

VOLUME 21, NÚMERO 3 - MAIO / JUNHO 2018



Revista Brasileira de Geriatrics e Gerontologia

Brazilian Journal of Geriatrics and Gerontology

 UnATI
Universidade Aberta
da Terceira Idade



ISSN 1981-2256



Revista Brasileira de Geriatría e Gerontología

Brazilian Journal of Geriatrics and Gerontology

VOLUME 21 Nº 3 - MAIO/JUNHO 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

All manuscripts should be sent to the Editor and should comply with the "Instructions for Authors", published in www.rbgg.com.br

Correspondência / Correspondence

Toda correspondência deve ser encaminhada à Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia por meio do e-mail revistabgg@gmail.com

All correspondence should be sent to Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia using the email revistabgg@gmail.com

Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia

UERJ/UnATI/CRDE

Rua São Francisco Xavier, 524 – 10º andar - bloco F - Maracanã
20 559-900 – Rio de Janeiro – RJ, Brasil

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

E-mail: revistabgg@gmail.com - crderbgg@uerj.br

Web: www.scielo.br/rbgg

Site: www.rbgg.com.br

Indexação / Indexes

SciELO – Scientific Electronic Library Online

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

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

DOAJ – Directory of Open Access Journals

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

PAHO - Pan American Health Organization

Free Medical Journals

Cabell's Directory of Publishing Opportunities

The Open Access Digital Library

UBC Library Journals

Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia é associada à

Associação Brasileira de Editores Científicos



EDITORIAL / EDITORIAL

SUBMISSÕES DE UM MESMO MANUSCRITO EM DIFERENTES VEÍCULOS DE COMUNICAÇÃO CIENTÍFICA SIMULTANEAMENTE: UMA ESTRATÉGIA JUSTIFICÁVEL OU ILEGÍTIMA? 267

The simultaneous submission of a manuscript to more than one scientific publication: A legitimate strategy?

Luiz Antonio Costa Tarcatano

ARTIGOS ORIGINAIS / ORIGINAL ARTICLES

CUIDADOS PALIATIVOS: UMA PROPOSTA PARA O ENSINO DA GRADUAÇÃO EM MEDICINA 269

Palliative care: A proposal for undergraduate education in Medicine

Gustavo Henrique de Oliveira Caldas, Simone de Nóbrega Tomaz Moreira, Maria José Vilar

VALIDAÇÃO, CONFIABILIDADE E EQUIVALÊNCIA OPERACIONAL DO MÉTODO DE TRIAGEM NUTRICIONAL “VERIFIQUE A CONDIÇÃO NUTRICIONAL DO IDOSO” 281

Validation, reliability and operational equivalency of the nutritional screening method “Assessing the nutritional condition of the elderly”

Manuela de Almeida Roediger, Maria de Fátima Nunes Marucci, Maria do Rosário Dias de Oliveira Latorre, Norman Hearst, Cesar Messias de Oliveira, Yeda Aparecida de Oliveira Duarte

FATORES QUE DETERMINAM A PERCEPÇÃO NEGATIVA DA SAÚDE DE IDOSOS BRASILEIROS 293

Factors determining the negative perception of the health of Brazilian elderly people

Camila Zanescio, Danielle Bordin, Celso Bilynkiewicz dos Santos, Erildo Vicente Müller, Cristina Berger Fadel

VIVÊNCIA DA ESPIRITUALIDADE POR IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS 304

The experience of spirituality among institutionalized elderly people

Helenice de Moura Scortegagna, Nadir Antonio Pichler, Lúcia Fernanda Fácio

A DUPLA VULNERABILIDADE DE IDOSOS CUIDADORES: MULTIMORBIDADE E SOBRECARGA PERCEBIDA E SUAS ASSOCIAÇÕES COM FRAGILIDADE 312

The double vulnerability of elderly caregivers: Multimorbidity and perceived burden and their associations with frailty

Erika Valeska da Costa Alves, Letícia Decimo Flesch, Meire Cachioni, Anita Liberalesso Neri, Samila Sathler Tavares Batistoni

A TESSITURA DA RESILIÊNCIA EM IDOSOS, A REINVENÇÃO DE SI “APESAR DE” 323

The fabric of resilience among the elderly and the reinvention of the self despite the difficulties faced

Daniel Rocha Silveira, Karla Cristina Giacomini, Rosângela Correa Dias, Josélia Oliveira Araújo Firmo

PRODUÇÃO CIENTÍFICA SOBRE QUEDAS E ÓBITOS EM IDOSOS: UMA ANÁLISE BIBLIOMÉTRICA 331

Scientific production on falls and deaths among elderly persons: A bibliometric analysis

Denise Guerra Wingarter, Ulicélia Nascimento de Azevedo, Andrea Márcia Marcaccini, Maria do Socorro Costa Feitosa Alves, Maria Ângela Fernandes Ferreira, Luana Kelle Batista Moura

SATISFAÇÃO COM AS RELAÇÕES E APOIOS FAMILIARES SEGUNDO IDOSOS CUIDADORES DE IDOSOS 341

Satisfaction with family relations and support according to elderly persons caring for elderly relatives

Ana Elizabeth dos Santos Lins, Carola Rosas, Anita Liberalesso Neri

Sumário / Contents

SARCOPENIA, FUNCIONALIDADE E ESTADO NUTRICIONAL EM IDOSAS RESIDENTES NA COMUNIDADE	353
Sarcopenia, nutritional status and functionality in elderly women living in the community <i>Rosa Sá de Oliveira Neta, Isabelle Ferreira da Silva Souza, Saionara Maria Aires da Câmara, Marcelo Cardoso de Souza</i>	
ALTERAÇÕES DOS PÉS DE IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS	363
Changes to the feet of institutionalized elderly persons <i>Eidimara Ferreira, Marilene Rodrigues Portella, Marlene Doring</i>	
RELATO DE CASO / CASE REPORT	
CARING SENIOR: UM MODELO BRASILEIRO DE SAÚDE COM ÊNFASE NAS INSTÂNCIAS LEVES DE CUIDADO	371
Caring Senior: A Brazilian health model with emphasis at light care levels <i>Renato Veras</i>	
COMUNICAÇÃO BREVE / RESEARCH BRIEF	
ACURÁCIA DA CIRCUNFERÊNCIA DA CINTURA NA PREDIÇÃO DE OUTROS COMPONENTES DA SÍNDROME METABÓLICA: EVIDÊNCIAS DA COORTE DE IDOSOS DE BAMBUÍ	378
Accuracy of waist circumference for predicting other components of metabolic syndrome: Evidence from the Bambuí cohort study of the elderly <i>Keila Bacelar Duarte de Moraes, Cibele Comini César, Sérgio Viana Peixoto, Maria Fernanda Lima-Costa</i>	
ARTIGO DE REVISÃO / REVIEW ARTICLE	
TRATAMENTO FARMACOLÓGICO DA DOR CRÔNICA NÃO ONCOLÓGICA EM IDOSOS: REVISÃO INTEGRATIVA	383
Pharmacological treatment of chronic non-malignant pain among elderly persons: An integrative review <i>Salomão Antônio Olivênci, Luíza Gabriela Mendes Barbosa, Marcela Rodrigues da Cunha, Ledismar José da Silva</i>	



Submissões de um mesmo manuscrito em diferentes veículos de comunicação científica simultaneamente: Uma estratégia justificável ou ilegítima?

The simultaneous submission of a manuscript to more than one scientific publication:
A legitimate strategy?

Amiúde, os autores de publicações científicas questionam: Por qual motivo não posso submeter meu manuscrito em mais de um periódico ao mesmo tempo?

Pela ótica do autor, tal proibição afigura-se como regra ilógica diante da premente necessidade de o pesquisador publicar um certo número de artigos durante o ano. Se publicar é imperativo, qualquer expediente que agilize a publicação pode parecer adequado.

Essa argumentação parece ter fundamento, todavia, não se configura legítima, especialmente à luz de uma perspectiva mais abrangente, a qual engloba os diversos atores do processo, bem como sob a ótica das normas de direitos autorais e as possíveis sequelas desse comportamento para o próprio pesquisador no universo das publicações especializadas.

Perante a argumentação supramencionada, os autores submetem o manuscrito a diversos periódicos simultaneamente, multiplicando, dessa forma, suas oportunidades de sucesso para publicação. No entanto, o que farão caso seu artigo seja aprovado em mais de uma revista? Evidentemente que os autores poderão optar pelo periódico que preferem publicar e declinar da publicação nos demais, no entanto, essa atitude irá provocar um déficit na programação editorial das revistas dispensadas, por conseguinte, tal atitude não deve ser mensurada exclusivamente pelo enfoque do autor.

Apesar da aceitação em mais de uma revista sincronicamente transparecer a quimera de um trabalho bem elaborado, tal atitude não se manifesta justificável, pois o processo editorial de avaliação de um manuscrito envolve uma série de etapas e pessoas (editores, pareceristas, revisores...), isso em cada periódico considerado, além de cada um já ter incluído aquele artigo e seus anexos (ilustrações, figuras, imagens, tabelas, quadros, fluxogramas...) em sua agenda de edição.

Quando se renuncia à aceitação de uma editora científica, viola-se o compromisso ético pactuado pelo acolhimento da submissão, correndo-se o risco, até mesmo, de a revista não conseguir honrar com o cronograma preestabelecido de sua edição, porquanto a editoria precisará substituir aquele artigo, a súbitas, por outro no mesmo estágio de avaliação.

Cabe ressaltar, que o tema “ética na pesquisa” reside em todos os empreendimentos científicos, uma vez que há necessidade de retidão para assegurar a credibilidade dos resultados apresentados e sinceridade na relação dos atores envolvidos. Todo pesquisador tem o dever de respeitar os pressupostos que acompanham toda comunicação científica¹.

Nesta perspectiva, cumpre-se acrescentar que há uma gama de outras ações que também ensejam má conduta científica, além de consequências jurídicas², cujas ocorrências os revisores e os pareceristas costumam

ser vigilantes, a saber: usurpação das reflexões de outrem sem a devida aquiescência; plágio; autoplágio; autoria indébita; descumprimento de imposições legislativas e normativas; transgressão de práticas de pesquisa consagradas; simulacro de dados; inconsistência na validação da pesquisa; incompetência para objetar ensaios de validação mal sucedidos; atitudes inadequadas na presunção de má conduta; inclusão de coautores que não participaram ativamente da pesquisa³.

Neste contexto, como a relevância das ações fraudulentas varia, as punições para os pesquisadores também, a depender da infração. Em geral, as infrações que prejudicam a integridade do processo de pesquisa são consideradas graves e podem acarretar penalidades severas.

As consequências da má conduta acadêmica para a currículo do pesquisador são seriíssimas, pois acarretam um corolário nocivo ao universo científico. Caso haja financiamento de instituição ou fundo de pesquisa, a invalidação do artigo irá ocasionar perda dos recursos financeiros fornecidos. Outrossim, dependendo da fraude, o pesquisador pode sofrer consequências legais, comprometendo ainda mais a instituição pela qual responde. Os autores e coautores de trabalhos científicos também assumem a responsabilidade profissional, pública, ética e social da publicação de acordo com a Lei do Direito Autoral².

Ao decidir submeter um *paper* num determinado periódico, o autor está outorgando parte dos direitos autorais de sua produção a este (caso o artigo seja aceito), por esse motivo não se pode contrair o mesmo compromisso com outros periódicos. Ademais, se fizer uso desse estratagema e for descoberto, ficará malvisto no meio acadêmico, bem como com poucas chances de publicações futuras.

Em 2006, no editorial da Revista Química Nova intitulado “Competição, Sucesso e Ética em Ciência”, o prof. Fernando Coelho, da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), salientou que: "nem sempre a rapidez em divulgar os resultados de uma pesquisa deve ser a nossa força motriz, pois o que deve sempre importar é a exatidão e a consistência do que publicamos"⁴.

A relevância exacerbada dada ao número de publicações como parâmetro de sucesso de um pesquisador deve ser reconsiderada em todos os âmbitos, pois seguramente ela tem representado a centelha da criação intelectual da má conduta acadêmica, tanto no nosso como em outros países.

Pelo que foi apresentado, recomenda-se ter tranquilidade, equilíbrio e serenidade, preferindo sempre navegar pelos mares da honestidade acadêmica. Como remate, se o desejo é aumentar as possibilidades de publicação, aconselha-se elaborar outros artigos e submetê-los a periódicos distintos.

Luiz Antonio Costa Tarcitano

Assistente Editorial e Revisor de Língua Portuguesa da Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia

REFERÊNCIAS

1. Fanelli D. “How many scientists fabricate and falsify research?: A Systematic review and meta-analysis of survey data”. PloS ONE [Internet]. 2009 [acesso em 15 abr. 2018];4(5):1-11. Disponível em: <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0005738>
2. Brasil. Lei nº 9.610, de 19 de fevereiro de 1998. Altera, atualiza e consolida a legislação sobre direitos autorais e dá outras providências. Diário Oficial [da] União. 20 fev. 1998. Seção 1. p. 3. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19610.htm
3. Brasil. Resolução Conselho Federal de Medicina nº 1931/2009, aprova o Código de Ética Médica, anexo a esta Resolução, após sua revisão e atualização. Diário Oficial [da] União. 24 set. 2009. Seção 1. p. 90. Disponível em: <http://www.rcem.cfm.org.br/index.php/cem-atual>
4. Coelho F. Competição, sucesso e ética em ciência [Editorial]. Quím Nova [Internet]. 2006 [acesso em 23 abr. 2018];29(2):185. Disponível em: http://quimicanova.sbgq.org.br/imagebank/pdf/Vol29No2_185_00-editoria29-2.pdf



Cuidados paliativos: Uma proposta para o ensino da graduação em Medicina

Palliative care: A proposal for undergraduate education in Medicine

Gustavo Henrique de Oliveira Caldas¹
Simone de Nóbrega Tomaz Moreira¹
Maria José Vilar¹

Resumo

Objetivo: Propor competências essenciais para o ensino de Cuidados Paliativos nos cursos de graduação em Medicina. **Método:** Inicialmente, foi feita uma análise documental na literatura sobre competências gerais em Cuidados Paliativos, no sentido de construir um quadro com sugestões de competências essenciais para o ensino de graduação no Brasil. A seguir, o material elaborado foi apresentado individualmente a oito profissionais com formação especializada em cuidados paliativos de diferentes áreas para análise, acompanhado de uma entrevista com três questões abertas. Na análise documental e nas entrevistas com os profissionais, foi utilizada a análise de conteúdo temática categorial proposta por Bardin. **Resultados:** A análise documental inicial resultou em cinco categorias, oito subcategorias e 96 unidades de análise que deram subsídio ao pesquisador para construção das sugestões de competências, distribuídas num quadro em cinco módulos, com seus respectivos conteúdos. Das entrevistas com os profissionais, após leitura do material que lhes foi entregue, emergiram seis categorias, 12 subcategorias e 168 unidades de análise. Das falas contidas nas subcategorias e unidades de análise, emergiram sugestões para melhor distribuição dos módulos, resultando na renomeação destes (*Princípios básicos dos Cuidados Paliativos, Manejo de sintomas, Trabalho em Equipe, Questões Éticas e Legais, Assistência nos Últimos Momentos de Vida*). **Conclusão:** A discussão e aprimoramento das competências em Cuidados Paliativos sugeridas nesse estudo serão essenciais durante os fóruns de educação médica, para que possamos ter mais clareza do que realmente é necessário para a formação do médico generalista.

