderly persons

Isabela Thaís Machado de Jesus<sup>1</sup>  
Ariene Angelini dos Santos Orlandi<sup>2</sup>  
Marisa Silvana Zazzetta<sup>2</sup>

## Resumo

*Objetivos:* Comparar a sobrecarga com o perfil sociodemográfico e analisar as necessidades de cuidado em cuidadores de idosos cadastrados em Centros de Referência de Assistência Social em um município do interior paulista, SP, Brasil. *Método:* Estudo transversal, com abordagem quanti-qualitativa. Utilizou-se questionário sociodemográfico, Escala de Sobrecarga de Zarit e três questões abertas em relação às necessidades do cuidado. Os dados quantitativos foram analisados por meio de estatística descritiva e teste de correlação. Adotou-se o referencial metodológico hermenêutico-dialético e a análise dos dados qualitativos foi realizada por meio da técnica de análise de conteúdo. *Resultados:* Participaram do estudo 86 cuidadores. A maioria pertencia ao sexo feminino (71,7%), com média de idade de 56,5 ( $\pm 14,9$ ) anos, sobrecarregados e residentes em bairros vulneráveis. Quanto ao cuidado, foi evidenciada oferta de suporte para atividades de vida diária, dificuldades no processo de cuidar e contar com a ajuda de outros familiares. A sobrecarga se correlacionou negativamente com a faixa etária e escolaridade ( $r = -0,11$ ;  $r = -0,87$ ). *Conclusão:* Considera-se que orientação e aquisição de habilidades para o cuidado ainda são necessidades não satisfeitas pelos recursos e serviços existentes em contextos vulneráveis, bem como a resolutividade do apoio por parte dos equipamentos públicos.

**Palavras-chave:** Cuidador Familiar. Vulnerabilidade Social. Idoso.

## Abstract

*Objectives:* To compare burden and sociodemographic profile and to analyze the care needs of caregivers of elderly persons enrolled in Social Care Referral Centers in a municipal region in the interior of the state of São Paulo, Brazil. *Method:* A cross-sectional, quantitative-qualitative study was carried out. A sociodemographic questionnaire, the Zarit Burden Scale and three open questions regarding care needs were applied. The quantitative data were analyzed by descriptive statistics and the correlation test. The

**Keyword:** Caregiver, Family. Social Vulnerability. Elderly.

<sup>1</sup> Universidade Federal de São Carlos, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Departamento de Enfermagem, Programa de Pós-graduação em Enfermagem. São Carlos, São Paulo, Brasil.

<sup>2</sup> Universidade Federal de São Carlos, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Departamento de Gerontologia. São Carlos, São Paulo, Brasil.

Financiamento da pesquisa: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes). Bolsa de Mestrado.

hermeneutic-dialectic referential was applied and the qualitative data were analyzed by the content analysis technique. *Results:* A total of 86 caregivers participated in the study. The majority were female (71.7%), had a mean age of 56.5 (sd=14.9) years, suffered burden and lived in vulnerable neighborhoods. With regard to care, the provision of support for activities of daily living, difficulties in caring and the help of other relatives were identified. Burden negatively correlated with age range and schooling ( $r=-0.11$ ;  $r=-0.87$ ). *Conclusion:* Guidance and the acquisition of caring skills remain unprovided by the resources and services that exist in vulnerable contexts, and resolute support strategies are lacking in public facilities.

## INTRODUÇÃO

O aumento da expectativa de vida reflete nas condições de saúde, morbidade e limitações funcionais nas pessoas idosas, elevando a incidência de enfermidades e incapacidades, com possíveis alterações na dependência física, cognitiva e emocional, gerando necessidade de cuidados permanentes<sup>1</sup>. A dependência do idoso, tanto de natureza física ou cognitiva, implica em dedicação de cuidado para atender às necessidades específicas desse grupo<sup>2</sup>.

O cuidador de idoso é a pessoa que assume a responsabilidade de cuidar, oferecer suporte e auxílio à pessoa necessitada. Denomina-se “cuidador informal” àquela pessoa que presta assistência de forma não remunerada e “cuidador formal” àquela que conta com preparação e formação profissional<sup>3</sup>. O cuidador familiar assume esse papel por iniciativa ou denominação do grupo familiar, segundo relação com três fatores: parentesco, gênero e proximidade física e afetiva. Defina-se por cuidador familiar o responsável direto pelos cuidados do idoso, que não recebe remuneração e que cuida do paciente há pelo menos três meses, por no mínimo quatro horas por dia e pelo menos três vezes por semana<sup>4</sup>.

Ao longo do cuidado do idoso, muitos cuidadores informais experimentam restrições em suas vidas pessoais, ao assumir a responsabilidade de cuidar e realizar tarefas de forma ininterrupta, podendo enfrentar situações de desgaste, o que ocasiona afastamento de relacionamentos afetivos e profissionais, limitação na rede social, de convívio e lazer e levar à sobrecarga<sup>5</sup>. A sobrecarga descrita pelo termo inglês *burden* pode influenciar no desenvolvimento de sintomas psiquiátricos, físicos, emocionais, sociais e uso de medicamentos. Além disso, a atividade de

cuidar pode afetar a vida econômica e comprometer a qualidade dos cuidados oferecidos<sup>6</sup>.

O nível de sobrecarga está diretamente relacionado ao grau de dependência do idoso<sup>7</sup>. A literatura apresenta que o domicílio constitui em um espaço privilegiado para o cuidado, caracterizado pela preocupação com a integralidade e a singularidade do ser humano, pela valorização da relação e respeito ao outro, desde que a família participe e forneça o suporte necessário<sup>8</sup>. Nesse contexto, surgem preocupações pelo fato dos serviços de suporte serem escassos. A família, sendo a fonte de apoio, utiliza de seus esforços e recursos para a prestação de cuidados e, em muitos dos casos, possuem demandas colocadas sobre eles como um “fardo”<sup>9</sup>.

Em contexto de vulnerabilidade social, a qualidade do cuidado se caracteriza segundo aspectos sociais e econômicos sendo utilizada como sinônimo de risco social, fragilização e precariedade. A escolaridade, sendo um indicador de vulnerabilidade, contribui na limitação de ascensão social e econômica, além de afetar o nível de produtividade e renda o que pode comprometer os cuidadores para a apreensão de informação e habilidade para lidar com as tarefas cotidianas, considerando que o ato de cuidar envolve o cumprimento de receitas médicas, administração de medicamentos, orientações de profissionais e busca por recursos em equipamentos públicos<sup>10</sup>.

A literatura científica ainda apresenta lacunas quanto aos estudos que investigam a sobrecarga de cuidadores em vulnerabilidade social. Estudo realizado com 140 cuidadores de idosos em Mangueiras (RJ), caracterizado como região de extrema vulnerabilidade socioambiental, apresentou que 41,6% dos cuidadores estavam sobrecarregados<sup>11</sup>. Sendo assim, serviços de atendimento primário tanto

na saúde, quanto na proteção social do sistema público devem deter desse conhecimento para promover intervenções às necessidades específicas dos cuidadores em contexto de vulnerabilidade social, visto que as características sociais afetam a saúde, gerando exposições e riscos adversos.

Esse estudo objetivou comparar a sobrecarga com o perfil sociodemográfico e analisar as necessidades de cuidado em cuidadores de idosos cadastrados em Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) em um município do interior paulista. Para tanto, buscou-se interpretar a partir das falas proferidas dos cuidadores as contradições que emergem no ato de cuidar.

## MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo, transversal, com abordagem quanti-qualitativa. As entrevistas foram realizadas com 86 cuidadores de idosos cadastrados em cinco CRAS do município de São Carlos, São Paulo, Brasil.

O critério de inclusão para participar do estudo foi ser cuidador de idoso cadastrado em CRAS, podendo ser familiar ou não. Para a identificação da vulnerabilidade social, foi utilizado o Índice Paulista de Vulnerabilidade Social, que classifica os setores censitários segundo dimensões socioeconômicas e demográficas, a primeira contempla a escolaridade e a renda do responsável pelo domicílio e a segunda abrange a idade do responsável pelo domicílio e a presença de crianças de zero a quatro anos na residência. A classificação da vulnerabilidade social é dividida em seis grupos: nenhuma vulnerabilidade, muito baixa, baixa, média, alta e vulnerabilidade muito alta<sup>12</sup>.

De acordo com a população do município de São Carlos, 221.950 mil habitantes, o município conta com cinco CRAS distribuídos em regiões de baixa, muito baixa e alta vulnerabilidade<sup>13</sup>. Os cinco CRAS foram identificados em I, II, III, IV e V. Os CRAS I, II e III estavam localizados em regiões com alta vulnerabilidade, CRAS IV em baixa vulnerabilidade e CRAS V em muito baixa vulnerabilidade<sup>12</sup>.

Primeiramente, foi realizado o levantamento de dados que consistiu no acesso a todos os prontuários

existentes em papel e selecionadas aquelas em que havia membros idosos, um total de 1.451 prontuários de idosos cadastrados. Após acesso ao nome, idade e ao endereço foi realizada busca ativa, 1.118 foram excluídos por motivos que: 679 (46,7%) não foram encontrados nos referidos endereços de cadastro ou haviam mudado de endereço ou residiam em áreas fora de abrangência dos CRAS e 439 (57,0%) corresponderam a perdas por motivos de recusa, óbito, desistência ou o idoso se encontrava sozinho e não tinha compreensão em responder aos questionamentos. Optou-se por não realizar cálculo amostral e realizar busca ativa com todos os idosos que eram cadastrados nos equipamentos. Dos 333 idosos que foram elegíveis, 86 possuíam cuidadores.

As entrevistas foram realizadas de segunda a sexta-feira, em horário comercial, no período de agosto de 2012 a agosto de 2016. O tempo médio de duração de cada entrevista foi de 45 minutos. A entrevista foi realizada por alunos do curso de graduação em Gerontologia da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), previamente treinados, a fim de padronizar os dados coletados.

Para a coleta de dados foram utilizados instrumentos para caracterização sociodemográfico, construído previamente pelos pesquisadores, Escala de Sobrecarga de *Zarit* e três questões abertas em relação às necessidades do cuidado, construída pelos pesquisadores.

O instrumento sociodemográfico possuía questões relacionadas à: sexo; idade; estado civil; escolaridade; ocupação atual; renda; forma de obtenção de renda e grau de parentesco com o idoso. A Escala de Sobrecarga de *Zarit* desenvolvida por Zarit et al. em 1980 e traduzida e validada para a cultura brasileira por Scazufca em 2002, avaliou a sobrecarga do cuidador<sup>14</sup>. A escala possui 22 questões de múltipla escolha e as respostas podem variar de 0 a 88 pontos, sendo que maior a pontuação significa maior sobrecarga, assim: 61 a 88 pontos correspondem à sobrecarga severa; 41 a 60 pontos sobrecarga moderada a severa; 21 a 40 pontos sobrecarga leve a moderada e menos de 21 pontos ausência de sobrecarga ou sobrecarga mínima. As questões abertas relacionadas às necessidades de cuidado foram: “descreva as atividades de cuidado que realiza para o idoso”; “quais as principais dificuldades e/ou limitação que o sr.(a) encontra no cuidado?”;

“alguma outra pessoa auxilia nos cuidados?”. Para a leitura interpretativa das questões abertas utilizou-se o referencial metodológico “hermenêutico-dialético”, com a perspectiva de interpretar a existência de conflitos, tensões e contradições no ato de cuidar<sup>15</sup>.

Os dados foram analisados de forma descritiva e univariada. As variáveis numéricas foram exploradas pelas medidas descritivas de centralidade (média, mediana), de dispersão (mínimo, máximo e desvio-padrão). As variáveis categóricas foram exploradas por frequências simples absolutas e percentuais. A correlação da sobrecarga com as variáveis numéricas foi analisada segundo coeficiente de correlação de Spearman. A Escala de Sobrecarga de Zarit nesse presente estudo obteve alfa de Cronbach 0,85 indicando confiabilidade satisfatória valor aproximado ao de Scazufca, 0,87<sup>14</sup>. Foi adotado *p*-valor <0,05.

A análise qualitativa foi realizada com base na análise de conteúdo de Bardin. A “análise de conteúdo” tem sua origem no campo das investigações sociais e diz respeito às técnicas que permitem tornar replicáveis e válidas inferências sobre dados de um determinado contexto e busca a interpretação cifrada do material, sendo compreendida como a busca do sentido ou dos sentidos de um documento. Bardin<sup>16</sup> configura a análise de conteúdo como um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens indicadoras - quantitativos ou não, que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção destas mensagens<sup>16</sup>. Para isso, em uma primeira fase foi realizada a pré-exploração do material, analisando todas as respostas dos participantes referentes ao cuidado. Posteriormente, foi realizada a seleção das unidades significantes para a análise. Identificaram-se, neste momento, palavras e frases explícitas nas respostas. Na terceira e última fase, as unidades temáticas foram categorizadas, ou seja, classificadas e reagrupadas por temas, segundo o grau de intimidade ou proximidade.

Todos os preceitos éticos foram respeitados, conforme Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Esse estudo utilizou e ampliou o Banco de Dados da pesquisa intitulada: “A fragilidade do

idoso e o Sistema de Atenção Básica de Assistência Social” aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisas (CEP) da UFSCar, Parecer: 72182 em 14/08/12, CAAE: 00867312.8.0000.5504. Ao momento de iniciar o presente estudo, o referido Banco contava com dados de idosos e cuidadores de dos CRAS I, II e V. O presente estudo incluiu dados dos CRAS III e IV, aprovado pelo CEP da UFSCar, Parecer nº 1785874 em 21/10/16, CAAE: 57857016.0.0000.5504. No referido Banco se encontram dados de 247 idosos e 86 cuidadores, para esse estudo foram utilizadas somente dados dos cuidadores.

## RESULTADOS

Dos 86 cuidadores de idosos entrevistados nesse estudo, 71,7% pertenciam ao sexo feminino. A média de idade dos cuidadores foi de 56,5 ( $\pm 14,9$ ) anos. Quanto ao estado civil, 65,1% dos entrevistados possuíam parceiros. Quanto à escolaridade, destaca-se maior porcentagem de 1 a 4 anos de estudo. Em relação à ocupação atual 61,6% relataram ser do lar, enquanto 33,7% trabalhavam ou tinham ocupação em horário parcial como: empregada/faxineira (11,6%); auxiliar de serviços gerais (5,8%); trabalhador rural (2,3%); pedreiro (2,3%); auxiliar de cozinha (2,3%); costureira (2,3%); auxiliar de produção (2,3%); garçom (1,1%); mecânico (1,1%); vendedor (1,1%) e cabelereiro (1,1%). Quanto à renda, 54,2% possuíam renda inferior a um salário mínimo (R\$880) oriunda de aposentadoria ou pensão. Em relação ao grau de parentesco com o idoso, 40,7% dos cuidadores eram cônjuges, enquanto 39,5% eram filhas. Quanto à vulnerabilidade do bairro em que os cuidadores residiam 43,1% residiam em bairros com muita baixa vulnerabilidade.

Quanto à sobrecarga avaliada 67,4% dos entrevistados apresentaram sobrecarga, sendo: 43,1% de leve a moderada sobrecarga, 19,7% de moderada a severa e 4,6% sobrecarga severa. Cuidadoras mulheres, que tinham entre 60 e 69 anos, com parceiros, baixa escolaridade, do lar e renda não declarada houve indicação de estarem sobrecarregadas e residirem em regiões com vulnerabilidade.

Quanto às necessidades de cuidado, mediante análise de conteúdo foram identificadas as seguintes

unidades de análise: Atividades de cuidado que realiza para o idoso; Dificuldades e/ou limitações encontradas no cuidado e Auxílio de outra pessoa nos cuidados.

### Atividades de cuidado que realiza para o idoso

As atividades relatadas foram agrupadas em categorias temáticas sendo *Atividades Básicas da Vida Diária* (ABVD) e *Atividades Instrumentais da Vida Diária* (AIVD). As atividades principais ABVD e AIVD relatadas pelos cuidadores foram: preparo de alimentação (60,4%); trabalhos domésticos (51,1%); acompanhar o idoso ao médico (51,1%); banho (39,5%); buscar, comprar e ministrar os medicamentos (36,0%); manusear o dinheiro (18,6%); receber aposentadoria ou pensão (17,4%) e troca de fralda (17,4%). Outros destaques para essa categoria foram que alguns cuidadores realizavam atividades que poderiam contribuir para uma melhora do quadro do idoso, tais como atividade de lazer (3,48%); exercício para as pernas (2,3%); passear com a cadeira de roda (2,3%); fazer curativos (2,3%) e banho de sol (2,3%), conforme relato dos cuidadores:

“dou banho, faço a barba, troco a fralda, preparo a comida e dou na boca... dou os medicamentos, transfiro da cama para a cadeira de rodas e levo para tomar sol” (C2).

“auxilio no banho, no preparo de refeições, levo ao médico e dou medicamentos” (C6).

“banho, faço a comida, limpo a casa, recebo pensão e passo roupa” (C37).

“arrumo a casa, busco remédio e busco a aposentadoria” (C43).

### Dificuldades e/ou limitações encontradas no cuidado

Dos entrevistados, 55,8% dos cuidadores relataram ter dificuldades no cuidado. Nesta unidade de análise surgiram duas categorias temáticas. Uma delas referiu-se às dificuldades e limitações que dizem respeito à *Dimensão Objetiva do Cuidado* em que se congregam as respostas dos cuidadores que expressam as dificuldades em concretizar o

cuidado como, fazer esforço físico (20,9%) no ato da transferência do idoso, no momento de dar banho e na troca de fraldas, conforme fala dos cuidados:

“dificuldades para a transferência por conta dele ser acamado, é pesado” (C8).

“não mexe nenhum membro superior e/ou inferior” (C33).

Outras limitações evidenciadas foi o “cuidador ter problemas de saúde”, como prolapso de bexiga, labirintite e deformidades ortopédicas que geravam dor e desconforto na execução do cuidado. Outra categoria temática foi a *Dimensão Subjetiva do Cuidado*, na qual a carga emocional do cuidado e suas dificuldades foram relatadas pelos cuidadores, como: “descontrole emocional” (9,3%) e dificuldade por “não ter vida social” (9,3%). Conforme os seguintes trechos que revelam as dificuldades encontradas pelos cuidadores:

“para ele comer tem que implorar... ele me acorda de madrugada para tomar remédio” (C16).

“a gente fica muito estressado, não é fácil... fica perguntando as mesmas coisas” (C27).

“eu não aguento mais, é como cuidar de uma criança” (C29).

### Auxílio de outras pessoas no cuidado

Dos participantes entrevistados, 55,8% relataram que recebiam ajuda de outra pessoa e 44,1% disseram que “não”. Nesta unidade de análise destacou-se a categoria *Apoio Familiar*, pois a maioria das respostas apontou membros da família como os principais atores que auxiliam no cuidado em caso de necessidade (44,1%). Neste contexto, destacaram-se as filhas do cuidador principal (17,4%), seguida das irmãs (12,8%) e filhos (8,13%). Quanto às atividades que o cuidador principal recebe auxílio, destacou-se o banho (29,0%), preparo de alimento (19,7%) e acompanhamento ao médico (12,8%).

A sobrecarga se correlacionou negativamente com a idade e a escolaridade. A Tabela 1 apresenta os dados do presente estudo.

**Tabela 1.** Perfil sociodemográfico e de cuidado de cuidadores de idosos cadastrados em CRAS. São Carlos, SP, 2016.

Variável	n (%)	Média (dp)	[Mín-Max]	Ausência de sobrecarga (%)	Sobrecarga (%)	Análise Correlacional	p-valor
<b>Sexo</b>							
Mulheres	62 (71,7)			18 (21,0)	44 (50,7)		
Homens	24 (27,9)			3 (3,5)	21 (24,4)		
Idade (em anos)		56,9 (14,9)	20-85			-0,11	0,922
<b>Faixa etária (em anos)</b>							
20-39	10 (11,6)			4 (4,7)	6 (7,1)		
40-49	14 (16,3)			5 (5,9)	9 (10,6)		
50-59	16 (18,6)			5 (5,9)	11 (12,9)		
60-69	27 (31,4)			7 (8,2)	20 (23,5)		
70-79	14 (16,3)			4 (4,7)	10 (11,8)		
80-89	5 (5,8)			3 (3,5)	2 (2,3)		
<b>Estado civil</b>							
Com parceiro	56 (65,1)			14 (17,9)	42 (47,2)		
Sem parceiro	30 (34,8)			7 (5,1)	19 (29,7)		
Escolaridade (em anos)		5,9 (4,1)	0-15			-0,87	0,425
Analfabeto	4 (4,4)			0	4 (4,4)		
1 a 4	74 (85,9)			54 (62,7)	20 (23,2)		
5 a 8	8 (9,3)			1 (1,1)	7 (8,2)		
<b>Ocupação atual</b>							
Ocupado	29 (33,7)			13 (15,1)	16 (18,6)		
Desocupado	4 (4,7)			0	4 (4,7)		
Do lar	53 (61,6)			15 (17,4)	38 (44,2)		
<b>Renda individual</b>							
Não declarado	36 (41,9)			9 (10,6)	26 (31,3)		
Nenhuma	4 (4,7)			4 (4,7)	0		
Menos de 1 SM	44 (54,2)			11 (13)	33 (41,2)		
1 SM	2 (2,4)			0	2 (2,4)		
<b>Obtenção de renda</b>							
Salário próprio	13 (15,1)			8 (9,3)	5 (5,8)		
Salário ou aposentadoria do cônjuge	18 (20,9)			6 (7,0)	12 (14,0)		
Aposentadoria ou pensão	37 (43,0)			12 (14,0)	25 (29,1)		
Recebe dos filhos	7 (8,1)			1 (1,2)	6 (7,0)		
Benefício	9 (10,5)			0	9 (10,5)		
Renda cidadã	2 (2,3)			14 (16,3)	21 (24,4)		
<b>Grau de parentesco</b>							
Cônjuge	35 (40,7)			14 (16,3)	21 (24,4)		
Filha	34 (39,5)			8 (9,3)	26 (30,2)		
Filho	6 (7,0)			0	6 (7,0)		
Outros	11 (12,8)			6 (7,0)	5 (5,8)		

continua

Continuação da Tabela 1

Variável	n (%)	Média (dp) [Mín-Max]	Ausência de sobrecarga (%)	Sobrecarga (%)	Análise Correlacional	p-valor
Vulnerabilidade social						
Alta (CRAS I, II e III)	34 (39,6)					
Baixa (CRAS IV)	15 (17,4)		12 (14,0)	22 (25,6)		
Muito baixa (CRAS V)	37 (43,1)		9 (10,5)	6 (7,0)		
Sobrecarga			7 (8,1)	30 (34,9)		
Ausência de sobrecarga	28 (32,5)					
Sobrecarga	58 (67,4)					
Atividades de cuidado						
ABVD						
Alimentação	52 (60,4)					
Banho	34 (39,5)					
AIVD						
Trabalho doméstico	44 (51,1)					
Acompanha médico	44 (51,1)					
Limitações no cuidado						
Relato que tem dificuldade	56 (20,9)					
Realização de esforço físico	18 (21,0)					
Relato que não tem dificuldade	30 (35,0)					
Ajuda para o cuidado						
Relato que recebe ajuda	48 (55,8)					
Familiares	38 (44,1)					
Relato que não recebe ajuda	38 (44,1)					

dp: desvio-padrão; SM: salário mínimo (R\$880); ABVD: atividades básicas de vida diária; AIVD: atividade instrumental de vida diária; p-valor<0,05

## DISCUSSÃO

Os dados da presente pesquisa revelaram que a maioria dos cuidadores eram mulheres (71,7%). Ressalta-se que no estudo houve participação de homens cuidadores em uma proporção de 27,9%. Verificou-se o predomínio de cuidadores com algum grau de parentesco com o idoso, com média de idade de 56,9 ( $\pm 14,9$ ) anos, escolaridade de um a quatro anos e renda de menos de um salário mínimo.

A literatura aponta que o cuidado tende a ser desempenhado por mulheres, pois a mulher exerce o papel de mãe e cuida de seus familiares, atribuindo-lhe

na maioria dos casos a responsabilidade de cuidadora principal<sup>3</sup>. Raramente o cuidador é um homem, uma vez que cuidar envolve tarefas consideradas femininas, as quais foram aprendizadas da mulher ao longo da vida.

Cabe destacar que a escolaridade é importante indicador enquanto critério para identificar o nível de vulnerabilidade social de determinada região. Dos cuidadores entrevistados, a maioria possuía baixo nível de estudo, o que pode interferir nos cuidados prestados para a pessoa idosa. A escolaridade, sendo um indicador de vulnerabilidade, contribui na limitação de ascensão social e econômica das

pessoas além de afetar o nível de produtividade e renda, o que pode comprometer os cuidadores para a apreensão de informações e na busca de recursos em equipamentos públicos<sup>10</sup>. Santos-Orlandi et al.<sup>17</sup> destacam que a vulnerabilidade social é um dos fatores que contribuem para a determinação de carências de recursos individuais, familiares e sociais para atender as necessidades das pessoas.

A renda de um salário mínimo ou mais, seguida de baixa escolaridade dos cuidadores, decorre, em muitos casos, de que o cuidador teve que afastar de seu emprego em função do cuidado de seu familiar. A literatura apresenta que a baixa escolaridade pode influenciar na realização de atividades de cuidado, tais como auxílio nos medicamentos, acompanhar em consultas, capacidade de receber e transmitir orientações médicas. Nesta perspectiva, quanto maior o nível de escolaridade, melhor a qualidade dos cuidados prestados<sup>18</sup>. Além disso, Yamashita e et al.<sup>5</sup> apresentam que a ausência de renda, decorrente de trabalho extradomiciliar, leva o cuidador a assumir o papel principal para a prestação de cuidado.

Os dados desse estudo demonstraram que a obtenção de renda é por meio de aposentadoria ou pensão seguida do salário do marido ou companheiro. Destaca-se a baixa utilização dos recursos públicos destinados às populações em situação de vulnerabilidade, porcentagens não tão expressivas dos auxílios que recebem, sendo o Benefício de Prestação Continuada (BPC) - concedido ao idoso ou à pessoa com deficiência que comprovem não ter meios suficientes para manter o próprio sustento e a Renda Cidadã – programa estadual de transferência de renda e apoio financeiro às famílias com renda mensal *per capita* de até meio salário mínimo<sup>19</sup>. Tal fato é situação preocupante, uma vez que, no âmbito familiar do idoso, verifica-se uma realidade em que ele é a fonte de renda de seu núcleo familiar, característica de setores vulneráveis na população brasileira<sup>20</sup>.

A maioria dos cuidadores entrevistados nesta pesquisa possuía algum grau de parentesco com o idoso, no entanto, a proximidade e a relação afetiva existente entre o cuidador familiar e o idoso contribuem para o processo de inserção e adaptação do cuidador a esse papel. Quando o cuidado é realizado por um cuidador próximo, o cuidado tende a ser com ausência de sentimentos

negativos. Os efeitos negativos do cuidador ao cuidar de seu familiar em domicílio podem não parecer transparente, muitos dos cuidadores negam ter dificuldades em realizar alguma tarefa, talvez por um sentimento de reconhecimento pelo papel desempenhado e aparentam aspectos positivos ao desenvolver os cuidados<sup>21</sup>. A literatura apresenta que cuidar de um ente querido pode ser mais significativo e recompensador do que as perdas sociais geradas no processo de cuidar. Por outro lado, se o cuidador cuida por obrigação, o cuidado acarreta sobrecarga e conseqüentemente torna o processo desgastante<sup>5</sup>.

No presente estudo, houve maior prevalência de cuidadores sobrecarregados para todos os níveis de vulnerabilidade. A média total de sobrecarga nos cuidadores familiares na presente pesquisa foi semelhante a outros estudos com cuidadores de idosos da comunidade<sup>22-25</sup>. Em uma revisão sistemática foi evidenciado que a sobrecarga em cuidadores familiares é vivenciada por conta da realização de diversas funções e exposição a múltiplos fatores que levam ao desgaste. A falta da possibilidade de escolha em ser cuidador foi a característica mais presente nos estudos, pela difícil resolução do problema pela família, em que na maioria das vezes, o cuidar recai sobre um único familiar<sup>26</sup>.

A vulnerabilidade social é uma característica que pode variar de acordo com critérios socioeconômicos de uma determinada população, podendo ser utilizada como sinônimo de risco social, fragilização e precariedade<sup>27</sup>. Somam-se a isso alguns fatores sociais que são propriedades do indivíduo, como nível educacional, familiares, estado civil, influências do bairro em que vivem, histórias de vida individuais, distinção cultural e posição social<sup>28</sup>. Logo, a vulnerabilidade se relaciona aos fatores estruturais da sociedade, no que tange à desigualdade de renda, educação e acesso aos serviços, sendo um conceito adequado para a compreensão da dinâmica do processo de desigualdade social nos países em desenvolvimento<sup>29</sup>. Nesse contexto, cuidadores de idosos em contexto de vulnerabilidade carecem de necessidades específicas advindas de suas características sociofamiliares, peculiar desse grupo.

A sobrecarga do cuidador é um indicador de impacto negativo que pode afetar o estado físico, psicológico, emocional e financeiro e ocasionar desfechos para a saúde mental<sup>30,31</sup>. O cuidador,

frequentemente, não está preparado para assumir sem apoio e suporte todas as responsabilidades que lhes são postas, ele se depara com situações inesperadas e precisa ser orientado devidamente para assumir suas tarefas.

Cuidadores de idosos passam por mudanças constantes em decorrência do cuidado, há menos tempo para o lazer e vida social o que pode se agravar quando esse cuidado está em contexto de vulnerabilidade e ocasionar depressão, ansiedade, insatisfação com a vida, agravamento de doenças e risco de adoecimento<sup>17</sup>. Evidencia-se a garantia de suporte técnico, psicológico, financeiro, orientações, trabalhos em grupos e acompanhamentos desses cuidadores por parte dos equipamentos públicos.

Nesse estudo os cuidadores auxiliam os idosos em atividades básicas e instrumentais de vida diária. A independência do idoso está intimamente ligada à sua capacidade de realizar as atividades cotidianas sem auxílio, à autonomia, à liberdade e à capacidade de decisão<sup>7</sup>. Embora o processo de envelhecimento não esteja associado à perda de independência e autonomia, a literatura aponta que a capacidade funcional tem sido indicador de saúde da população idosa, podendo haver maior risco de limitações e necessidades de cuidado. A incapacidade funcional aponta para riscos de hospitalização e institucionalização de idosos<sup>32</sup>. Em contexto de vulnerabilidade social o baixo grau de escolaridade e renda por parte dos cuidadores implica em dificuldades para o gerenciamento do cuidado, acesso e busca por serviços especializados.

Quanto à limitação no cuidado uma parcela dos cuidadores entrevistados nesse estudo relatou possuir dificuldades no ato de cuidar. Segundo pesquisas, para que os cuidados domiciliares sejam bem desempenhados no domicílio, o preparo do cuidador é fundamental; processo de educação e orientação devem ser prestados por parte dos serviços de atendimento básico. As informações sobre os cuidados devem ser disseminadas e distribuídas a todos os atores envolvidos como forma de garantia ao cuidado prestado em domicílio<sup>33</sup>.

No presente estudo 55,8% dos cuidadores relataram que recebiam ajuda de outros familiares para a realização do cuidado, sendo esses outros familiares. Em geral, espera-se que os cuidados informais sejam realizados pelos familiares, sendo

essa característica influenciada por normas culturais e religiosas<sup>34</sup>. Em contexto de vulnerabilidade, a condição de baixa renda, limita suporte para o cuidado ou forma de custear esse serviço. Há a necessidade de políticas e iniciativas que visem apoio aos cuidadores e que prezem pelo idoso o direito de ser cuidado.

Como os perfis de saúde das populações mudam, os sistemas de cuidados devem ser reavaliados para garantir alcance às pessoas idosas com necessidades mais complexas juntamente com seus cuidadores. Nesse sentido, identificações e intervenções para erradicar, prevenir ou reverter a sobrecarga devem ser propostas nas ações dos CRAS. Ressalta-se que os CRAS possuem a função de prevenir a ruptura de vínculos e promover autonomia e sociabilidade no contexto familiar e comunitário, contemplando a heterogeneidade de valores, crenças e identidades, por meio de ações de caráter protetivo e proativo<sup>35</sup>. É preciso que as equipes de assistência se familiarizem com as condições do envelhecimento, otimizem os serviços e considerem o apoio social ao idoso, entre eles o cuidado, assistência a longo prazo, uma vez que esse serviço possui uma visão ampla e conhecimento do contexto em que está inserido.

Sugerem-se estudos em serviços de proteção social básica, já que o mesmo é considerado como a porta de entrada do usuário ao Sistema Assistencial, sendo assim, o contato mais próximo com a população, conhecendo suas especificidades e limitações. Portanto, há a necessidade do Sistema potencializar as equipes para acompanhamento e suporte às famílias. A literatura ainda apresenta lacunas quanto aos estudos que verificam a sobrecarga de cuidadores de idosos em diferentes contextos de vulnerabilidade social. Como limitação do estudo destaca-se o delineamento transversal empregado não permitir estabelecer causalidade, o tamanho amostral pode limitar a generalização dos resultados.

## CONCLUSÃO

O presente estudo demonstra a existência de sobrecarga em cuidadores. A sobrecarga de correlacionou negativamente com a faixa etária e escolaridade. As necessidades de cuidado foram evidenciadas por meio de análise temática, sendo elas: auxílio para as atividades básicas e instrumentais

da vida diária; existência de tensões e dificuldades na tarefa de cuidar e, auxílio de familiares para as atividades de cuidado.

Os achados trazem contribuições para readequação e redirecionamento das políticas públicas que abordem o suporte formal para cuidadores familiares, com vistas à integração dos serviços de atendimento primário às ações para a execução do cuidado. Os resultados encontrados suscitam atenção dos gestores públicos para a necessidade de conhecer o perfil, grau de sobrecarga

e as atividades relacionadas ao cuidado, uma vez que os atores envolvidos no processo de cuidar em médio prazo, se tornarão idosos, o que pode levar ao aumento da dificuldade de cuidados prestados e, conseqüentemente, influenciar na sobrecarga e acarretar conseqüências tanto para o cuidador quanto para o idoso. Destaca-se que investigações em contexto de vulnerabilidade permite conhecer *in loco* as necessidades da população, bem como compreensão dos determinantes relacionados à saúde, especialmente, naqueles com múltiplos e interativos problemas decorrentes do contexto social.

## REFERÊNCIAS

1. Lana LD, Schneider RH. Síndrome de fragilidade no idoso: uma revisão narrativa. Rev Bras Geriatr Gerontol. 2014;17(3):673-80.
2. Loureiro LSN, Fernandes MGM, Lima da Nóbrega MM, Rodrigues RAP. Sobrecarga em cuidadores familiares de idosos: associação com características do idoso e demanda do cuidado. Rev Bras Enferm. 2014;67(2):227-32.
3. Nardi EDFR, Dos Santos LMR, De Oliveira MLF, Sawada NO. Dificuldades dos cuidadores familiares no cuidar de um idoso dependente no domicílio. Ciênc Cuid Saúde. 2012;11(1):98-105.
4. Silva CF, Azeredo Passos VM, Barreto SM. Frequência e repercussão da sobrecarga de cuidadoras familiares de idosos com demência. Rev Bras Geriatr Gerontol. 2012;15(4):707-31.
5. Yamashita CH, Amendola F, Gaspar JC, Alvarenga MRM, Oliveira MAC. Associação entre o apoio social e o perfil de cuidadores familiares de pacientes com incapacidades e dependência. Rev Esc Enferm USP. 2013;47(6):1359-66.
6. Gratão ACM, Vendruscolo TRP, Talmelli LFDS, Figueiredo LC, Santos JLF, Rodrigues RAP. Sobrecarga e desconforto emocional em cuidadores de idosos. Texto & Contexto Enferm. 2012;21(2):304-12.
7. Brandão FSR, Souza BC, Rego ZC, Bezerra M, Alencar LCA, Leal MCC. Sobrecarga dos cuidadores idosos assistidos por um serviço de atenção domiciliar. Rev Enferm UFPE. 2017;11(1):272-9.
8. Olegário BB, Beuter M, Girardon-Perlini NMO, Brondani CM, Budó MDLD, dos Santos NO. A sobrecarga do familiar cuidador no âmbito domiciliar: uma revisão integrativa da literatura. Rev Gaúch Enferm. 2012;33(1):147-56.
9. Vidigal FC, Ferrari RFR, Rodrigues DMMR, Marcon SS, Baldissera VDA, Carreira L. Satisfação em cuidar de idosos com alzheimer: percepções dos cuidadores familiares. Cogitare Enferm. 2014;19(4):768-75.
10. Cruz SS, Sousa FQ, Oliveira CJ, Alves CAB, Souto JS, Nunes EN. Vulnerabilidade socioeconômica em comunidades rurais do município de Areia, Estado da Paraíba. Sci Plena. 2013;9(5):1-10.
11. Lino VTS, Rodrigues NCP, Camacho LAB, O'Dwyer G, Lima ISD, Andrade MKDN, et al. Prevalência de sobrecarga e respectivos fatores associados em cuidadores de idosos dependentes, em uma região pobre do Rio de Janeiro, Brasil. Cad Saúde Pública. 2016;32(6):1-14.
12. Fundação Sistema Educacional de Análise de Dados. Distribuição da população, segundo grupos do Índice Paulista de Vulnerabilidade Social (IPVS). São Paulo: IPVS; 2010.
13. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Indicadores sociais do município de São Carlos. 2013. [Sem Local]: IBGE; 2013.
14. Sequeira CAC. Adaptação e validação da Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit. Rev Referência. 2010;12(2):9-16.
15. Minayo MCS. O Desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14ª ed. São Paulo: Hucitec; 2014.
16. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2010.
17. Santos-Orlandi AAD, Brito TRPD, Ottaviani AC, Rossetti ES, Zazzetta MS, Gratão ACM, et al. Profile of older adults caring for other older adults in contexts of high social vulnerability. Esc Anna Nery. 2017;21(1):1-8.

18. Magalhães MJS, Silva AC. Conhecimento e dificuldades enfrentadas por cuidadores acerca de idosos acamados. *Rev Enferm UFPI*. 2014;3(1):32-8.
19. São Paulo (Estado). Secretaria Nacional de Assistência Social. Programa Renda Cidadã. São Paulo: Secretaria de Desenvolvimento Social; 2015.
20. Duarte MCS, Fernandes MDGM, Rodrigues RAP, Da Nóbrega MML. Fragilidade, morbidade referida e capacidade funcional em mulheres idosas. *Rev Enferm UERJ*. 2016;24(2):1-6.
21. Loureiro LSN, Fernandes MGM, Nóbrega MML, Rodrigues RAP. Sobrecarga de cuidadores de familiares idosos: prevalência e associação com características do idoso e do cuidador. *Rev Esc Enferm USP*. 2013;47(5):1133-40.
22. Bom FS, Sá SPC, Cardoso RSS. Overload in caregivers of the elderly. *Rev Enferm UFPE on line*. 2017;11(1):160-4.
23. Ballarin MLGS, Benedito AC, Krön CA, Christovam D. Sociodemographic profile and burden of informal caregivers of patients assisted in occupational therapy outpatient clinic. *Cad Ter Ocup UFSCar*. 2016;24(2):315-21.
24. Avelar Muniz E, Freitas CASL, Oliveira EN, Lacerda MR. Grau de sobrecarga dos cuidadores de idosos atendidos em domicílio pela Estratégia Saúde da Família. *Saúde Debate*. 2016;40(110):172-82.
25. Rodrigues JEG, Machado ALG, Vieira NFC, Fernandes AFC, Rebouças CBD. A qualidade de vida e sobrecarga de cuidadores familiares de idosos dependentes. *Ciênc Enferm*. 2014;20(3):119-29.
26. Baptista BO, Beuter M, Girardon-Perlini NMO, Brondani CM, Budó MLD, Santos NO. A sobrecarga do familiar cuidador no âmbito domiciliar: uma revisão integrativa da literatura. *Rev Gaúcha Enferm*. 2012;33(1):147-56.
27. Andrew MK, Keef J. Social vulnerability from a social ecology perspective: a cohort study of older adults from the National Population Health Survey of Canada. *BMC Geriatr*. 2014;14(1):1-18.
28. Browne-Yung K, Ziersh A, Baum F. Faking til you make it's: social capital accumulation of individuals on low incomes living in contrasting socio-economic neighborhoods and its implications for health and wellbeing. *Soc Sci Med*. 2013;85:9-17
29. Rinco M, Lopes A, Domingues MA. Envelhecimento e vulnerabilidade social: discussão conceitual à luz das políticas públicas e suporte social. *Kairós*. 2012;16(15):79-95.
30. Trindade I, Almeida D, Romão M, Rocha S, Fernandes S, Varela V, et al. Caracterização do grau de sobrecarga dos cuidadores de utentes dependentes da Unidade de Saúde Familiar USF Descobertas. *Rev Port Med Geral Fam*. 2017;33(3):178-86.
31. Ringer T, Hazzan AA, Agarwal A, Mutsaers A, Papaioannou A. Relationship between family caregiver burden and physical frailty in older adults without dementia: a systematic review. *Syst Rev*. 2017;6(1):1-16.
32. Castro DC, Nunes DP, Pagotto V, Pereira LV, Bachion MM, Nakatani AYK. Incapacidade funcional para atividades básicas de vida diária de idosos: estudo populacional. *Ciênc Cuid Saúde*. 2016;15(1):109-17.
33. Ferreira PC, Bansi L, Paschoal SMP. Serviços de atenção ao idoso e estratégias de cuidados domiciliares e institucionais. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2014;17(4):911-26.
34. Oliveira DC, Neri AL, D'Elboux MJ. Variáveis relacionadas à expectativa de suporte para o cuidado de idosos residentes na comunidade. *Rev Latinoam Enferm*. 2013;21(3):1-8.
35. Brasília. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome; Secretaria Nacional de Assistência Social. Política Nacional de Assistência Social – PNAS/ 2004. Norma Operacional Básica – NOB/SUAS. Brasília, DF: 2004.

Recebido: 27/09/2017

Revisado: 27/02/2018

Aprovado: 29/03/2018



## Perfil sociodemográfico e qualidade de vida de cuidadores de idosos com demência

Sociodemographic profile and quality of life of caregivers of elderly people with dementia

Raquel Santos de Queiroz<sup>1</sup>  
Alessandra Conceição Leite Funchal Camacho<sup>1</sup>  
Jonas Lírio Gurgel<sup>1</sup>  
Cíntia Raquel da Costa de Assis<sup>1</sup>  
Lucimere Maria dos Santos<sup>1</sup>  
Mauro Leonardo Salvador Caldeira dos Santos<sup>1</sup>

### Resumo

**Objetivo:** Analisar associação entre o perfil sociodemográfico, características do cuidado e a qualidade de vida de cuidadores de idosos diagnosticados com demência. **Método:** Estudo transversal, realizado em uma unidade ambulatorial geriátrica com 35 cuidadores de idosos diagnosticados com demência. Foi utilizado uma ficha de caracterização sociodemográfica e de saúde assim como a escala WHOQOL-bref. Para verificar a associação das variáveis idade, qualidade de vida e tempo total de cuidado foram aplicados os testes de “correlação de Spearman” ou “Pearson”, conforme a normalidade dos dados. **Resultados:** Constatou-se associação moderada entre idade do cuidador e sua qualidade de vida, assim como tempo total de cuidado e qualidade de vida, o que mostra que o cuidado prestado ao idoso demenciado gera repercussão na qualidade de vida. Os domínios do WHOQOL-bref que tiveram melhores médias foram *Relações Sociais* e *Físico*, e os que apresentaram menores médias foram *Psicológico* e *Meio Ambiente*. **Conclusão:** A identificação de condições que influenciam a qualidade de vida dos cuidadores de idosos com demência permite o estabelecimento de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde e do bem-estar de quem cuida, de forma que este cuidado transcenda para si e para o idoso.

**Palavras-chave:** Cuidadores. Demência. Enfermagem. Idoso. Qualidade de Vida.

### Abstract

**Objective:** To analyze the association between sociodemographic profile, health profile and the quality of life of caregivers of elderly people diagnosed with dementia. **Method:** A cross-sectional study was carried out in a geriatric outpatient unit with 35 elderly caregivers diagnosed with dementia. A socio-demographic and health characterization form was used as well as the WHOQOL-bref scale. To verify the association of the variables, the Spearman or Pearson correlation tests were applied, according to the normality of the data. **Results:** A moderate association between caregiver age and quality of life was found, as well as between total time of care and quality of life, which reveals that the care provided to the elderly with dementia has repercussions on the quality of life. The domains of the WHOQOL-bref with the highest means were *Social and Physical Relations*, and those with lower mean values were *Psychological* and *Environmental*. **Conclusion:**

**Keywords:** Caregivers. Dementia. Nursing. Elderly. Quality of Life.

<sup>1</sup> Universidade Federal Fluminense, Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, Programa de Pós-graduação em Ciências do Cuidado em Saúde. Niterói, Rio de Janeiro, Brasil.

The identification of conditions that influence the quality of life of caregivers of elderly people with dementia allows actions to promote, protect and recover the health and well-being of those who provide care to be established, so that this care is both for themselves and for the elderly.

## INTRODUÇÃO

A demência é um conjunto clínico de sinais e sintomas caracterizado por dificuldades de memória, de linguagem, comportamentais e com consequências no planejamento e na realização das atividades de vida diária<sup>1</sup>.

São vários os tipos de demência, sendo a doença de Alzheimer a mais prevalente entre os idosos (60-70%), em seguida da demência vascular, demências dos corpúsculos de Lewy e demências frontotemporais<sup>2</sup>.

Em 2001, cerca de 24 milhões de idosos apresentavam algum tipo de demência, sendo esperada a duplicação desse valor a cada 20 anos, ou seja, 42 milhões em 2020 e 81 milhões em 2040<sup>3</sup>.

Por se tratar de uma doença crônica e limitante os idosos passam a ter dificuldades na realização de suas atividades cotidianas, tornando-os cada vez mais dependentes de cuidados adicionais. Estudo realizado na América do Norte identificou que pessoas com demência necessitam de no mínimo 8,5 horas de cuidado diariamente, e nos quadros de moderado a grave o cuidado passa a ser entre 17,5 e 41,5 horas diariamente<sup>4</sup>.

Esse cuidado muitas vezes é prestado pelos cuidadores, os quais representam o elo entre o idoso, a família e os serviços de saúde. O cuidador é definido como a pessoa que é responsável pelo cuidado ao idoso dependente de auxílio em suas atividades de higiene, medicação, domésticas e companhia aos serviços de saúde, independente de ausência ou presença de vínculo familiar ou remuneração<sup>5</sup>.

Em vistas das condições incapacitantes causadas pela demência, os cuidadores passam a fazer parte do cenário familiar do idoso, assumindo a responsabilidade pelas atividades que antes eram realizadas pelos idosos, ou seja, o cotidiano, o

cuidado com a casa, o gerenciamento das contas, além das atividades básicas do cuidado<sup>6</sup>.

A execução das atividades burocráticas e de cuidado são fatores que prejudicam a qualidade de vida desses cuidadores, definida como a percepção da pessoa a respeito da posição de sua vida considerando os valores culturais do local onde vive, além de seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações<sup>7</sup>.

A carga horária gasta no cuidado, a falta de informação e de apoio, o grau de cansaço e as atividades realizadas no cotidiano são definidas como alguns fatores que contribuem para intensificar a sobrecarga do cuidador<sup>8</sup>.

Além da preocupação com o processo de cuidar, os cuidadores de idosos diagnosticados com demência possuem mais chances de desenvolvimento de sintomas psiquiátricos, problemas físicos, sociais, financeiros, hipertensão, arterial, tireoidopatias, osteoporose, problemas digestivos, respiratórios, ansiedade, insônia e depressão<sup>9</sup>.

Os problemas de saúde são decorrentes do impacto causado pelas tarefas realizadas pelos cuidadores, muitas vezes sem orientação adequada ou sem o suporte de outras pessoas, dessa forma o acúmulo de atividades afeta a sua própria vida pessoal<sup>8</sup>.

Considerando o aumento do envelhecimento populacional e a diversidade nas relações de cuidado salienta-se a necessidade de conhecer e (re)conhecer os fatores relacionados a qualidade de vida dos cuidadores de idosos com demência. Desta forma, o estudo tem o questionamento: Qual a associação entre o perfil sociodemográfico e características com a qualidade de vida dos cuidadores de idosos com demência?

O objetivo deste estudo é analisar associação entre o perfil sociodemográfico, características do cuidado e a qualidade de vida de cuidadores de idosos diagnosticados com demência.

## MÉTODOS

Trata-se de um estudo quantitativo do tipo transversal realizado em uma unidade ambulatorial geriátrica de assistência ao idoso vinculado a uma universidade pública, localizado no município de Niterói, no Estado do Rio de Janeiro.

Os critérios de inclusão adotados foram: o receptor do cuidado e seu cuidador serem atendidos no Centro de Atenção à Saúde do Idoso e seus Cuidadores; ser maior que 18 anos; ser cuidador formal e/ou informal de idosos com demência; ser o cuidador principal por no mínimo seis meses. Como critérios de exclusão: frequência esporádica do Centro de Atenção à Saúde do Idoso e seus Cuidadores; presença de perturbação da comunicação que dificulte a realização dos testes.

A pesquisa teve como população cuidadores de idosos com demência que são atendidos na consulta de enfermagem do ambulatório, composto por 81 cuidadores ativos do programa. Destes, 22 cuidadores alegaram indisponibilidade de horários para as consultas de enfermagem, 14 cuidadores não foram encontrados nos telefones cadastrados e 10 cuidadores não se adequavam aos critérios de inclusão.

O tamanho da amostra foi calculado pelo *software Gpower 3.1* para alcançar um poder de 0,8 e nível de significância de 0,05. A amostragem foi composta por todos os cuidadores de idosos com demência que participavam das consultas de enfermagem e se adequavam aos critérios estabelecidos, sendo obtido o total de 35 participantes.

O período de coleta de dados foi entre novembro de 2016 e abril de 2017. A técnica utilizada para a coleta de dados com os cuidadores de idosos com demência foi a entrevista estruturada com caráter exploratório realizada durante a consulta de enfermagem, como instrumento foi utilizada a ficha de caracterização sociodemográfica e de saúde do cuidador, elaborada e pré-testada pelas pesquisadoras.

Para caracterização sociodemográfica e de saúde, registrou-se idade; categoria do cuidador (formal/informal); sexo; escolaridade; estado civil; atividade profissional; renda familiar; coabitação com o idoso; divisão de cuidados; grau de parentesco com o idoso;

problema de saúde; uso contínuo de medicamento e realização de psicoterapia.

Para mensuração da qualidade de vida foi utilizado a escala WHOQOL-bref. Essa escala possui 26 questões, com escalas do tipo Likert de zero a cinco. As questões são divididas em quatro domínios (*Físico, Ambiental, Psicológico e Relações Sociais*), seu resultado inicialmente varia de quatro a 20, sendo depois convertido em uma escala de 0 a 100%. Dessa forma, quanto maior o valor, melhor a qualidade de vida.

O preenchimento dos instrumentos foi realizado após a conclusão da consulta de enfermagem, por meio do convite, leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A entrevista foi realizada em local reservado e sendo preservado o anonimato dos participantes.

Para a análise dos dados, foi construída uma planilha onde os dados foram organizados em dupla digitação e validados para comparações. Em seguida, as variáveis: sexo, idade, categoria, tempo total de cuidado, divide o cuidado e coabitação com o idoso, foram importadas para o *software* estatístico para realização dos testes estatísticos.

Para todos os testes foi adotado o nível de significância  $p \leq 0,05$ . Para analisar a normalidade dos dados foi aplicado o teste Shapiro-Wilk. As variáveis sexo, categoria dos cuidadores, divisão de cuidados e coabitação foram apresentadas em formas comparativas com relação aos escores da qualidade de vida. Para realização da associação entre as variáveis idade e qualidade de vida foi utilizado o Teste de Correlação de Pearson (dados com distribuição normal) e para associar o tempo total de cuidado e qualidade de vida foi utilizado Teste de Correlação de Spearman (dados com distribuição não normal). Ambos os testes permitem estabelecer o relacionamento entre duas variáveis quantitativas.

A pesquisa foi submetida e aprovada com número do parecer 1.740.880 pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Antônio Pedro (HUAP) da Universidade Federal Fluminense (UFF), conforme Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi assinado em duas vias.

## RESULTADOS

A amostra do presente estudo foi constituída por 35 cuidadores de idosos com demência. A Tabela 1 fornece a análise descritiva sociodemográfica da amostra e a Tabela 2 ilustra as características do tipo de cuidado prestado pelos cuidadores.

Com relação ao perfil de saúde 85,7% dos cuidadores apresentavam algum problema crônico de saúde (variável autorreferida), sendo as enfermidades mais frequentes na amostra: problema de coluna (33,3%); hipertensão arterial sistêmica (28,2%); diabetes *mellitus* (12,8%) e depressão (7,7%). As enfermidades menos frequentes (2,6%) foram: hipotireoidismo; asma; endometriose; alergias respiratórias; artrose e cardiopatia.

Quanto ao uso contínuo de algum medicamento, 12,3% não usavam medicamentos e 65,7% utilizavam algum medicamento. Dentre a classe medicamentosa mais frequente destacam-se analgésicos, hipoglicemiantes e antidepressivos.

Cerca de 34,0% dos cuidadores afirmaram fazer psicoterapia, enquanto que 65,7% afirmaram nunca ter feito algum tipo de acompanhamento psicoterápico.

A respeito da qualidade de vida, mensurada pela escala WHOQOL-bref, os resultados da mesma foram estratificados de acordo com os quatro domínios, conforme demonstrado na Tabela 3, a qual descreve escore de 0 a 100 em valores percentuais.

**Tabela 1.** Perfil sociodemográficos da amostra. Niterói, RJ, 2017.

Variável	n (%)
Sexo	
Feminino	32 (91,4)
Masculino	3 (8,6)
Idade (anos)	
<60	19 (54,3)
≥60	16 (45,7)
Estado civil	
Solteiro	7 (20,0)
Casado	23 (65,7)
Divorciado	4 (11,4)
Viúvo	1 (2,8)
Escolaridade (anos)	
0	1 (2,8)
1–4	2 (5,7)
5–9	4 (11,4)
10–12	20 (57,2)
≥12	8 (22,9)
Renda (salário mínimo)*	
1 a 3	22 (62,8)
4 a 6	12 (34,3)
≥7	1 (2,8)
Atividade profissional	
Sim	14 (40,0)
Não	21 (60,0)

\*Salário mínimo vigente em 2017: R\$ 937,00.

**Tabela 2.** Características do cuidado prestado por cuidadores de idosos com demência. Niterói, RJ, 2017.

Variável	n (%)
Tipo de cuidador	
Informal/Familiar	27 (77,1)
Formal	8 (22,9)
Parentesco	
Cônjuge	9 (20,0)
Filho(a)	14 (20,0)
Irmã(o)	2 (58,0)
Neto(a)	1 (7,0)
Sobrinho(a)	1 (3,0)
Carga horária diária (horas)	
4-7	7 (20,0)
≥8	28 (80,0)
Divisão de cuidados	
Sim	19 (54,3)
Não	16 (45,7)
Coabitação com o idoso	
Sim	19 (54,3)
Não	16 (45,7)
Tempo total de cuidado (anos)	
≤4	22 (62,8)
≥5	13 (37,2)

**Tabela 3.** Escores referentes aos domínios e as facetas dos participantes, segundo WHOQOL-bref. Niterói, RJ, 2017.

Domínio/Faceta	Escore (%)
Físico	62,2
Dor e desconforto	65,7
Energia e fadiga	65,7
Sono e repouso	50,0
Mobilidade	81,4
Atividades cotidianas	65,0
Dependência de medicação	47,9
Capacidade de trabalho	60,0
Sentimentos positivos	40,7
Psicológico	61,1
Autoestima	69,3
Sentimentos negativos	63,6
Espiritualidade/religião/crenças	58,6
Relações sociais	63,1
Relações pessoais	62,9
Suporte e apoio social	68,6
Atividade sexual	57,9

continua

Continuação da Tabela 3

Domínio/Faceta	Escore (%)
Ambiente	51,8
Segurança física e proteção	52,9
Ambiente do lar	67,9
Recursos financeiros	42,9
Cuidados de saúde	40,0
Novas informações/ habilidades	63,4
Recreação e lazer	32,1
Ambiente físico	65,7
Transporte	46,4
Autoavaliação da qualidade de vida	61,8
Qualidade de vida geral	58,8

Diante dos resultados expostos na Tabela 4 pôde-se concluir que dentre os quatro domínios, os dois melhores avaliados foram os domínios *Relações Sociais* (63,1%) e *Físico* (62,2%). Enquanto que o *Psicológico* (61,1%) e o *Ambiente* (51,8%) foram os que tiveram menores pontuações.