Palavras-chave: Cuidados Paliativos. Medicina Paliativa. Educação Médica. Currículo. Pesquisa Qualitativa.

Abstract

Objective: To propose essential competencies for the teaching of palliative care on undergraduate Medicine courses. **Method:** A documentary analysis of the literature on general competencies in palliative care was initially carried out, to construct a framework with suggestions of essential competencies for undergraduate education in Brazil. The elaborated material was then presented individually to eight professionals from a range

Keywords: Palliative Care. Palliative Medicine. Education, Medical. Curriculum. Qualitative Research.

¹ Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Centro de Ciências da Saúde, Departamento de Medicina Clínica, Programa de Pós-graduação em Ensino na Saúde, Hospital Universitário Onofre Lopes. Natal, Rio Grande do Norte, Brasil.

of areas for analysis. All the professionals had specialized training in palliative care, and the material was accompanied by an interview with three open questions. The categorical thematic content analysis proposed by Bardin was used in the documentary analysis and the interviews with the professionals. *Results:* The initial documentary analysis resulted in five categories, eight subcategories and 96 units of analysis, based on which the researcher was able to construct the suggestions for competences, which were distributed with their respective contents in a framework with five modules. Six categories, 12 subcategories and 168 analysis units emerged from the interviews with the professionals following a reading of the material. From the discourse contained in the subcategories and units of analysis, suggestions emerged for a better distribution of the modules, resulting in the renaming of the same (*Basic principles of palliative care, Symptom management, Teamwork, Ethical and legal issues, Care in the last moments of life*). *Conclusion:* The discussion and improvement of the palliative care competencies suggested in this study will be essential at medical education forums, providing clarity about what is really required in general practitioner training.

INTRODUÇÃO

O aprofundamento e a aquisição de competências na área de cuidados paliativos são demandas legítimas, considerando o grande contingente de pessoas com doenças ameaçadoras à continuidade da vida, requisitando cuidados que estendam sua abrangência ao controle de sintomas que as afligem, à assistência psicossocial e espiritual e à atenção devida aos seus familiares. Sendo esses, princípios basilares dos cuidados paliativos os quais remontam a uma modalidade de atendimento voltado para indivíduos no estágio inicial de uma doença progressiva, avançada e incurável¹. Por sua vez, competência consiste, dentro da perspectiva deste artigo, na integração de conhecimentos, habilidades e atitudes que podem ser usadas para realizar uma tarefa profissional com sucesso².

Uma das primeiras tentativas para a publicação de um currículo voltado para o ensino de Cuidados Paliativos na graduação partiu das escolas médicas canadenses em 1993. Depois, a Academia Americana para *Hospice* e Medicina Paliativa publicou um currículo básico em 1998².

O *European Association for Palliative Care* (EAPC) estabeleceu um resumo de uma proposta de currículo com o mínimo de conhecimento e habilidades, que um estudante de Medicina deveria obter durante sua graduação³.

A *Société Canadienne des Médecins des Soins Palliatifs* propôs, em 2008, seis itens para divisão das

competências: expertise médica em dor e outros sintomas, expertise médica em necessidades psicossociais e espirituais, administrador, comunicador, colaborador e promotor de saúde⁴. Posteriormente, tivemos experiências similares no Japão, Reino Unido, Colômbia⁵⁻⁷.

No Brasil, a Universidade Federal de São Paulo foi a primeira escola médica a disponibilizar cursos de Cuidados Paliativos em caráter eletivo a alunos da graduação em Medicina de 1994 a 2008. No ano de 2003, houve a criação da disciplina obrigatória de Cuidados Paliativos na Universidade de Caxias do Sul⁸.

Apesar desses pequenos exemplos de abordagem dos Cuidados Paliativos na área educacional que foram seguidos posteriormente por outras universidades, existe uma falta de correlação entre o fornecimento de instrução em Cuidados Paliativos e a sua percepção como importante em boa parte das escolas médicas. Ao olhar para esse tema, essas escolas apontam tempo insuficiente, falta de especialização do corpo docente, combinado com cansativas demandas de múltiplos interesses, como a razão deles lamentarem a sub-representação curricular dos Cuidados Paliativos⁹.

No entanto, ao colocar o estudante em contato com os Cuidados Paliativos na sua formação, estaremos contribuindo para melhorar a assistência dispensada aos pacientes. Portanto, este estudo teve por objetivo propor competências essenciais para o ensino de Cuidados Paliativos nos cursos de graduação em Medicina.

MÉTODO

Estudo descritivo, exploratório, de natureza qualitativa. Para a produção de dados, utilizamos: análise documental e estudo de caso a partir de entrevista com três questões abertas. Para tratamento dos dados, foi usada a análise de conteúdo temática categorial que funciona por operações de desmembramento do texto em unidades, em categorias segundo reagrupamentos analógicos, consoante Bardin¹⁰.

A análise documental foi desenvolvida no período de janeiro a fevereiro de 2017, a partir da escolha intencional pelo pesquisador principal de seis artigos científicos relevantes no tema^{5-7,11-13}, dois livros sobre Cuidados Paliativos^{2,14} e recomendações de material *on-line* dos *sites* das seguintes instituições internacionais: *European Association for Palliative Care*, *Société Canadienne des Médecins de Soins Palliatifs*, *Australian Government Department of Health* por meio do *Palliative Care Curriculum for Undergraduates* (PCCAU), *American Association of Hospice and Palliative Medicine* (AAHPM)^{3,4,15,16}. É importante salientar que utilizamos as competências concernentes ao médico residente de Cuidados Paliativos da AAHPM¹⁶ na análise documental por considerarmos um documento importante para embasamento, embora saibamos que tais competências, quando se trata de graduação, devem ter outro nível de complexidade.

Após a constituição do *corpus* documental, foram feitas leituras exaustivas das quais emergiram as categorias, subcategorias e unidades de análises, nesse caso, a *posteriori*¹⁰. Quando a exploração das fontes tornou-se redundante, surgindo um sentido de integração na informação obtida, foi interrompida a busca de novas fontes¹⁷. Desta forma, e utilizando também a Taxonomia de Bloom¹⁸ para maior clareza no entendimento dos objetivos educacionais, foi elaborada uma sugestão de competências essenciais para o ensino de Cuidados Paliativos na graduação em Medicina (Quadro 1).

Na parte referente ao estudo de caso, foram entrevistados oito profissionais individualmente (três médicos, uma enfermeira, três psicólogas e uma terapeuta ocupacional) no período de fevereiro

a março de 2017 em suas instituições de trabalho. A escolha dos profissionais participantes da pesquisa foi feita de forma intencional, considerando sua formação em cuidados paliativos e pelo menos dois anos de prática na área. Seis profissionais tinham atuação em cursos de graduação ou pós-graduação e dois eram apenas profissionais da área de cuidados paliativos para termos informações da vivência prática. Para a definição do número de oito participantes, utilizou-se a técnica de saturação¹⁹.

O material com as sugestões das competências construído pelo pesquisador foi entregue a cada um dos entrevistados, informando que essas poderiam ser desenvolvidas em algum momento da graduação, dependendo da metodologia e peculiaridades de cada curso (Quadro 1). A entrevista foi composta por três questões abertas: 1) O que você teria a sugerir para melhorar as competências em cuidados paliativos para o ensino da graduação em Medicina, considerando este material que lhe foi entregue?; 2) Comente sobre a importância da interprofissionalidade no ensino em Cuidados Paliativos, enfatizando as dimensões biológica, psicológica, social e espiritual do cuidado; 3) Fale sobre os obstáculos para implementação e o desenvolvimento da proposta no ensino da graduação em Medicina.

Para a análise dos dados, foi feita a transcrição das entrevistas gravadas (duas horas e cinquenta minutos), obtendo 26 páginas de informações. Numeramos os entrevistados em ordem aleatória, tendo o primeiro recebido a codificação E1 e, assim, sucessivamente.

Após a leitura exaustiva para melhor apropriação do material deu-se a constituição do *corpus* e iniciou-se o processo de categorização, neste caso determinada *a priori*, de onde surgiram as categorias, subcategorias e unidades de análise que serão discutidas a partir do referencial teórico existente¹⁰.

Após aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Onofre Lopes (CEP-HUOL), em 27 de janeiro de 2017, sob o número de parecer 1.900.460, o trabalho foi iniciado. Todos os entrevistados convidados a participar assinaram os devidos Termos de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na Tabela 1, apresentamos a análise documental que resultou em cinco categorias, oito subcategorias e 96 unidades de análise.

Após essa análise, foi elaborada uma sugestão de competências essenciais para o ensino de Cuidados Paliativos na graduação em Medicina (Quadro

1). As categorias e subcategorias orientaram as competências essenciais que foram divididas em cinco módulos. As unidades de análises orientaram os conteúdos.

Na Tabela 2, a análise do estudo de caso, a partir do processo de categorização, do material transcrito das gravações obtidas nas entrevistas resultou em seis categorias, 12 subcategorias e 168 unidades de análise.

Tabela 1. Categorias, subcategorias e unidades de análise obtidas durante a análise documental, a partir da análise de conteúdo temática categorial. Natal, RN, 2017.

Categorias	Subcategorias	Unidade de análise (n)
Introdução	Conceitos, indicações e situação epidemiológica	11
	Anamnese, comunicação e exame físico	15
Controle de sintomas	Classificação, avaliação e tratamento dos sintomas	18
Equipe interprofissional	Dinâmica das relações interprofissionais	11
Tópicos em Cuidados Paliativos	Especialidades médicas em Cuidados Paliativos	3
	Legislação e bioética	14
Assistência nos últimos momentos de vida	Cuidados de fim de vida	11
	Luto e espiritualidade	13

Quadro 1. Sugestão de competências em Cuidados Paliativos para cursos de graduação em Medicina apresentadas aos entrevistados pelo pesquisador. Natal, RN, 2017.

Competências	Conteúdos
<p>O aluno deverá ser capaz de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Compreender as definições, os princípios e as indicações dos cuidados paliativos. • Conhecer a distribuição geográfica dos serviços de cuidados paliativos. • Executar o atendimento ao paciente em cuidados paliativos e elaborar um plano de cuidados. • Entender os passos do protocolo SPIKES na comunicação de más notícias. • Compreender o funcionamento dos diversos serviços de cuidados paliativos. 	<p>Módulo I – Introdução:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Definição e princípios. • Distribuição geográfica dos serviços de Cuidados Paliativos no Brasil e no Mundo. • Anamnese, exame físico e plano de cuidados em Cuidados Paliativos. • Comunicação em Cuidados Paliativos. • Serviços de Cuidados Paliativos.
<p>O aluno deverá ser capaz de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avaliar a dor e conhecer um tratamento farmacológico e não farmacológico adequado. • Avaliar dispnéia, tosse, náuseas e vômitos e compreender o tratamento adequado. • Avaliar a constipação, diarreia, <i>delirium</i>, depressão, ansiedade e entender o tratamento. • Compreender e fornecer o atendimento no controle de sintomas das principais emergências em Cuidados Paliativos. 	<p>Módulo II – Controle de sintomas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Classificação, avaliação e tratamento da dor. • Avaliação e tratamento da dispnéia, tosse, náusea, vômito. • Avaliação e tratamento da constipação, diarreia, <i>delirium</i>, depressão e ansiedade.

continua

Continuação do Quadro 1

Competências	Conteúdos
O aluno deverá ser capaz de: <ul style="list-style-type: none"> • Compreender a dinâmica das relações interprofissionais. 	Módulo III – Equipe interprofissional: <ul style="list-style-type: none"> • Médico, enfermeiro, psicólogo, nutricionista, fisioterapeuta, fonoaudiólogo e terapeuta ocupacional, assistente social e farmacêutico.
O aluno deverá ser capaz de: <ul style="list-style-type: none"> • Compreender e aplicar tecnicamente a hipodermóclise. • Entender os cuidados com a saúde bucal em pacientes em cuidados paliativos. • Diferenciar conceitos em bioética, abordando temas bioéticos referentes à terminalidade da vida. • Entender as diretivas antecipadas e suas implicações na realidade do paciente. • Conhecer a importância da legislação brasileira no processo histórico de consolidação dos cuidados paliativos. • Compreender a aplicabilidade dos cuidados paliativos nas mais diferentes especialidades. 	Módulo IV – Tópicos em Cuidados Paliativos: <ul style="list-style-type: none"> • Hipodermóclise - via subcutânea. • Cuidados com a cavidade oral. • Ortotanásia, eutanásia, mistanásia, distanásia. • Testamento vital – diretivas antecipadas. • Código de ética médica e legislação brasileira em relação aos cuidados paliativos. • Cuidados paliativos na Pediatria. • Cuidados paliativos na Geriatria.
O aluno deverá ser capaz de: <ul style="list-style-type: none"> • Identificar as últimas 48 horas de vida, a partir de seus sintomas mais frequentes. • Compreender a definição de sedação paliativa, bem como suas indicações. • Entender a perspectiva da terminalidade nas diferentes religiões, bem como a prestação de suporte a família na fase de luto. 	Módulo V – Assistência nos últimos momentos de vida: <ul style="list-style-type: none"> • As últimas 48 horas de vida. • Sedação paliativa. • Luto: suporte a vida e ao paciente. • Espiritualidade, religiões, cultura, terminalidade.

Tabela 2. Categorias, subcategorias e unidades de análise obtidas, a partir da análise de conteúdo temática categorial das falas dos entrevistados sobre a sugestão de competências em Cuidados Paliativos para o ensino da graduação em Medicina. Natal, RN, 2017.