Com relação à autoavaliação da qualidade de vida, foi obtida a média de 61,8%, correspondente a duas questões: *Como você avaliaria sua qualidade de vida?* e *Quão satisfeito você está com a sua saúde?* Na primeira questão houve o predomínio da resposta *nem ruim nem boa* (48,6%), e na segunda a resposta *satisfeito* foi a mais frequente (42,9%). A maioria dos participantes autoavaliou a qualidade de vida de forma regular, já que houve poucos casos de completa insatisfação ou completa satisfação.

No domínio *Físico* a questão melhor avaliada foi referente à mobilidade, verifica-se que dos 35 participantes, 18 (51,4%) responderam que a capacidade de locomoção é  *muito boa*. Já a questão pior avaliada foi referente à dor física, 13 (37,1%) apontaram que a dor impede  *mais ou menos* a realização de atividades.

No domínio *Psicológico* a questão pior avaliada foi com relação a sentimentos negativos, onde 16 (45,7%) dos participantes relataram que *algumas vezes* têm sentimentos como mau humor, desespero, ansiedade, depressão, e sete (20,0%) apontaram que *frequentemente* apresentam sentimentos negativos. A melhor questão avaliada foi a aparência física,

15 (42,8%) afirmaram que *aceitam completamente* a aparência física.

No domínio *Relações Sociais* a vida sexual foi a questão com menor média, onde 11 (31,4%) responderam *nem satisfeito nem insatisfeito*. O apoio recebido dos amigos foi o melhor avaliado, onde 20 (57,1%) responderam estarem *satisfeitos*.

No domínio *Ambiente* a menor avaliação foi referente à recreação e lazer, o qual 13 (37,1%) participantes avaliaram ter  *muito pouco* oportunidade de lazer. A moradia foi a questão melhor avaliada, onde 17 (48,5%) responderam estarem *satisfeitos* com as condições do local onde moram.

A Tabela 4 indica o escore geral da qualidade entre as categoriais avaliadas

Os resultados apontam que os cuidadores do sexo feminino apresentaram melhores escores na qualidade de vida, em comparação aos homens, assim como as pessoas mais velhas e com mais tempo de cuidado prestado. Com relação à categoria dos cuidadores não houve diferença entre os grupos, e diferença mínima entre os que dividem ou não o cuidado e os que coabitam ou não com o idoso.

Foi aplicado o teste de Correlação de Pearson para verificar a associação entre idade e qualidade de vida, enquanto que o teste de Correlação de Pearson foi utilizado entre tempo total de cuidado-qualidade de vida e renda familiar-qualidade de vida, conforme Tabela 5.

**Tabela 4.** Escore geral da qualidade de vida em categorias. Niterói, RJ, 2017.

Variáveis	Escore geral da qualidade de vida (%)
Sexo	
Feminino	84,4
Masculino	80,0
Idade	
<60	82,5
≥60	85,0
Categoria	
Informal/familiar	83,7
Formal	83,7
Tempo como cuidador (anos)	
<5	80,6
≥5	89,3
Divisão de cuidados	
Sim	85,0
Não	81,8
Coabitação com o idoso	
Sim	84,4
Não	85,2

**Tabela 5.** Testes de correlação entre qualidade de vida, idade, tempo total de cuidado e renda familiar. Niterói, RJ, 2017.

Variável	Qualidade de Vida	
	r	p
Idade do cuidador	0,399**	0,018*
Tempo de cuidado	0,395***	0,019*
Renda familiar	- 0,38***	0,828

\*A correlação é significativa no nível 0,05 (bilateral); \*\*Teste de correlação de *Pearson*; \*\*\*Teste de correlação de *Spearman*.

Por meio da análise dos resultados, é possível apontar que há associação moderada entre a idade do cuidador e o tempo que exerce a função com a qualidade de vida, sendo os dados considerados significativos. Portanto, para a amostra estudada supõe-se que quanto mais velho o cuidador, melhor o escore da sua qualidade de vida, assim como os cuidadores que apresentam mais tempo de cuidado apresentaram escores mais elevados.

## DISCUSSÃO

O perfil do cuidador de idoso encontrado assemelha-se aos resultados de outras pesquisas. Neste estudo houve o predomínio de cuidadores do sexo feminino com média de idade de 57,51 ( $\pm 11,96$ ) anos, filhas(os) do receptor de cuidado, casadas(os) e com ensino médio completo. O fato de as mulheres serem as principais responsáveis pelo

cuidado pode ser explicado pelo processo histórico das diferenças entre os gêneros. O homem é visto como o principal provedor da renda e das despesas financeiras, enquanto que a mulher é responsável pelo cuidado com a casa e pelos membros da família, apesar das mudanças do aspecto no cenário atual do mercado de trabalho<sup>10,11</sup>.

Com relação à idade dos participantes há o quadro de idoso cuidando de outro idoso, o que corrobora a literatura. Essa faixa etária é vista como uma fase de transição e de diversas mudanças do envelhecimento, sendo visto como maior necessidade de atenção psicobiológica, o que é dificultado pela tarefa do cuidar, caracterizado por execução de atividades complexas, delicadas e sofridas<sup>10</sup>.

Neste presente estudo verificou-se que os cuidadores mais jovens apresentaram escores da qualidade de vida mais baixos em relação aos cuidadores idosos. Pode-se justificar este fato aos impactos causados pelo cuidado à vida pessoal, social, profissional e à saúde, onde os cuidadores mais velhos apresentam necessidades profissionais e sociais distintas dos mais jovens, estes por sua vez, demandam reestruturação em todos os aspectos para lidar com o cuidado, e por conta disso, acabam apresentando prejuízos na qualidade de vida.

Diante da relação idade e qualidade de vida deve-se atentar para ações de promoção da saúde que envolvam ambos os grupos, idosos ou não idosos, sabendo que apesar de terem características e necessidades diferentes, estes demonstram fragilidade na saúde física e emocional, que são envolvidos principalmente pela tarefa de cuidar.

Já a escolha do cuidador como membro da família geralmente advém da obrigação por parte dos filhos/esposos ou por necessidade financeira. Numa revisão integrativa realizada em 2015, os artigos analisados apontaram conformidade com relação ao vínculo familiar entre idoso e cuidador, o qual são listados fatores influenciadores da escolha da figura do cuidador principal, como: proximidade afetiva, convivência física, coabitação, tempo livre e condições financeiras<sup>12</sup>.

Relacionando à atividade como cuidador, destaca-se a coabitação com o idoso (62,8%). Residir no

mesmo domicílio que o idoso gera maior carga horária diária no cuidado, conseqüentemente mais tarefas realizadas/auxiliadas/supervisionadas.

Na pesquisada realizada em uma unidade de Saúde-Escola de São Paulo, todos os cuidadores familiares coabitavam com o idoso demenciado. Diante do fato, os pesquisadores afirmam que ao dividir a mesma residência há uma necessidade de readaptação do cotidiano, referentes ao seu próprio contexto de vida e do contexto do idoso. Essa mudança exige que o cuidador esteja disponível de forma integral para desempenhar o seu papel e se vê obrigado a redefinir os seus projetos pessoais e suas relações sociais<sup>6</sup>.

No presente estudo, a divisão de cuidados com outra pessoa esteve presente em 54,29% dos participantes, semelhante em outro estudo<sup>13</sup>. A divisão de cuidados quando presente oferece melhor qualidade de suporte aos idosos, pois ocorre a colaboração entre as pessoas proveniente do amor, da afeição e da preocupação, consecutivamente reduz os efeitos negativos do estresse<sup>14</sup>.

Considerando as facetas da escala WHOQOL-bref a questão referente à recreação e lazer teve a média de 32,14%, valor bem abaixo da metade. O que vai ao encontro com os fatos referentes ao tipo de cuidado, como a carga horária de cuidado, a coabitação e a divisão de cuidados. Os cuidadores que possuem tais características tendem a passar mais tempo prestando alguma tarefa de cuidar do idoso ocasionando falta de tempo para si próprio, por conta das demandas do cuidado.

Apesar de os participantes terem alguma doença e fazerem uso contínuo de algum medicamento, houve o predomínio da satisfação (42,86%) com relação à própria saúde, dados semelhantes à pesquisa anterior<sup>15</sup>. Pesquisas apontam que os cuidadores tendem a apresentar manifestações psíquicas e piora na saúde física, no sistema imunológico, problemas respiratórios, cardiopatias e osteoporose<sup>12,15</sup>. Embora ainda não haja consenso na relação problema de saúde e qualidade de vida, visto que esta é considerada subjetiva.

O domínio *Relações Sociais*, que foi mais bem avaliado entre os domínios envolve questões

referentes à vida sexual, relações pessoais e suporte/apoio social. Destas, a insatisfação maior foi à vida sexual e a maior satisfação o apoio social.

O suporte ofertado por terceiros aos cuidadores corrobora o fato do predomínio da divisão de cuidados, sendo visto de forma positiva em comparação aos que não dividem o cuidado. É fundamental a articulação entre cuidadores, familiares e a comunidade, de forma que haja a integração das necessidades materiais e emocionais, o que contribui para a qualidade de vida<sup>16</sup>.

Nos casos em que não há suporte de outras pessoas, ocorre o comprometimento da saúde física, mental e social dos cuidadores, o que acaba afetando a qualidade da assistência prestada. Para oferecer uma rede de suporte deve-se identificar e avaliar as questões referentes ao cuidador como um todo, incluindo condições físicas, emocionais e financeiras<sup>17</sup>.

O domínio que foi pior avaliado foi o *Ambiente* assim como na pesquisa realizada com 66 cuidadores de idosos dependentes no estado de São Paulo<sup>18</sup>. As facetas deste com escores mais baixos foram recreação e lazer, cuidados de saúde, recursos financeiros e meio de transporte, logo, essas quatro questões se articulam entre si, onde o cuidado, muitas vezes ininterrupto, e a dificuldade financeira, impedem ou dificultam a realização de atividades de lazer e a satisfação com o serviço de saúde e meio de transporte. O lazer, quando ausente ou pouco frequente, decorre da restrição domiciliar do idoso, o que requer a presença constante de alguém o acompanhando, neste caso o cuidador.

No início da doença há uma integração maior entre familiares e amigos do idoso, mas essa característica tende a mudar conforme a progressão da doença, de forma que o cuidador acaba tornando-se sozinho apenas na esfera doméstica do cuidado. A falta de lazer junto com o confinamento domiciliar leva a sobrecarga do cuidador, afetando a sua capacidade, isolamento, alterações no estilo de vida e insatisfação pessoal<sup>19</sup>.

Com relação à situação financeira, esta quando está prejudicada também gera sobrecarga ao cuidador, visto que há a dificuldade ou impossibilidade de se

(re)inserir no mercado de trabalho<sup>19</sup>. A dificuldade financeira é considerada um forte preditor de tensão para o cuidador, já que a baixa condição social diminui a participação efetiva na busca de implementação de soluções de proteção e elevação nos níveis de saúde do idoso<sup>20</sup>.

O cuidado prestado pelos cuidadores é suficiente para mudar o paradigma de prazer para obrigação, a qual sua a ocupação pessoal deixa de ser para si e volta-se para o outro, gerando desestruturação do cotidiano e sobrecarga<sup>20</sup>.

Como limitação do estudo, destaca-se o tamanho da amostra, explicado pela dificuldade de contatar os idosos e seus cuidadores, já que grande parte dos prontuários encontrava-se desatualizado, o que dificultava o processo de seleção dos possíveis participantes da pesquisa.

## CONCLUSÃO

O estudo analisou o perfil dos cuidadores de idosos com demência e associações com a qualidade de vida, sendo significativa a relação entre idade, tempo total de cuidado com a qualidade de vida. As demais associações e comparações não demonstraram valor estatístico significativo, mas foram suficientes para apontar discussões entre as variáveis e questões da qualidade de vida.

É importante destacar que o enfermeiro enquanto profissional que atende a todos os ciclos da vida tenha domínio das demandas oriundas do idoso demenciado e de seu cuidador. Saber olhar o cuidador como um elo de cuidado e identificar suas características e suas condições do cuidado como possíveis fatores condicionantes capazes de modificar toda a estrutura de vida, e consequentemente definir as áreas que necessitam de maior atenção e intervenção, de forma a proporcionar uma melhor qualidade de vida para o cuidador e este perpassará sobre o cuidado que será prestado ao idoso, constituindo de fato integração entre idoso-cuidador-profissional.

Aos demais profissionais da saúde, que lidam com a clientela com demência, é primordial compreender a realidade do cuidado prestado, para que se possa

atender integralmente o binômio idoso-cuidador, por meio da elaboração de estratégias específicas na promoção, prevenção e recuperação da saúde, visto que ambos passam por processo de reestruturação em todos os lados vida.

Recomenda-se, por fim, a realização de estudos longitudinais, para que seja possível haver o acompanhamento dos cuidadores por um prazo de tempo maior, de forma que as variáveis independentes sejam minuciosamente avaliadas.

## REFERÊNCIAS

- Eid NT, Kairalla M, Campora F. Avaliação do grau de dependência para as atividades de vida diária de idosos. *Rev Bras Clin Med*. 2012;10(1):19-23.
- Sayeg N. Como diagnosticar e tratar doença de Alzheimer. *Rev Bras Med*. 2012;69(12):97-109.
- Burlá C, Camarano AA, Kanso S, Fernandes D, Nunes R. Panorama prospectivo das demências no Brasil: um enfoque demográfico. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2013;18(10):2949-56.
- Wachholz PA, Santos RCC, Wolf LSP. Reconhecendo a sobrecarga e a qualidade de vida de cuidadores familiares de idosos frágeis. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2013;16(3):513-26.
- Brasil. Ministério da Previdência e Assistência Social. Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília, DF: MS; 2006.
- Bauab JP, Emmel MLG. Mudanças no cotidiano de cuidadores de idosos em processo demencial. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2014;17(2):339-52.
- Borghí AC, Sassá AH, Matos PCB, Decesaro MN, Marcon SS. Qualidade de vida de idosos com doença de Alzheimer e de seus cuidadores. *Rev Gaúcha Enferm*. 2011;32(4):751-8.
- Novelli MMPC, Nitrini R, Caramelli P. Cuidadores de idosos com demência: perfil sociodemográfico e impacto diário. *Rev Ter Ocup*. 2010;20(2):139-47.
- Tomomitsu MRSV, Perracini MR, Neri AL. Fatores associados à satisfação com a vida em idosos cuidadores e não cuidadores. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2014;19(8):3429-40.
- Araújo JS, Vidal GM, Brito FN, Gonçalves DCA, Leite DKM, Dutra CDT, et al. Perfil dos cuidadores e as dificuldades enfrentadas no cuidado ao idoso, em Ananindeua, PA. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2013;16(1):149-58.
- Silva SPN, Aquino CAG, Barbosa TLA, Silva CSO, Gomes LMX. A perspectiva do cuidador frente ao idoso com doença de Alzheimer. *Rev Pesqui Cuid Fundam (online)*. 2013;5(1):3333-42.
- Cardoso VB, Almeida JL, Costa CD, Tebaldi JB, Mattos FA. A doença de Alzheimer em idosos e consequências para cuidadores domiciliares. *Memorialidades*. 2015;23(24):113-49.
- Rossi VE, Soares MA, Vilela MBT, Alves A, Oliveira MG. Perfil dos cuidadores de idosos com doença de Alzheimer de uma cidade do interior de Minas Gerais. *Ciênc Praxis*. 2015;8(16):27-32.
- Pinto FNFR, Barham EJ. Bem estar psicológico: comparação entre cuidadores de idosos com e sem demência. *Psicol Saúde & Doenças*. 2014;15(3):635-55.
- Santos CF, Gutierrez BAO. Avaliação da qualidade de vida de cuidadores informais de idosos portadores da doença de Alzheimer. *REME Rev Min Enferm*. 2013;17(4):792-8.
- 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.
- Lindolpho MC, Caldas CP, Acioli S, Vargens OMC. O cuidador de idoso com demência e a política de atenção à saúde do idoso. *Rev Enferm UFPE on line*. 2014;8(12):4381-90.
- Amendola F, Oliveira MAC, Alvarenga MRM. Influência do apoio social na qualidade de vida do cuidador familiar de pessoas com dependência. *Rev Esc Enferm USP*. 2011;45(4):884-9.
- Pedreira LC, Oliveira AMS. Cuidadores de idosos dependentes no domicílio: mudanças nas relações familiares. *Rev Bras Enferm*. 2012;65(5):730-6.
- Coelho ER, Sacerdote DS, Cardoso LTS, Barreto RMCS, Souza RC. Perfil sociodemográfico e necessidades de educação em saúde entre cuidadores de idosos em uma unidade de saúde da família em Ilhéus, Bahia, Brasil. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2016;8(28):172-9.

Recebido: 31/10/2017

Revisado: 18/02/2018

Aprovado: 21/03/2018



# A percepção de idosos sobre sofrimentos ligados à sua fragilização

The perception of the elderly about suffering related to frailty

220

Daniel Rocha Silveira<sup>1</sup>  
Karla Cristina Giacomini<sup>2,3</sup>  
Rosângela Correa Dias<sup>4</sup>  
Josélia Oliveira Araújo Firmo<sup>3</sup>

## Resumo

**Objetivo:** Compreender como a pessoa idosa percebe aspectos subjetivos ligados a sofrimentos atuais e outros experimentados ao longo da vida e que se remetem ao processo de fragilização. **Método:** Estudo qualitativo, ancorado na Antropologia interpretativa. Foram selecionados idosos participantes no banco de dados da Rede FIBRA - entre aqueles classificados como *robustos* ou *pré-frágeis* em 2009, no polo Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, segundo o referencial do fenótipo de fragilidade de Fried et al. Foram entrevistados 15 idosos, de diferentes sexos, idades, renda, religião, condição funcional. Foi utilizado o modelo de análise “Signos, significados e ações que possibilitam a compreensão dos elementos significativos para uma população ler uma determinada situação e se posicionar diante dela”. **Resultados:** Da análise emergiram as categorias: a) o sofrimento ao longo da vida e b) adoecimentos e os recursos para lidar com eles. **Conclusão:** Os entrevistados narram sofrimentos de diferentes aspectos que constituem a sua vida, do nascer ao envelhecer, conforme experiências que significam dores, perdas, aprendizado. A percepção de fragilização atual remete à história de vida marcada por sofrimentos físicos e/ou mentais, insidiosos ou pontuais – bem como aos adoecimentos, como se manifestam hoje, e à falta de recursos financeiros e de segurança urbana. As narrativas nos aproximam da percepção da fragilidade como sendo constitutiva do ser humano – que pode facilmente trincar.

**Palavras-chave:** Idoso  
Fragilizado. Percepção.  
Fragilidade. Antropologia  
Médica.

<sup>1</sup> Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

<sup>2</sup> Prefeitura Municipal de Belo Horizonte, Secretaria Municipal da Saúde. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

<sup>3</sup> Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), Núcleo de Estudos em Saúde Pública e Envelhecimento (NESPE). Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

<sup>4</sup> Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Educacional, Departamento de Fisioterapia. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

Financiamento da pesquisa: Fundação de Amparo à Pesquisa de Minas Gerais (FAPEMIG) (APQ-00703-17), Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Bolsa de produtividade - 303372/2014-1.

## Abstract

*Objective:* To understand how elderly persons perceive subjective aspects linked to current and other life experiences related to the process of becoming frail. *Method:* A qualitative study, anchored in interpretative anthropology, was performed. The elderly were selected from the FIBRA Network database from those classified as robust or pre-frail, according to the frailty phenotype of Fried et al., in Belo Horizonte, Minas Gerais, Brazil in 2009. We interviewed 15 elderly people of different genders, ages, income, religion and functional status, in 2016. In data collection and analysis, the "signs, meanings and actions" analysis model was used, which allows the understanding of the elements that are significant for a population to read a given situation and to position themselves in relation to it. *Results:* From the analysis the following categories emerged: a) suffering throughout life and b) suffering and the resources to deal with them. *Conclusion:* The interviewees described sufferings of different aspects that constitute their life, from birth to aging, according to experiences related to pain, loss and learning. The perception of current frailty refers to their life history, marked by physical or mental suffering, whether insidious or temporary - as well as illnesses, how they manifest themselves today, and a lack of financial resources and urban security. The narratives bring us closer to the perception of frailty as being constitutive of human beings, who can easily break.

**Keywords:** Frail Elderly. Perception. Fragility. Medical Anthropology.

## INTRODUÇÃO

A fragilidade é um estado clínico no qual há um aumento na vulnerabilidade do indivíduo para a dependência ou a mortalidade diante de um evento estressor<sup>1</sup>. Vários grupos de pesquisadores chegaram ao consenso de que essa síndrome médica multifatorial pode ser potencialmente rastreada, prevenida ou tratada com ações específicas; e que todos os indivíduos maiores de 70 anos e/ou com perda involuntária de peso devem ser investigados.

Um grande marco conceitual é o fenótipo de fragilidade proposto por Fried et al.<sup>2</sup>, baseado em cinco critérios: perda de peso não intencional, exaustão autorreportada, fraqueza física, redução na velocidade de caminhada, baixa atividade física. A presença de três ou mais critérios configura a fragilidade; 1 ou 2, a pré-fragilidade e a ausência de todos define uma pessoa robusta. De acordo com a literatura, a prevalência da síndrome é maior entre as mulheres e aumenta com a idade - variando de 2,5% entre idosos na faixa etária entre 60 e 70 anos, e mais de 30% entre os idosos octogenários<sup>1</sup>. No Brasil, baseado nos mesmos critérios, foi desenhado um estudo epidemiológico de caráter transversal, multidisciplinar e multicêntrico para investigar o perfil e a prevalência dessa síndrome em idosos e seus fatores associados - a Rede de Estudo sobre Fragilidade em Idosos Brasileiros (rede FIBRA, composta por

quatro polos: Universidade Federal de Minas Gerais, Universidade de Campinas, Universidade de São Paulo-Ribeirão Preto e Universidade do Estado do Rio de Janeiro). Entre os idosos belorizontinos, foi encontrada uma prevalência de fragilidade de 8,7%<sup>3</sup>.

Quando investigado em sua esfera física, os estudos de enfoque marcadamente biomédico e positivista descrevem o processo de fragilização, embora dinâmico, usualmente segue uma lógica unidirecional: do estágio robusto, passando pelo pré-frágil, e culminando no frágil. Uma melhor compreensão sobre como ocorrem essas transições poderia favorecer o cuidado, a prevenção e a intervenção<sup>4</sup>.

Na busca de uma compreensão mais ampla sobre o que compõe a fragilização de uma pessoa idosa, faz-se necessário uma abordagem que possibilite uma aproximação de outras questões: culturais, psíquicas e sociais, inter-relacionadas e variáveis de indivíduo para indivíduo<sup>5</sup>, que incluam questões subjetivas sobre a saúde, a doença e os incômodos que as pessoas vivenciam ao longo da vida.

A experiência de fragilidade engloba também uma perspectiva existencial, em que o indivíduo sofre ao se deparar com a própria finitude<sup>6</sup>, diante das contingências da vida. Reconhecendo-se a importância dos determinantes sociais no modo

como as pessoas envelhecem<sup>7</sup> - e considerando que as desordens, sejam elas orgânicas ou psicológicas, somente são acessíveis por meio da mediação cultural<sup>8</sup>.

O presente trabalho objetiva compreender como a pessoa idosa percebe aspectos subjetivos ligados a sofrimentos atuais e outros experimentados ao longo da vida que remetem ao processo de fragilização.

## MÉTODO

Esta abordagem qualitativa, ancorada na Antropologia Interpretativa, assume a cultura enquanto uma constelação de significados que se torna o mapa a partir do qual as pessoas de um grupo leem cada situação da vida<sup>9</sup>. Essa compreensão permitiu distinguir entre “doença processo” (*disease*) - o processo biológico de adoecimento - e “doença experiência” (*illness*), que corresponde a uma construção cultural local, a qual cada pessoa em questão atribui sentidos próprios<sup>10</sup>. Ademais é preciso considerar que o conjunto de valores e práticas que configuram o saber biomédico pode divergir do conjunto de valores e práticas que constitui a cultura popular local, inclusive a experiência de vida no mundo dos usuários dos serviços<sup>11</sup>.

Em 2009, os 601 idosos participantes da Rede FIBRA-Polo Belo Horizonte foram avaliados e classificados em *robustos*, *pré-frágeis* ou *frágeis*, segundo os critérios do fenótipo de fragilidade de Fried et al.<sup>2</sup>. Contudo, após 24 meses de seguimento, foram reavaliados todos os 40 idosos considerados frágeis na linha de base<sup>4</sup>. Dezoito deles (45%) haviam falecido ou apresentavam processos demenciais, bem como a piora da fragilidade física que inviabilizava a realização de entrevistas. Por isso, para o presente trabalho, executado seis anos após a coleta inicial, foram convidados apenas aqueles classificados como *robustos* ou *pré-frágeis*, uma vez que o grupo de idosos considerados frágeis muito provavelmente já não mais estaria elegível para entrevistas.

A escolha da Rede FIBRA deveu-se à possibilidade de acesso a um grupo de idosos já investigados sobre o tema. Porém, uma vez que o escopo da pesquisa adentrava a esfera subjetiva desse processo de fragilização, a metodologia utilizada foi diversa daquela do FIBRA – baseado em medições objetivas físicas. Os idosos identificados como *pré-frágeis* e

*robustos* foram selecionados aleatoriamente na lista dos participantes da rede FIBRA. Para garantir a heterogeneidade dos participantes, foram incluídas pessoas de diferentes sexos, idades, renda, religião, condição funcional e local de moradia em regiões da cidade de níveis de Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) díspares<sup>12</sup>. Não foram elegíveis para o estudo aqueles que apresentaram sequelas graves ou algum outro motivo que os incapacitasse para responder ou participar de uma entrevista.

Todos foram contatados por telefone e agendada entrevista no domicílio. Informados sobre o estudo e, após ciência e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, foram entrevistados presencialmente. O critério de saturação regulou o tamanho da amostra<sup>13</sup>.

Nas entrevistas, não foram apresentados e/ou explicitados aos idosos quaisquer conceitos de fragilidade, visto que buscava-se compreender a percepção dos participantes sobre esse fenômeno e identificar nos relatos de experiências das pessoas se elas, de algum modo, coincidiam ou não com os critérios propostos no fenótipo de fragilidade de Fried et al.<sup>2</sup>. Todos os idosos foram incentivados a falar sobre a vida e sobre si, mais especificamente sobre suas condições de saúde, sobre quais são seus incômodos e como fazem para lidar com eles.

A coleta e análise dos dados foram fundamentadas no modelo de “Signos, significados e ações”<sup>9</sup> que possibilita a compreensão dos elementos significativos para uma população ler uma determinada situação e se posicionar diante dela. Essa metodologia parte da pragmática, observando os comportamentos dos atores sociais, o que possibilita conhecer as formas de interpretação de uma situação concreta. Os relatos permitem reconstruir os comportamentos, os significados dados a eles e a práticas assumidas a partir disso<sup>9</sup>. A interpretação busca identificar as configurações centrais semiológicas, em uma intertextualidade, a partir da leitura das narrativas pessoais no contexto das grandes narrativas culturais<sup>9</sup>. Esse modelo permite maior sistematização dos diferentes elementos do contexto (dinâmica social, códigos culturais centrais, conceito de pessoa, etc.) que intervêm efetivamente na identificação do que é problemático, na decisão de tratar ou não um problema e na escolha do terapeuta apropriado<sup>9</sup>. Nesta perspectiva, deixa-se o objeto reificado da medicina –

a doença – e entra, em seu lugar, o sujeito, considerado como cidadão de direito e capaz de reflexividade, bem como escolha acerca dos modos de levar a vida<sup>10</sup>.