Categorias	Subcategorias	Unidade de análise (n)
1. Princípios básicos em Cuidados Paliativos	1.1. Avaliação global do paciente	9
2. Manejo de sintomas	2.1. Ampliação do manejo de sintomas	10
	2.2. Inserção de Cuidados Paliativos nas clínicas relacionadas	7
3. Questões éticas e legais	3.1. A importância da bioética	11
4. Comunicação e aspectos psicossociais e espirituais	4.1. Comunicação de más notícias	11
	4.2. Processo do luto	10
5. Trabalho em equipe	5.1. Interprofissionalidade na prática clínica	30
6. Desafios para a implementação da proposta	6.1. Desconhecimento sobre Cuidados Paliativos	10
	6.2. Falta de especialização do corpo docente	10
	6.3. Resistência para a mudança e a burocracia	21
	6.4. Currículos com carga horária excessiva	25
	6.5. Recursos limitados para investimentos no ensino na graduação	14

A definição das competências em Cuidados Paliativos no ensino da graduação em Medicina no Brasil é uma necessidade que cada vez mais se impõe. A seguir, apresentaremos e discutiremos algumas falas dos entrevistados, conforme a sequência de categorias que foram apresentadas na Tabela 2.

Neste estudo, portanto, em relação à categoria *Princípios básicos dos Cuidados Paliativos*, as falas foram concordantes com a organização do módulo I “Introdução”. Poucas vezes reforçaram a necessidade de caminhar no sentido de uma avaliação do paciente de maneira mais global, conforme demanda o atendimento nesta área de Cuidados Paliativos:

“Parabenizar por aquilo que você construiu! Tem uma sequência muito lógica. Mas, quando você fala no módulo I... Você coloca anamnese, exame físico, mas é um pouco mais, é conhecer o paciente numa avaliação global.” (E8).

Nessa fala referente à avaliação global do paciente em cuidados paliativos, observamos que os profissionais se remetem muito mais à forma como o conteúdo será desenvolvido do que propriamente a mudanças significativas do que lhes foi apresentado.

A necessidade de avaliar o paciente de forma global já é um assunto discutido na literatura que debate o valor da individualidade do paciente, facilitando um relacionamento onde o paciente se sinta confortável para compartilhar informações que permeiam a cronologia da evolução de sua doença, os tratamentos já realizados, além de ajudar o médico na impressão a respeito de evolução, prognóstico e das expectativas com relação ao tratamento proposto²⁰.

Sobre a categoria *Manejo de sintomas*, as principais sugestões dos entrevistados enfatizaram a importância da atuação dos Cuidados Paliativos nas diferentes especialidades médicas, deixando, dessa forma, clara a expansão pela qual passa os cuidados paliativos nos últimos anos de maneira a atingir diversas áreas, conforme observamos nos discursos abaixo:

“O aluno tem que entender que a definição e os princípios de Cuidados Paliativos têm uma certa coisa básica, mas, quando ele está na frente do doente neurológico, ou na frente do idoso, ou no doente com câncer, ele vai usar coisas um pouco diferentes, o raciocínio dele precisa ser um pouco

diferente, a história natural da doença é um pouco diferente.” (E6).

Um estudo recente sobre definição de competências em Cuidados Paliativos para médicos ressaltou o surgimento de competências a serem adquiridas nas áreas da Cardiologia, Pneumologia, Gastroenterologia, Pediatria, isto é, segmentos da área clínica que até pouco tempo eram pouco contemplados pela abordagem paliativista¹³. Consideramos, portanto, interessante a sugestão dos entrevistados, tendo em vista a necessidade de se desfazer um certo conceito de que apenas áreas como Oncologia e Geriatria lidam com Cuidados Paliativos. No entanto, como estamos propondo competências para alunos de graduação, é importante que essa temática seja abordada de maneira a contemplar a formação generalista, isto é, sendo discutida, mas de maneira parcimoniosa.

Neste estudo, observamos na categoria *Questões éticas e legais*, a importância que os entrevistados deram ao tema, na medida em que sugeriram a elaboração de um módulo específico sobre a Bioética e Legislação, como podemos observar nas seguintes falas:

“Poderia fazer um módulo específico de bioética (eu vi que, às vezes, estão em unidades diferentes) e de legislação em cuidados paliativos... Eu acho que essa parte da legislação seria muito importante.” (E1).

“Eu pegaria uma parte do módulo IV onde tem a parte da hipodermoclise e a parte de entender os cuidados com a saúde bucal e colocaria todos juntos aqui (Unidade II) e deixaria, no módulo IV, somente os conceitos relacionados à Bioética. Eu acho que ficaria mais interessante na minha opinião.” (E4).

A importância desses dois temas (Cuidados Paliativos e Bioética) já foi abordada em outros artigos científicos, inclusive nacionais, destacando sua relevância para o desenvolvimento de habilidades relacionais, tão importante para o cuidado com o paciente com doença avançada e terminal²¹. O conhecimento sobre a legislação brasileira existente na área de cuidados paliativos e sobre os deveres éticos do médico brasileiro é bastante precário, segundo uma recente pesquisa²², pois a grande maioria dos entrevistados não incluía em suas respostas nada

sobre respeitar autonomia do doente ou informá-lo do diagnóstico e prognóstico da enfermidade, como define o Código de Ética Médica brasileiro²².

Nesta pesquisa, houve também, conforme falas, relevantes sugestões na categoria *Comunicação e aspectos psicossociais e espirituais* para a ampliação das técnicas de abordagem da comunicação, bem como para todo o processo de luto e de morte do ponto de vista psicossocial e espiritual:

“Na questão de comunicação, você pode abordar muito mais que o protocolo SPIKES. Pra não ter a ideia de que você está fazendo aquilo como algo rígido. Claro que ele pode servir como orientação. Não seria uma sugestão de protocolo fechado, mas técnicas de abordagem.” (E7).

“Eu senti falta da questão da morte em si, dessa concepção de morte, da dificuldade de falar de morte. As dificuldades que a família e que o paciente vão enfrentar em relação aos cuidados paliativos vão estar pautados nos nossos paradigmas em relação à morte...” (E7).

“Esse luto antecipatório é da família, do paciente e da equipe. Acho que a gente pode ampliar aqui. Falar de um luto no pós-óbito direcionado pra família, porque também faz parte das diretrizes esse suporte à família enlutada.” (E4).

Segundo recente estudo, o domínio da competência de comunicação possibilitaria que os médicos fossem mais capazes de demonstrar sensibilidade, honestidade e compaixão em situações de comunicação mais difíceis como aquelas que envolvem a morte, eventos adversos em fim de vida, más notícias e outros tópicos sensíveis²³. Sendo assim, a comunicação em cuidados paliativos envolve uma complexa mistura de questões espirituais, sociais, psicológicas e físicas no contexto do processo de morte, acarretando ainda mais no paciente uma insatisfação com o cuidado que recebe no caso de uma comunicação ineficaz²⁴. Um programa de formação em Cuidados Paliativos, formado a partir das competências, deve visar sempre ao desenvolvimento profissional contínuo e especialmente à comunicação²⁵.

As pesquisas destacam também a necessidade de discussão, na área de cuidados paliativos, de temas como: transmissão de más notícias, enfretamento da

proximidade da morte, luto antecipatório e o luto dos familiares²³ e essas questões foram encontradas no nosso estudo como dificuldades com as quais os profissionais se deparam no momento de falar com os pacientes sobre o agravamento da doença, a possibilidade de morte, além da sensação de impotência que essas situações provocam.

O trabalho em equipe interprofissional, um dos pressupostos dos Cuidados Paliativos, demanda de cada um dos profissionais envolvidos a habilidade de comunicar-se com profissionais de outras áreas do conhecimento. É preciso conhecer seu próprio trabalho e, ao mesmo tempo, entender as atividades dos outros profissionais da equipe. Esses conceitos foram abordados pelos entrevistados que enfatizaram a importância da interprofissionalidade na construção das competências em Cuidados Paliativos que agrupamos na categoria *Trabalho em equipe*, conforme fala:

“Cuidados paliativos não se faz só! Do ponto de vista de conceituação, tem que ter a interprofissionalidade a qual tem que ser feita na rotina dos cuidados paliativos. É difícil a gente, só como médico, assim como qualquer outro profissional da equipe agir sem a ajuda de todos os outros.” (E1).

A educação interprofissional é compreendida como uma intervenção onde membros de mais de uma profissão da área da saúde ou da área social aprendem interagindo juntos, objetivando uma melhoria da colaboração interprofissional e do bem-estar de saúde dos pacientes²⁶. Neste sentido, a educação interprofissional, consoante referência consultada, só pode ser realizada se educadores estiverem dispostos a serem flexíveis, criativos e persistentes com respeito mútuo, com valorização de cada área e de cada membro interdisciplinar, com comunicação transparente e aberta, com liderança compartilhada e com a inclusão do paciente e do cuidador na equipe interprofissional²⁷.

Outras falas abaixo reconhecem a necessidade da educação e trabalho em equipe interprofissional:

“O problema do médico é ele saber trabalhar com essa equipe, portanto faltou aqui trabalho em equipe, para que o médico saiba que ele não vai conseguir suprir todo o cuidado do paciente.” (E3).

“Hoje, nós sabemos que uma equipe de cuidados paliativos, de acordo com alguns autores, seria um médico paliativista, um enfermeiro, um psicólogo, um assistente social com suporte de capelão, um terapeuta ocupacional, um nutricionista, um farmacêutico e, tendo assim, um trabalho interprofissional.” (E5).

É indispensável que se entenda, por conseguinte, que para alcançar a excelência nesses cuidados, deverá existir uma equipe de âmbito interdisciplinar e interprofissional, cujo nível de dedicação será quantificado em função das necessidades concretas de atenção²⁸. Assim, uma vez que existam profissionais de diferentes áreas, que atuam juntos, mas que não levam ao conhecimento da equipe a articulação de seus trabalhos especializados, pode-se considerar a ausência do trabalho em equipe²⁸.

Alguns entrevistados abordaram a necessidade de transpassar os conceitos teóricos, em direção à prática para aperfeiçoamento do aprendizado do aluno com diferentes profissionais:

“É importante ter um conteúdo teórico sobre o papel dos profissionais, mas seria interessante que os alunos não só passassem com a equipe médica, mesmo que seja só um pouquinho, que eles possam viver as práticas de outros profissionais.” (E6).

Historicamente, estudantes aprendem sobre cuidados paliativos por meio de leituras e conteúdos de cursos, mas esses conteúdos são mais bem ensinados através da experiência prática²⁹. Embora seja desafiador incorporar mais exposição clínica e aprendizagem presencial com outras profissões em currículos lotados, pesquisa recentemente publicada confirma os benefícios dessa inclusão²⁹.

Entretanto, pesquisas destacam as dificuldades de implementação dessas propostas num país marcado por uma forte divisão uniprofissional do trabalho nos serviços de saúde e com uma forte cultura de hierarquia entre as diferentes profissões. Assim, há poucas oportunidades para se trabalhar colaborativamente e desenvolver um cuidado centrado no paciente e de alta qualidade em relação aos cuidados paliativos^{26,30}.

O desconhecimento conceitual dos Cuidados Paliativos pelos mais diversos profissionais foi citado

como o mais importante obstáculo a ser superado para o avanço do ensino de Cuidados Paliativos, conforme verificado nas falas abaixo agrupadas na categoria *Desafios para a implementação da proposta*:

“Eu acho primeiro o não conhecimento, poucos profissionais com capacidade de administrar, de assumir. Interesse até tem, mas são poucos pra assumir.” (E2).

“A grande maioria dos professores, dos catedráticos e dos diretores acha que não é importante. Se dentro de um hospital, um diretor não acha isso importante quem dirá dentro das universidades. Não é que não tem fundo, é que ninguém sabe nem o que é que é. É a falta de conhecimento geral da temática. Antes da resistência, é uma falta do conhecimento do que é.” (E3).

Estudos em outros países mostram que a falta de conhecimento sobre cuidados paliativos por parte de profissionais de saúde foi percebida como uma barreira adicional para o desenvolvimento da área e determinante para o fracasso do reconhecimento dos cuidados paliativos como um campo de especialização da Medicina³¹. Além do mais, sabemos da necessidade e das intenções de minimizar o valor dos Cuidados Paliativos dentro de um modelo de assistência à saúde voltado mais para a cura da doença do que para o cuidado com o paciente, o que contribui também para o fracasso da área³¹.

A falta de especialização do corpo docente surgiu também como obstáculo lembrado pelos profissionais:

“Falta professor especializado em Cuidados Paliativos. Esse é um fato. E mais: você precisa de professor especializado em Cuidados Paliativos, mas que tenha clínica, ou seja, que tenha “beira de leito”, mas que, ao mesmo tempo, saiba dar aula. Porque não adianta só dar aula e não ter “beira de leito” ou ter “beira de leito” e não saber dar aula. Então, essa combinação é uma coisa importante no desenvolvimento.” (E6).

“Sim, porque como é que uma pessoa (profissional sem formação em cuidados paliativos) vai mostrar que é importante, se nem ela tem essa formação.” (E7).

Essa barreira para o desenvolvimento dos cuidados paliativos também foi relatada em outros países,

quando se detectou a falta de coordenação e integração de serviços e a escassez de profissionais qualificados em cuidados paliativos, sendo esta última situação resultante de uma falta de programas educacionais e de treinamento³⁰. Como alternativa, a curto e médio prazos, seria implementação definitiva da Medicina paliativa nos currículos das escolas médicas²².

Também agrupamos, na categoria *Desafios para a implementação da proposta*, a questão da burocracia e até no âmbito educacional em escolas mais conservadoras. A maioria dos entrevistados deu respostas objetivas como: *sim* ou *totalmente* sem mais detalhamentos, acompanhado sempre de expressões faciais de estresse à observação com tentativas de mudança de assunto, o que poderia sugerir algum medo em relação ao tema. Alguns citaram a possibilidade de contorná-la:

“A burocracia existe, mas a gente pode lidar com ela na medida em que haja vontade.” (E6).

Em recente pesquisa, os próprios alunos reconheceram a deficiência do ensino médico em relação a uma disciplina que ensinasse as questões relacionadas ao processo de morte, a fim de que eles não tivessem que aprender sozinho ou de maneira inadequada, no futuro, a tratar desse tipo de paciente³². Portanto, há uma necessidade de abertura de espaços para sensibilização e discussão do tema da morte na formação dos profissionais da área de saúde, tendo em vista que esses irão se confrontar com o assunto em suas atividades cotidianas³².

Sobre a falta de espaço nos currículos para tratar do tema Cuidados Paliativos, temos as seguintes falas:

“Acho que tem que ter um tempo maior pra que pudessem conhecer. Às vezes, não é só com Cuidados Paliativos, tem clínica que é só um mês pra rodar também. Penso que é muito pouco, às vezes.” (E4).

“O currículo é cheio mesmo, mas eu acho que as coordenações dos cursos de Medicina usam isso muito mais como uma desculpa do que propriamente como uma real razão. É cheio, mas tem muito conteúdo repetido, tem muito conteúdo que poderia ser reorganizado. Está mais na falta de compreensão de como isso poderia ajudar o aluno desde o início até o final do curso.” (E6).

Quanto às resistências por parte de gestores e educadores de escolas médicas mais tradicionais no que diz respeito à abertura de espaço para a inserção de áreas como a de Cuidados Paliativos, uma importante medida resolutiva seria uma constante participação desses em fóruns de discussão sobre a reorientação da formação médica no Brasil, como por exemplo, o Congresso Brasileiro de Educação Médica (COBEM) e eventos regionais da Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM). Considerando que a própria ABEM já se posicionou sobre a necessidade do discente ser capacitado adequadamente em cuidados paliativos³³.

Em consonância com o propósito deste estudo, em uma publicação recente que envolveu vários pesquisadores e profissionais com experiência em cuidados paliativos da América Latina, foram delineadas algumas recomendações para o ensino de Cuidados Paliativos na atenção primária. Segundo essa publicação, ao final de seus cursos, estudantes devem ser capazes de: adquirir capacidades básicas de comunicação, aplicar princípios de bioética relacionados com cuidados paliativos, conhecer as definições e princípios básicos em cuidados paliativos, possuir conhecimentos básicos de cuidados paliativos, realizar a avaliação integral do paciente e reconhecer a importância do trabalho em equipe³⁴.

Com a tendência ao aumento da demanda de atendimento da população por doenças crônicas, surge a necessidade do cuidado abrangente para a manutenção da saúde da população na área assistencial, bem como investimentos na formação dos profissionais de saúde. No Brasil, já foram tomadas iniciativas com vistas à possibilidade de se construir uma rede de cuidados ao fim da vida no âmbito do Sistema Único de Saúde, como a implementação dos Centros de Alta Complexidade em Oncologia, por meio das equipes de cuidados paliativos, inclusive com suporte familiar³⁵. Contudo, seguimos com uma realidade em que os poucos serviços de cuidados paliativos estão ligados a hospitais especializados. Em vários países, já foi demonstrado que a Atenção Primária à Saúde é considerada o melhor nível de assistência para a prestação e coordenação dos cuidados paliativos de seus usuários³⁵. Portanto, é preciso que se volte a formação dos profissionais para as demandas que os atingirão ao exercerem suas

atividades na Atenção Básica e isso se configura em desafios a serem enfrentados futuramente em termos de competências.

Em resumo, apresentamos no Quadro 2 uma sugestão final quanto às competências relacionadas a Cuidados Paliativos a serem adquiridas pelos alunos durante os cursos de graduação em Medicina, didaticamente divididas em módulos. Os itens que estão grifados em itálico correspondem às alterações

e acréscimos feitos pelos profissionais especialistas na área após as entrevistas realizadas pelo pesquisador.

Como principais limitações deste estudo, podemos citar: a necessidade de envolvimento de profissionais com maior tempo de expertise em desenho curricular e a dificuldade dos entrevistados em se distanciar da sua atuação como especialista e caminhar em direção às necessidades da formação em cuidados paliativos da graduação.

Quadro 2. Sugestão final de competências em Cuidados Paliativos para cursos de graduação em Medicina. Natal, RN, 2017.

Competências em Cuidados Paliativos a serem adquiridas pelos alunos nos cursos de graduação em Medicina.
Módulo I - Princípios básicos dos Cuidados Paliativos - O aluno deverá ser capaz de: <ul style="list-style-type: none"> • Compreender e <i>aplicar</i> as definições, os princípios e as indicações dos Cuidados Paliativos. • Conhecer a distribuição geográfica dos serviços de Cuidados Paliativos no Brasil. • Executar o atendimento ao paciente em cuidados paliativos e elaborar um plano de cuidados. • <i>Entender, aplicar e julgar a comunicação de más notícias em cuidados paliativos.</i> • Compreender e <i>ajudar a operacionalizar</i> o funcionamento dos serviços de cuidados paliativos.
Módulo II - Manejo de sintomas - O aluno deverá ser capaz de: <ul style="list-style-type: none"> • Avaliar a dor, <i>empregar minimamente</i> o tratamento farmacológico e indicar o não farmacológico adequado. • Avaliar dispnéia, tosse, náuseas, vômitos, constipação, diarreia, depressão, <i>insônia e propor o tratamento adequado.</i> • <i>Avaliar delirium, ansiedade, fadiga, saúde bucal e prever um tratamento mais geral.</i> • <i>Compreender e aplicar tecnicamente a hipodermóclise.</i> • <i>Compreender e aplicar a continuidade ou não da nutrição em cuidados paliativos.</i> • Compreender e fornecer o atendimento no controle de sintomas das principais emergências em Cuidados Paliativos. • <i>Inferir a aplicabilidade dos Cuidados Paliativos nas diferentes especialidades (Geriatria, Pediatria, Oncologia, Medicina de Família e Comunidade, Pneumologia, Cardiologia, Gastroenterologia, Reumatologia, Nefrologia, Anestesiologia, Neurologia, Hematologia e em outras especialidades médicas) e, a partir disso, referenciar os casos adequadamente.</i>
Módulo III - Trabalho em equipe - O aluno deverá ser capaz de: <ul style="list-style-type: none"> • <i>Julgar e conceber futuramente no seu dia a dia</i> a dinâmica das relações interprofissionais. • <i>Entender o trabalho em equipe e participar dele, enfatizando seu papel no sofrimento total.</i>
Módulo IV - Questões éticas e legais - O aluno deverá ser capaz de: <ul style="list-style-type: none"> • Estimar a importância da legislação brasileira no processo histórico de consolidação dos cuidados paliativos. • Diferenciar conceitos em bioética, contrastando as diversas situações existentes na prática. • Empregar as diretivas antecipadas de vontade na realidade do paciente.
Módulo V - Assistência nos últimos momentos de vida - O aluno deverá ser capaz de: <ul style="list-style-type: none"> • <i>Conduzir as últimas 48 horas de vida do paciente e a assistência nos últimos momentos de vida.</i> • Compreender a definição de sedação paliativa e de extubação paliativa, bem como suas indicações. • <i>Detectar e desenvolver conhecimentos à respeito do luto antecipatório do paciente, da família e da equipe.</i> • <i>Avaliar a perspectiva da terminalidade nas diferentes religiões, desenvolvendo na prática clínica.</i>

CONCLUSÃO

Diante do exposto, vislumbramos que as competências aqui sugeridas possam ser adequadas à realidade de cada curso, seja ele tradicional, seja ele baseado em metodologias ativas, tanto como

um componente curricular único, ou com as competências inseridas em diversos componentes do curso.

No entanto, entendemos que para ensinar e implementar competências em Cuidados Paliativos

no ensino de graduação é vital que os educadores, o poder público, os gestores e os estudantes de Medicina percebam isso como essencial, uma vez que, o envelhecimento da população e o aumento da prevalência de doenças crônicas vão aumentar a demanda por cuidados paliativos na sociedade.

O aprimoramento das competências essenciais em Cuidados Paliativos sugeridas neste estudo deverá ser discutido durante os fóruns de educação médica e das profissões de saúde, para que possamos ter mais clareza do que realmente é necessário para a formação do médico generalista.

REFERÊNCIAS

- Burlá C, Py L. Cuidados paliativos: ciência e proteção ao fim da vida. *Cad Saúde Pública*. 2014;30(6):1-3.
- Forbes K, Gibbins J. Teaching and training in palliative medicine. In: Cherny N, Fallon M, Kaasa S, Portenoy R, Currow DC. *Oxford textbook of palliative medicine*. 5ª ed. Great Britain: Oxford university press; 2015. p. 146-53.
- Elsne F, Centeno C, Cetto G, Conno F, Ellershaw J, Eychmuller S, et al. Recommendations of the European Association for Palliative Care (EAPC) for the development of undergraduate curricula in palliative medicine at European Medical Schools [Internet]. [place unknown]: EAPC; 2013 [acesso em 15 jan. 2017]. Disponível em: <http://www.eapcnet.eu/LinkClick.aspx?fileticket=S1MI-tuIutQ%3d&tabid=1717>
- Société Canadienne des Médecins de Soins Palliatifs. Former les futurs médecins dans les soins palliatifs et de fin de vie [Internet]. *Suite: SCMSP*; 2008 [acesso em 15 jan. 2017]. Disponível em: <https://www.cspcp.ca/information/efppec-competencies/>
- Kizawa Y, Tsuneto S, Tamba K, Takamiya Y, Morita T, Bito S, et al. Development of a nationwide consensus syllabus of palliative medicine for undergraduate medical education in Japan: a modified Delphi method. *Palliat Med*. 2012;26(5):744-52.
- Paes P, Wee B. A Delphi study to develop the Association for Palliative Medicine consensus syllabus for undergraduate palliative medicine in Great Britain and Ireland. *Palliat Med*. 2008;22(1):360-4.
- Pastrana T, Wenk R, Lima L. Consensus-based palliative care competencies for undergraduate nurses and physicians: a demonstrative process with Colombian Universities. *J Palliat Med*. 2016;19(1):76-82.
- Figueiredo MGMCA. O Estudo da morte e dos cuidados paliativos: uma experiência didática no currículo de medicina. *Rev Bras Educ Med*. 2013;37(2):298-307.
- Horowitz R, Gramling R, Quill T. Palliative care education in US medical schools. *Med Educ*. 2014;48(1):59-66.
- Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 2016.
- Galera SC, Costa EFA, Pereira SRM, Rodrigues NL. Diretrizes da sociedade brasileira de geriatria e gerontologia sobre conteúdo de disciplinas: Módulos relacionados ao envelhecimento (geriatria e gerontologia) nos cursos de medicina. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2014;8(3):192-5.
- Kang J, Kim Y, Yoo YS, Choi JY, Koh SJ, Jho HJ, et al. Developing competencies for multidisciplinary hospice and palliative care professionals in Korea. *Support Care Cancer*. 2013;21(10):2707-17.
- Lehto J, Hakkarainen K, Kellokumpu-Lehtinen P, Saarto T. Undergraduate curriculum in palliative medicine at Tampere University increases students' knowledge. *BMC Palliat Care*. 2017;16(13):1-9.
- Carvalho RT, Parsons HA. *Manual de cuidados paliativos ANCP*. 2ª ed. Porto Alegre: Meridional Ltda; 2012.
- Palliative Care Curriculum for Undergraduates, Australian Government Department of Health [Internet]. *Core Modules*. Brisbane: PCC4U; 2013 [acesso em 15 jan. 2017]. Disponível em: <http://www.pcc4u.org/learning-modules/core-modules/>
- Arnold R, Billings JA, Block S, Goldstein N, Morrison L, Okon T, et al. *Hospice and Palliative Medicine Core Competencies version 2.3* [Internet]. [place unknown]: American Academy of Hospice and Palliative Medicine; 2009 [acesso em 15 jan. 2017]. Disponível em: <http://aahpm.org/uploads/education/competencies/Competencies%20v.%202.3.pdf>
- Sá-Silva JR, Almeida CD, Guindani JF. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. *Rev Bras Hist Ciênc Soc*. 2009;1(1):1-15.
- Adams NE. Bloom's taxonomy of cognitive learning objectives. *J Med Libr Assoc*. 2015;103(3):152-3.
- Palinkas LA, Horwitz SM, Green CA, Wisdom JP, Duan N, Hoagwood K. Purposeful sampling for qualitative data collection and analysis in mixed method implementation research. *Adm Policy Ment Health*. 2015;42(5):533-44.

20. Donnelly M, Martin D. History taking and physical assessment in holistic palliative care. *Br J Nurs*. 2016;25(22):1250-5.
21. Oliveira JR, Ferreira AC, Rezende NA, Castro LP. Reflexões sobre o ensino de bioética e cuidados paliativos nas escolas médicas do Estado de Minas Gerais, Brasil. *Rev Bras Educ Med*. 2016;40(3):364-73.
22. Brugugnoli ID, Gonsaga RAT, Silva EM. Ética e cuidados paliativos: o que os médicos sabem sobre o assunto? *Rev Bioét*. 2013;21(3):477-85.
23. Parikh PP, White MT, Buckingham L, Tchorz KM. Evaluation of palliative care of training and skills retention by medical students. *J Surg Res*. 2017;211(1):172-7.
24. Slort W, Blankenstein AH, Deliens L, Van der Horst HE. Facilitators and barriers for GP-patient communication in palliative care: a qualitative study among GPs, patients, and end-of-life consultants. *Br J Gen Pract*. 2011;61(585):167-72.
25. Aubry R. Pour une réforme en profondeur de l'enseignement de soins palliatifs et l'accompagnement. *Med Palliat*. 2011;10(3):107-8.
26. Costa MV, Vilar MJ, Azevedo GD, Reeves S. Interprofessional education as an approach for reforming health professions education in Brazil: emerging findings. *J Interprof Care*. 2014;28(4):379-80.
27. Incontri D. Equipes interdisciplinares em cuidados paliativos: religando o saber e o sentir. In: Santos FS. *Cuidados paliativos: diretrizes, humanização e alívio de sintomas*. São Paulo: Atheneu; 2011. p. 141-8.
28. Silveira MH, Cianpone MHT, Gutierrez BAO. Percepção da equipe multiprofissional sobre cuidados paliativos. *Rev Bras Geriatr Geront*. 2014;17(1):7-16.
29. Head B, Schapmire T, Earnshaw L, Faul A, Hermann C, Jones C, et al. Evaluation of an Interdisciplinary Curriculum Teaching Team-Based Palliative Care Integration in Oncology. *J Cancer Educ*. 2016;31(2):358-65.
30. Ellman MS, Schulman-Green D, Blatt L, Asher S, Viveiros D, Clark J, et al. Using online learning and interactive simulation to teach spiritual and cultural aspects of palliative care to interprofessional students. *J Palliat Med*. 2012;15(11): 1240-7.
31. Lynch T, Clark D, Centeno C, Rocafort J, Flores LA, Greenwood A, et al. Barriers to the development of palliative care in the countries of Central and Eastern Europe and the Commonwealth of Independent States. *J Pain Symptom Manage*. 2009;37(3):305-15.
32. Moraes SAF, Kairalla MK. Avaliação dos conhecimentos dos acadêmicos do curso de Medicina sobre os cuidados paliativos em pacientes terminais. *Einstein*. 2010;8(2):162-7.
33. Zanolli MB, Maciel DT, Streit DS, Muraguchi EBO. "Internato Médico": Diretrizes Nacionais da ABEM para o internato no curso de graduação em medicina, de acordo com as Diretrizes Curriculares Nacionais. In: Lampert JB, Bicudo AM. *10 anos das Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação em Medicina*. Rio de Janeiro: ABEM; 2014. p. 57-87.
34. Wenk R, Lima L, Mutto E, Berenguel MR, Centeno C. Encuentro sobre educación de cuidado paliativo en Latinoamérica. Recomendaciones sobre enseñanza em el pregrado y en el primer nivel de atención de salud. *Med.Paliat*. 2014;23(1):42-8.
35. Hennemann-Krause L, Freitas LA, Daflon PMN. Cuidados Paliativos e medicina de família e comunidade: conceitos e interseções. *Rev Hosp Univ Pedro Ernesto*. 2016;15(3):286-93.