Todas as entrevistas foram gravadas, transcritas, cuidadosamente lidas e relidas e feita uma categorização das narrativas.

Esta pesquisa é parte do projeto “Fragilidade em idosos: percepções, mediação cultural, enfrentamento e cuidado”, aprovado pelo Comitê de Ética do Instituto René Rachou/Fiocruz (CAE: 49173415.8.0000.5091).

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram entrevistados 15 idosos (69 a 86 anos), sendo duas, também cuidadoras de seus maridos incapacitados.

Emergiram da análise, duas categorias: *O sofrimento ao longo do curso da vida; O adoecimento e a falta de recursos.*

### O sofrimento ao longo do curso da vida

Nesta categoria, os entrevistados relataram sofrimentos advindos de eventos pessoais e familiares que ocorreram de forma abrupta ou insidiosa ao longo da vida. Uma entrevistada narra a sua experiência de ruptura com a realidade que resultou na sua aposentadoria precoce e no estigma que carrega até hoje:

“Quando tinha 30 anos e tive minha terceira filha, (...) eu saí do ar, (...) de tanta coisa que eu sofri, e na época que eu tava fazendo mestrado fora, (...) Depois quando eu voltei, tinham me aposentado.” (...) “Eu sofri muito *bullying* pela vida afora, na vida acadêmica então, você não imagina.”; “o preconceito é muito grande, o estigma é muito grande, todo mundo te chama doida. Eu sofri muito com isso” (E8, F, 72).

Para Graham et al.<sup>14</sup>, o estigma deriva de um processo por meio do qual certos indivíduos e grupos de pessoas são impelidos a se sentir envergonhados, excluídos, discriminados. A maneira como a pessoa que passou por uma crise, um surto psiquiátrico, é rotulada traz uma série de sofrimentos que chegam

de várias formas, limitando as possibilidades de viver confortavelmente diante de si e do outro<sup>15</sup>. Se a crise e o surto podem ser resultantes de um processo de pressões sociais, em um contexto individual específico, os tratamentos médico e psicoterápico podem trazer bons resultados. Porém, eles não devem em nenhuma hipótese acrescentar outros sofrimentos advindos do reforço à estigmatização e/ou iatrogenias oriundas de olhares normatizadores - sofrimento tão ou mais doloroso do que a condição psiquiátrica em si (doença processo).

Segundo Cabral<sup>16</sup>, há contextos em que sofrimentos de diferentes naturezas se repetem e continuam, passando a fazer parte do dia a dia, de forma que ficam muito difíceis de digerir. Trata-se de um excesso de informações que mobilizam toda a pessoa e não encontram escoamento ou elaboração, imobilizando as possibilidades criativas. Isso gera estados que comportam sentimentos de impotência para lidar com um cotidiano sufocante. Por sua vez, os familiares de quem porta algo como uma “doença mental” mostram sentimentos como vergonha e constrangimento, tristeza e piedade diante da pessoa; e medo de que a pessoa apresente comportamentos agressivos<sup>17</sup>. O estigma está presente na sociedade, na própria família, e a pessoa mesma pode introjetá-lo. Uma pessoa considerada “doente” pode ser malvista ou apontada como estando em crise, devido a um comportamento que, se estivesse presente – exatamente igual - em outra pessoa, considerada “normal”, não seria visto como problemático. Ferreira et al.<sup>18</sup> enfatizam que o estigma internalizado traz repercussões negativas na saúde – a pessoa se autodiscrimina, autorrecremina, sente-se culpada por ter tido a crise, ou por “ser assim”.

Perdas de familiares e outros eventos - identificados pelos entrevistados como sofrimentos agudos que persistem até o presente - incluíram o afastamento dos pais na infância, a morte de um filho e a viuvez. Este senhor narra perdas na infância decorrentes do adoecimento de sua mãe - em uma época em que não havia recursos para tratar a tuberculose:

“(...) sofri de uma mãe e de um pai, que em 1947, com sete filhos, (...) distribuiu os filhos, porque minha mãe ficou tuberculosa. (...) Então eu saí de casa, com cinco anos, e não voltei mais (...) Eu fui me tornando uma pessoa muito dependente.” (E12, M, 74).

As dificuldades foram muitas: mudança da zona rural para Belo Horizonte, falta de moradia, restrições alimentares devido à carência de recursos, doenças - “manchas nos pulmões” (ele nunca foi tabagista); toxoplasmose, tendo perdido 50% da visão em um olho, e 90% em outro, o que levou a sua aposentadoria precoce aos 40 anos, por recomendação médica. O processo existencial desse homem pode ser compreendido como uma sucessão de sofrimentos, em conformidade com o que Kleinman<sup>19</sup> descreve como “a dor de viver” – uma vida onde a dor é um pano de fundo e/ou primeiro plano constantes, o que acontece em pacientes crônicos.

Dentre os sofrimentos decorrentes de perdas de pessoas muito significativas, duas senhoras enfatizam a morte de um filho e a viuvez:

“Assim que ele saiu da igreja, (...) ele falou: hum, meu braço tá doendo. Aí falou, deixa eu sentar aqui, (...) quando ele fez assim, caiu pra trás, morreu. Aí, menino... ah, este pedacinho, não vou te contar o resto mais não.” (E1, F, 83 anos).

“Porque eu perdi meu marido... eu morava no interior, então, eu (fiquei) muito nervosa, porque ia ficar sem o meu marido e meus filhos, porque os três moram aqui. Então meu filho disse; ‘não mamãe, a senhora não vai ficar sozinha, a senhora vai morar com um de nós, em Belo Horizonte’, então eu vim, morei... quatro anos com meu outro filho... e com ela já estou há mais tempo”. (E2,F, 83 anos).

Mudanças nos papéis e arranjos familiares relacionam-se com o processo de fragilização. O estado conjugal de viuvez pode contribuir para o começo da fragilidade, especialmente para homens, bem como dar origem a novos arranjos familiares<sup>20</sup>. No Brasil, observa-se o aumento do número de domicílios multigeracionais: mais por necessidade dos mais novos, que ainda dependem financeiramente dos idosos. Contudo, a noção de reciprocidade de cuidados entre pais e filhos, ou avós e netos, e a expectativa de cuidado dos idosos por parte desses membros da família pode não se confirmar na velhice<sup>21</sup>.

Assim, outra condição relacionada ao processo de fragilização foi o ato de cuidar de idosos dependentes. Em razão da necessidade de cuidados, uma pessoa idosa pode ser levada a habitar com um dos filhos,

geralmente uma filha. Uma mulher que cuida da mãe com muito carinho esclarece:

“Mas família não é a que a gente quer, é a que a gente tem. (...) você tem que conviver, mas não toca no assunto, não tenta consertar, porque isso não tem jeito, é assim.” (...) Mas a minha mãe sofre com isso (...)” (E5, F cuidadora E2,83).

Enquanto esta mulher expressa o seu sofrimento traduzido em sentimentos de ressentimento e raiva do “marido cuidado”:

“Eu me ofusco, pra olhar o meu marido. (...) parei de fazer minhas atividades físicas, de sair, de dançar, parei de tudo – por causa de meu marido. (...) Meu digníssimo esposo, porque ele teve enfarto, é diabético, (...) Não é, senhor? (...) Eu cuido de você direitinho, né? (E10, F, 72).

Ao longo da entrevista, ela deixa claro que precisa “cuidar” de quem não ama e culpa o esposo pelas infelicidades – dela e dele – de forma repetitiva e torturante. O marido não tem o que fazer, a não ser escutar uma fala raivosa: está de tal forma fragilizado, que em um certo sentido encontra-se indefeso também diante da esposa. O clima relacional é angustiante, o desamor exala pelas expressões verbais e não verbais do casal. O ambiente físico, um apartamento pequeno, está cheio com a presença de dois filhos, a nora e vários netos adolescentes. O conflito conjugal transborda.

No caso específico de idosos cuidadores, inseridos em contextos de alta vulnerabilidade, as condições para o cuidado são ainda mais críticas, pois a falta de suporte social e de políticas de cuidado institucionais afetam a coesão social e a habilidade das famílias de responderem a situações adversas. Esses contextos podem fragilizar ainda mais a saúde dos cuidadores, além de comprometer a qualidade de vida de todos envolvidos<sup>4</sup>.

Na velhice, conflitos familiares ganham visibilidade, são expostos, desnudados. A família, enquanto um sistema interativo complexo, demanda acomodações constantes, a depender de situações estressoras externas e de modificações nos padrões internos de relacionamento<sup>22</sup>. Na família, a realidade é definida por uma história que vem sendo contada desde sempre, transmitida de geração em geração –

constituída pela linguagem, modificada socialmente, e repassada membro-a-membro, como um processo narração oral e gestual, verbal e não-verbal. Cada grupo familiar cria sua mitologia, que se constitui como regras para a vida, pautas existenciais seguidas por cada membro, sem que se tenha clara consciência de que as está seguindo. Uma pessoa, naquele contexto, pode – a partir de suas reflexões – seguir as pautas e/ou construir caminhos próprios, com maior ou menor liberdade para isso<sup>22</sup>. Em cada família, a fragilidade na velhice transborda como um desfecho de toda a construção pessoal, inserida na narrativa familiar particular que se assenta em um contexto cultural comum.

### Adoecimentos e a falta de recursos

Nesta categoria, os entrevistados identificaram diversos tipos de doenças que atravessam as narrativas (artrose, câncer, doenças do coração, hipertensão arterial, Alzheimer, baixa de visão e audição, quedas, dores, entre outras) e como a presença ou a falta de recursos influi em seu processo.

Este homem reconhece que sua saúde física é boa, mas é portador de uma doença psicológica:

“Agora, existem doenças que são psicológicas, como eu tenho, por exemplo, eu sou vítima, por exemplo, de vez em quando eu tenho uma tristeza profunda, falta alguma coisa.” (E12, M, 74).

Outras doenças crônicas são relatadas por um homem e uma mulher:

“A saúde tá... mais ou menos... Eu trato uma leucemia mielosa crônica, tá sob controle, sabe comé que é? Já fiz cirurgia de próstata... Já tá... tudo dentro das medidas... Faço tratamento né... Mas tá sob controle... Todas elas... é isso aí...” (E4,M,69).

“Tenho 74 anos, e já tive internada três vezes por problema de coração. (...) (...) fui desenganada, e tal, mas... a gente não vai antes da hora.” (E11,F,74).

A presença de comorbidades e a fragilidade são entidades sabidamente relacionadas<sup>4</sup> e devem ser colocadas em destaque no cuidado à saúde do idoso. Porém, nestes excertos, os entrevistados

discorrem sobre como a falta de recursos compromete esse cuidado:

“... a gente tá pagando tudo muito caro, com o mesmo salário. (...) tenho netos, filhos, tenho filha que tá desempregada já há oito meses, esse meu irmão não trabalha [mora com ela, portador de sofrimento mental]. O salário é só o meu. E eu ainda ajudo a minha neta, que mora em São Paulo, que paga aluguel (...). E ajudo a outra que mora perto (...) tô com conta de luz atrasadas, conta de água atrasada.” (E11, F, 74).

“É assim, tá difícil. Não posso pagar uma pessoa pra me ajudar (a cuidar do marido com Alzheimer). Ganho um salário. O que me ajuda é meus biscates. Mas fixo mesmo, só nosso salário.” (E1, F, 83).

Verifica-se, em todas as entrevistas que, para lidar com os sofrimentos e as limitações que remetem à fragilização, a categoria *recursos materiais* é fundamental como base de sustentação para garantir os cuidados. Uma mulher explica assim o sofrimento por não ter recursos para proporcionar mais conforto ao marido ou a si mesma:

“Tá encostado, tá doente. Tá aí” (...) há uns dois anos na cama. (...) Eu cuido dele também. Os meninos me ajudam a cuidar dele (...) eu não tava aguentando comprar fraldas pra ele, e eu fui na Defensoria Pública e consegui, e consegui alimentação – alimentação não, suplementos, luvas e lenço umedecido. (...) Eu quero correr atrás, porque não aguento mais lavar roupa de cama. (...) tem dia que ele tá bom, tem dia que não tá,... vamos levando, é isto.” (E1, F, 83).

No universo pesquisado, revela-se ausência de recursos materiais, emocionais e sociais para fazer frente a cuidados crônicos é um tema que merece vários estudos e demanda soluções, o que se harmoniza com as conclusões de Giacomini e Firmo<sup>23</sup>: torna-se urgente a necessidade da proposição e implementação de uma política de cuidados prolongados ao idoso no Brasil.

Além disso, a concepção idealizada de que o idoso deveria ser capaz de preservar sua saúde, culpabilizando-o pela própria fragilidade como se fosse um “fracasso”, revela-se um cruel corolário da visão de que envelhecimento se equipara a

adoecimento. Ao mesmo tempo em que a ideologia de “construir-se por si mesmo” desresponsabiliza a família, o Estado e a sociedade de propiciarem condições favoráveis ao cuidado e à proteção na velhice<sup>23</sup>. A culpabilização pela doença, a partir de uma visão normativa, caracteriza em parte a abordagem biomédica – que busca proporcionar uma forma de atenção e tratamento, mas pode se tornar uma forma de violência e coerção, o que se depreende também da pesquisa de Moraes et al.<sup>24</sup>.

Dois idosos enfatizam que modificaram suas atividades cotidianas em razão da falta de segurança na cidade:

“Deslocar na cidade sem carro, enfrentando ônibus, pessoas indiscretas na rua, já seria um risco à saúde, à própria saúde, então eu decidi parar. (...) você não pode ficar na rua (...). Então, procuro levar uma vida mais quieta (...)” (E12,M,74).

“A vida fora de casa é diferente da vida dentro de casa – é onde a gente fica mais em casa do que sair, e não é bom” (E10,F,72).

Os entrevistados percebem a cidade como fonte de riscos. A falta de recursos financeiros e de segurança urbana foram apontadas como fonte de desconfortos que dificultam uma boa qualidade de vida e compromete a saúde dos indivíduos, o que corrobora o estudo de Danielewicz et al.<sup>25</sup>.

Os entrevistados não utilizaram em nenhum momento os termos “fragilidade”, “frágil” ou “fragilização”. Eles falam de um mundo próprio, o mundo experiencial, que se constitui como uma realidade antropológica - histórica, social, psíquica, do ser humano idoso. Se tomado como referência o fenótipo de fragilidade proposto por Fried et al.<sup>2</sup>, os idosos enfatizaram apenas dois, entre os cinco critérios propostos: os aspectos da mobilidade e de perda de energia - que vem traduzida como “falta de ânimo”, como nestes excertos:

“Eu venho percebendo, uma queda, uma... ao longo dos anos, vem tendo uma perda de, de atividade, cada dia mais. Cada ano mais do que o outro, uma atividade física, tem mais limitação (...). Tinha mais facilidade de locomover. Porque, vai chegando na idade que eu estou, acho que o meu equilíbrio não está tanto igual naquela época.

Não sei se é por causa dos desgastes.” (E10,F,72).

“Eu tava muito assim, abatida. Mas não, agora eu tô me sentindo melhor (...). Eu tava muito pra baixo”. (E2, F, 83)

A marcação da passagem do tempo corresponderia um processo “natural” de fragilização que se confunde com a velhice, quase sempre associada à doença e enfraquecimento, ideias que fazem parte do imaginário histórico ocidental<sup>23,24</sup>. Embora admitam que haja “doenças de velho”, ao narrar suas dificuldades para compreender porque certas doenças não têm tratamento medicamentoso, explicita-se uma insuficiência do instrumental farmacológico e biomédico para resolver a experiência de adoecimento e de tristeza de pessoas idosas. A dor que a medicina não cura pode também ser compreendida como “dor de viver”<sup>19</sup>, e a característica de fragilidade – o ser humano e sua “essência de vidro”<sup>6</sup>.

Moraes et al.<sup>24</sup> confirmam que os idosos percebem o saber biomédico também como faltoso, como um saber que medica, prescreve, mas não valoriza a experiência da pessoa. Portanto, não cuida de fato, pois não dá conta do sofrimento que escapa aos diagnósticos e protocolos de tratamento, além de naturalizar o adoecimento como sendo sinônimo de velhice. Kleinman<sup>19</sup> explicita esse distanciamento entre biomedicina e vida cotidiana do “paciente”. Os contextos entre academia médica e vida local do idoso são mundos distintos, assim como são distintas a percepção sobre saúde e doença em diferentes culturas.

O sofrimento atravessa o viver, na história de cada pessoa, em cada etapa da vida. Contudo, somente quando se é escutado e compreendido, em atitude de estar ao lado<sup>19</sup>, é possível buscar estratégias para lidar com os incômodos e tentar, se possível, superá-los.

## CONCLUSÃO

Embora não seja possível alcançar um conceito unívoco de fragilidade, os entrevistados narram sofrimentos de diferentes aspectos que constituem a sua vida, do nascer ao envelhecer, conforme experiências que significam dores, perdas, aprendizado. A percepção de fragilização atual remete à história de vida, marcada por sofrimentos

físicos e/ou mentais, insidiosos ou pontuais – bem como aos adoecimentos, como se manifestam hoje, e à falta de recursos financeiros e de segurança urbana.

As narrativas nos aproximam da percepção da fragilidade como sendo constitutiva do ser humano – que pode facilmente trincar. No envelhecimento, cresce a percepção de si mesmo como frágil – ainda que a fragilidade sempre se faça presente desde o nascimento. Ao sentir-se portador de uma “natureza” que pode se estilhaçar, cresce a consciência da importância de se cuidar e abre-se a possibilidade de se realizarem sínteses mais abrangentes da própria vida.

A escuta cuidadosa da experiência do idoso possibilita que as estratégias de cuidado e promoção da saúde tornem-se mais respeitadas e eficazes garantindo uma maior adesão às propostas de fomento de boa qualidade de vida. Neste sentido, fica patente a importância de construir recursos educacionais na formação dos profissionais de saúde, de apoio às famílias, e de inserção em manifestações culturais – a nível social amplo - com a otimização de recursos que contribuam para uma visão mais real, humanizada e ampliada da pessoa idosa, com sua riqueza e potenciais criativos – a fim de que a qualidade de vida da pessoa envelhecida melhore.

## REFERÊNCIAS

- Morley JE, Vellas B, Van Kan GA, Anker SD, Bauer JM, Bernabei R, et al. Frailty consensus: a call for action. *J Am Med Dir Assoc.* 2013;14(6):392-7.
- Fried LP, Ferrucci L, Darer J, Williamson JD, Anderson G. Untangling the concepts of disability, frailty, and comorbidity: implications for improved targeting and care. *J Gerontol Ser A Biol Sci Med Sci.* 2004;59(3):255-63.
- Vieira RA, Guerra RO, Giacomini KC, Vasconcelos KSS, Andrade ACS, Pereira LSM, et al. Prevalência de fragilidade e fatores associados em idosos comunitários de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil: dados do Estudo FIBRA. *Cad Saúde Pública.* 2013;29(8):1631-43.
- Faria GS, Ribeiro TMS, Vieira RA, Silva SLA, Dias RC. Transition between frailty levels in elderly persons from Belo Horizonte, Minas Gerais, Brazil. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2016;19(2):335-41.
- Fernandes MGM, Andrade NA, Nóbrega MML. Antecedentes de fragilidade no idoso: uma revisão sistemática. *Online Braz J Nurs [Internet]* 2010 [acesso em 18 dez. 2017];9(1):1-8. Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/rt/printerFriendly/2847/649>
- Carrière JC. *Fragilidade.* Rio de Janeiro: Editora Objetiva; 2007.
- Vidal EIO. Fragilidade em idosos: perspectivas para a pesquisa e a prática em Saúde Coletiva. *Cad Saúde Pública.* 2014;30(6):1133-5.
- Geertz C. *A interpretação das culturas.* Rio de Janeiro: LTC; 2008.
- Corin E, Uchôa E, Bibeau G, Koumare B. Articulation et variations des systèmes de signes, de sens et d'actions. *Psychopathol Afr.* 1992;24(2):183-204.
- Kleinman A. *Patients and healers in the context of culture.* Berkeley: University of California Press; 1980.
- Uchôa E, Firmo JOA, Lima-Costa MF, Corin E. An anthropologic study on strategies for addressing health problems among the elderly in Bambuí, Minas Gerais State, Brazil. *Cad Saúde Pública.* 2011;27 Suppl 3:370-7.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Belo Horizonte: IBGE; 1991-. *Cidades; 2010* [acesso em 15 jul 2017]; [aproximadamente 2 telas]. Disponível em: [www.ibge.gov.br](http://www.ibge.gov.br)
- Minayo MCS. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. *Rev Pesqui Qual.* 2017;5(7):1-12.
- Graham N, Lindsay J, Katona C, Bertolote JM, Camus V, Copeland JRM, et al. Redução da estigmatização e da discriminação das pessoas idosas com transtornos mentais: uma declaração técnica de consenso. *Rev Psiquiatr Clín.* 2007;34(1):39-49.
- Clemente AS, Santos WJ, Nicolato, R, Firmo JOA. Stigma related to bipolar disorder in the perception of psychiatrists from Belo Horizonte, Minas Gerais State, Brazil. *Cad Saúde Pública.* 2017;33(6):1-10.
- Cabral S. Marcas de resiliência ou sobre como tirar leite de pedra. In: Cabral S, Cyrulnik B, organizadores. *Resiliência: como tirar leite de pedra.* São Paulo: Casa do Psicólogo; 2015. p. 57-74.

17. Vicente JB, Mariano PP, Buriola AA, Paiano M, Waidman MAP, Marcon SS. Aceitação da pessoa com transtorno mental na perspectiva dos familiares. *Rev Gaúcha Enferm.* 2013;34(2):54-61.
18. Ferreira GCL, Silveira PS, Noto AR, Ronzani TM. Implicações da relação entre estigma internalizado e suporte social para a saúde: uma revisão sistemática da literatura. *Estud Psicol. (Natal)* [Internet]. 2014 [acesso em 17 dez. 2017];19(1):77-86. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-294X2014000100010](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2014000100010)
19. Kleinman A. The art of medicine Caregiving: the odyssey of becoming more human. *Lancet.* 2009;373(9660):292-3.
20. Maciel GMC, Da Silva HTA, Gonçalves RG, Ferreira JDL, Tietre SV, Menezes RMP. Frailty assessment and its association with sociodemographic and health characteristics in community elderly. *Int Arch Med.* 2017;10(134):1-7.
21. Lima-Costa MF, Peixoto SV, Malta DC, Szwarcwald CL, Mambrini JVM. Cuidado informal e remunerado aos idosos no Brasil (Pesquisa Nacional de Saúde, 2013). *Rev Saúde Pública.* 2017;51 Supl 1:1-9.
22. Sarti CA. A família como ordem simbólica. *Psicol USP.* 2004;15(3):11-28.
23. Giacomini KC, Firmo JOA. Velhice, incapacidade e cuidado na saúde pública. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2015;20(12):3631-40.
24. Moraes GVO, Giacomini KC, Santos WJ, Firmo JOA. A percepção dos idosos sobre o saber biomédico no cuidado à velhice e às “coisas da idade”. *Physis.* 2016;26(1):309-29.
25. Danielewicz AL, Wagner KJP, D’Orsi E, Boing AF. Is cognitive decline in the elderly associated with contextual income? Results of a population-based study in southern Brazil. *Cad Saúde Pública.* 2016;32(5):1-11.

Recebido: 08/08/2017

Revisado: 18/11/2017

Aprovado: 08/02/2018



# Anemia e síndrome da fragilidade em idosos da comunidade: revisão sistemática

## Anemia and the frailty syndrome amongst the elderly living in the community: a systematic review

Elisa Priscila Sousa de Assis<sup>1,2</sup>  
Barbara Gazolla de Macêdo<sup>1,3</sup>  
Hanna Sette Camara de Oliveira<sup>1</sup>  
Poliana de Paula Dias Rezende<sup>1</sup>  
Carlos Maurício Figueiredo Antunes<sup>1</sup>

### Resumo

**Objetivo:** Avaliar a associação entre anemia e síndrome de fragilidade em idosos da comunidade. **Método:** Trata-se de uma revisão sistemática da literatura nos idiomas inglês, espanhol e português, nas bases de dados MEDLINE e LILACS no período de 2007 a 2016. A inclusão dos artigos foi guiada pelo *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA). **Resultados:** Essa revisão identificou 193 artigos e após eliminação dos artigos duplicados e dos critérios de exclusão, foram incluídos sete artigos. Três artigos utilizaram critérios padronizados para definição de fragilidade e quatro estudos avaliaram a capacidade funcional como sinônimo de síndrome de fragilidade. **Conclusão:** A anemia mostrou-se relacionada à piora da capacidade funcional e à presença da síndrome de fragilidade em idosos da comunidade. Entretanto, o risco de viés dos estudos foi alto durante a seleção dos critérios e dos instrumentos utilizados para avaliação e definição da fragilidade.

**Palavras-chave:** Anemia. Idoso Fragilizado. Sarcopenia. Força Muscular. Velocidade de Marcha.

### Abstract

**Objective:** To evaluate the association between anemia and the onset of the frailty syndrome amongst the elderly living in the community. **Method:** A systematic literature review of articles from the MEDLINE and LILACS databases published in English, Spanish and Portuguese over the last ten years was carried out. Articles were included in accordance with the *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA) guidelines. **Results:** The search identified 193 studies. After deleting duplicated articles and applying the exclusion criteria only seven articles remained. Three articles used standardized criteria to define frailty, whereas four evaluated functional capacity as a synonym for the

**Keywords:** Anemia. Frail Elderly. Sarcopenia. Muscle Strength. Walking Speed.

<sup>1</sup> Instituto de Ensino e Pesquisa da Santa Casa de Belo Horizonte, Programa de Pós-graduação *Stricto Sensu* em Medicina e Biomedicina, Laboratório de Epidemiologia. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

<sup>2</sup> Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG), Hospital Regional de Barbacena Dr. José Américo, Fisioterapia Respiratória. Barbacena, Minas Gerais, Brasil.

<sup>3</sup> Instituto da Previdência dos Servidores do Estado de Minas Gerais (IPSEMG), Departamento de Fisioterapia. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

Financiamento da pesquisa: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) (CMFA- Bolsista 1A de Produtividade em Pesquisa) e Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG) (Projeto CDSAPQ-0078415).

frailty syndrome. *Conclusion:* Anemia was related to a worsening of functional capacity and to the presence of the frailty syndrome in elderly persons living in the community. However, the risk of bias in the studies was high in relation to the selection of the criteria and instruments used to assess and define frailty.

## INTRODUÇÃO

O envelhecimento é acompanhado de alterações fisiológicas que podem resultar na redução da capacidade funcional e, quando associado às doenças crônicas degenerativas, a dependência funcional poderá ser um fator determinante na piora da qualidade de vida<sup>1,2</sup>. O sistema gastrointestinal e a medula óssea também sofrem com o envelhecimento e uma das consequências é o aumento da frequência de anemia nessa população<sup>1</sup>.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde, anemia é definida como a concentração de hemoglobina <120g/l para mulheres e <130g/l para homens<sup>3</sup>. A prevalência de anemia aumenta com a idade, sendo relatada em mais de 20% dos idosos com 85 anos ou mais, em mais de 10% dos idosos na comunidade e em cerca de 50% daqueles institucionalizados<sup>4</sup>. A redução da hemoglobina pode ser devida à deficiência nutricional, à inflamação crônica ou a fatores inexplicados<sup>5</sup>. A anemia está associada à diminuição da mobilidade, da capacidade cognitiva, da qualidade de vida e ao aumento da mortalidade. Alguns estudos têm associado a redução dos níveis de hemoglobina ao desenvolvimento da síndrome de fragilidade<sup>6,7</sup>.

Fragilidade é uma síndrome clínica que leva ao declínio multissistêmico, diminuição das reservas de energia e na capacidade de equilíbrio homeostático após um evento desestabilizante. É multifatorial e está associada à imunosenescência e processos inflamatórios<sup>3,8</sup>. A imunosenescência é acompanhada de uma desregulação do sistema imune e um aumento na produção de citocinas inflamatórias (IL-6, TNF-alfa, IL-1), produzindo um estado inflamatório crônico de baixo grau. O mecanismo pelo qual o aumento das citocinas inflamatórias leva ao desenvolvimento da síndrome de fragilidade ainda é incerto, mas evidências indicam uma ação catabólica desse mediador<sup>9</sup>. Os critérios que definem fragilidade são controversos; os mais utilizados são diminuição da força muscular, exaustão, redução na velocidade de marcha, redução da atividade física e perda de

peso não intencional<sup>9</sup>. Entretanto, alguns autores sugerem a inclusão de outros critérios como nutrição, comorbidades e aspectos socioeconômicos<sup>3,8</sup>. O estabelecimento de critérios precisos e a padronização de instrumentos que avaliam a fragilidade são importantes para o diagnóstico e para intervenções preventivas que possam retardar ou impedir a progressão dessa síndrome, preservando por maior tempo a independência funcional<sup>10,11</sup>.