Recebido: 13/01/2018

Revisado: 20/03/2018

Aprovado: 14/04/2018



Validação, confiabilidade e equivalência operacional do método de triagem nutricional “Verifique a condição nutricional do idoso”

Validation, reliability and operational equivalency of the nutritional screening method “Assessing the nutritional condition of the elderly”

Manuela de Almeida Roediger¹
Maria de Fátima Nunes Marucci²
Maria do Rosário Dias de Oliveira Latorre³
Norman Hearst⁴
Cesar Messias de Oliveira⁵
Yeda Aparecida de Oliveira Duarte⁶

Resumo

Objetivo: Analisar a confiabilidade, a validade e a equivalência operacional do método de triagem nutricional “Verifique a condição nutricional do idoso”. **Método:** Este estudo foi realizado com subamostra de 174 idosos do Estudo Saúde, Bem-estar e Envelhecimento (SABE). O método “Verifique a condição nutricional do idoso”, consiste de 10 perguntas, que classifica os indivíduos, segundo risco nutricional. Adotou-se a antropometria e indicadores nutricionais, como medidas padrão-ouro para comparação com os valores desse método. A confiabilidade foi verificada pelo teste de McNemar e gráficos de Bland Altman, a validade do tipo discriminante foi avaliada por meio do teste Mann-Whitney e a equivalência operacional do método foi identificada pelos dados referentes à duração de realização do método e pelo grau de entendimento do mesmo pela escala Likert (entre 1 e 5). **Resultados:** Dos 174 idosos entrevistados, 63,8% eram mulheres e 52,3% eram do grupo etário de 60 a 74 anos. Constatou-se que 43,1% e 33,3% dos indivíduos apresentavam risco nutricional moderado e alto, respectivamente, sendo maior a prevalência de risco nutricional alto nas mulheres (33,3%) e naqueles do grupo de 60 a 74 anos (43,4%). O método analisado apresentou resultados satisfatórios para confiabilidade e validade discriminante. A duração média de realização do método foi de aproximadamente sete minutos e nota média geral de entendimento foi de 4,8. **Conclusão:** O método estudado pode ser utilizado em estudos epidemiológicos e clínicos, por profissionais de saúde, para identificar a presença de risco nutricional em idosos domiciliados.

Palavras-chave: Nutrição do Idoso. Triagem. Reprodutibilidade dos Testes. Avaliação Nutricional.

¹ Universidade de São Paulo - USP, Faculdade de Saúde Pública, Programa de Pós-graduação Nutrição em Saúde Pública. São Paulo, São Paulo, Brasil.

² Universidade de São Paulo - USP, Faculdade de Saúde Pública, Departamento de Nutrição. São Paulo, São Paulo, Brasil.

³ Universidade de São Paulo - USP, Faculdade de Saúde Pública, Departamento de Epidemiologia. São Paulo, São Paulo, Brasil.

⁴ University of California, School of Medicine. San Francisco, California, USA.

⁵ University College London, United Kingdom, Department of Epidemiology and Public Health. London, England.

⁶ Universidade de São Paulo - USP, Escola de Enfermagem, Departamento de Enfermagem Médico-cirúrgica. São Paulo, São Paulo, Brasil.

Financiamento da pesquisa: Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP). Número do processo 12/24567-7.

Abstract

Objective: To analyze the reliability, validity and operational equivalence of the nutritional screening method "Assessing The Nutritional Condition Of The Elderly". **Method:** This study was conducted with a subsample of 174 elderly persons from the Health, Welfare and Aging (SABE) study. The "Assessing The Nutritional Condition Of The Elderly" method consists of ten questions which classify individuals according to nutritional risk. Anthropometric and nutritional indicators were adopted as gold standard measures for comparison with the values of the method. Reliability was verified using the McNemar and Bland Altman tests, the validity of the discriminant type was assessed by the Mann-Whitney test and operational equivalence was identified through data relating to the time required to apply the method and the degree of understanding of the same using the Likert scale (1 to 5). **Results:** Of the 174 elderly persons interviewed, 63.8% were women and 52.3% were in the 60-74 years age group. It was found that 43.1% and 33.3% of the subjects had moderate to high nutritional risk, respectively, with a higher prevalence of high nutritional risk among women (33.3%) and those aged 60-74 years (43.4%). The method analyzed showed satisfactory results for reliability and discriminant validity. The average time required to apply this method was approximately seven minutes and the overall mean grade of understanding was 4.8. **Conclusion:** The method studied can be used by health professionals in epidemiological and clinical studies to identify the presence of nutritional risk in elderly persons living at home.

Keywords: Elderly
Nutrition. Triage.
Reproducibility of Results.
Nutritional Assessment.

INTRODUÇÃO

É conhecida a associação do risco nutricional, especialmente a subnutrição, com desfechos de doenças e complicações em todas as idades¹⁻³. Em idosos, esse distúrbio nutricional constitui um relevante problema de saúde pública presente em países desenvolvidos e em desenvolvimento, inclusive no Brasil, devido à crescente demanda por serviços de saúde, maior tempo de internação, readmissão hospitalar, institucionalização e menor sobrevida. A subnutrição assume importância, para esse grupo populacional, por apresentar maior incidência e/ou prevalência^{4,5}.

A identificação de idosos em risco nutricional, sobretudo aqueles que vivem no domicílio, apresenta-se como uma temática de importante investigação, com a finalidade de orientar a população e prevenir, precocemente, futuros agravos a saúde decorrentes da má nutrição^{6,7}. Em estudos internacionais, métodos de triagem nutricional são reconhecidos como alternativas viáveis para identificação de risco nutricional nesse grupo, devido ao custo reduzido e facilidade de realização, podendo ser utilizado pelos profissionais de saúde^{7,8}.

Existem diferentes métodos de triagem nutricional descritos na literatura científica, para rastreamento de

idosos domiciliados sob risco nutricional⁹⁻¹¹. Todos apresentam vantagens, desvantagens e limitações, sendo que alguns obtiveram resultados satisfatórios quanto às suas propriedades psicométricas (validade e confiabilidade), características operacionais e aceitabilidade^{7,8}. Segundo Almeida-Roediger et al.¹², o método de triagem nutricional "Verifique a condição nutricional do idoso" foi adaptado para a realidade cultural brasileira e encontra-se disponível para verificação das propriedades psicométricas.

Esse método é baseado em perguntas, que podem ser respondidas pelo próprio idoso ou por acompanhante, não necessita de equipamentos ou treinamentos específicos para mensurações corporais, é acessível e bem aceito pelos profissionais e idosos que avaliaram o método, constituindo uma alternativa prática, barata e exequível em nível populacional¹². Assim, o presente estudo realizou a validação e confiabilidade do método de triagem nutricional "Verifique a condição nutricional do idoso", para uso na população idosa brasileira.

MÉTODO

Estudo de validação e reprodutibilidade com idosos (≥ 60 anos), de ambos os sexos, participantes do Estudo Saúde, Bem-estar e Envelhecimento

(SABE), longitudinal, epidemiológico e de base domiciliar, realizado no município de São Paulo, SP, em 2000, 2006 e 2010, com o propósito de conhecer e acompanhar, com o avançar da idade, as condições de vida da população idosa.

O cálculo amostral desta pesquisa foi obtido com base na fórmula proposta por Machin et al.¹³, utilizando nível de significância de 5%, com poder de 90% e valor do coeficiente de correlação de Pearson de 0,3, estimando-se amostra de 80 indivíduos para serem entrevistados.

Contudo, foi necessário o dobro de idosos (aproximadamente 160 indivíduos) com a finalidade de estratificar o resultado da validação e da confiabilidade, por sexo e grupos etários. Foi sorteada uma subamostra aleatória simples, de 350 participantes do Estudo SABE, para compensar a redução de indivíduos, devido a mudança de domicílio, óbito, institucionalização e recusa. Do total de 350 idosos, 280 foram localizados por contato telefônico e destes apenas 240 concordaram em serem visitados no domicílio para a realização da entrevista, contudo, apenas 176 foram localizados e entrevistados, sendo que dois não apresentavam todos os dados necessários para a pesquisa, totalizando 174 indivíduos estudados.

Para a coleta de dados foram necessários dois entrevistadores (do sexo feminino, por conferirem maior aceitabilidade pelos idosos), nutricionistas, que participaram de treinamento prévio contemplando uma abordagem geral sobre os objetivos deste estudo e orientações sobre preenchimento e realização do termo de consentimento, do questionário de campo, do método de triagem nutricional e das mensurações corporais.

O método de triagem nutricional “Verifique a condição nutricional do idoso” é composto por 10 perguntas (com resposta dicotômica sim e não), conforme descrito por Almeida-Roediger¹², às quais são atribuídas pontuações específicas para cada pergunta, cuja soma corresponde a escore final, que classifica os indivíduos, segundo a presença ou ausência de risco nutricional. As perguntas desse método avaliam diferentes áreas que podem afetar o estado nutricional, incluindo o uso de medicamentos e/ou bebidas alcoólicas, presença de doença crônica, ingestão alimentar inadequada, condições bucais e limitações físicas.

Os idosos que obtiveram escore final de 0 a 2 pontos foram classificados como “bom”, recomendando-se nova avaliação, em seis meses. Os que apresentaram de 3 a 5 pontos foram classificados como “risco nutricional moderado”, sendo orientado ao idoso o que ele pode fazer para melhorar seus hábitos alimentares e seu estilo de vida. E aqueles que tiveram escore de 6 ou mais foram classificados com “risco nutricional alto”, informando ao indivíduo para procurar ajuda especializada com nutricionista ou médico¹².

A avaliação da confiabilidade e da validade do método “Verifique a condição nutricional do idoso” ocorreu em dois períodos: entre abril e julho de 2014 (entrevistados 100 indivíduos) e entre janeiro e março de 2015 (entrevistados 74 indivíduos). Esse método foi realizado duas vezes com a população de estudo para a avaliação da confiabilidade, em períodos de tempo diferentes, com intervalos em torno de 15 a 30 dias, para comparação dos valores obtidos na primeira (teste) e na segunda entrevista (reteste).

Adotou-se como medida padrão-ouro (critério ou objetiva) para avaliação da validade do método de triagem nutricional, a avaliação nutricional pela antropometria e indicadores nutricionais. As variáveis antropométricas utilizadas foram circunferência do braço (CB), da panturrilha (CP) e dobra cutânea tricipital (DCT). Utilizou-se fita métrica inelástica de 1,5m, para realização das medidas antropométricas da CB e da CP, e paquímetro Lange, pressão constante de 10g/mm², para obtenção da medida de DCT.

Os indicadores nutricionais utilizados foram o índice de massa corporal (IMC), a área muscular do braço (AMB) e a circunferência muscular do braço (CMB). Foram utilizadas a massa corporal (MC) e a estatura (Est) para o cálculo do IMC (MC/Est^2). A MC foi medida por meio de balança portátil, marca WISO, com capacidade de 180kg de capacidade e sensibilidade de 100g; a Est, com estadiômetro portátil, marca Sanny, extensão máxima de 210cm. Para a obtenção da AMB e da CMB foram utilizadas a CB e a DCT, para o cálculo desses indicadores, segundo equações propostas na literatura^{14,15}.

Todas as mensurações foram realizadas, em triplicata, exceto para MC e Est, que se obteve em duplicata, sendo utilizado o valor médio para as análises, utilizando técnicas propostas na literatura para realização das medidas¹⁶.

As variáveis CB, DCT, AMB e CMB foram categorizadas, segundo valores de percentis, considerando como “adequado” os idosos entre percentil 25 e 75 e “inadequado” aqueles com percentil <25 a >75. Para a variável CP, considerou-se como “adequado” os indivíduos com CP ≥ 31 cm e inadequado os que apresentavam CP <31cm. Já para o IMC, foram classificados como *adequado*, os idosos com IMC ≥ 24 e <27kg/m², e como *inadequado*, aqueles com IMC <24 e >27kg/m².⁵

A descrição da população de estudo foi realizada utilizando frequências absolutas e relativas das variáveis sociodemográficas (sexo, grupos etários, estado civil, condição de companhia, escolaridade e renda em salários mínimos –SM), estilo de vida (ingestão de bebida alcoólica, tabagismo e prática de atividade física) e clínicas (diabetes *mellitus*, hipertensão arterial, doenças cardiovasculares e respiratórias e câncer), com os dados obtidos pelo questionário de campo elaborado para este estudo.

As variáveis contínuas como escore do método de triagem estudado, IMC, AMB, CMB, CB, CP, DCT, tempo do teste e do reteste foram descritas utilizando valores médios, com respectivos desvios-padrão e valores mínimo e máximo, segundo sexo.

Para realização da análise de confiabilidade e de validade utilizaram-se testes estatísticos não paramétricos, tendo em vista que o escore do método triagem nutricional, das variáveis antropométricas e dos indicadores nutricionais não assumiram um padrão de normalidade avaliados pelo teste de Shapiro-Wilk.

Para a confiabilidade foram realizados o teste não paramétrico de McNemar e os gráficos de Bland & Altman. Para que o método seja confiável, ou seja, tenha apresentado resultados semelhantes nas duas entrevistas é necessário que pelo teste de McNemar, o valor do *p* entre a classificação do diagnóstico de risco nutricional proposta pelo método (bom x risco nutricional moderado e alto) não seja significativo (>0,05); e pelos gráficos de Bland-Altman mostrem uma distribuição aleatória dos resíduos provenientes do escore final do método no teste e reteste^{17,18}.

A validação do método foi a do tipo discriminante, que utiliza o teste não paramétrico de Mann-Whitney,

para comparar as médias do escore do método de triagem nutricional (da primeira entrevista), com as variáveis antropométricas e indicadores nutricionais (categorizadas em adequado e inadequado), segundo total, sexo e grupos etários (60 a 74 anos e 75 anos e mais). Para que o método seja capaz de discriminar exatamente aqueles com ou sem risco nutricional, é indispensável que pelo teste de Mann-Whitney o valor de *p* seja significativo (<0,05).

A análise da equivalência operacional do método foi realizada pela duração da entrevista e pelo grau de entendimento do método utilizando a escala Likert que utiliza valores entre 0 *não entendi nada* e 5 *entendi perfeitamente e, não tenho dúvidas*, conforme sugerido por Reichenheim e Moraes^{19,20}. Foi estabelecido que respostas de 0 a 3 pela escala Likert seriam indicadoras de compreensão insuficiente²¹.