A provável associação entre a síndrome de fragilidade e a anemia, torna-se um assunto de grande relevância na área de Geriatria, pois são fenômenos comuns nessa população e em associação podem apresentar um pior desfecho clínico<sup>3</sup>.

O objetivo deste estudo foi avaliar por meio de uma revisão sistemática da literatura a associação entre anemia e síndrome de fragilidade em idosos que vivem na comunidade.

## MÉTODO

A revisão da literatura utilizou as bases de dados MEDLINE e LILACS, nos idiomas inglês, espanhol e português. Considerando que somente na última década, o conceito de fragilidade consolidou-se na literatura, esta revisão limitou-se às publicações do período de 2007 a 2016. Os descritores selecionados foram: *frail*, *elderly*, anemia, sarcopenia, *motor activity*, *muscle strength*, *mobility limitation*, *walking*. Foram rastreados artigos com as palavras-chave nos títulos ou resumos publicados até setembro de 2016. A estratégia de busca com os descritores e operadores booleanos foram os seguintes:

- tw: [anemia AND ("Capacidade funcional" OR funcionalidade OR "Independencia funcional" OR "Atividade funcional" OR "*capacidad funcional*" OR *funcionalidad* OR "independencia funcional" OR "*actividad funcional*" OR "*Functional capacity*" OR *functionality* OR "*functional independence*" OR "*functional activity*" OR sarcopenia OR "*Motor Activity*" OR "*Actividad Motora*" OR "Atividade Motora" OR

"Muscle Strength" OR "Fuerza Muscular" OR "Força Muscular" OR "Mobility Limitation" OR "Limitación de la Movilidad" OR "Limitação da Mobilidade" OR "walking" OR "caminata" OR "caminhada" OR "frail elderly"] AND (instance:"regional") AND [limit:("aged") AND la: ("en" OR "es" OR "pt") AND year\_cluster:("2013" OR "2014" OR "2009" OR "2008" OR "2012" OR "2015" OR "2007" OR "2010" OR "2006" OR "2011" OR "2016")].

Adotou-se como critério de inclusão estudos do tipo observacionais que abordassem anemia, fragilidade e/ou capacidade funcional em idosos da comunidade. Foram excluídos artigos de revisão e que abordassem idosos hospitalizados ou institucionalizados, em tratamento para câncer, em pós-operatório, com doenças graves como: reumatológicas, insuficiência renal, cardíacas e pulmonares. A escolha e a qualificação dos artigos foram realizadas por dois revisores independentes, obedecendo aos critérios de inclusão. No caso de discordância, os artigos eram lidos e discutidos em

conjunto. Para elaboração desta revisão utilizou-se as diretrizes metodológicas específicas para estudos observacionais<sup>12</sup>. Para seleção dos dados dos artigos utilizou-se os critérios *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA) e para análise dos artigos selecionados elaborou-se um instrumento baseado nos domínios de *população, exposição/intervenção, controle e desfecho* (PECO)<sup>13</sup>.

A avaliação do risco de viés nos artigos incluídos na análise foi realizada por meio de uma versão adaptada da Escala de Newcastle-Ottawa (Quadro 1). A escala original avalia a qualidade de estudos observacionais e contém oito itens que analisam três dimensões e para cada item há uma série de opções. Nesta revisão, as questões foram ajustadas para investigar exposição e desfecho (síndrome de fragilidade), e o risco de viés foi dividido da seguinte maneira: baixo, incerto e alto risco<sup>14</sup>.

A revisão está registrada no *International Prospective Register of Systematic Review* (PROSPERO) com o número CRD42017057567.

**Quadro 1.** Adaptação da Escala de Newcastle-Ottawa para avaliação da qualidade dos estudos. Belo Horizonte, MG, 2017.

Exposição	a) Registro seguro + medidas primárias * (baixo risco de viés)
Obtenção das variáveis independentes	b) Entrevista estruturada + medidas primárias, sem conhecimento do desfecho* (baixo risco de viés)
	c) Entrevista com conhecimento do desfecho (alto risco de viés)
	d) Fontes não seguras e autoavaliação (alto risco de viés)
	e) Não descreve de forma clara (risco incerto de viés)
Desfecho	
A avaliação da fragilidade está adequada?	a) Sim, (baixo risco de viés)
	b) Sim, segundo Fried et al. com algumas modificações (2 ou 1 componentes) (risco incerto de viés)
	c) Sim, segundo Fried et al., com muitas modificações (3 ou mais componentes) (alto risco de viés)
	d) Não, descreve como capacidade funcional (alto risco de viés)
Representatividade da amostra	a) Representativa da população local * (baixo risco de viés)
	b) Possibilidade de viés de seleção (alto risco de viés)
	c) Não descreve de forma clara (risco incerto de viés)
Seleção dos participantes	a) Comunidade * (baixo risco de viés)
	b) Não descreve de forma clara (risco incerto de viés)
Definição do grupo controle	a) Sem história anterior da síndrome * (baixo risco de viés)
	b) Não descreve de forma clara (risco incerto de viés)

\*Representa um item para classificação de baixo risco de viés.

## RESULTADOS

Esta revisão identificou 193 artigos nas bases de dados MEDLINE (96) e LILACS (97). Após eliminação de oito artigos duplicados, foram selecionados 32 artigos de acordo com os critérios de inclusão. Dos 32 artigos elegíveis, 25 foram excluídos pelos seguintes motivos: artigos de revisão, ensaios clínicos, tratamento e outros estudos em que a fragilidade não era o desfecho

principal. Ao final, apenas sete estudos alcançaram todos os critérios de inclusão.

A Figura 1 mostra o fluxograma da identificação e seleção dos artigos para a revisão sistemática.

As descrições e avaliações dos estudos selecionados estão apresentadas nos Quadros 2 e 3. Os artigos foram separados de acordo com as definições de síndrome de fragilidade.

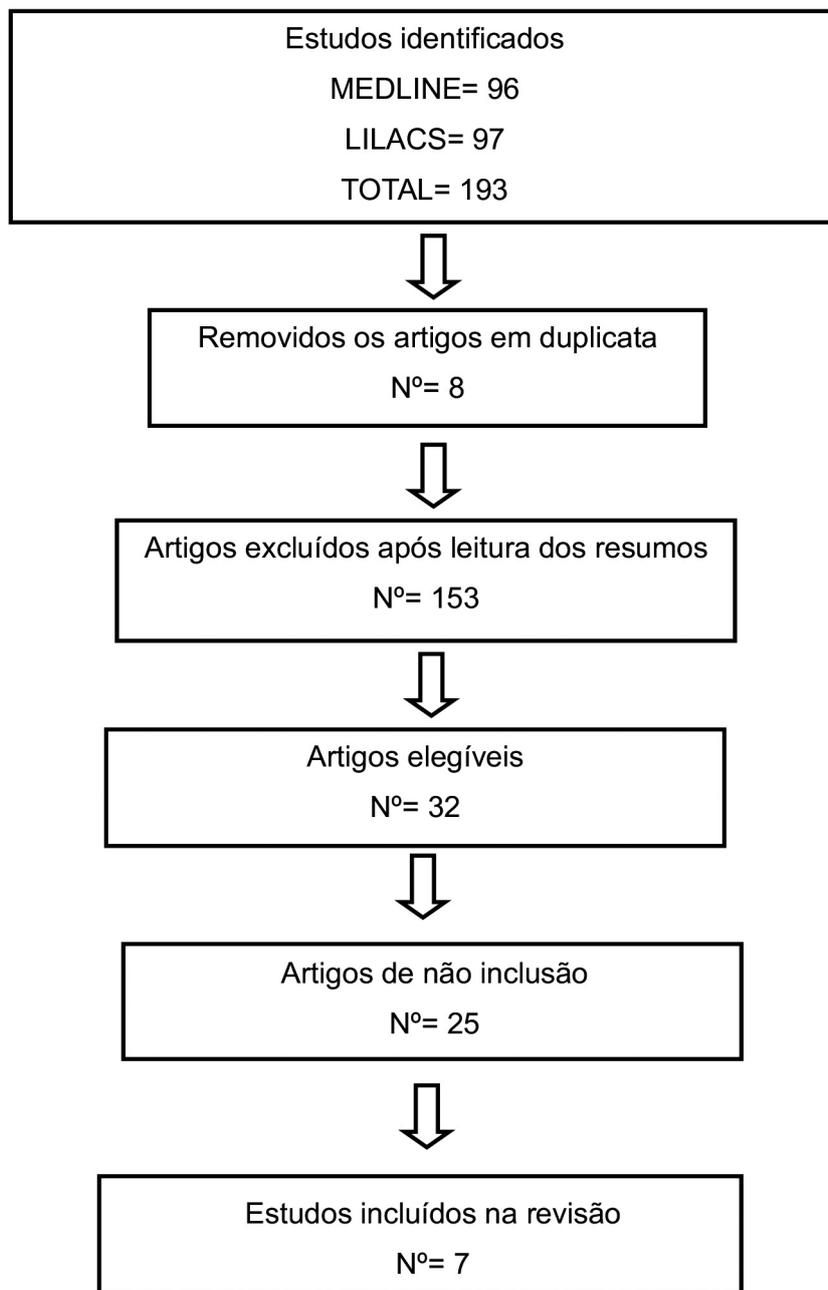


Figura 1. Fluxograma das fases da revisão de acordo com critérios PRISMA. Belo Horizonte, MG, 2017.

**Quadro 2.** Anemia e síndrome da fragilidade (critérios definidos). Belo Horizonte, MG, 2017.

Autor(a)	Tipo de estudo e objetivo	Participantes e medida de fragilidade	Resultados	Desfecho
Corona et al. (2014)	Estudo transversal baseado no SABE.  O objetivo foi avaliar a associação entre anemia, hemoglobina e fragilidade.	1.345 participantes.  Não utilizou os critérios completos de fragilidade (Fried).	Aumento de 2,5 vezes na probabilidade de fragilidade. 12mg/dlHb= 30%. Mulher= 25%. 14mg/dl Hb. Fragilidade: homem= 10% e mulher <10%.	Associação positiva entre anemia e fragilidade.
Silva et al. (2014)	Estudo transversal baseado no FIBRA.  O objetivo foi avaliar a associação entre fragilidade, marcadores inflamatórios e hemoglobina.	255 participantes.  Fragilidade avaliada com os critérios de WHAS.	Redução de hemoglobina associada com fragilidade, sarcopenia e perda de peso.	Positivo para associação entre anemia e fragilidade em mulheres.
Llibre et al. (2014)	Estudo longitudinal baseado na coorte de Cuban.  O objetivo foi identificar a prevalência e incidência de fragilidade, fatores de risco (anemia) e incidência de dependência funcional.	2.813 participantes.  Critérios de fragilidade (Fried) foram modificados.	Fragilidade maior em mulheres (nível educacional e estado civil como fator protetor para fragilidade).	Anemia como fator de risco para prevalência de fragilidade (taxa de prevalência de 1,64% – IC (1,23–2,20)).

**Quadro 3.** Anemia e capacidade funcional. Belo Horizonte, MG, 2017.

Autor(a)	Tipo de estudo e objetivo	Participantes e medida de capacidade funcional	Resultados	Desfecho
Patel et al. (2007)	Estudo longitudinal baseado em 15% da coorte <i>Health Aging and Body compositional study</i> (ABC).  O objetivo foi checar se as alterações funcionais variaram na presença de anemia entre negros e brancos. Além de observar diferenças entre os pontos de corte para anemia.	2.601 participantes.  Avaliação de mobilidade por meio de autorrelato. Alterações funcionais: caminhada, subir escadas e atividades de vida diária.	Níveis de hemoglobina variam de acordo com a raça.	Presença de anemia está associada a um maior risco (2 a 3 vezes) para mortalidade e incapacidade funcional em idosos brancos. Em negros a capacidade funcional é melhor, sugerindo que o ponto de corte para essa raça seria menor.

continua

Continuação do Quadro 3

Autor(a)	Tipo de estudo e objetivo	Participantes e medida de capacidade funcional	Resultados	Desfecho
Haslamet et al. (2012)	Estudo transversal baseado na <i>Georgia Centenarian Study (GCS)</i> .  O objetivo foi avaliar a associação entre anemia e capacidade funcional em idosos longevos.	244 participantes.  Função física medida por meio de força de preensão palmar e de extensão de joelho, atividade instrumental de vida diária (SPPB).	Idosos centenários com anemia apresentaram maior perda de força muscular, mas não houve diferença nas atividades de vida diária. Amostra não foi descrita. Alta taxa de mortalidade em idosos centenários.	Idosos centenários anêmicos apresentam redução de força de preensão palmar e de membros inferiores sem impacto nas atividades de vida diária.
Contreras et al. (2015)	Estudo longitudinal baseado na coorte de octabaix.  O objetivo foi analisar a prevalência de anemia em idosos e a associação com mortalidade após três anos de seguimento.	328 participantes.  Testes utilizados: Índice Barthel, Lawton, escala Tinetti – POMA.	Mortalidade maior em idosos anêmicos, que apresentam pior percepção da qualidade de vida.	Presença de associação entre anemia e função física.
Liu et al. (2015)	Estudo transversal baseado na coorte Rugão.  O objetivo foi avaliar a associação entre anemia e mortalidade em idosos com idade maior ou igual a 95 anos.	435 participantes.  Testes: atividades básicas e instrumentais de vida diária, agachamento, capacidade para levantar as mãos acima do nível da cabeça. Instrumentos de avaliação não detalhados.	Anemia associada com todas as causas de mortalidade. Mulheres com anemia apresentaram maior dependência física que homens.	Presença de associação entre anemia e função física.

Os conceitos e critérios de síndrome de fragilidade divergiram entre os estudos. Dos sete artigos incluídos, três artigos utilizaram critérios padronizados para definição de fragilidade<sup>15-17</sup> e quatro estudos avaliaram a capacidade funcional como sinônimo de síndrome de fragilidade<sup>18-21</sup>.

Nesta revisão houve um consenso de que a anemia está relacionada de forma independente à piora da capacidade funcional e à síndrome de fragilidade. Entretanto, houve uma grande variabilidade em relação aos critérios e instrumentos utilizados para avaliação funcional e caracterização dessa síndrome.

## DISCUSSÃO

Esta revisão sistemática identificou poucos estudos que relacionaram anemia e síndrome de fragilidade em idosos da comunidade, apesar da grande relevância do tema.

Todos os sete artigos observacionais que foram incluídos nesta revisão sistemática encontraram associação entre anemia e desenvolvimento da fragilidade ou piora da capacidade funcional. Entretanto, foi observado um alto risco de viés de acordo com a escala adaptada de Newcastle-Ottawa

para avaliação e definição da síndrome de fragilidade. Dos sete estudos incluídos, apenas um apresentou baixo risco de viés no critério de avaliação para identificação dessa síndrome. Esse fato é justificado pela variedade e pela não padronização de critérios e instrumentos utilizados para definição de fragilidade

e pode limitar a interpretação da associação entre anemia e essa síndrome (Quadro 4). Outra questão importante é o fato de que muitos autores consideraram capacidade funcional e fragilidade como sinônimos, porém ambas podem ocorrer isoladamente<sup>18-21</sup>.

**Quadro 4.** Avaliação do risco de viés de acordo com a adaptação da Escala de Newcastle-Ottawa. Belo Horizonte, MG, 2017.

Artigo (ano)	Obtenção das variáveis independentes	Avaliação de fragilidade	Representatividade das amostras	Seleção dos participantes	Definição do grupo controle ou coorte
Corona et al. (2014)	I	A	I	B	-
Silva et al. (2014)	I	B	I	B	-
Llibre et al. (2014)	B	I	I	B	B
Patel et al. (2007)	B	A	I	B	B
Haslamet et al. (2012)	I	A	I	B	-
Contreras et al. (2015)	B	A	I	B	B
Liu et al. (2015)	I	A	I	B	-

Classificação dos itens: A- alto risco de viés; B- baixo risco de viés; I- risco incerto de viés.

O estudo conduzido por Corona et al.<sup>15</sup>, avaliou a associação entre anemia, hemoglobina e síndrome de fragilidade. Idosos anêmicos apresentaram 2,5 vezes maior probabilidade de desenvolver fragilidade. Entretanto, os critérios propostos por Fried não foram integralmente seguidos<sup>15</sup>. Já, o estudo da rede FIBRA, evidenciou relação entre redução de hemoglobina, fragilidade, sarcopenia e perda de peso, utilizando os critérios de *Women's Health and Aging Study* (WHAS) para fragilidade<sup>16</sup>.

Em uma amostra de 2.813 idosos cubanos a avaliação do estado cognitivo foi acrescentada aos critérios de fragilidade propostos por Fried. Anemia foi um fator de risco importante para prevalência de fragilidade (taxa de prevalência de 1,64 %; Intervalo de Confiança 1,23–2,20)<sup>17</sup>.

Patel et al.<sup>18</sup> em estudo longitudinal com 2.601 idosos, avaliaram se as alterações funcionais (caminhada, subir escadas e atividades de vida diária) variavam na presença de anemia entre negros e brancos. Um pior desempenho funcional foi observado na presença de anemia. Considerando

o ponto de corte para anemia proposto pela OMS, idosos brancos anêmicos apresentaram mais alterações funcionais quando comparados aos idosos negros. Os resultados sugerem adaptações no ponto de corte para diagnóstico de anemia específico para cada cor da pele.

Um estudo longitudinal com três anos de seguimento, realizou a avaliação da capacidade funcional por meio do índice de Barthel, Lawton, *Performance Oriented Mobility Assessment* (POMA) em idosos anêmicos. Os autores encontraram maior mortalidade e pior percepção da qualidade de vida e capacidade funcional em idosos anêmicos<sup>19</sup>.

Dois estudos com idosos centenários apresentaram associação entre anemia e piora da capacidade funcional. Ambos os estudos diferenciaram em relação aos instrumentos de avaliação e não definiram critérios para a síndrome de fragilidade<sup>20,21</sup>. O número de idosos nonagenários ou mais crescem rapidamente no mundo, porém estudos longitudinais nessa faixa etária são mais escassos devido ao maior número de comorbidades e alta taxa de mortalidade<sup>20,21</sup>.

O declínio da capacidade funcional em idosos pode estar associado a inúmeros fatores multidimensionais, que determinam o grau de dependência dessa população e podem levar à síndrome de fragilidade. Existem vários instrumentos para avaliação da capacidade funcional, relacionados à força muscular, equilíbrio, atividades básicas e instrumentais de vida diária. Os estudos desta revisão apresentaram diferentes testes e instrumentos para avaliar a capacidade funcional, como a escala de Lawton, o teste de subir escada, de velocidade de marcha, de agachamento, de força de preensão palmar e força dos membros inferiores, testes de equilíbrio e a Bateria de Performa física (SPPB).

A síndrome de fragilidade é complexa e envolve declínios em múltiplos domínios fisiológicos, incluindo força e massa muscular, flexibilidade, equilíbrio, coordenação e função cardiovascular<sup>22</sup>. A inclusão de outros critérios para definição de síndrome de fragilidade como fatores socioeconômicos, nutricionais e comorbidades como a presença de anemia tem sido discutida<sup>23</sup>. Ainda não existe uma concordância explícita a respeito de como diagnosticar a síndrome ou um instrumento que auxilie na identificação prévia dos eventos adversos. O modelo mais utilizado mundialmente é o proposto por Fried et al.<sup>10</sup>, composto por cinco itens biológicos: perda de peso não intencional no último ano, diminuição da força de preensão palmar, lentidão na marcha, exaustão e baixa de atividade física. O idoso é, então, considerado frágil quando apresenta três ou mais desses critérios. Portanto, a falta de um critério conceitual e metodológico para definir o que é um idoso frágil dificultaram a avaliação e comparação entre os estudos pesquisados.

Somente um estudo desta revisão associou o aumento de marcadores inflamatórios à presença

de anemia e da síndrome de fragilidade<sup>16</sup>. O estado inflamatório é parte do processo de imunossenescência, estando relacionado diretamente com a idade. Esse processo é caracterizado pelo aumento das citocinas inflamatórias como: IL-6, IL-1, TNF-alfa e IFN-gama. Essas citocinas estão diretamente relacionadas ao aumento da idade e ao desenvolvimento da anemia inflamatória. Anemia e síndrome de fragilidade podem compartilhar esse mesmo mecanismo fisiopatológico do processo de inflamação, portanto anemia pode desencadear a síndrome de fragilidade, e o inverso também poderia ocorrer, ou seja, fragilidade causar anemia<sup>23,24</sup>.

## CONCLUSÃO

A anemia mostrou-se relacionada à piora da capacidade funcional e à presença da síndrome de fragilidade em idosos da comunidade. Entretanto, a definição e os critérios utilizados para avaliar a fragilidade diferiram entre os estudos, sendo necessária cautela para interpretação desses resultados.

A heterogeneidade dos estudos dificulta a verificação de evidências e generalização dos dados na associação entre anemia e síndrome de fragilidade em idosos residentes da comunidade.

Novos estudos devem ser realizados com maior rigor metodológico e padronização dos instrumentos e dos critérios utilizados para permitir uma comparação estatística entre anemia e fragilidade.

A identificação precoce de idosos anêmicos e ou frágeis permitirá a realização de intervenções que possam prevenir ou retardar a interação “anemia-fragilidade”, levando a melhora da qualidade de vida desses idosos.

## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília, DF: MS; 2007. (Série A . Normas e Manuais Técnicos); (Cadernos de Atenção Básica, n. 19).
2. Küchemann BA. Envelhecimento populacional, cuidado e cidadania: velhos dilemas e novos desafios. Soc Estado. 2012;27(1):165-80.
3. Röhrig G . Anemia in the frail, elderly patient. Clin Interv Aging. 2016;11:319-26.
4. Gualandro SFM, Hojaij NHSL, Jacob Filho W. Deficiência de ferro no idoso. Rev Bras Hematol Hemoter. 2010;32(2):57-61.
5. Roy CN. Anemia in frailty. Clin Geriatr Med. 2011;27(1):67-78.

6. Artz AS. Anemia and the frail elderly. *Semin hematol.* 2008;45(4):261-6.
7. Thein M, Ershler WB, Artz AS, Tecson J, Robinson BE, Rothstein G, et al. Diminished quality of life and physical function in community-dwelling elderly with anemia. *Medicine.* 2009;88(2):107-14.
8. Ng TP, Feng L, Nyunt MSZ, Larbi A, Yap KB. Frailty in older persons: multisystem risk factors and the Frailty Risk Index (FRI). *J Am Med Dir Assoc.* 2014;15(9):635-42.
9. Kanapuru B, Ershler WB. Inflammation, coagulation, and the pathway to frailty. *Am J Med.* 2009;122(7):605-13.
10. Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol Ser A Biol Sci Med Sci.* 2001;56(3):146-56.
11. Arantes PMM, Alencar MA, Dias RC, Dias JMD, Pereira LSM. Atuação da fisioterapia na síndrome de fragilidade: revisão sistemática. *Rev Bras Fisioter.* 2009;13(5):365-75.
12. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia. Diretrizes metodológicas elaboração de revisão sistemática e metanálise de ensaios clínicos randomizados. Brasília, DF: MS; 2012.
13. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG; PRISMA Group. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *PloS Med.* 2009;6(7):1-6.
14. Wells GA, Shea B, O'Connell D, Peterson J, Welch V, Losos M, et al. The Newcastle-Ottawa Scale (NOS) for assessing the quality of nonrandomized studies in meta-analyses. [201?]. [acesso em 02 abr. 2017]. In: Ottawa Hospital Research Institute [Internet]. Ottawa: OHRI; 2001-. [1 tela]. Disponível em: [http://www.ohri.ca/programs/clinical\\_epidemiology/oxford.asp](http://www.ohri.ca/programs/clinical_epidemiology/oxford.asp)
15. Corona LP, Drumond AFC, Oliveira Duarte YA, Lebrao ML. The relationship between anemia, hemoglobin concentration and frailty in Brazilian older adults. *J Nutr Health Aging.* 2015;19(9):935-40.
16. Silva JC, Moraes ZV, Silva C, Mazon SB, Guariento ME, Neri AL, et al. Understanding red blood cell parameters in the context of the frailty phenotype: interpretations of the FIBRA (Frailty in Brazilian Seniors) study. *Arch Gerontol Geriatr.* 2014;59(3):636-41.
17. Llibre JJ, López AM, Valhuerdi A, Guerra M, Llibre-Guerra JJ, Sánchez YY, et al. Frailty, dependency and mortality predictors in a cohort of Cuban older adults, 2003-2011. *MEDICC Rev.* 2014;16(1):24-30.
18. Patel KV, Harris TB, Faulhaber M, Angleman SB, Connelly S, Bauer DC, et al. Racial variation in the relationship of anemia with mortality and mobility disability among older adults. *Blood.* 2007;109(11):4663-70.
19. Contreras MM, Formiga F, Ferrer A, Chivite D, Padrós G, Montero A, et al. Perfil y pronóstico del paciente con anemia mayor de 85 años que vive en la comunidad. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2015;50(5):211-5.
20. Haslam A, Hausman DB, Davey A, Cress ME, Johnson MA, Poon LW, et al. Associations of anemia and physical function in Georgia centenarians. *J Am Geriatr Soc.* 2012;60(12):2362-63.
21. Liu ZY, Deng W, Zhang RY, Huang JP, Wang XF, Qian DG, et al. Anemia, physical function, and mortality in long-lived individuals aged 95 and older: a population-based study. *J Am Geriatr Soc.* 2015;63(10):2202-4.
22. Morley JE, Vellas B, Kan AV, Anker SD, Bauer JM, Bernabei R, et al. Frailty Consensus: a call to action. *J Am Med Dir Assoc.* 2013;14(6):392-7.
23. Clegg A, Young J, Liffé S, Rikkert MO, Rockwood K. Frailty in older people. *Lancet.* 2013;381(9868):752-62.
24. Felício DC, Pereira DS, Assumpção AM, Jesus- Moraleida FR, Queiroz BZ, Silva JP, et al. Inflammatory mediators, muscle and functional performance of community-dwelling elderly women. *Arch Gerontol Geriatr.* 2014;59(3):549-53.

Recebido: 08/07/2017

Revisado: 26/01/2018

Aprovado: 26/02/2018



## Decisão compartilhada para escolha da via de alimentação em pacientes com demência em estágio grave: revisão sistemática

Shared decision-making when choosing the feeding method of patients with severe dementia: a systematic review

Rodrigo D'Agostini Derech<sup>1</sup>  
Fabrício de Souza Neves<sup>2</sup>

### Resumo

**Objetivos:** Avaliar se o uso de instrumento de apoio para decisão compartilhada na escolha da via de alimentação em pacientes com demência em estágio grave traz benefício para a díade paciente/cuidador e avaliar a qualidade do processo decisório. **Método:** Busca nas bases de dados Medline, LILACS, IBECs, SciELO, WHOLIS por ensaios clínicos randomizados duplo cegos ou não, estudos quase-experimentais, observacionais de coorte, caso-controle ou transversais nos idiomas português, espanhol, inglês e francês. **Resultados:** Obtidos oito artigos que mostraram que o uso de apoio à decisão como método auxiliar de decisão compartilhada traz benefício, pois reduz o conflito decisório e aumenta o conhecimento dos cuidadores sobre o assunto. A qualidade do processo decisório é insatisfatória devido à baixa frequência das conversas entre cuidadores e equipe de saúde e a má avaliação dos cuidadores sobre a participação da equipe no processo decisório. **Conclusão:** O instrumento de apoio à decisão compartilhada traz benefícios para cuidadores/pacientes submetidos à difícil tarefa de decidir a via de alimentação. Os achados sugerem que a atual qualidade do processo decisório é inadequada.