Os dados obtidos foram digitados em duplicata, por dois entrevistadores, e para os cálculos foram utilizados programas estatísticos disponíveis na literatura científica.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública (FSP), da Universidade de São Paulo (USP), Protocolo n° 48305/2012, de 22 de junho de 2012. Os idosos, familiares ou cuidadores após terem sido feitos todos os esclarecimentos pertinentes ao presente estudo e que concordaram em participar firmaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

Dos 174 idosos entrevistados, 63,8% eram mulheres e 52,3% pertencentes ao grupo de 60 a 74 anos, com média de idade de 74,3 ($\pm 9,6$) (mínimo= 60 e máximo= 96 anos). Mais de 50,0% dos indivíduos eram casados, acompanhados, com escolaridade entre 1 e 7 anos de estudo e recebiam até dois salários mínimos. Verificou-se que 86,8% dos idosos referiram não ingerir bebidas alcoólicas, 64,4% não fumavam e 74,7% não praticavam nenhum tipo de atividade física. Constatou-se que dentre as doenças avaliadas a hipertensão arterial sistêmica foi a mais (68,4%) referida pelos idosos (Tabela 1).

Tabela 1. Descrição da população de estudo, segundo variáveis sociodemográficas, estilo de vida e clínicas, Estudo SABE. São Paulo, SP, 2014/2015.

Variáveis	n (%)
Sociodemográficas	
Sexo	
Homem	63 (36,2)
Mulher	111 (63,8)
Grupos etários	
60 -74 anos	91 (52,3)
≥ 75 anos	83 (47,7)
Estado civil	
Casado	90 (51,7)
Não casado	22 (12,7)
Viúvo	62 (35,6)
Condição de companhia	
Acompanhado	156 (89,7)
Não acompanhado	18 (10,3)
Escolaridade	
Analfabeto	21 (12,0)
1-7 anos	116 (66,7)
≥ 8 anos	37 (21,3)
Renda em SM	
Até 2	116 (66,7)
>2-4	40 (23,0)
>4	18 (10,3)
Estilo de vida	
Ingestão de bebida alcoólica	
Não	151 (86,8)
Sim	23 (13,2)
Fuma	
Não	159 (91,4)
Sim	15 (8,6)
Prática de atividade física	
Não	130 (74,7)
Sim	44 (25,3)
Clínicas	
Diabete melito	
Não	127 (73,0)
Sim	47 (27,0)
Hipertensão arterial	
Não	55 (31,6)
Sim	119 (68,4)
Doenças cardiovasculares	
Não	132 (75,9)
Sim	42 (24,1)

continua

Continuação da Tabela 1

Variáveis	n (%)
Doenças respiratórias	
Não	154 (88,5)
Sim	20 (11,5)
Câncer	
Não	166 (95,4)
Sim	8 (4,6)
Total	174

O escore da triagem nutricional no momento 2 foi maior, do que o momento 1, tanto para o total (4,5 x 4,9), como por sexo (4,1 x 5,1 para homens e 4,7 x 4,8 para mulheres). Constataram-se maiores valores,

para as mulheres, para as variáveis antropométricas de CP e de DCT (35,4 e 20,1, respectivamente) e de indicadores nutricionais, IMC e AMB (27,9 e 38,3, respectivamente) (Tabela 2).

Tabela 2. Valores médios do escore da triagem nutricional nos momentos 1 e 2, medidas objetivas utilizadas e tempo de realização do teste e reteste do questionário, segundo sexo e total, Estudo SABE. São Paulo, SP, 2014/2015.

Variáveis	Homens	Mulheres	Total
	Média (mínimo-máximo)		
Escore de triagem 1	4,1 (0-10)	4,7 (0-14)	4,5 (0-14)
Escore de triagem 2	5,1 (1-14)	4,8 (0-14)	4,9 (0-14)
Índice de massa corporal	27,1 (18-45)	27,9 (14-50)	27,6 (14-51)
Área muscular do braço	36,5 (13-75)	38,3 (19-65)	37,2 (13-75)
Circunferência muscular do braço	48,3 (29-75)	43,0 (20-81)	44,9 (20-82)
Circunferência do braço	29,9 (22-39)	29,4 (19-41)	29,6 (19-41)
Circunferência da panturrilha	34,9 (24-46)	35,4 (26-46)	35,1 (24-46)
Dobra cutânea tricipital	17,1 (6-39)	20,1 (6-39)	19,1 (6-40)
Tempo teste 1	6,9 (2-20)	6,6 (3-19)	6,8 (2-20)
Tempo reteste 2	5,3 (2-19)	5,1 (2-21)	5,2 (2-21)

Analisando a confiabilidade do método pelo teste do McNemar verificou-se que não houve diferença significativa entre a classificação do diagnóstico de risco nutricional (bom e risco nutricional moderado a

alto) do método, no teste e reteste ($p=0,0764$) (dados não apresentados). Utilizaram-se os gráficos de Bland-Altman, por total, sexo e grupos etários, que mostraram distribuição aleatória dos resíduos (Figura 1).

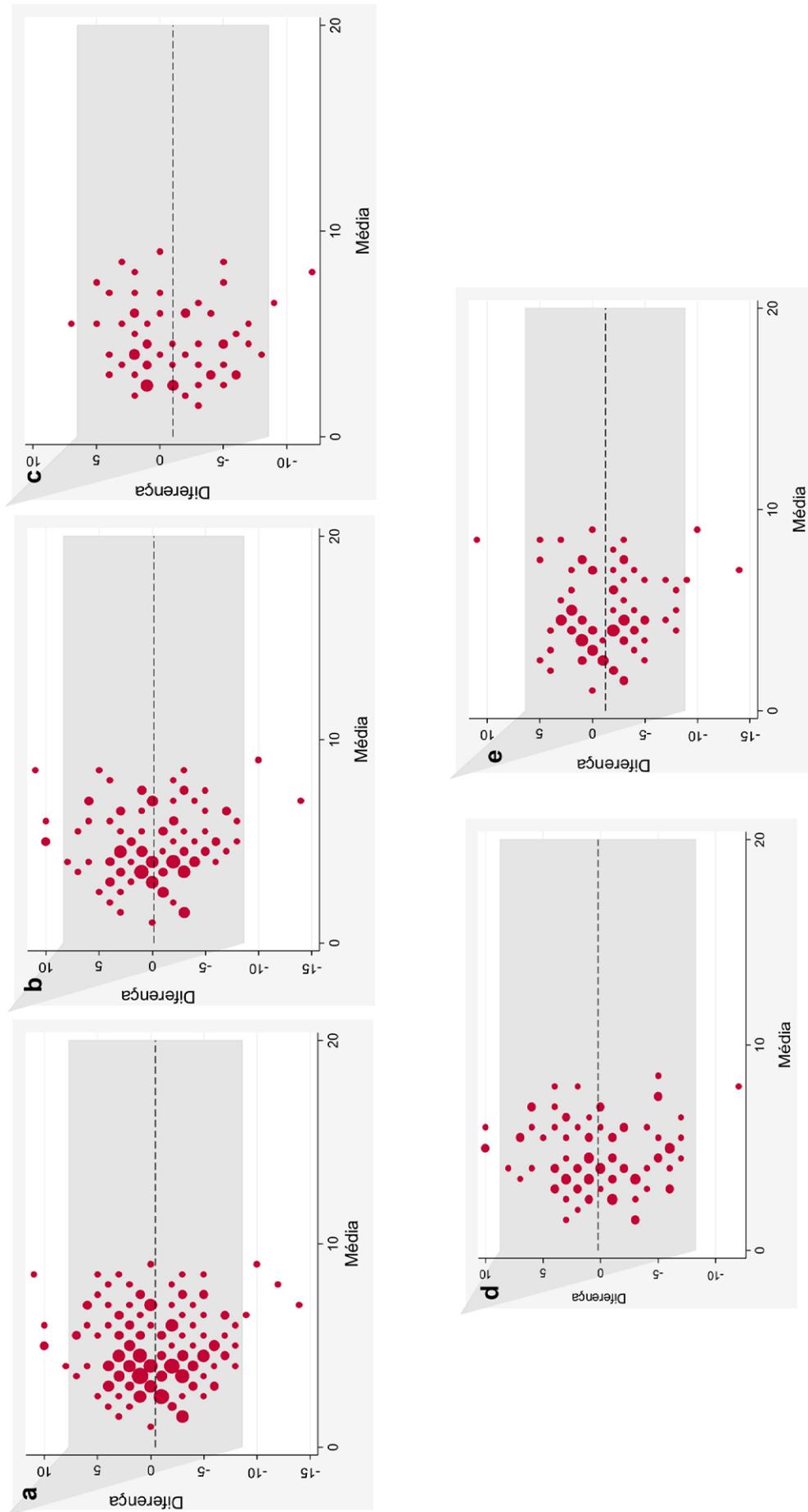


Figura 1. Método Bland Altman de avaliação de concordância do escore de triagem nutricional momento 1 e 2, total (a), sexo (b- homem e c- mulher) e grupos etários (d- 60 a 74 anos; e- 75 anos e mais), Estudo SABE. São Paulo, SP, 2014/2015.

A equivalência operacional do método mostrou que o tempo médio total para realização do método foi de aproximadamente sete minutos, sendo menor no reteste (em torno de cinco minutos) e para as mulheres em ambas as situações. O grupo etário com idade de 75 anos e mais utilizou maior tempo (aproximadamente 10 minutos) para responder o questionário, tanto no teste, como no reteste, com $p < 0,05$ (dados não apresentados).

A média de entendimento geral do método pela escala Likert (entre 0 e 5) foi de 4,8 ($\pm 0,52$) (mínimo= 3 e máximo= 5), sendo que o grupo etário de 75 anos e mais foi aquele que referiu menor valor [média 4,6 ($\pm 0,64$); mínimo= 3 e máximo= 5]. A questão 6 *Algumas vezes o(a) Sr.(a) não teve dinheiro suficiente para comprar os seus alimentos?* e a questão 10

Algumas vezes, o(a) Sr.(a) não foi fisicamente capaz de fazer compras, de cozinhar ou comer sozinho? foram aquelas que apresentaram menor compreensão (dados não apresentados).

Verificando os resultados da validade discriminante, observou-se, pela análise do Mann-Whitney, diferença significativa para o IMC, CMB, CP e CB, em relação ao escore de triagem nutricional do método. As médias do escore para aqueles classificados como adequado foram menores, do que os que foram identificados como inadequado. Constatou-se que estas diferenças permanecem significativas, também, ao analisar estratificada por sexo e grupos etários. Esses resultados mostram que o método estudado é capaz de discriminar corretamente o risco nutricional (Tabela 3).

Tabela 3. Validação discriminante do método “Verifique a condição nutricional do idoso”, segundo medidas critérios adotadas por total, sexo e grupos etários, Estudo SABE. São Paulo, SP, 2014/2015.

Variáveis / Medidas critérios	Escore de triagem nutricional Média (dp)	Valor de p do Mann-Whitney				
		Total	Homem	Mulher	60-74 anos	≥ 75 anos
Índice de massa corporal						
Adequado	3,8 (0,32)					
Inadequado	4,9 (0,25)	0,0191*	0,1277	0,1277	0,0102*	0,4651
Área muscular do braço						
Adequado	4,2 (0,29)					
Inadequado	4,8 (0,29)	0,0813	0,4948	0,0553*	0,0657	0,3716
Circunferência muscular do braço						
Adequado	4,1 (0,29)					
Inadequado	4,8 (0,28)	0,0379*	0,0478*	0,2207	0,1849	0,0475*
Circunferência do braço						
Adequado	4,0 (0,29)					
Inadequado	4,9 (0,28)	0,0174*	0,3025	0,0438*	0,0639	0,1288
Circunferência da panturrilha						
Adequado	4,3 (0,22)					
Inadequado	5,8 (0,48)	0,0005*	0,0261*	0,0825	0,0400*	0,0191*
Dobra cutânea tricipital						
Adequado	4,1 (0,27)					
Inadequado	4,9 (0,30)	0,0257*	0,1062	0,0908	0,0249*	0,3398

*Teste não paramétrico do Mann-Whitney, com nível de significância de 5%; dp=desvio-padrão.

DISCUSSÃO

Este é o primeiro estudo brasileiro a apresentar as propriedades psicométricas, do método “Verifique a saúde nutricional do idoso”, pela análise da confiabilidade, da validade discriminante e da equivalência operacional, para utilização por profissionais de saúde, especialmente o nutricionista, em idosos domiciliados.

Os resultados deste estudo mostraram que o método analisado, em relação ao original (*Determine Your Nutrition Health*[®] - DNH), apresentam-se superiores em relação às estimativas de confiabilidade, mesmo utilizando outro teste estatístico para confirmar essa propriedade psicométrica. Segundo Wojszel²², a análise de consistência interna do método DNH foi utilizada para determinar a confiabilidade desse método utilizando o coeficiente Alpha de Cronbach's obtendo valor de 0,44, considerado pelo autor como não sendo suficiente. Baseado nessas considerações pode-se afirmar a qualidade do processo de adaptação transcultural do método analisado, realizado por Almeida-Roediger et al.¹².

Não foi encontrado nenhum estudo na literatura científica utilizando o teste estatístico “adequado” para análise de validação do método DNH. Os estudos localizados^{23,24} utilizam análises de “sensibilidade e especificidade” como uma alternativa para validar esse método, sendo que essas análises são realizadas, posteriormente, após o processo de validação, para propor valores de referência. Apesar disso, os resultados da validação discriminante do método analisado neste estudo mostraram que o mesmo foi capaz de discriminar corretamente aqueles que apresentavam risco nutricional, atestando a capacidade deste método de confirmar, realmente, a característica que ele se propôs a medir, no caso a presença ou ausência de risco nutricional.

A equivalência operacional de um método constitui um quesito indispensável para analisar o grau de entendimento do mesmo e assim fornecer resultados quanto à sua aceitabilidade pela população estudada^{7,8,25,26}. Verificou-se neste estudo que o método analisado apresentou resultados suficientes (média de 4,8 pela escala Likert) em relação ao entendimento do mesmo, considerando que respostas entre 0 e 3 são indicadores de compreensão insuficiente. Pode-se inferir que o método foi bem aceito pelos idosos

entrevistados, assim como foi constatado em outros estudos utilizando o método original DNH^{7,8,23,24}.

Pelos resultados apresentados é possível verificar que aproximadamente 75,0% dos idosos entrevistados estavam em risco nutricional, sendo que as mulheres em relação aos homens apresentavam maior prevalência de risco nutricional alto. Pesquisa transversal e multicêntrica realizada na Espanha, envolvendo 1.320 idosos com mais de 65 anos, e outra desenvolvida na Turquia, com esse mesmo grupo etário, também, identificaram maior prevalência de risco nutricional alto nas mulheres (46,2% e 36,9%, respectivamente) em relação aos homens (43,2% e 34,3%, respectivamente)^{27,28}.

Baseado nas considerações apresentadas pode-se afirmar que a triagem nutricional “Verifique a saúde nutricional do idoso” não constitui um método de diagnóstico clínico de subnutrição em idosos, assim como não é destinado a substituir avaliações abrangentes de estado nutricional como é preconizado em outros métodos de triagem nutricional^{23,29}. Não obstante prevê o estado geral de saúde e nutrição identificando aqueles que podem estar ou não em risco nutricional moderado a alto^{22,23}. Este método foi originalmente concebido como uma alternativa educacional destinada a alertar o idoso ou responsável sobre os problemas de saúde relacionados a presença de risco nutricional²⁹. Na prática clínica pode ser usado como um método preliminar para rastrear ou identificar indivíduos em risco nutricional e conduzi-los, posteriormente, para avaliação nutricional mais completa e detalhada^{22-24,29}.

Algumas limitações foram identificadas no presente estudo. O método analisado é baseado em perguntas que avaliam as condições de risco mais comuns para o desenvolvimento de distúrbios nutricionais como subnutrição e/ou obesidade, por isso, muitos indivíduos do “grupo de risco” são identificados. Contudo, ressalta-se que apenas por meio de uma avaliação precisa do estado nutricional é que permite a identificação de casos reais desses distúrbios⁸.

Outra limitação refere-se às limitações cognitivas do idoso e o viés de memória, que podem interferir na resposta das perguntas do método estudado, mas que podem ser minimizadas com a presença de outra pessoa responsável, como filho(a) ou cuidador

para auxiliar nos esclarecimentos que se fizerem necessários. A ausência de métodos padrão-ouro para avaliação de risco nutricional em indivíduos, também, constitui uma limitação que merece ser destacada, favorecendo assim a utilização de outros não tão “precisos” quanto a análise desse quesito, bem como, de estudos de validação e confiabilidade do método original DNH, utilizando testes estatísticos padronizados ou mesmo “adequados” para análise dessas propriedades psicométricas, recomendando assim a necessidade de novas avaliações desse método em outras culturas ou países.

Apesar dessas limitações, o método original DNH tem sido utilizado em vários estudos realizados no mundo^{22-24,30,31} e inclusive no Brasil³²⁻³⁴ para avaliar risco nutricional de idosos. Considerando sua simplicidade, que constitui uma grande vantagem, além de não depender de indicadores antropométricos ou de dados laboratoriais (difícil de avaliar em estudos epidemiológicos e, principalmente, em idosos domiciliados, que buscam o atendimento básico a saúde) e por permitir avaliar o impacto dos fatores de risco individuais e populacionais sobre saúde e nutrição, a validação do método de triagem nutricional, “Verifique a saúde nutricional do idoso”, possibilitou preencher uma lacuna frente à ausência de métodos dessa natureza, validados para uso na população idosa brasileira, que visam identificar, precocemente, distúrbios nutricionais para intervenção nutricional.

REFERÊNCIAS

1. Rojer AGM, Kruijenga HM, Trappenburg MC, Reijnders EM, Sipilä S, Narici MV, et al. The prevalence of malnutrition according to the new ESPEN definition in four diverse populations. *Clin Nutr.* 2015;1-5. No prelo.
2. Agarwalla R, Saikia AM, Baruah R. Assessment of the nutritional status of the elderly and its correlates. *J Fam Community Med.* 2015;22(1):39-43.
3. Saka B, Kaya O, Ozturk GB, Erten N, Karan MA. Malnutrition in the elderly and its relationship with other geriatric syndromes. *Clin Nutr.* 2010;29(6):745-8.
4. Ferreira LS, Amaral TF, Marucci MFN, Nascimento LF, Lebrão ML, Duarte YA. Undernutrition as a major risk factor for death among older Brazilian adults in the community-dwelling setting: SABE survey. *Nutrition.* 2011;27(10):1017-22.
5. Almeida MF, Marucci MFN, Gobbo LG, Ferreira LS, Dourado DAQS, Duarte YAO, et al. Anthropometric Changes in the Brazilian Cohort of Older Adults: SABE Survey (Health, Well-Being, and Aging). *J Obes.* 2013;1-9.

CONCLUSÃO

O método de triagem nutricional, “Verifique a condição nutricional do idoso”, apresentou resultados satisfatórios para confiabilidade, validade discriminante e equivalência operacional, podendo ser utilizado em estudos epidemiológicos e clínicos, para identificar a presença de risco nutricional em idosos domiciliados. Recomenda-se que os profissionais de saúde brasileiros, especialmente àqueles da área de Geriatria e Gerontologia, considerem o uso desse método ideal para ser realizado durante o primeiro atendimento do indivíduo em diferentes cenários de atenção, tais como: na comunidade, clínicas, hospitais, ambulatorios e em instituições de longa permanência para idosos - ILPI, com o propósito de identificar, precocemente, idosos sob risco nutricional, para subsidiar estratégias de intervenção nutricional antes que o problema se agrave. A partir de método como este, que sensibiliza e promove o aumento do conhecimento dos indivíduos em relação a condições de saúde, alimentação e nutrição, observa-se como são imprescindíveis e apresentam grande potencial para prevenir distúrbios nutricionais e complicações associadas.

AGRADECIMENTO

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP) pelo apoio financeiro prestado.

6. Hamirudin AH, Charlton K, Walton K, Bonney A, Potter J, Milosavljevic M, et al. Feasibility of implementing routine nutritional screening for older adults in Australian general practices: a mixed-methods study. *BMC Fam Pract.* 2014;15:1-12.
7. Donini LM, Poggiogalle E, Molfino A, Rosano A, Lenzi A, Rossi Fanelli F, et al. Mini-Nutritional Assessment, Malnutrition Universal Screening Tool, and Nutrition Risk Screening Tool for the nutritional evaluation of older nursing home residents. *J Am Med Dir Assoc.* 2016;17(10):11-8.
8. Phillips MB, Foley AL, Barnard R, Isenring EA, Miller MD. Nutritional screening in community-dwelling older adults: a systematic literature review. *Asia Pac J Clin Nutr.* 2010;19(3):440-9.
9. Rubenstien L, Harker J, Salva A, Guigoz Y, Vellas B. Screening for undernutrition in geriatric practice: developing the short-form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). *J Gerontol Ser A Biol Sci Med Sci.* 2001;56(6):366-72.
10. Söderhamn U, Dale B, Sundsli K, Tomstad ST, Söderhamn O. Psychometric testing of the Norwegian version of the nutritional form for the elderly among older home-dwelling people. *J Multidiscip Healthc.* 2012;5:121-8.
11. Keller H, Goy R, Kane S. Validity and reliability of SCREEN II (seniors in the community: risk evaluation for eating and nutrition, Version II). *Eur J Clin Nutr.* 2005;59(10):1149-57.
12. Almeida-Roediger, Marucci MFN, Latorre MRDO, Hearst N, Oliveira C, Duarte YAO, et al. Adaptação transcultural para o idioma português do método de triagem nutricional Determine Your Nutritional Health® para idosos domiciliados. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2017;22(2):509-18.
13. Machin D, Campbell M, Fayers P, Pinol A. Sample size table for clinical studies. 2^a ed. Oxford: Blackwell Scientific Publications; 1997.
14. Gurney JM, Jelliffe DB. Arm anthropometry in nutritional assessment: nomogram for rapid calculation of muscle circumference and cross-sectional muscle and fat areas. *Am J Clin Nutr.* 1973;26(9):912-5.
15. Heymsfield SB, Mcmanus C, Smith J, Tevens V, Nixon DW. Anthropometric measurement of muscle: revised equations for calculation bone-free arm muscle area. *Am J Clin Nutr.* 1982;36(4):680-90.
16. Lohman TG, Roche AF, Martorell R. Anthropometric standardization reference manual. Champaign: Human Kinetics Books; 1988.
17. Bartko JJ, Carpenter Jr WT. On the methods and theory of reliability. *J Nerv Ment Dis.* 1976;163(5):307-17.
18. Bland JM, Altman DG. Measuring agreement in method comparison studies. *Stat Methods Med Res.* 1999;8(2):135-60.
19. Reichenheim ME, Moraes CL. Operacionalização de adaptação transcultural de instrumentos de aferição usados em epidemiologia. *Rev Saúde Pública.* 2007;41(4):5-73.
20. Reichenheim ME, Hökerberg YHM, Moraes CL. Assessing construct structural validity of epidemiological measurement tools: a seven-step roadmap. *Cad Saúde Pública.* 2014;30(5):927-39.
21. Conti MA, Ferreira MEC, Amaral ACS, Hearst N, Cordás TA, Scagliusi FB. Equivalência semântica da versão em português do "Body Change Inventory". *Ciênc Saúde Coletiva.* 2012;17(9):2457-69.
22. Wojszel ZB. Use of NSI Determine Checklist to assess the risk of malnutrition in persons of advanced old age living in rural areas. *Prog Health Sciences.* 2012;2(1):68-75.
23. Posner B, Jette A, Smith K, Miller D. Nutrition and health risks in the elderly: the nutrition screening initiative. *Am J Public Health.* 1993;83(7):972-8.
24. Patterson AJ, Young AF, Powers Jr, Brown WJ, Byles JE. Relationships between nutrition screening checklists and the health and well-being of older Australian women. *Public Health Nutr.* 2002;5(1):65-71.
25. Green SM, Watson R. Nutritional screening and assessment tools for older adults: literature review. *J Adv Nurs.* 2006;54(4):477-90.
26. Green SM, Watson R. Nutritional screening and assessment tools for use by nurses: literature review. *J Adv Nurs.* 2005;50(1):69-83.
27. Poulia KA, Yannakoulia M, Karageorgou D, Gamaletsou M, Panagiotakos DB, Sipsas NV, et al. Evaluation of the efficacy of six nutritional screening tools to predict malnutrition in the elderly. *Clin Nutr.* 2012;31(3):378-85.
28. Winter J, Flanagan D, McNaughton SA, Nowson C. Nutrition screening of older people in a community general practice, using the MNA-SF. *J Nutr Health Aging.* 2013;17(4):322-5.
29. Tavares EL, Santos DM, Ferreira AA, Menezes MFG. Avaliação nutricional de idosos: desafios da atualidade. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2015;18(3):643-50.

30. Sinnott S, Bengtson R, Brown A, Glass AP, Johnson MA, Lee JS. The validity of Nutrition Screening Initiative DETERMINE Checklist responses in older Georgians. *J Nutr Elder.* 2010;29(4):393-409.
31. Sugiura Y, Tanimoto Y, Imbe A, Inaba Y, Sakai S, Shishikura K, et al. Association between functional capacity decline and nutritional status based on the nutrition screening initiative checklist: a 2-year cohort study of Japanese community-dwelling elderly. *PLoS One.* 2016;11(11):1-6.
32. Alvarenga MRM, Oliveira MAC, Faccenda O, Amendola F. Avaliação do risco nutricional em idosos atendidos por Equipes de Saúde da Família. *Rev Esc Enferm.* 2010;44(4):1046-51.
33. Santos AH, Dallepiane LB, Kirchner RM, Silva FP, Bolner BB, Hert A. Triagem nutricional: identificação de alterações nutricionais na atenção à saúde do idoso. *Rev Bras Ciênc Envelhec Hum.* 2013;10(2):170-80.
34. Viera LS. Avaliação do risco nutricional em idosos residentes na zona urbana do município de Pelotas, RS [Dissertação]. Pelotas: Universidade Federal de Pelotas; 2015.

Recebido: 28/06/2017

Revisado: 14/12/2017

Aprovado: 26/02/2018



Fatores que determinam a percepção negativa da saúde de idosos brasileiros

Factors determining the negative perception of the health of Brazilian elderly people

Camila Zanesco¹
Danielle Bordin²
Celso Bilynkiewicz dos Santos³
Erildo Vicente Müller²
Cristina Berger Fadel³

Resumo

Objetivo: Conhecer os fatores que determinam a percepção negativa da saúde de idosos brasileiros, considerando condições sociodemográficas, limitações funcionais e adoecimento, padrão de utilização de serviços de saúde e condição de saúde bucal. **Método:** Estudo transversal com dados provenientes da Pesquisa Nacional de Saúde (2013), a qual envolveu 23.815 idosos. Após o tratamento da base de dados, procedeu-se a redução de dimensionalidade realizada no ambiente do *Waikato Environment for Knowledge Analysis*. As variáveis relacionadas com a percepção em saúde foram avaliadas por meio da regressão logística, para mensurar a magnitude das associações. Considerou-se como variável desfecho a percepção da saúde e 36 variáveis independentes. **Resultados:** As variáveis mais fortemente relacionadas à percepção negativa da saúde dos idosos foram: analfabetismo (OR=1,48), baixa escolaridade, dificuldade total em realizar atividades instrumentais de vida diária (OR=2,04), impossibilidade de realizar qualquer atividade habitual por algum motivo de saúde (OR=3,20), presença de diagnóstico de doença física ou mental (OR=2,44), autopercepção de saúde bucal negativa (OR=1,92), procura acentuada por serviços de saúde nas últimas semanas (OR=1,16), consultas médicas e internação hospitalar nos últimos 12 meses (OR=1,40). **Conclusão:** O uso de metodologias multidimensionais é capaz de identificar a influência de aspectos determinantes da percepção negativa de saúde em idosos brasileiros e que os mesmos devem subsidiar a formulação de políticas públicas de saúde voltadas à população idosa.

Palavras-chave:

Autoimagem. Autoavaliação.
Saúde do Idoso. Percepção.

Abstract

Objective: To identify factors that determine the negative perception of the health of the Brazilian elderly, considering sociodemographic conditions, functional limitations and illness, patterns of utilization of health services and oral health condition. **Method:** A cross-sectional study with data from the National Health Survey (2013), involving 23,815

¹ Universidade Estadual de Ponta Grossa, Setor de Ciências Biológicas e da Saúde, Programa de Pós-graduação Strictu Sensu em Ciências da Saúde. Ponta Grossa, Paraná, Brasil.

² Universidade Estadual de Ponta Grossa, Setor de Ciências Biológicas e da Saúde, Departamento de Enfermagem e Saúde Pública. Ponta Grossa, Paraná, Brasil.

³ Universidade Estadual de Ponta Grossa, Setor de Ciências Biológicas e da Saúde, Departamento de Odontologia. Ponta Grossa, Paraná, Brasil.

elderly persons was carried out. Once the database was treated, dimensionality reduction was performed using the Waikato Environment for Knowledge Analysis. The variables related to health perception were evaluated through logistic regression to measure the magnitude of the associations. Health perception and 36 independent variables were considered as outcome variables. *Results:* The variables most strongly related to the negative perception of the health of the elderly were illiteracy (OR=1.48), low educational level, total difficulty in performing instrumental activities of daily living (OR=2.04), impossibility of performing any activity (OR=3.20), presence of a diagnosis of physical or mental illness (OR=2.44), negative self-perception of oral health (OR=1.92), an increased need for health services in recent weeks (OR=1.16), medical visits and hospitalization in the last 12 months (OR=1.40). *Conclusion:* The use of multidimensional methodologies can identify the influence of determinants of a negative perception of health among Brazilian elderly persons, and can support the formulation of public health policies aimed at the elderly population.