**Palavras-chave:** Demência.  
Transtornos de Deglutição.  
Tomada de Decisões.  
Técnicas de Apoio para a  
Decisão.

### Abstract

**Objectives:** To evaluate whether the use of a support tool for shared decision-making in the choice of feeding method for patients with severe dementia can benefit the patient/caregiver dyad, and to evaluate the quality of the decision-making process. **Method:** A search was performed in the Medline, LILACS, IBECs, SciELO, WHOLIS databases for randomized controlled trials, whether double-blind or otherwise, and quasi-experimental, cohort, case-control, or cross-sectional observational studies in Portuguese, Spanish, English and French. **Results:** Eight articles were found that showed that the use of a decision support tool, as an aid for the shared decision-making method, is beneficial as it reduces decisional conflict and increases the knowledge of caregivers about the subject. The quality of the decision-making process is unsatisfactory due to the low frequency of discussions between caregivers and the health team and the poor evaluation of caregivers

**Keywords:** Dementia.  
Deglutition Disorders.  
Decision Making. Decision  
Support Techniques.

<sup>1</sup> Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-graduação em Ciências Médicas. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.

<sup>2</sup> Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Departamento de Clínica Médica. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.

about the participation of the team in the decision-making process. *Conclusion:* Decision support tools provide benefits for caregivers/patients undergoing the difficult task of deciding about feeding methods. Findings suggest that the current quality of decision-making is inadequate.

## INTRODUÇÃO

No contexto de envelhecimento populacional, a demência assume importância devido ao impacto na saúde mental e física do paciente e seus familiares. Independente do tipo (por Alzheimer, vascular ou frontotemporal, por exemplo) o curso clínico sempre é progressivo e incurável, sendo o estágio avançado muito semelhante: uma pessoa restrita ao leito, com pouca ou nenhuma comunicação verbal, sem reconhecer os familiares mais próximos, incontinente, com dificuldades na alimentação e que necessita de auxílio para autocuidado<sup>1-3</sup>.

Nesse estágio, problemas relacionados com a alimentação são os mais comuns e incluem disfagia oral, disfagia faríngea (causando aspirações de alimento) ou recusa da alimentação, caracterizando-o por emagrecimento e redução na ingestão de alimentos e líquidos<sup>1</sup>. Neste momento, há dois possíveis caminhos a seguir: alimentar e hidratar o paciente através de uma sonda ou seguir alimentando-o por via oral com assistência.

Desde 1997, quando o primeiro estudo<sup>4</sup> comparou, numa coorte prospectiva, o uso de sonda para alimentação em relação à alimentação por via oral em idosos institucionalizados com recente progressão para demência em estágio grave e não demonstrou diferença em termos de sobrevivência, a discussão sobre a alimentação destes pacientes ganhou progressiva importância.

Desde então, o acúmulo de informações sobre o assunto levou entidades como *American Geriatrics Society*<sup>5</sup>, *American Board of Internal Medicine Foundation* e *American Academy of Hospice and Palliative Medicine*<sup>6</sup> a fazerem recomendações contrárias ao uso da sonda para alimentação e hidratação de pacientes com demência em estágio grave. Ainda assim, escolher entre os dois caminhos é difícil, já que o ato de alimentar-se ultrapassa conceitos apenas técnicos. Acrescenta-se a necessidade da tomada de decisão em saúde pelo cuidador para outra pessoa, o que agrega complexidade à situação.

O cenário descrito é situação prototípica para decisão compartilhada. Esta pode ser entendida como uma abordagem onde o profissional de saúde e o paciente (ou seu representante), para realizar o processo de tomada de decisão, compartilham informações sobre a melhor evidência científica disponível. O paciente ou cuidador é auxiliado para avaliar as opções disponíveis, seus respectivos riscos e benefícios e pesá-los de acordo com seus valores<sup>7,8</sup>.

A decisão compartilhada pode ser facilitada pelo que se chama em língua inglesa de *patient decision aid*, traduzido para o português como apoio à decisão (AD). Este instrumento tem como objetivo servir como referência no processo de aconselhamento ao paciente ou cuidador, ao apresentar as opções disponíveis de forma balanceada e guiá-los na tomada de decisão compartilhada em uma situação específica relacionada à saúde<sup>9,10</sup>.

Este trabalho tem por objetivo avaliar se o uso de instrumento de apoio à decisão compartilhada para escolha da via de alimentação em pacientes com demência em estágio grave traz benefício para a díade paciente/cuidador em termos dos desfechos redução do conflito decisional e aumento no conhecimento do cuidador sobre o tema. Constitui um objetivo secundário avaliar a qualidade da decisão compartilhada neste cenário, medida pela frequência de conversas da família com o provedor de saúde e pela avaliação destas pela família.

## MÉTODO

A estratégia PICO (População, Intervenção, Comparador e desfecho – *Outcome*) para realizar a busca dos artigos foi desenvolvida da seguinte maneira: P- paciente com demência em estágio grave/cuidador do paciente com problemas de alimentação na iminência de decidir via de alimentação; I- decisão compartilhada com uso de AD; C- cuidado usual ou nenhuma estratégia de decisão compartilhada; O- conflito decisional, aumento do conhecimento do cuidador, frequência de conversas sobre opções

de via de alimentação, avaliação dos familiares sobre a qualidade do processo decisório.

Foi feita pesquisa na base de dados Medline, via Pubmed, no dia 24 de agosto de 2017 com os seguintes descritores: ("*shared decision making*" or "*decision aid*") AND ("*dementia*" or "*tube feeding*" or "*gastrostomy*" or "*hand feeding*") limitado pelos idiomas inglês, português, espanhol e francês. Outra busca foi realizada nas bases LILACS, IBECs, SciELO, WHOLIS, via Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) no dia 30 de agosto de 2017. Foram utilizados os descritores ("*shared decision making*" or "*tomada de decisões*" or "*toma de decisiones*" or "*decision aid*" or "*técnicas de apoyo para la decisión*" or "*técnicas de apoio para a decisão*") AND ("*dementia*" or "*demência*" or "*tube feeding*" or "*nutrición enteral*" or "*nutrição enteral*" or "*gastrostomy*" or "*gastrostomía*" or "*gastrostomia*"). As buscas não tiveram limite de datas.

Todos os artigos que foram obtidos tiveram título e resumo lidos pelo pesquisador que realizou a busca e os selecionados foram exportados para o gerenciador de referências EndNote® X5.0.1 para sua análise mais pormenorizada. Esse pesquisador revisou manualmente as referências bibliográficas desses estudos em busca de novas referências.

O pesquisador que realizou a busca foi responsável pela eleição dos estudos e as referências selecionadas para leitura do texto completo foram lidas por outro pesquisador, a fim de averiguar a adequação aos objetivos da revisão sistemática. Divergências foram resolvidas por consenso. A extração dos dados foi realizada sem a utilização de um formulário específico para este fim. Foram incluídos os ensaios clínicos randomizados (ECR) duplo-cegos ou não, estudos quase-experimentais, observacionais de coorte, caso-controle ou transversais. Excluídos artigos de revisão narrativa, relatos de caso ou artigos de abordagem qualitativa.

## RESULTADOS

A busca nas bases de dados resultou em 161 artigos. Após remoção das duplicatas, restaram 156 artigos. Destes 119 foram descartados após a leitura do título e do resumo, pois constatou-se que não preenchiam os critérios de inclusão. O texto completo das 37 referências restantes foi examinado

com mais detalhes. A análise revelou que 30 estudos não estavam dentro dos critérios de inclusão. Um artigo foi adicionado após revisão das referências dos artigos incluídos. Desta forma, a revisão sistemática resultou num total de oito estudos, conforme mostra a Figura 1. Cinco estudos foram realizados nos Estados Unidos. Canadá, Japão e Espanha contribuíram com um estudo cada.

### Aumento no conhecimento e redução no conflito decisional

O estudo mais antigo encontrado com o objetivo de avaliar estes desfechos foi Mitchell et al.<sup>11</sup>. Esse descreveu a confecção de um AD para escolha da via de alimentação em pacientes com demência em estágio grave. O estudo realizou a aplicação de questionário para avaliação do conhecimento sobre o tema e aferição do conflito decisional por meio da Escala de Conflito Decisional (ECD)<sup>12</sup> antes e depois da leitura do AD. Obteve uma amostra por conveniência de 15 cuidadores que estavam no processo decisório da via de alimentação. O *score* na ECD (1 a 5 pontos) caiu após exposição à intervenção: 2,88 ( $\pm 0,62$ ) vs 2,29 ( $\pm 0,52$ ),  $p=0,004$ . Cuidadores também acertaram uma porcentagem maior de respostas no questionário de conhecimento após exposição ao AD: 50,4% ( $\pm 13,5$ ) vs 84,0% ( $\pm 13,5$ ),  $p=0,004$ , como mostra o Quadro 1. O estudo teve um desenho quase-experimental e contava com uma amostra pequena.

Kuraoka e Nakayma<sup>13</sup> estudaram esse mesmo AD. Realizaram a adaptação do instrumento para o japonês e sua avaliação. Treze cuidadores de pacientes internados em dois hospitais do Japão que decidiam a via de alimentação foram entrevistados antes e após o uso do AD adaptado. O percentual de acertos no questionário que avaliou o conhecimento sobre o tema aumentou de 38,1% ( $\pm 13,5$ ) para 64,6% ( $\pm 25,9$ ),  $p<0,001$  e o *score* na ECD reduziu-se de 3,24 ( $\pm 1,37$ ) para 2,56 ( $\pm 1,16$ ),  $p<0,001$ . Além da amostra pequena, os pesquisadores apresentaram o AD para apenas cinco cuidadores. Para os demais, isso foi feito pelos médicos assistentes. O estudo possuía um desenho quase-experimental.

Após 10 anos, este mesmo instrumento foi aprimorado e atualizado por Hanson et al.<sup>14</sup> e gerou um AD que foi testado em um ECR. Doze

instituições de longa permanência de idosos (ILPI) foram randomizadas para que seus cuidadores recebessem o AD para auxílio na tomada de decisão da via de alimentação e foram encorajados a discuti-lo com a equipe de saúde. Outras 12 ILPI foram randomizadas para receber o cuidado usual, representado por informações pela equipe de saúde. O desfecho primário foi o conflito decisional (medido pela ECD) do cuidador após seguimento de três meses. Os desfechos secundários foram o conhecimento sobre demência e opções de alimentação, medido logo após o uso do AD, por 19 questões falso-verdadeiro sobre o tema. Cento e vinte e sete cuidadores estavam no grupo intervenção e 129 receberam cuidado usual. Os que

receberam a intervenção tiveram redução maior no *score* da ECD em três meses (-1,97 vs -1,65,  $p < 0,001$ ) e após serem submetidos ao AD os cuidadores aumentaram o número de respostas corretas (15,1 vs 16,8,  $p < 0,001$ ). Após três meses, cuidadores no grupo intervenção discutiram mais sobre opções de alimentação (46% vs 33%,  $p = 0,04$ ). O estudo era um ensaio clínico randomizado *por cluster*. Devido ao tipo de randomização e a natureza da intervenção, os investigadores e os participantes (cuidadores de pacientes com demência em estágio grave com problemas de alimentação) não estavam cegados. Moradores das ILPI que sofreram a intervenção possuíam mais problemas de mastigação e deglutição (91% vs 71%,  $p < 0,001$ ).

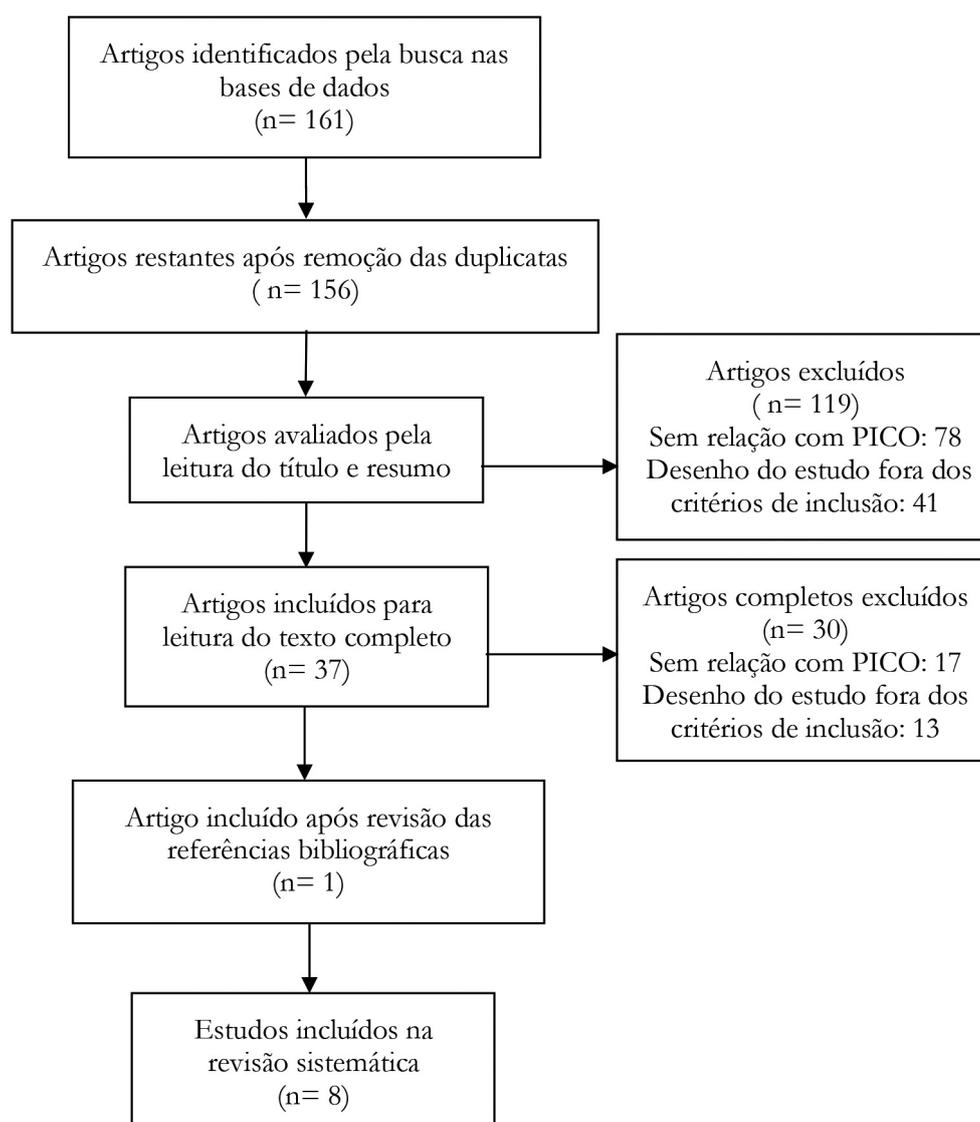


Figura 1. Fluxograma de identificação, seleção e inclusão de estudos. Santa Catarina, SC, 2017.

Análise posterior desta mesma população foi realizada por estudo americano de Ersek et al.<sup>15</sup> com o objetivo principal de examinar como a jornada de trabalho dos enfermeiros e médicos influencia o número de conversas sobre transtornos de alimentação entre a equipe de saúde e os cuidadores que utilizaram ou não o AD. Um objetivo secundário foi avaliar o conflito decisional. Pesquisaram 256 duplas de cuidador-paciente, divididas em dois grupos de ILPI (12 que receberam a intervenção e 12 que tiveram o cuidado usual). As ILPI pertenciam a três grupos distintos: aquelas que não tinham *nurse practitioner* e médico assistente responsável, aquelas que os possuíam trabalhando em meio período e aquelas com jornada completa. *Nurse practitioner* é um profissional de enfermagem que tem qualificação para tratar certas condições sem direta supervisão de um médico. O AD aumentou a frequência de cuidadores que conversaram sobre opções de alimentação somente nas ILPI com trabalhadores meio período ou sem médico/enfermeira assistente (26% vs 51%,  $p < 0,001$  e 13% vs 41%,  $p < 0,001$ , respectivamente). Nas ILPI com trabalhadores que realizavam jornada completa, o AD não alterou o *score* da ECD (redução -0,15 controle vs -0,68 intervenção,  $p = 0,121$ ). A utilização do instrumento acarretou diferença neste desfecho nas ILPI com profissionais em jornada parcial (redução -0,08 controle vs -0,47 intervenção,  $p = 0,008$ ) ou sem a presença deles (redução -0,30 controle vs -0,68 intervenção,  $p = 0,014$ ). É uma análise *post hoc* de ECR de Hanson et al.<sup>14</sup> e foram analisados dados de entrevistas realizadas por telefone.

Estudo publicado por Snyder et al.<sup>16</sup> também utilizou a população estudada por Hanson et al.<sup>14</sup> e as entrevistas realizadas antes e logo após aplicação do AD em 126 cuidadores. Cento e vinte e nove estavam no grupo controle. Em relação aos desfechos de interesse para a presente revisão trouxe a informação que o conflito decisional reduziu-se (2,24 vs 1,91,  $p < 0,001$ ) logo após a utilização do AD. Houve aumento no *score* de conhecimento (antes 15,5 vs depois 16,8,  $p < 0,001$ ). O estudo foi realizado com desenho quase-experimental.

### Qualidade do processo de decisão compartilhada para escolha da via de alimentação em pacientes com demência em estágio grave

Cinco estudos resumidos no Quadro 1 contribuíram com dados. Hanson et al.<sup>14</sup> mostrou que após três meses da utilização de um AD, uma porcentagem maior de cuidadores no grupo intervenção discutiu sobre opções de alimentação com médicos ou enfermeiros (46% vs 33%,  $p = 0,04$ ).

Teno et al.<sup>17</sup> realizaram estudo com dados de entrevistas com 486 cuidadores de pessoas com demência e problemas de alimentação que haviam falecido em ILPI. Um dos objetivos do estudo foi avaliar quão frequente a alimentação por sonda é discutida. Para 58,9% dos entrevistados, não houve discussão sobre manejo de problemas de alimentação entre os membros da família e a equipe de saúde. Entre os pacientes que receberam uma sonda, 13,7% dos cuidadores relataram que não conversaram sobre o assunto com a equipe de saúde antes da inserção. Dentre estes, 91,1% acreditavam que a discussão deveria ter ocorrido. Entre os que haviam tido alguma conversa, 41,6% reportaram ser menor que 15 minutos. A opção de alimentar pela via oral com assistência não foi discutida em aproximadamente um terço dos casos e o médico esteve presente nas conversas um terço das vezes. As entrevistas eram realizadas por telefone, em média 23,8 meses após o falecimento do paciente. Trata-se de estudo transversal.

O estudo de Ersek et al.<sup>15</sup> descreve que nas ILPI com médico assistente ou enfermeiro que faziam jornada completa, o número de cuidadores que haviam tido conversas sobre opções de alimentação com a equipe de saúde não teve associação com uso do AD (41% controle e 46% intervenção,  $p = 0,450$ ). Já nas ILPI com profissionais em jornada parcial (26% controle e 51% intervenção,  $p < 0,001$ ) ou sem médico e enfermeiro responsável (13% controle e 41% intervenção,  $p < 0,001$ ) houve diferença nesse desfecho entre o grupo que recebeu o AD e o grupo controle.

Givens et al.<sup>18</sup> utilizaram dados de uma coorte prospectiva com 323 residentes de ILPI com o objetivo de determinar os tipos de decisões realizadas durante o estágio final da demência e identificar fatores associados com maior satisfação com o processo decisório. Cuidadores eram questionados se haviam feito alguma decisão em saúde em entrevistas quinzenais em um seguimento de 18 meses ou até o falecimento do paciente. Caso este acontecesse, o cuidador era entrevistado após dois meses do evento. Para avaliar a satisfação, utilizaram a escala *Decision Satisfaction Inventory*<sup>19</sup> (DSI) (0-100 pontos, com *scores* mais altos indicando maior satisfação com o processo decisório). O *score* médio na escala DSI foi 78,4 ( $\pm 19,5$ ), que indica alto nível de satisfação. No entanto os itens que apresentaram maior incidência de avaliações razoável ou ruim foram relacionados ao suporte, à quantidade de informação recebida e ao tempo

despendido com o responsável principal pelos cuidados de saúde na instituição. O estudo avaliou vários tipos de decisões. O manejo dos problemas de alimentação foi o motivo em 27,2%. As entrevistas eram realizadas pelo telefone.

Ortín et al.<sup>20</sup> realizaram estudo transversal com dados de prontuário de pacientes que haviam recebido gastrostomia. O objetivo do estudo era descrever como se tomaram as decisões de nutrição e a participação dos pacientes. O documento de consentimento informado para realização da gastrostomia constava em 88% dos prontuários (n=36), mas somente em 49% dos prontuários (n=20) havia relato de discussão com a família sobre a decisão da gastrostomia. O estudo tinha desenho transversal. As informações foram baseadas em pesquisas de 41 prontuários e apenas sete pacientes tinham diagnóstico de demência (17%).

**Quadro 1.** Trabalhos selecionados de acordo com tipo de estudo, intervenção/controle, desfechos avaliados e resultados. Santa Catarina, SC, 2017.

Tipo de estudo e autor/ano de publicação	Cenário do estudo	Intervenção/Controle	Objetivos	Resultados
ECR Hanson et al., 2011 <sup>14</sup>	ILPI nos Estados Unidos.	AD para escolha da via de alimentação no paciente com demência grave.  Cuidado usual, representado por informações pela equipe de saúde.	Avaliar o conflito decisional (pela ECD) e conhecimento (questionário 19 perguntas) dos cuidadores antes e após intervenção.  Medir a frequência de conversas sobre o assunto com o médico ou a enfermeira.	24 ILPI. 127 cuidadores receberam o AD e 129 cuidado usual.  Redução maior no <i>score</i> da ECD em três meses com AD.  Aumento nos <i>scores</i> de conhecimento.  Cuidadores no grupo intervenção discutiram mais sobre opções de alimentação.
Estudo quase-experimental Kuraoka e Nakayama, 2014 <sup>13</sup>	Hospitais, ILPI e comunidade no Japão.	AD para escolha da via de alimentação no paciente com demência grave.	Analisar o conflito decisional (pela ECD) e conhecimento dos cuidadores antes e após intervenção.	<i>Score</i> na ECD reduziu após o AD.  Aumento no conhecimento após utilização do AD.
Estudo quase-experimental Mitchell et al., 2001 <sup>11</sup>	Hospitais no Canadá.	AD para escolha da via de alimentação no paciente com demência grave.	Comparar o conflito decisional (pela ECD) e conhecimento dos cuidadores antes e após intervenção.	<i>Score</i> na ECD caiu após AD.  Aumento respostas corretas no questionário de conhecimento sobre o assunto após exposição.

continua

Continuação do Quadro 1

Tipo de estudo e autor/ano de publicação	Cenário do estudo	Intervenção/ Controle	Objetivos	Resultados
Estudo transversal Teno et al., 2011 <sup>17</sup>	Hospitais, ILPI, residências para idoso ou <i>hospice</i> nos Estados Unidos.	Sem intervenção.	Examinar quão frequente alimentação por sonda é discutida.  Averiguar a qualidade da discussão (escala DSI).	58,9% cuidadores não relataram conversa sobre manejos dos problemas de alimentação.  Para aqueles que receberam sonda, 13,7% não tiveram discussão com a equipe de saúde. Dos que tiveram discussão 41,6% relataram tempo menor que 15 minutos.  Conversa sobre os riscos de inserção da sonda em 49,7% dos casos. A opção de continuar alimentado pela boca não foi discutida em 1/3 dos casos.
Análise <i>post hoc</i> de ECR Ersek et al., 2014 <sup>15</sup>	ILPI nos Estados Unidos.	AD para escolha da via de alimentação no paciente com demência estágio grave.  Cuidado usual.	Determinar como a jornada de trabalho dos enfermeiros e médicos influencia o número de conversas sobre opções de alimentação dos cuidadores que utilizaram AD com a equipe de saúde.  Medir o conflito decisional de acordo com o uso ou não do AD em ILPI com diferentes regimes de trabalho dos profissionais.	AD aumentou a frequência de conversas e reduziu <i>score</i> na ECD somente nas ILPI com menos profissionais atuantes.
Estudo quase-experimental Snyder et al., 2013 <sup>16</sup>	ILPI nos Estados Unidos.	AD para escolha da via de alimentação no paciente com demência grave.	Analisar o conflito decisional pela ECD e conhecimento (questionário 19 perguntas) dos cuidadores antes e após intervenção.	Aumento no <i>score</i> de conhecimento depois da utilização do AD.  Conflito decisional reduziu-se após a intervenção.
Estudo transversal Ortín et al., 2005 <sup>20</sup>	Hospital da Espanha.	Sem intervenção.	Identificar como se tomaram as decisões de nutrição artificial.	Referida em 20 prontuários (49%) discussão com a família sobre a decisão da gastrostomia.  Documento de consentimento informado para realização da gastrostomia constava em 88% dos prontuários.

continua

Continuação do Quadro 1

Tipo de estudo e autor/ano de publicação	Cenário do estudo	Intervenção/Controle	Objetivos	Resultados
Coorte prospectiva Givens et al., 2009 <sup>18</sup>	ILPI nos Estados Unidos.	Sem intervenção.	Determinar os tipos de decisões de saúde realizadas em pacientes com demência em estágio grave.  Identificar os fatores associados com maior satisfação com o processo decisório (escala DSI).	O <i>score</i> médio na escala DSI indicava satisfação com o processo decisório. No entanto, os itens que apresentaram maior índice de respostas razoável ou ruim foram relacionados ao apoio do responsável principal pelos cuidados de saúde na instituição, a quantidade de informação recebida e o tempo despendido com o responsável.

ECR: Ensaio Clínico Randomizado; ILPI: Instituição de Longa Permanência de Idosos; ECD: Escala de Conflito Decisional; DSI: *Decision Satisfaction Inventory*.

## DISCUSSÃO

O uso de AD como estratégia de auxílio à decisão compartilhada reduz o conflito decisional e aumenta o conhecimento de cuidadores de pacientes com demência em estágio grave que necessitam decidir sobre a via de alimentação<sup>11,13-16</sup>. A qualidade da decisão compartilhada para este cenário é baixa. Esta informação é baseada em resultados de cinco estudos<sup>14,15,17,18,20</sup> que sugerem baixa frequência de discussões sobre opções de alimentação entre a família e a equipe de saúde, assim como insatisfação com o papel desempenhado pelo provedor de saúde no processo decisório.

A revisão sistemática não identificou estudos multinacionais e a concentração dos estudos na América do Norte recomenda parcimônia para interpretação dos dados em nosso meio. Além disso, os desfechos são descritos em escalas em que as diferenças estatisticamente significativas são de difícil interpretação clínica, já que a significância clínica não foi estabelecida *a priori*.

Estudar uma intervenção complexa como decisão compartilhada é extremamente desafiador. A inclusão do déficit cognitivo por demência neurodegenerativa e a consequente perda de autonomia acrescentam complexidade. A pesquisa em ILPI traz barreiras metodológicas difíceis de serem transpostas. Os estudos selecionados avaliam uma ferramenta auxiliar no processo, o AD. Não há respostas

para entendermos se a integração do uso dessas ferramentas com treinamento em habilidades de comunicação<sup>7</sup>, representaria ganho em termos de desfechos como aumento no conhecimento e frequência de decisões baseadas nos valores ou reduções no conflito decisional e passividade na tomada de decisões em saúde.

Embora não haja outro caminho além da busca de decisão compartilhada para estes pacientes, ainda a que se evoluir muito neste tema, especialmente no Brasil. A revisão não encontrou nenhum estudo brasileiro, nem mesmo entre os excluídos. Algumas barreiras à implantação de decisão compartilhada são comuns em vários países como limitações de tempo no atendimento médico, resistências dos profissionais de saúde com receio de perda do controle na relação como o paciente, crença de que as pessoas não querem ser envolvidas em tomadas de decisões sobre sua saúde, não tem esta capacidade ou podem tomar decisões inadequadas, colocando-se em risco, mesmo na presença de incerteza científica<sup>7,21</sup>.

No entanto, parece haver agravantes no caso brasileiro. O modelo mais tradicional de educação médica brasileira provavelmente não favoreceu a abordagem do assunto, já que o desenvolvimento de habilidades de comunicação é um tópico recentemente inserido de maneira formal em nossa educação médica<sup>22</sup>. O baixo nível educacional da população brasileira pode ter sido um limitante ao desenvolvimento do hábito da decisão compartilhada,

pois pessoas com menor nível educacional tomam menos decisões em saúde<sup>23</sup>. Isso pode representar uma oportunidade, pois essas pessoas obtêm mais benefícios da decisão compartilhada em relação a grupos com nível educacional mais elevado. Esses incluem maior aumento no conhecimento, reduções mais proeminentes do conflito decisional e incerteza na escolha do tratamento. Desta forma, a decisão compartilhada pode reduzir as disparidades em saúde<sup>24</sup>. Também é possível que a crença de que nossos pacientes sejam incapazes de decidir tenha limitado a ação dos médicos como agentes educadores na prática da saúde.

A prática da medicina não pode ser desvinculada da evidência científica, tampouco pode ser realizada sem respeitar a escolha informada dos pacientes. Sem decisão compartilhada, a Medicina Baseada em Evidências (MBE) pode tornar-se a ditadura da evidência, mas sem atenção aos princípios da MBE, a decisão compartilhada é limitada, pois as preferências das pessoas não serão baseadas em estimativas confiáveis de riscos e benefícios das opções disponíveis e isto resultará numa decisão não adequadamente informada<sup>25</sup>. Parece haver então um longo percurso para a medicina brasileira caminhar na direção do avanço no conhecimento técnico, na socialização desse saber e na democratização das escolhas na relação médico-paciente.

## REFERÊNCIAS

1. Mitchell SL. Advanced Dementia. *N Engl J Med* [Internet]. 2015 [acesso em 22 ago. 2017];373(13):1276-7. Disponível em: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMcp1412652>
2. Gillick MR. Rethinking the role of tube feeding in patients with advanced dementia. *N Engl J Med* [Internet]. 2000 [acesso em 23 ago. 2017];342(3):206-10. Disponível em: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJM20000120342031>
3. Schmidt H, Eisenmann Y, Golla H, Voltz R, Perrar KM. Needs of people with advanced dementia in their final phase of life: a multi-perspective qualitative study in nursing homes. *Palliat Med* [Internet]. 2017 [acesso em 01 mar. 2018];1-11. Disponível em: [journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0269216317746571](http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0269216317746571)
4. Mitchell SL, Kiely DK, Lipsitz LA. The risk factors and impact on survival of feeding tube placement in nursing home residents with severe cognitive impairment. *Arch Intern Med* [Internet]. 1997 [acesso em 23 ago. 2017];157(3):327-32. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/article-abstract/622852?redirect=true>
5. American Geriatrics Society Ethics Committee and Clinical Practice and Models of Care Committee. Feeding tubes in advanced dementia position statement. *J Am Geriatr Soc* [Internet]. 2014 [acesso em 02 mar. 2018];62(8):1590-93. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jgs.12924/full>

Este estudo contém limitações. O fato de não haverem realizado duas buscas separadas pode ter ocasionado viés de seleção, deixando de encontrar artigos importantes para a revisão. Há bases de dados que não foram utilizadas para seleções de referências, o que também pode ter contribuído para isso. Os pesquisadores não utilizaram instrumentos apropriados para avaliar a qualidade dos artigos escolhidos. No entanto, as principais deficiências dos estudos foram descritas nos resultados, para minimizar esta limitação.

## CONCLUSÃO

O uso de instrumento de apoio à decisão compartilhada na escolha da via de alimentação em paciente com demência grave reduz a intensidade do conflito decisional e aumenta o grau de conhecimento dos cuidadores de forma estatisticamente significativa. A qualidade do processo de decisão para esta situação parece ser muito baixa, pela pouca frequência de discussão sobre o tema entre cuidadores e equipe de saúde e a avaliação negativa em relação a participação do provedor de saúde no processo decisório. Este estudo representa um passo para fomentar o uso de decisão compartilhada no difícil cenário da escolha da via de alimentação em pacientes com demência em estágio grave.

6. American Academy of Hospice and Palliative Medicine. Don't recommend percutaneous feeding tubes in patients with advanced dementia; instead, offer oral assisted feeding. In: American Board of Internal Medicine. Choosing Wisely [Internet]. Philadelphia: ABIM, 2013-. [acesso em 18 fev. 2018]. Disponível em: <http://www.choosingwisely.org/clinician-lists/american-academy-hospice-palliative-care-percutaneous-feeding-tubes-in-patients-with-dementia/>
7. Elwyn G, Frosch D, Thomson R, Joseph-Williams N, Lloyd A, Kinnersley P, et al. Shared decision making: a model for clinical practice. *J Gen Intern Med* [Internet]. 2012 [acesso em 24 ago. 2017];27(10):1361-7. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3445676/>
8. Probst MA, Noseworthy PA, Brito JP, Hess EP. Shared decision-making as the future of emergency cardiology. *Can J Cardiol* [Internet]. 2018 [acesso em 27 fev. 2018];34(2):117-24. Disponível em: [http://www.onlinecjc.ca/article/S0828-282X\(17\)31033-4/fulltext](http://www.onlinecjc.ca/article/S0828-282X(17)31033-4/fulltext)
9. Stacey D, Legare F, Lewis K, Barry MJ, Bennett CL, Eden KB, et al. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2017 [acesso em 25 ago. 2017];4:1-271. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD001431.pub5/full>
10. Volk RJ, Llewellyn-Thomas H, Stacey D, Elwyn G. Ten years of the International Patient Decision Aid Standards Collaboration: evolution of the core dimensions for assessing the quality of patient decision aids. *BMC Med Inform Decis Mak* [Internet]. 2013 [acesso em 28 fev. 2018];13 Suppl 2:2-7. Disponível em: <https://bmcmmedinformdecismak.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6947-13-S2-S1>
11. Mitchell SL, Tetroe J, O'Connor AM. A Decision aid for long-term tube feeding in cognitively impaired older persons. *J Am Geriatr Soc* [Internet]. 2001 [acesso em 25 ago. 2017];49(3):313-6. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1046/j.1532-5415.2001.4930313.x>
12. O'Connor A. Validation of a decisional conflict scale. *Med Decis Mak* [Internet]. 1995 [acesso em 29 ago. 2017];15(1):25-30. Disponível em: <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0272989X9501500105>
13. Kuraoka Y, Nakayama K. A Decision aid regarding long-term tube feeding targeting substitute decision makers for cognitively impaired older persons in Japan: a small-scale before-and-after study. *BMC Geriatr* [Internet]. 2014 [acesso em 26 ago. 2017];14:2-7. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3922454/>
14. Hanson LC, Carey TS, Caprio AJ, Lee TJ, Ersek M, Garrett J, et al. Improving decision-making for feeding options in advanced dementia: a randomized, controlled trial. *J Am Geriatr Soc* [Internet]. 2011 [acesso em 27 ago. 2017];59(11):2009-16. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3227016/>
15. Ersek M, Sefcik JS, Lin FC, Lee TJ, Gilliam R, Hanson LC. Provider staffing effect on a decision aid intervention. *Clin Nurs Res* [Internet]. 2014 [acesso em 27 ago. 2017];23(1):36-53. Disponível em: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1054773812470840>
16. Snyder EA, Caprio AJ, Wessell K, Lin FC, Hanson LC. Impact of a decision aid on surrogate decision-makers' perceptions of feeding options for patients with dementia. *J Am Med Dir Assoc* [Internet]. 2013 [acesso em 28 ago. 2017];14(2):114-8. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3563876/>
17. Teno JM, Mitchell SL, Kuo SK, Gozalo PL, Rhodes RL, Lima JC, et al. Decision-making and outcomes of feeding tube insertion: a five-state study. *J Am Geriatr Soc* [Internet]. 2011 [acesso em 29 ago. 2017];59(5):881-6. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3254052/>
18. Givens JL, Kiely DK, Carey K, Mitchell SL. Healthcare proxies of nursing home residents with advanced dementia: decisions they confront and their satisfaction with decision-making. *J Am Geriatr Soc* [Internet]. 2009 [acesso em 26 ago. 2017];57(7):1149-55. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2796114/>
19. Barry M, Cherkin J, Chang Y, Fowler F, Skates S. A randomized trial of a multimedia shared decision making programme for men facing a treatment decision for benign prostatic hyperplasia. *Dis Manag Clin Outcomes*. 1997;1(1):5-14.
20. Ortín GD, Rimblas AN, Robles PH. Decisiones de nutrición artificial en pacientes con gastrostomía. *Med Paliat*. 2005;12(3):159-3
21. McCarter SP, Tariman JD, Spawn N, Mehmeti E, Bishop-Royse J, Garcia I, et al. Barriers and promoters to participation in the Era of Shared Treatment Decision-Making. *West J Nurs Res* [Internet]. 2016 [acesso em 01 mar. 2018];38(10):1282-97. Disponível em: [journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0193945916650648](http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0193945916650648)
22. Abreu MM, Battisti R, Martins RS, Baumgratz TD, Cuziol M. Shared decision making in Brazil: history and current discussion. *Z Evid Fortbild Qual Gesundh*. 2011;105(4):240-4.

23. Zikmund-Fisher BJ, Couper MP, Singer E, Levin CA, Fowler Jr. FJ, Ziniel S, et al. The DECISIONS study: a nationwide survey of United States adults regarding 9 common medical decisions. *Med Decis Mak* [Internet]. 2010 [acesso em 30 ago. 2017];30(5 Suppl):20-34. Disponível em: <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0272989X09353792>
24. Durand MA, Carpenter L, Dolan H, Bravo P, Mann M, Bunn F, et al. Do interventions designed to support shared decision-making reduce health inequalities?: a systematic review and meta-analysis. *PloS ONE* [Internet]. 2014 [acesso em 01 mar. 2018];9(4):1-13. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3988077/>
25. Hoffmann TC, Montori VM, Del Mar C. The connection between evidence-based medicine and shared decision making. *J Am Med Assoc* [Internet]. 2014 [acesso em 20 jan. 2018];312(13):1295-96. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/1910118>

Recebido: 30/10/2017

Revisado: 10/02/2018

Aprovado: 14/03/2018



## Cuidado do idoso no setor de emergência: uma revisão integrativa

Elderly care in the emergency department: an integrative review

Luciana Aparecida Soares de Andrade<sup>1</sup>  
Sulamita de Paula Santos<sup>1</sup>  
Roselene Campos Corpolato<sup>1</sup>  
Mariluci Hautsch Willig<sup>2</sup>  
Maria de Fátima Mantovani<sup>2</sup>  
Alessandra Luciana Aguilera<sup>1</sup>

### Resumo

**Objetivo:** Identificar as práticas de cuidado realizadas pelo enfermeiro ao idoso atendido nos serviços de emergência. **Método:** Revisão integrativa realizada na base de dados CAPES, selecionando publicações em inglês, português e espanhol do período de janeiro de 2011 a outubro de 2016. Os descritores utilizados foram: “Enfermagem em emergência”; “Enfermagem geriátrica”; “Serviços de saúde para idosos”; “Idoso”; “Cuidados de enfermagem”. **Resultados:** Foram analisados 16 artigos em inglês, sendo a maioria de abordagem qualitativa (56,2%). A Austrália se destaca como país com o maior número de publicações (31,2%). Após a leitura dos estudos na íntegra, os temas comuns foram organizados e classificados em três categorias: *Desafios/difícultades no cuidado do idoso no setor de emergência*, *Experiências positivas do cuidado do idoso no setor de emergência* e *o Setor de emergência enquanto espaço de morte e morrer*. **Conclusão:** As práticas de cuidado realizadas pelos enfermeiros estão voltadas para identificação dos seus principais problemas em relação ao cuidado do idoso, adaptação e no planejamento da sua rotina de trabalho. Outra estratégia tem sido a implantação de instrumentos de avaliação específicos para o paciente idoso e o envolvimento da família em todas as etapas do cuidado.

### Palavras-chave:

Enfermagem em Emergência.  
Enfermagem Geriátrica.  
Serviços de Saúde para Idosos. Idoso. Cuidados de Enfermagem.

### Abstract

**Objective:** To identify the care practices of nurses for the elderly in emergency departments. **Method:** An integrative review was carried out in the CAPES database, selecting publications in English, Portuguese and Spanish published between January 2011 and October 2016. The descriptors used were: "Emergency nursing"; "Geriatric nursing"; "Health services for the elderly"; "Elderly person"; "Nursing care". **Results:** Sixteen articles were analyzed in English, the majority of which had a qualitative approach (56.2%). Australia had the largest number of publications (31.2%). After reading the studies in full, the common themes were organized and classified into three categories: *Challenges/difficulties in the care of the elderly in the emergency department*, *Positive experiences of elderly care in the emergency department* and *The emergency department as a space of death and dying*. **Conclusion:** The care practices of

### Keywords:

Emergency Nursing. Geriatric Nursing. Health Services for the Aged. Elderly. Nursing Care.

<sup>1</sup> Universidade Federal do Paraná (UFPR), Setor de Ciências da Saúde, Programa de Pós-graduação Mestrado Profissional em Enfermagem. Curitiba, Paraná, Brasil.

<sup>2</sup> Universidade Federal do Paraná (UFPR), Setor de Ciências da Saúde, Departamento de Enfermagem. Curitiba, Paraná, Brasil.

### Correspondência/Correspondence

Luciana Aparecida Soares de Andrade  
lasa260986@gmail.com

nurses are focused on identifying the main problems regarding elderly care, adaptation and the planning of their work routine. Another strategy is the implementation of instruments of evaluation specific to elderly patients and the involvement of the family in all stages of care.

## INTRODUÇÃO

A necessidade de cuidados de emergência ao idoso tem aumentado gradualmente, os fatores apontados como determinantes são o envelhecimento populacional e a mudança do perfil epidemiológico<sup>1</sup>. Estudo realizado nos setores de emergência dos Estados Unidos da América mostra que idosos, especialmente os acima de 75 anos, tem maior taxa de admissão na emergência, se comparado a outras faixas etárias, essa taxa tende a aumentar à medida que a população envelhece<sup>2</sup>.

O aumento da expectativa de vida possibilita a ocorrência de problemas decorrentes das alterações morfofisiológicas, inerentes ao envelhecimento. Assim, observa-se aumento das doenças crônicas, morbidade e incapacidade funcional<sup>1</sup>. Por isso, os idosos são mais propensos a procurarem atendimento de emergência, e costumam ser admitidos no hospital duas vezes mais do que indivíduos jovens<sup>2</sup>. Por apresentar problemas de saúde mais complexos os idosos precisam de cuidado especializado, constituindo-se os maiores consumidores dos principais serviços de saúde<sup>3,4</sup>.

Isso se deve, pela heterogeneidade clínica desses pacientes, que associada a depleção das reservas fisiológicas e cognição diminuída resultam na manifestação atípica de doenças comuns, gerando dúvidas a respeito da eficácia de abordagens padrão e constituindo-se como desafio para implementação dos cuidados pelos enfermeiros de emergência<sup>2</sup>. Nesta perspectiva, o presente estudo teve como objetivo identificar quais as práticas de cuidado realizadas pelo enfermeiro ao idoso atendido nos serviços de emergência.

## MÉTODO

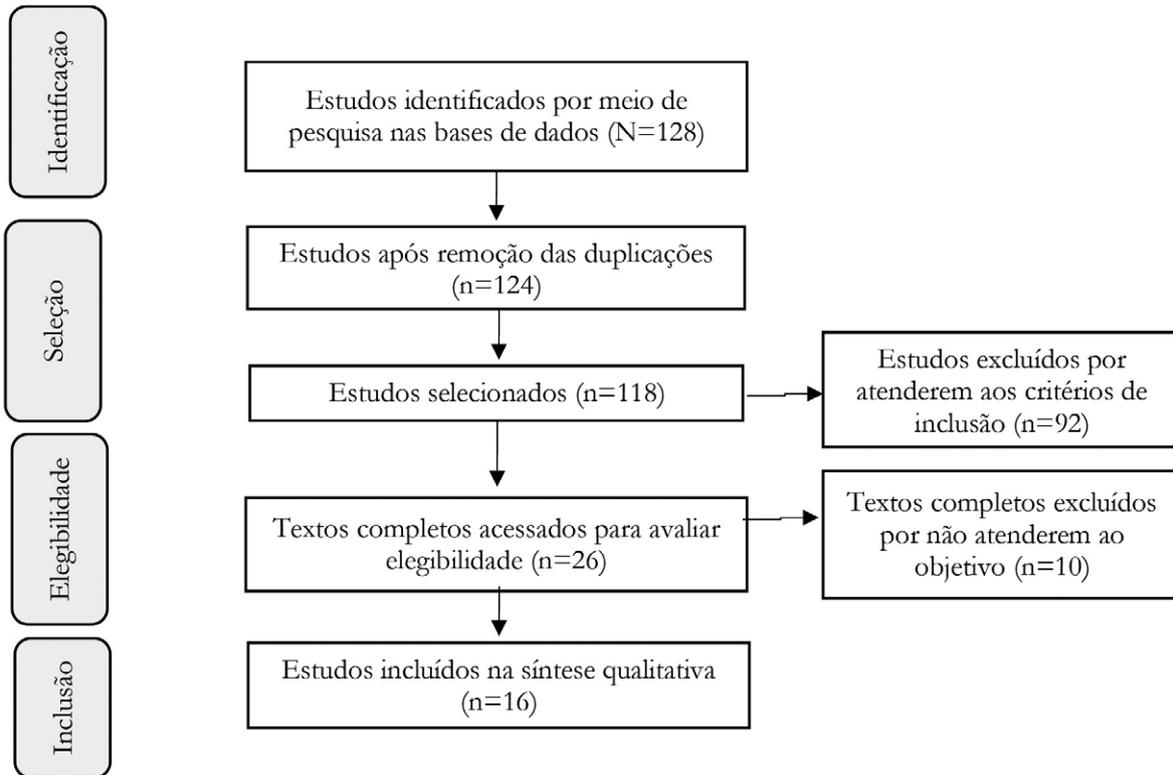
Revisão integrativa, desenvolvida conforme as seis etapas metodológicas proposta por Mendes et al.<sup>5</sup> Na primeira etapa foi definida a seguinte questão norteadora da pesquisa: *Quais são as práticas de cuidado*

*de enfermagem ao idoso atendido no serviço de emergência abordadas nas publicações de Enfermagem nacionais e internacionais nos últimos cinco anos?*

Na segunda etapa foram estabelecidos como critérios de inclusão: artigos em inglês, português e espanhol originais disponíveis *online* na íntegra, publicados no período de janeiro de 2011 a setembro de 2016, que abordassem o cuidado de enfermagem ao idoso atendido nos serviços de emergência. E os critérios de exclusão: revisões sistemáticas, integrativas, estudos de casos, relatos de experiências e editoriais.

Na terceira etapa foi definido que seria utilizada a plataforma de busca *online* da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) para pesquisa das produções científicas, por abranger diversas bases de dados nacionais e internacionais e estar disponível para acesso público. A busca *online* ocorreu em outubro de 2016, sendo utilizados os seguintes descritores: enfermagem em emergência, enfermagem geriátrica, cuidados de enfermagem, idoso, serviços de saúde para idosos, emergências, hospitais geriátricos. Para busca de artigos foram utilizados os descritores em português, inglês e espanhol de acordo com a seguinte combinação: “enfermagem em emergência” AND “idoso”, “enfermagem em emergência” AND “serviços de saúde para idosos”, “emergências” AND “idoso”, “emergências” AND “enfermagem geriátrica”, “cuidados de enfermagem” AND “idoso”, “serviços de saúde para idosos” AND “emergências”, “hospitais geriátricos” AND “emergências”.

Primeiramente, dois investigadores avaliaram de forma independente os títulos e os resumos das publicações na base de dados para seleção de estudos potencialmente elegíveis. Desses, foram rastreados textos completos para uma leitura minuciosa. Após foram excluídos aqueles que não atendiam aos critérios de inclusão. O fluxograma do processo de seleção dos artigos baseado no modelo PRISMA<sup>6</sup> está representado na Figura 1.



**Figura 1.** Fluxograma de seleção das publicações para a revisão integrativa, baseado no modelo PRISMA<sup>6</sup>. Curitiba, PR, 2017.

Na quarta etapa foi realizada a análise dos dados, organizados por categorias. Na quinta etapa desenvolvida a discussão conforme literatura pertinente e na sexta etapa elaborada a síntese da revisão.

## RESULTADOS

A amostra foi composta por 16 artigos em inglês, sendo oito (50,0%) estudos de abordagem qualitativa, sete (43,8%) quantitativa e um (6,2%) de abordagem mista. Em relação ao ano de publicação, quatro

(25,0%) artigos foram publicados em 2015; três (18,7%) nos anos de 2011, 2013 e 2014; dois (12,5%) em 2012 e um (6,25%) em 2016. A Austrália se destaca como país com o maior número de publicações sobre o tema, correspondendo a 31,2%, seguido pelo Canadá 18,8%, Estados Unidos da América e Espanha ambos com 12% cada. Também foram incluídos artigos de outros países como Finlândia, Suíça, Suécia e Inglaterra que corresponderam 26,0%. Os artigos foram publicados em 15 periódicos, destacando-se o *International Emergency Nursing* com 12,0% (Quadro 1).

**Quadro 1.** Resultados da pesquisa. Curitiba, PR, 2017.

Título	Periódico	Objetivos	Síntese dos resultados
1. <i>In-reach nursing services improve older patient outcomes and access to emergency care</i> <sup>29</sup> .	Australasian Journal On Ageing	Identificar o impacto da assistência básica realizada pelo serviço especializado de enfermagem sobre os resultados clínicos de pacientes idosos provenientes de instituições de longa permanência atendidos no serviço de emergência, antes e depois da implementação do serviço.	A média do tempo de permanência no serviço de emergência diminuiu em 24 minutos e a taxa de internação em 23%. A proporção de pessoas que retornaram ao serviço de emergência no prazo de seis meses decresceu em 12%. A proporção de pacientes internados que receberam alta com um plano de cuidados paliativos aumentou 13%. Houve uma significativa diminuição na média do tempo de permanência, menor número de internações retornos dos pacientes procedentes de internações de longa permanência após a implementação do serviço de atendimento/acompanhamento primário.
2. <i>Referrals to hospital emergency departments from residential aged care facilities: stuck in a time warp</i> <sup>14</sup> .	Contemporary Nurse	Caracterizar os idosos admitidos nos serviços de emergência provenientes de instituições de longa permanência e explorar a percepção das enfermeiras sobre as razões pelas quais esses “residentes” são encaminhados para a emergência.	Os principais temas identificados estão relacionados a competência profissional, falta de equipamentos nas casas de cuidados, familiares e residentes solicitando encaminhamentos, dificuldades de comunicação e pouca atitude da equipe. É necessário utilizar estratégias para a detecção de residentes em situação de deterioração da sua condição e atendê-los prontamente.
3. <i>Respect in the care of older patients in acute hospitals</i> <sup>30</sup> .	Nursing Ethics	Descrever as experiências dos pacientes idosos e seus familiares em relação ao respeito nos cuidados oferecidos em um hospital de manejo de casos agudos.	O conceito de respeito pode ser definido através das ações tomadas pelos enfermeiros (gentileza, paciência de ouvir, confiabilidade, resposta as necessidades de informação, assistência às necessidades básicas, alívio da dor, resposta à solicitações e gestão de tempo), para os familiares (apoio, assistência e defesa dos interesses do paciente) e os fatores relacionados ao ambiente (como valorização dos idosos pela sociedade, gestão das organizações de saúde, cultura da enfermagem, fluxo de informações e a acomodação dos pacientes).
4. Geriatric screening tools to select older adults susceptible for direct transfer from the emergency department to subacute intermediate-care hospitalization <sup>16</sup> .	Journal of the American Medical Directors Association - JAMDA	Avaliar se ferramentas de rastreamento geriátrico fáceis, rápidas e baratas predizem um destino de alta diferente do regresso à condição anterior para os pacientes admitidos em uma unidade de cuidados subagudos/intermediário.	Entre as ferramentas de rastreamento geriátrico a ISAR – <i>Identification of Seniors at Risk</i> foi utilizada de forma independente na alta dos pacientes transferidos do serviço de emergência para os cuidados intermediários. A validade preditiva foi fraca. É necessária a realização de mais pesquisas sobre a seleção de candidatos para alternativas à hospitalização convencional.
5. <i>Impact of observation on disposition of elderly patients presenting to emergency departments with non-specific complaints</i> <sup>18</sup> .	<i>Plos One</i>	Estudar prospectivamente o processo de encaminhamento de pacientes atendidos no serviço de emergência com queixas inespecíficas.	O planejamento para o encaminhamento otimizado de pacientes com queixas inespecíficas melhora após o período de observação, se for definido com rigor em relação à hospitalização de pacientes com morbidades agudas.

continua

Continuação do Quadro 1

Título	Periódico	Objetivos	Síntese dos resultados
6. <i>Patient transfer forms enhance key information between nursing homes and emergency department</i> <sup>20</sup> .	<i>Geriatric Nursing</i>	Avaliar até que ponto os formulários de transferência facilitam a comunicação entre os funcionários de uma instituição de longa permanência para idosos e o serviço de emergência com base nos critérios propostos por Terrell e Miller.	No período estudado houve 306 transferências de pacientes. Os formulários de transferências estavam presentes em 157 casos. Os resultados sugerem que a informação considerada valiosa em benefício de um paciente na emergência tem maior chance de ser apreendida quando se utilizam formulários de transferência. No entanto, a disponibilidade dessa informação não se traduz em diferenças observáveis no caso de resolução de tempo e encaminhamentos. Os formulários reforçam a comunicação entre a Instituição de longa permanência e o serviço de emergência. A informação essencial para o atendimento ao paciente na emergência é significativamente aumentada com o uso do formulário de transferência.
7. <i>Implementation and effectiveness of 'care navigation', coordinated management for people with complex chronic illness: rationale and methods of a randomised controlled trial</i> <sup>1</sup> .	<i>Health Services Research - BMC</i>	Medir o impacto da intervenção coordenada dos cuidados por meio do método <i>Care Navigation</i> sobre o uso dos serviços de saúde e a qualidade de vida em pacientes idosos com doenças crônicas ao longo de dois anos.	Este estudo de métodos mistos informa a generalidade e sustentabilidade dos programas de coordenação de cuidados na Austrália e mesmo internacionalmente. O ensaio da <i>Care Navigation</i> pretende desenvolver esses princípios para fornecer um programa abrangente de cuidados coordenados para melhorar os resultados de saúde entre pacientes com doença crônica.
8. <i>Dying cases in emergency places: Caring for the dying in emergency departments</i> <sup>2</sup> .	<i>Social Science &amp; Medicine</i>	Explorar os cuidados de fim de vida em um setor de emergência.	Evidencia o importante papel da enfermeira para modificar as práticas e melhorar a qualidade dos cuidados de fim de vida, por meio do estabelecimento de vínculo com o paciente, da comunicação efetiva e do cuidado centrado no paciente.
9. <i>During and beyond the triage encounter: Chronically ill elderly patients' experiences throughout their emergency department attendances</i> <sup>21</sup> .	<i>International Emergency Nursing</i>	Explorar e descrever as experiências de um grupo de idosos cronicamente doentes atendidos no setor de emergência.	Os idosos perceberam o atendimento no setor de emergência como um evento contraditório. Inicialmente tiveram um atendimento rápido e eficiente, durante a triagem, após experimentaram indiferença e o comportamento desatento por parte das enfermeiras.
10. <i>Emergency nurses' perceptions of the role of confidence, self-efficacy and reflexivity in managing the cognitively impaired older person in pain</i> <sup>22</sup> .	<i>Journal of Clinical Nursing</i>	Explorar a prática do cuidado de enfermagem de emergência no atendimento de idosos com deficiência cognitiva e que apresentavam dor por fratura de osso longo para avaliar a confiança e a autoeficácia.	Confiança, autoeficácia e reflexividade permitiu a prestação de cuidados apropriados, oportunos e compassivos. A confiança e autoeficácia na práxis de enfermagem basearam-se na experiência clínica e reflexiva e foi crucial para a aquisição de habilidades e conhecimentos.

continua

Continuação do Quadro 1

Título	Periódico	Objetivos	Síntese dos resultados
11. <i>Facilitators and barriers to safe emergency department transitions for community dwelling older people with dementia and their caregivers: A social ecological study</i> <sup>33</sup> .	<i>International Journal of Nursing Studies</i>	Identificar fatores que facilitam ou impedem a transição de cuidados segura para idosos com demência em dois setores de emergência.	Identificadas quatro categorias: subtriados; esperando e se preocupando com o que estava errado; pressão do tempo com falta de atenção às necessidades básicas; e relacionamentos e interações levando a sentir-se ignorado, esquecido e sem importância. Essas consequências derivam de um sistema de triagem que não reconhece a apresentação atípica de doenças e adoecimento. Isso possibilitou uma cascata de vulnerabilidade em pessoas idosas com demência.
12. <i>Geriatric emergency nurses: addressing the needs of an aging population</i> <sup>5</sup> .	<i>Journal Of Emergency Nursing</i>	Descrever o papel inovador da enfermagem de emergência que foi implementado para atender as necessidades de idosos no setor de emergência.	Surgiram três temáticas: definindo o papel e suas funções; uma relação de colaboração: adequando-se ao departamento de emergência e recomendações para futuro desenvolvimento de papéis.
13. <i>Nurses' experiences of caring for the older adult in the emergency department: A focused ethnography</i> <sup>34</sup> .	<i>International Emergency Nursing</i>	Explorar a experiência dos enfermeiros no cuidado de idosos no setor de emergência.	Identificados três temas: a cultura do setor de emergência, atendimento organizado de acordo com um padrão de prioridades; o cuidado do idoso não se encaixa nessa cultura; gerenciamento de falta de ajustes entre idoso e setor de emergência, coloca o idoso em risco de cuidados precário.
14. <i>Results of a national survey of Australian nurses' practice caring for older people in an emergency department</i> <sup>8</sup> .	<i>Journal of Clinical Nursing</i>	Relatar as práticas de enfermeiras australianas no cuidado de idosos no setor de emergência.	As enfermeiras usam práticas clínicas positivas, compreendem que o cuidado centrado no paciente pode reduzir os eventos adversos e o tempo de permanência no setor de emergência. É necessário melhorar a linguagem e o tom do discurso na prática clínica.
15. <i>Screening for fall risks in the emergency department: a novel nursing-driven program</i> <sup>9</sup> .	<i>Brief Research Report</i>	Descrever o uso do TUGT nas avaliações realizadas por enfermeiras geriátricas no setor de emergência.	A avaliação da marcha com o <i>Timed Up and Go Test</i> (TUGT) foi realizada em 443 idosos, desses 368 pacientes tiveram um resultado positivo, ou seja, levaram mais do que 12 segundos para completar a caminhada de três metros. As intervenções para resultados positivos incluíram fisioterapia (17,1%), consultas ambulatoriais com fisioterapia (12,2%) e trabalho social e consulta (44,0%).
16. <i>Undertriage in older emergency department patients – tilting against windmills</i> <sup>17</sup> .	<i>Plos One</i>	Testar se uma intervenção de ensino teve um efeito sustentável a longo prazo na redução das taxas de subtriagem em pacientes idosos.	Avaliados 519 pacientes antes da intervenção de ensino e 394 após. Observou-se que o conhecimento entre enfermeiros de triagem já era alto antes da intervenção de ensino. A prevalência de pacientes subestimados antes 22,5% e um ano após a intervenção 24,2%. A intervenção de ensino não foi significativa. A subtriagem não é meramente uma questão de conhecimento real.

Os temas abordados nos estudos foram classificados em três categorias: *Desafios/dificuldades no cuidado do idoso*, *Experiências positivas do cuidado no idoso* e *o Setor de emergência enquanto espaço de morte/morrer*.

## DISCUSSÃO

### Desafios/dificuldades no cuidado do idoso

Os resultados evidenciam que como consequência do envelhecimento populacional o perfil de atendimento nos setores de emergência vem se modificando, uma vez que o número de idosos que buscam por esse serviço está aumentando gradualmente<sup>7,9</sup>. Apesar de esses pacientes serem atendidos por serviços pré-hospitalares e atenção primária, o serviço de emergência hospitalar é o mais utilizado em casos de agravos a saúde<sup>10</sup>.

Pesquisa documental sobre a identificação dos agravos de saúde que levam os idosos ao serviço de emergência realizada em dois hospitais públicos do Rio de Janeiro, evidenciou que a maioria eram portadores de mais de uma doença de base, sendo esse o principal motivo pela busca de assistência<sup>11</sup>. Um fator agravante é que esses pacientes são admitidos com problemas de saúde mais sérios por estarem associados a várias comorbidades<sup>12</sup>, o que aumenta o risco de mortalidade, o tempo de permanência do idoso na emergência e o número de internamento<sup>13,14</sup>.

Essa realidade indica que cada vez mais o trabalho do enfermeiro no setor de emergência incluirá o cuidado do idoso. Assim, as prioridades do cuidado devem ser continuamente repensadas<sup>13</sup>, tendo em vista que a admissão no setor de emergência expõe esses pacientes ao risco de declínio funcional e aos incidentes decorrentes da assistência à saúde<sup>7,15</sup>. Desfechos desfavoráveis como delírio e a morte podem ser aumentados quando a hospitalização de pacientes idosos ocorre em ambientes não especializados<sup>16</sup>.

O cuidado ao idoso no setor de emergência caracteriza-se como um desafio para o enfermeiro, que se inicia desde o momento da triagem<sup>17</sup>. E incluem dificuldades na avaliação e nos diagnósticos devido à apresentação atípica dos sintomas, presença de múltiplas comorbidades, alterações no estado mental e dificuldades de comunicação<sup>7,18</sup>. Nesse

sentido, esse profissional deve investir no processo de comunicação como subsídio para o cuidado efetivo e eficaz<sup>19</sup>.

O estabelecimento de uma comunicação satisfatória inicia-se no primeiro contato do paciente com o enfermeiro, geralmente quando esse é submetido a triagem. A triagem inadequada é apontada como fator que aumenta o risco de deterioração do estado de saúde dos pacientes, enquanto eles esperam pelo atendimento. Nesse aspecto os idosos são um grupo vulnerável e estão mais suscetíveis a subtriagem, devido à manifestação atípica das doenças e dificuldades na interpretação dos sinais vitais, porque eles podem estar normais mesmo em graves doença<sup>17</sup>.

Embora o treinamento e as habilidades em cuidados de emergência permitam que o enfermeiro reconheça rapidamente uma doença crítica, esse profissional pode ter dificuldades para detectar um problema no paciente idoso devido à complexidade de algumas condições crônicas<sup>8,12</sup>.

Uma abordagem integral em relação aos pacientes idosos requer habilidades de pensamento crítico para minimizar eventos adversos e admissão prolongada, além de habilidades de planejamento e organização para cuidados. E por mais que os enfermeiros sejam competentes para prestar cuidados de emergência, podem apresentar limitações para cuidar das necessidades complexas de idosos<sup>8</sup>.

Além disso, estudo realizado na Espanha em 2014 revelou que as características do ambiente como superlotação de pacientes aguardando atendimento, número insuficiente de profissionais e falta espaço físico pode influenciar a tomada de decisão dos profissionais e, conseqüentemente, no cuidado realizado, podendo comprometer a integridade física do paciente<sup>17</sup>.

Outra dificuldade enfrentada pelos enfermeiros diz respeito à transferência do cuidado do idoso, que envolve um conjunto de ações destinadas a promover uma passagem segura e oportuna dos usuários entre os diferentes setores e serviços de saúde. Por apresentar várias doenças crônicas com diferentes tratamentos, esses pacientes frequentam muitos serviços de saúde.

Porém, a transferência de informações entre os serviços, sobre o cuidado do paciente geralmente não ocorre, contribuindo para o retorno dos idosos aos serviços de emergência, para novas hospitalizações e ocorrência de eventos adversos<sup>7,15,20</sup>. A implementação de instrumentos que viabilizem transferência das informações do paciente é de grande relevância para garantir a continuidade da assistência.

O serviço de emergência tem como característica ser um ambiente dinâmico em que há pressão em relação ao tempo de execução das tarefas em virtude da gravidade e do número de pacientes que aguardam por atendimento<sup>13</sup>. Nesse ambiente, em que novos pacientes são admitidos continuamente, os idosos que aguardam um leito de internação, deixam de ser uma prioridade para o enfermeiro, que direciona maior atenção aos que aguardam por atendimento e apresentam risco de vida<sup>13</sup>.

Como consequência, os idosos que passam por essa experiência de atendimento consideram o setor de emergência contraditório, num primeiro momento são o foco da atenção do enfermeiro, logo em seguida são deixados de lado e não tem suas necessidades de cuidado supridas, como por exemplo auxílio para se levantar e ir ao banheiro<sup>13,21</sup>. Desta forma, esse ambiente pode provocar no idoso estresse e causar episódios de confusão devido ao ritmo acelerado<sup>8</sup>.

Esses achados indicam a necessidade de reestruturação do processo de trabalho do serviço de emergência, para possibilitar um cuidado que atenda às necessidades dos idosos.

### Experiências positivas do cuidado no idoso

Os serviços de emergência seguem um modelo curativo que visa tratamentos rápidos e estadias curtas. No entanto, esse modelo é inconsistente na gestão do cuidado do idoso com condições crônicas e complexas, que requer serviços de saúde mais integrados com modelos de cuidados de saúde que englobam suas necessidades biopsicossociais<sup>8</sup>.

A mudança de modelo é um processo longo, que inicia quando os profissionais se tornam conscientes dos problemas. Estudo realizado com enfermeiros de um setor de emergência na Austrália

em 2016 revelou que, mesmo não existindo uma avaliação específica para idosos, esses profissionais sabiam que seus principais problemas em relação ao cuidado consistiam no controle adequado da dor, higiene, cuidados psicossociais e manutenção da independência do paciente<sup>8</sup>.

Tornar-se consciente dos problemas levou os enfermeiros a buscar novas práticas como utilizar uma linguagem apropriada ao falar com o idoso sem os rotular, promover a independência do paciente, fornecendo uma observação próxima<sup>8</sup>. Outro elemento fundamental é a confiança e a autoeficácia, que precisam ser fortalecidos pelos enfermeiros do serviço de emergência para garantir a prestação de cuidados apropriados, oportunos e compassivos<sup>12</sup>.

Ações respeitadas, informação honesta e compreensível, oportunizar que os pacientes expressem suas opiniões, angústias, são algumas ações fundamentais no setor de emergência. A aproximação do enfermeiro junto à família é essencial, porque muitas vezes o idoso não tem condições de passar informações precisas sobre seu estado de saúde e de participar do processo de tomada de decisão, a família assume esse papel<sup>8,15</sup>.

Dois terços dos pacientes admitidos no setor de emergência possuem comprometimento cognitivo e são incapazes de informar seu histórico pessoal, medicamentos em uso, bem como alergias, datas e motivos de internações recentes. O uso de formulários, como sumários de alta que contém registros do histórico dos atendimentos pelo qual o idoso passou, melhora a transmissão de informações essenciais para o enfermeiro que faz a admissão do paciente no serviço de emergência<sup>20</sup>.

O acesso às informações precisas sobre o paciente pode ajudar o enfermeiro a identificar quais são suas limitações e planejar o cuidado com ênfase na promoção da autonomia. Mesmo dispendendo maior tempo, os benefícios dessa prática são vitais para evitar que o paciente se torne dependente em cuidados intensivos<sup>21</sup>.

Nesse processo o idoso e seus familiares podem ser considerados agentes ativos na construção do cuidado, a família assume o papel de supervisionar o estado de saúde, tomar as decisões e acompanhar

seu ente querido<sup>22,23</sup>. Portanto, o idoso e sua família necessitam de atenção especial do enfermeiro, o que contribui para o desenvolvimento de uma relação de confiança e respeito e para um cuidado de qualidade e humanizado<sup>24</sup>.

O uso de ferramentas de avaliação do idoso também foi relatado nos estudos como elemento que pode contribuir para melhoria do cuidado no setor de emergência e no direcionamento das intervenções às quais o idoso deve ser submetido. Uma das ferramentas identificadas nos estudos é o teste *Timed Up and Go*, que avalia a marcha e o equilíbrio do idoso, que são elementos preditores para o risco de queda. O autor aponta que aproximadamente um terço dos indivíduos com mais de 65 anos cairá pelo menos uma vez por ano, essas quedas podem resultar em fraturas, cirurgias, internações hospitalares, reabilitação prolongada e morte<sup>9</sup>.

As quedas são eventos comuns entre a população idosa e aumentam progressivamente com a idade, devido à diminuição da força muscular, alterações na marcha e na manutenção da postura, resultando na maior possibilidade de tropeços e de quedas. Elas representam um problema de saúde pública, uma vez que podem resultar em fraturas e traumatismos, o que implica no atendimento do idoso no serviço de emergência e até mesmo em hospitalização<sup>25</sup>.

Estudo realizado no município de Barbacena (MG) no ano de 2015 apontou que 31,08% dos pacientes que caíram no último ano foram hospitalizados. Além das consequências psicossociais, o idoso, após a queda passa a ter sentimento de medo, fragilidade e falta de confiança, os quais representam o início da degeneração do seu quadro geral<sup>25</sup>.

O setor de emergência pode atuar na prevenção dessas quedas e alterar a trajetória do declínio funcional dos idosos identificando aqueles com alto risco de quedas no momento em que eles procuram atendimento. A aplicação do teste *Timed Up and Go Test* (TUGT) é viável e de baixo custo, uma vez que pode ser realizado pelo enfermeiro e a partir do resultado elaborar plano de cuidados de mobilidade para mudar a trajetória de declínio funcional em nossa população idosa<sup>9</sup>.

## O setor de emergência enquanto espaço de morte/morrer

Na sociedade contemporânea a morte foi transferida para o hospital, que se legitimou enquanto espaço de morrer<sup>26</sup>. Assim, o cuidar do paciente em fim de vida no setor de emergência tem se tornado mais frequente. Estudo realizado no pronto socorro de um hospital de São Paulo mostrou que quanto maior o nível de cuidado exigido pelo paciente, maior o percentual de óbito<sup>27</sup>.

Os avanços na tecnologia e o aprimoramento dos conhecimentos na área da saúde têm permitido que pessoas com múltiplas comorbidades tenham condições de viver por um longo período de tempo, levando a um aumento da esperança de vida, assim como de uma maior necessidade de cuidados nos últimos estágios de sua vida<sup>12</sup>.

Os setores de emergência, por serem a porta de entrada para o atendimento hospitalar tem se tornado um ambiente de cuidados paliativos. Desta forma, profissionais e pacientes vivenciam a experiência de cuidar e serem cuidados em espaços que, originalmente foram projetados para salvar vidas<sup>12</sup>.

A morte é vista socialmente como suja e inconveniente<sup>26</sup>. Essa conotação atribuída ao processo de morrer é totalmente contraditória a idealização do setor de emergência enquanto local limpo, onde se trava diariamente uma luta pela vida. Consequentemente, a abordagem adotada para cuidar do idoso no final de vida, muitas vezes fica aquém das expectativas do paciente que está morrendo e seus familiares<sup>12</sup>.

Ainda que o processo de morte/morrer seja solitário, deve ser experimentado pelo paciente com amparo, cuidado e conforto ofertado por profissionais preparados e conscientes da dor e sofrimento que o envolve, de maneira que a dignidade do paciente seja preservada, independentemente do local em que ele está sendo cuidado<sup>28</sup>. Embora os enfermeiros considerem que o setor de emergência é um local inadequado para cuidar do idoso em fase terminal<sup>8</sup>, eles têm papel de desafiar as práticas existentes e melhorar a qualidade dos cuidados de fim de vida<sup>12</sup>.

Ressalta-se que este estudo teve como limitação o fato de ter sido consultada apenas a plataforma de busca da Coordenação de Aperfeiçoamento de

Pessoal de Nível Superior (CAPES) para pesquisa das produções científicas. Embora o levantamento tenha englobado publicações de diferentes países, diversificando a amostra em relação à cultura, aos aspectos políticos e sociais, os quais influenciam de maneira direta ou indireta as ações de cuidado realizadas pelo enfermeiro.

## CONCLUSÃO

Diante do aumento da população idosa com múltiplas comorbidades e doenças crônicas o serviço de emergência vem sendo o principal acesso desses pacientes ao atendimento de saúde, evidenciando a necessidade de mudança de paradigma do cuidado. Assim, as práticas de cuidado ao idoso realizadas por enfermeiros nesses serviços estão direcionadas para adaptação da rotina e organização do trabalho para atender as necessidades desses pacientes.

Nesse processo os enfermeiros têm enfrentado algumas dificuldades. Entre elas estão as mudanças fisiológicas do envelhecimento que interferem em como as doenças se manifestam, e o desconhecimento dos profissionais sobre como interpretar essas manifestações; barreiras de comunicação, principalmente quando se trata do idoso com declínio cognitivo; falta de estrutura física adequada; necessidade de mais tempo para avaliar e realizar o cuidado, tendo em vista que a dinâmica do trabalho na emergência muitas vezes não permite dedicar mais tempo ao idoso.

Essas dificuldades têm desafiado os enfermeiros a repensar seu modo de cuidar. O ponto de partida tem sido a identificação dos principais problemas em relação ao cuidado do idoso, a implantação de instrumentos de avaliação específicos e o envolvimento da família no cuidado. A comunicação se destaca como principal ferramenta utilizada.

## REFERÊNCIAS

- Berlize EM, Farias AM, Dalazen F, Oliveira KR, Pillatt AP, Fortes CK. Analysis of the functional capacity of elderly residents of communities with a rapid population aging rate. *Rev Bras Geriatr Gerontol* [Internet]. 2016 [acesso em 20 ago. 2017];19(4):643-52. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-98232016000400643&lng=en&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232016000400643&lng=en&tlng=en)
- Rosenberg M, Rosenberg L. The geriatric emergency department. *Emerg Med Clin North Am* [Internet]. 2016 [acesso em 21 fev. 2017];34(3):629-48. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0733862716300268?via%3Dihub>
- Oliveira MR, Renato PV, Cordeiro HPC, Pasinato MT. A mudança de modelo assistencial de cuidado ao idoso na Saúde Suplementar: identificação de seus pontos-chave e obstáculos para implementação. *Physis* [Internet]. 2016 [acesso em 14 set. 2016];26(4):1383-94. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312016000401383&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312016000401383&lng=pt&tlng=pt)
- Sanon M, Baumlin KM, Kaplan SS, Grudzen CR. Care and respect for elders in emergencies program: a preliminary report of a volunteer approach to enhance care in the emergency department. *J Am Geriatr Soc* [Internet]. 2014 [acesso em 18 set. 2016];62(2):365-70. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24428229>
- Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão MG. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto & Contexto Enferm* [Internet]. 2008 [acesso em 15 dez. 2015];17(4):758-64. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072008000400018&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072008000400018&script=sci_arttext&tlng=pt)
- Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG; PRISMA Group. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *PLoS Med* [Internet]. 2009 [acesso em 31 jan. 2017];15(4):264-9. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2707599/>
- Santos MT, Lima MADS, Zucatti PB. Elder-friendly emergency services in Brazil: necessary conditions for care. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2016 [acesso em 10 ago. 2017];50(4):592-9. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342016000400594&lng=en&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342016000400594&lng=en&tlng=en)

8. Deasey D, Kable A, Jeong S. Results of a national survey of australian nurses' practice caring for older people in an emergency department. *J Clin Nurs* [Internet]. 2016 [acesso em 10 ago. 2017];25(19-20):3049-57. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jocn.13365>
9. Huded JM, Dresden SM, Gravenor SJ, Rowe T, Lindquist LA. Screening for fall risks in the emergency department: a novel nursing-driven program. *West J Emerg Med* [Internet]. 2015 [acesso em 10 ago. 2017];16(7):1043-6. Disponível em: <https://escholarship.org/uc/item/4rg7c7rh>
10. Caldas CP, Veras RP, Motta LB, Guerra ACLC, Carlos MJ, Trocado CLM. Atendimento de emergência e suas interfaces: o cuidado de curta duração a idosos. *J Bras Econ Saúde* [Internet]. 2015 [acesso em 27 ago. 2017];7(1):62-9. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/2175-2095/2015/v7n1/a4757.pdf>
11. Tenório DM, Camacho ACLF. Identificação dos agravos de saúde que levam os idosos ao serviço de emergência. *Rev Enferm UFPE on line* [Internet]. 2015 [acesso em 27 ago. 2017];9(1 Supl.):457-65. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/10359/11083>
12. Bailey CJ, Murphy R, Porock D. Dying cases in emergency places: caring for the dying in emergency departments. *Soc Sci Med* [Internet]. 2011 [acesso em 12 nov. 2016];73(9):1371-7. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953611005132?via%3Dihub>
13. Taylor BJ, Rush KL, Robinson CA. Nurses' experiences of caring for the older adult in the emergency department: a focused ethnography. *Int Emerg Nurs* [Internet]. 2015 [acesso em 12 nov. 2016];23(2):185-9. Disponível em: [http://www.internationalemergencynursing.com/article/S1755-599X\(14\)00306-1/fulltext](http://www.internationalemergencynursing.com/article/S1755-599X(14)00306-1/fulltext)
14. Connel B, Hawkins M, Considine J, Au C. Referrals to hospital emergency departments from residential aged care facilities: stuck in a time warp. *Contemp Nurse* [Internet]. 2013 [acesso em 12 nov. 2016];45(2):228-33. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/259152303>
15. Baumbusch J, Shaw M. Geriatric emergency nurses: addressing the needs of an aging population. *J Emerg Nurs* [Internet]. 2011 [acesso em 12 nov. 2016];37(4):321-7. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0099176710001868>
16. Inzitari M, Gual N, Roig T, Colprim D, Bocanegra CP, José ASJ, et al. Geriatric screening tools to select older adults susceptible for direct transfer from the emergency department to subacute intermediate-care hospitalization. *J Am Dir Assoc* [Internet]. 2015 [acesso em 12 nov. 2016];16(10):837-41. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1525861015003072?via%3Dihub>
17. Grossmann FF, Zumbunn T, Ciprian S, Stephan FP, Woy N, Bingisser R, et al. Undertriage in older emergency department patients: tilting against windmills? *Plos ONE* [Internet]. 2014 [acesso em 12 nov. 2016];9(8):1-7. Disponível em: <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0106203>
18. Misch F, Messmer AS, Nickel CH, Gujan M, Graber A, Blume K, et al. Impact of observation on disposition of elderly patients presenting to emergency departments with non-specific complaints. *Plos one* 2014 [acesso em 12 nov. 2016];9(5):1-7. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/7b3d/c9c1dd74ec8720be623d59d29ad47923415a.pdf>
19. Barros LM, Araújo TM, Neri MFS, Soares E, Caetano JA. Internação em uma unidade de emergência hospitalar: vivência. *Cogitare Enferm* [Internet]. 2013 [acesso em 14 ago. 2017];18(2):336-43. Disponível em: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/32583>
20. Dalawari P, Duggan J, Vangimalla V, Paniagua M, Armbrecht. Patient transfer forms enhance key information between nursing homes and emergency department. *Geriatr Nurs* [Internet]. 2011 [acesso em 26 out. 2016];32(4):270-5. Disponível em: [http://www.gnjournal.com/article/S0197-4572\(11\)00266-7/fulltext](http://www.gnjournal.com/article/S0197-4572(11)00266-7/fulltext)
21. Olofsson P, Carlstrom ED, Pettersson SB. During and beyond the triage encounter: chronically ill elderly patients' experiences throughout their emergency department attendances. *Int Emerg Nurs* [Internet]. 2012 [acesso em 26 out. 2016];20(4):207-13. Disponível em: [http://www.internationalemergencynursing.com/article/S1755-599X\(12\)00051-1/fulltext](http://www.internationalemergencynursing.com/article/S1755-599X(12)00051-1/fulltext)
22. Reis CCA, Sena ELS, Menezes TMO. Vivências de familiares cuidadores de pessoas idosas hospitalizadas e a experiência de intercorporeidade. *Escola Anna Nery on line* [Internet]. 2016 [acesso em 16 maio 2017];20(3):1-6. Disponível em: [http://www.eean.edu.br/detalhe\\_artigo.asp?id=1429](http://www.eean.edu.br/detalhe_artigo.asp?id=1429)
23. Nogueira IS, Previato GF, Scolari GAS, Gomes ACO, Carreira L, Baldissera VDA. Intervenção domiciliar como ferramenta para o cuidado de enfermagem: avaliação da satisfação de idosos. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2016 [acesso em 16 maio 2017];37(esp):1-7. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/68351/40827>

24. Santos SC, Tonhom SFR, Komatsu RS. Saúde do idoso: reflexões acerca da integralidade do cuidado. *Rev Bras Promoç Saúde* [Internet]. 2016 [acesso em 16 maio 2017];29(Supl):118-27. Disponível em: <http://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/6413>
25. Alves RLT, Silva CFM, Pimentel LN, Costa I A, Souza ACS, Coelho LAF. Avaliação dos fatores de risco que contribuem para queda em idosos. *Rev Bras Geriatr Gerontol* [Internet]. 2017 [acesso em 21 jun. 2017]; 20(1):59-69. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v20n1/pt\\_1809-9823-rbgg-20-01-00056.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v20n1/pt_1809-9823-rbgg-20-01-00056.pdf)
26. Teixeira AL. Gestões de vida e morte: um olhar sobre o morrer no contemporâneo. *Ayvu Rev Psicol* [Internet]. 2016 [acesso em 21 jun. 2017];2(2):150-71. Disponível em: <http://www.ayvu.uff.br/index.php/AYVU/article/view/69/58>
27. Paixão TCR, Campanharo CRV, Lopes MCBT, Okumo MFP, Batista REA. Dimensionamento de enfermagem em sala de emergência de um hospital-escola. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2015 [acesso em 27 ago. 2017];49(3):486-93. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342015000300481&lng=en&nr=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342015000300481&lng=en&nr=iso&tlng=pt)
28. Silva CRL, Abraão FMS, Oliveira RC, Louro TQ, Moura LF, Silva RCL. Representações sociais de enfermeiros sobre o processo de morte e morrer em UTI. *Cienc Cuid Saúde* [Internet]. 2016 [acesso em 21 jun. 2017];15(3):474-81. Disponível em: <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/32345>.
29. Street M, Considine J, Livingston P, Ottmann G, Kent B. In-reach nursing services improve older patient outcomes and access to emergency care [abstract]. *Australas J Ageing* [Internet]. 2015 [acesso em 14 out. 2016];34(2):115-20. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/ajag.12137/abstract>
30. Koskeniemi J, Kilpi HI, Suhonen R. Respect in the care of older patients in acute hospitals. *Nurs Ethics* [Internet]. 2012 [acesso em 26 nov. 2016];20(1):5-17. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23131699>
31. Plant N, Mallit KA, Kelly P, Usherwood T, Gillespie J, Boyages S, et al. Implementation and effectiveness of 'care navigation', coordinated management for people with complex chronic illness: rationale and methods of a randomised controlled trial. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2013 [acesso em 12 nov. 2016];13:164. Disponível em: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-13-164>
32. Fry M, MacGregor C, Hyland S, Payne B, Chenoweth L. Emergency nurses' perceptions of the role of confidence, self-efficacy and reflexivity in managing the cognitively impaired older person in pain [abstract]. *J Clin Nurs* [Internet]. 2015 [acesso em 16 out. 2016];24(11-12):1622-9. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jocn.12763/abstract>
33. Parke B, Hunter KF, Strain LA, Marck PB, Waugh EH, McClelland AJ. Facilitators and barriers to safe emergency department transitions for community dwelling older people with dementia and their caregivers: a social ecological study. *Int J Nurs Stud* [Internet]. 2012 [acesso em 16 out. 2016];50(9):1206-18. Disponível em: [http://www.journalofnursingstudies.com/article/S0020-7489\(12\)00403-8/fulltext](http://www.journalofnursingstudies.com/article/S0020-7489(12)00403-8/fulltext)
34. Taylor BJ, Rush KL, Robinson CA. Nurses' experiences of caring for the older adult in the emergency department: a focused ethnography. *Internacional. Emerg Nurs* [Internet]. 2015 [acesso em 25 out. 2016];23(2):185-9. Disponível em: [http://www.internationalemergencynursing.com/article/S1755-599X\(14\)00306-1/fulltext](http://www.internationalemergencynursing.com/article/S1755-599X(14)00306-1/fulltext)

Recebido: 14/09/2017

Revisado: 27/02/2018

Aprovado: 23/03/2018

# 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.