Keywords: Self Concept. Self-Assessment. Health of the Elderly. Perception.

INTRODUÇÃO

Uma inversão na pirâmide etária mundial vem sendo atualmente observada, resultante do aumento da expectativa de vida e do decréscimo das taxas de natalidade, processo que se intensifica quando considerada a realidade de países que se encontram em desenvolvimento. O aumento exponencial de indivíduos com 60 anos ou mais, denominados idosos, vem perpetuando diversas preocupações e dificuldades em torno dos serviços de saúde em âmbito global¹⁻³. Voltando-se para o território nacional brasileiro, as projeções para esse cenário daqui a mais de 40 anos (2060) estimam que em torno de 33,7% da população total do Brasil corresponderá a indivíduos idosos⁴.

Adentrar a faixa etária acima dos 60 anos é uma realidade que vem prosperamente se tornando acessível às populações de diversas classes sociais; no entanto, a literatura revela que idosos estão diretamente ligados a perdas da capacidade funcional de forma natural, gradual e progressiva, processo que pode ser intensificado pela presença de doenças e outras situações. O quadro imposto pelas limitações e a coagida dependência parcial ou total para desempenhar atividades englobadas como básicas ou instrumentais influenciam na percepção da saúde do indivíduo e compõe um grupo vasto de aspectos importantes para a qualidade de vida dos mesmos, muitos dos quais permanecem desconhecidos e podem preceder quadros de debilidade funcionais^{3,5,6}.

Baseando-se na pluralidade cultural e nas distintas realidades sociais em nível nacional e mundial, os inquéritos de saúde vêm ganhando espaço de destaque como sólida fonte de informações. A Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) caracterizou-se como um inquérito de base domiciliar com abrangência nacional, o qual objetivou de modo geral apresentar um panorama integrando a situação de saúde em relação à atenção, acesso e uso de recursos em saúde de toda a população brasileira e, conjuntamente, buscou conhecer outros aspectos como estilo de vida, percepção da saúde, cuidados e recursos dispensados no campo assistencial⁶⁻⁹.

A PNS possibilitou apreender aspectos que contribuem diretamente na percepção da saúde por parte do indivíduo idoso, e essa condição constituiu-se como essencial, consolidando-se como base para planejamentos e projeções no campo da saúde. A percepção da saúde demonstra através de uma esfera integral percebida pelo próprio indivíduo seu verdadeiro estado de saúde, possui influência de âmbito multidimensional e expressa aspectos objetivos e subjetivos¹⁰⁻¹². A percepção positiva perante a condição de saúde em que indivíduos idosos se encontram é essencial para que os mesmos possam viver de forma equilibrada e continuem interagindo com suas famílias e sociedade⁶.

A literatura disponível envolvendo a condição percebida de saúde dos idosos é vasta, no entanto predominam estudos que ponderam pequenos grupos populacionais submetidos a uma situação

ou serviço de saúde específico^{6,10,13-16}. Estudos que avaliam as amplas influências perante a percepção negativa de saúde de idosos, utilizando inquéritos de base nacional, não são encontrados, sendo premente considerar tal fonte de dados devido à sua imponência e abrangência, constituindo-se como parâmetro referencial para planejamentos de políticas e ações em saúde^{6,7,10-12}.

Seguindo o contexto em destaque, objetiva-se neste estudo conhecer os fatores que determinam a percepção negativa da saúde de idosos brasileiros, considerando conjuntamente condições sociodemográficas, limitações funcionais e adoecimento, padrão de utilização de serviços de saúde e condição de saúde bucal.

MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal, quantitativo, com dados provenientes do inquérito de base populacional – PNS, proposto pelo Ministério da Saúde e conduzido, em 2013, pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)¹⁷.

A pesquisa é de base domiciliar e o plano amostral utilizado contou com uma amostragem probabilística por conglomerados em três estágios, sendo os setores ou conjunto de setores censitários as unidades primárias de amostragem, os domicílios as unidades secundárias e os moradores maiores de idade selecionados, as unidades terciárias^{8,9,17}.

O tamanho da amostra foi definido considerando o nível de precisão desejado para as estimativas de alguns indicadores de interesse, resultando em informações de 205.546 indivíduos residentes em 60.900 domicílios investigados^{8,9,17}. Detalhes sobre o processo de amostragem e ponderação estão disponíveis no relatório da PNS¹⁷.

Os dados foram coletados por pesquisadores previamente calibrados. As informações foram obtidas por meio de entrevistas individuais e armazenadas em computadores de mão. Participaram da pesquisa indivíduos maiores de 18 anos. A entrevista foi direcionada por três formulários: o domiciliar, referente às características do domicílio; o relativo a todos os moradores do domicílio; e o

individual, respondido por um morador, sorteado, do domicílio com 18 anos ou mais de idade^{8,9,17}. Para o presente estudo considerou-se, exclusivamente, os dados dos indivíduos acima de 60 anos, proveniente dos dois últimos formulários (N= 23.815).

O inquérito nacional foi aprovado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa para seres humanos, do Ministério da Saúde, sob o parecer nº 328.159, de 26 de junho de 2013.

A variável desfecho *Percepção da saúde* é resultante da questão: *De um modo geral, como é o estado de saúde geral?* Tendo como respostas: muito *boa*, *boa*, *regular*, *ruim* e *muito ruim*. Para efeito de análise no presente estudo, as respostas foram agrupadas em positivas (padrões de resposta: *muito boa* e *boa*) e negativas (padrões de resposta: *regular*, *ruim* e *muito ruim*)^{10,14}. Essa questão foi respondida por um único morador do domicílio para todos os membros do lar, podendo, deste modo, não ser respondida especificamente pelo idoso.

Na fase de pré-exploração dos dados foram elencadas 36 variáveis de interesse para compor as variáveis independentes, relacionadas a: características sociodemográficas; limitações funcionais e adoecimento; utilização de serviços de saúde, internações e urgências médicas; e condição de saúde bucal (Quadro 1). Todas as variáveis passaram por tratamento, sendo que as numéricas foram transformadas em categóricas, algumas variáveis foram recategorizadas, e outras dicotomizadas conforme o preconizado pela literatura¹⁸.

Para fins deste estudo, desenvolveu-se a variável *Dificuldade total em realizar Atividades Básicas de Vida Diária* (ABVD) por meio da junção das variáveis: dificuldade para comer sozinho com um prato colocado à sua frente; dificuldade para tomar banho sozinho; dificuldade para ir ao banheiro sozinho; dificuldade para se vestir sozinho; dificuldade para andar em casa sozinho de um cômodo a outro da casa; dificuldade para deitar ou levantar da cama sozinho; dificuldade para sentar ou levantar da cadeira sozinho. Já a *Dificuldade total em realizar Atividades Instrumentais de Vida Diária* (AIVD) foi proveniente das questões: dificuldade para fazer compras sozinho; dificuldade para administrar as finanças sozinho; dificuldade para tomar os remédios sozinho; dificuldade

para ir ao médico sozinho; dificuldade para sair sozinho utilizando um transporte; dificuldade para administrar as finanças sozinho (cuidar do seu próprio dinheiro). As variáveis foram dicotomizadas em com dificuldade, abrangendo os padrões de resposta: *não consegue*, *tem grande dificuldade*, *tem pequena dificuldade* e

sem dificuldade, considerando o padrão de resposta *não tem dificuldade*. A dificuldade funcional para as ABVD e AIVD foram definidas da mesma forma: dificuldade, independente do grau, para todas as atividades diárias investigadas, conforme estudos similares na literatura^{5,12,18}.

Quadro 1. Descrição das variáveis independentes utilizadas no estudo. PNS, Brasil, 2013.

Características sociodemográficas	
Sexo	Alfabetização
Idade	Nível de escolaridade
Cor	Renda
Vivência com cônjuge	Região de residência
Estado civil	
Limitações funcionais e adoecimento	
Presença de alguma doença crônica, física ou mental	Esteve acamado
A presença de doença crônica, física ou mental, limita de alguma forma suas atividades habituais	Número de dias acamado
Deixou de realizar quaisquer de suas atividades habituais por motivo de saúde	Dificuldade total em realizar Atividades Básicas de Vida Diária
Número de dias que deixou de realizar suas atividades habituais, por motivo de saúde	Dificuldade total em realizar Atividades Instrumentais de Vida Diária
Utilização de serviços de saúde	
Local que costuma procurar atendimento quando está doente	Motivo pela procura do atendimento
Tempo desde a última consulta médica	Local onde procurou o último atendimento de saúde
Número de consultas no último ano	Teve medicamentos receitados na última consulta
Procura por algum lugar, serviço ou profissional de saúde para atendimento relacionado à própria saúde nas últimas duas semanas	Utilizou alguma prática integrativa e complementar, isto é, tratamento como acupuntura, homeopatia, plantas medicinais e fitoterapia, etc.
Internações e urgências médicas	
Internação no último ano	Tempo internado
Número de internações no último ano	Atendimento de urgência no domicílio
Motivo da internação	
Condição de saúde bucal	
Percepção da saúde bucal	Perda dental superior
Dificuldade para comer	Número de dentes naturais presentes
Perda dental inferior	Uso de prótese dental

Após o tratamento completo da base de dados, realizou-se o teste de redução de dimensionalidade. Para tal, aplicou-se o método de Seleção de Atributos considerando a abordagem filtro no ambiente de Mineração de Dados, a saber, *Waikato Environment for Knowledge Analysis* (WEKA). Na abordagem filtro foi utilizado o algoritmo *Correlation-based Feature Selection* (CFS)¹⁹, por meio do método de validação cruzada de 10 Fold. Esse teste analisa ao mesmo tempo todas as variáveis incluídas na análise e identifica quais são as variáveis independentes que têm elevada relação com variável dependente e baixa relação entre si, eliminando toda e qualquer relação de confundimento. Para o modelo final foram consideradas apenas as variáveis com grande potencial para explicar a variável desfecho, o que possibilitou validar as relações puras e estritas das variáveis independentes e variável desfecho, com muito mais precisão que outros testes frequentemente utilizados na literatura. Além disso, os modelos assim gerados apresentam maior capacidade de explicação e taxa de acerto, além de extração do conhecimento potencialmente útil e desconhecido em uma grande base de dados¹⁹, como a base envolvida na presente análise.

Em seguida, as variáveis relacionadas com a percepção em saúde foram avaliadas por meio da regressão logística, para mensurar a magnitude das associações. O modelo formado teve capacidade explicativa de 68,76%. Todas as análises foram realizadas no ambiente WEKA¹⁹.

RESULTADOS

Nos resultados da análise de seleção de atributos, verificou-se que as variáveis mais fortemente relacionadas à percepção de saúde entre idosos brasileiros foram: alfabetização (100%); nível de escolaridade (100%); impossibilidade de realizar de quaisquer atividades habituais por motivo de saúde (100%); diagnóstico de alguma doença crônica, física ou mental (100%); procura por algum lugar, serviço ou profissional de saúde para atendimento relacionado à própria saúde nas duas últimas semanas (100%); número de consultas ao médico

nos últimos 12 meses (100%); internação hospitalar nos últimos 12 meses (100%); dificuldade em realizar as AIVD (100%) e percepção da saúde bucal (80%). De acordo com a proposta metodológica, apenas essas variáveis serão consideradas para a presente análise.

A análise descritiva das então variáveis fortemente associadas com a percepção em saúde dos idosos pode ser visualizada na Tabela 1 e as razões de chances delas relataram percepção negativa em saúde, na Tabela 2. Essa avaliação negativa esteve presente em 56% dos idosos que conformaram a amostra do estudo.

A maioria dos idosos (76%) era alfabetizada, com baixo nível de escolaridade. Pode-se verificar que quanto menor o nível de escolaridade, maiores as chances de dispor de uma percepção de saúde negativa. Ainda, 89% e 93% dos idosos, respectivamente, relataram não apresentar impossibilidades de realizar quaisquer atividades habituais por motivos de saúde e dificuldade total para realizar as AIVD. Contudo, quando essas limitações encontravam-se presentes, as chances dos indivíduos em relatar uma percepção negativa foi de 3,20 e 2,04 vezes. No que tange as morbidades, 62% já haviam recebido um diagnóstico de alguma doença crônica, física ou mental, sendo essa condição responsável por aumentar em 2,44 as chances do indivíduo apresentar uma percepção negativa em saúde. Ainda, para os idosos que apresentaram percepção da saúde bucal negativa (19%), a razão de chance para avaliar negativamente a saúde geral foi 1,92 vezes maior, em relação aos que consideraram a saúde bucal como positiva.

Já em relação à utilização dos serviços de saúde, a necessidade de ser atendido em algum serviço de saúde (considerando o período das últimas duas semanas que antecederam a coleta de dados da PNS) foi presente para 76% dos respondentes. O número de consultas médicas no último ano foi de até três para a maioria dos idosos (42%) e 90% dos participantes estiveram internados durante determinado período, considerando os 12 meses anteriores a pesquisa (Tabela 1). As frequências aumentadas desses eventos estiveram associadas a maiores chances de idosos com percepção de saúde negativa (Tabela 2).

Tabela 1. Análise descritiva das variáveis independentes que apresentaram relação com a percepção em saúde dos idosos brasileiros. PNS, Brasil, 2013.

Variável dependente	Total	Percepção positiva	Percepção negativa
Percepção da saúde geral	N (%)	n (%)	n (%)
	23.815 (100)	10.461 (44)	13.354 (56)
Variáveis independentes e classes	Total	Percepção positiva	Percepção negativa
	N (%)	n (%)	n (%)
Alfabetizado			
Sim	17.985 (76)	8.676 (52)	9.309 (48)
Não	5.830 (24)	1.785 (31)	4.045 (69)
Nível de escolaridade			
Graduação ou mais	2.343 (10)	1.680 (72)	663 (28)
Médio	3.253 (14)	1.917 (59)	1.336 (41)
Fundamental	2.247 (9)	955 (43)	1.292 (57)
Alfabetização	10.142 (43)	3.908 (39)	6.234 (61)
Não responderam	5.830 (24)	---	---
Impossibilidade de realizar quaisquer atividades habituais por motivo de saúde			
Não	21.141 (89)	10.070 (48)	11.071 (52)
Sim	2.674 (11)	391 (15)	2.283 (85)
Dificuldade total em realizar as Atividades Instrumentais de Vida Diária			
Não	22.265 (93)	10.194 (46)	12.071 (54)
Sim	1.550 (7)	266 (17)	1.282 (83)
Diagnóstico de alguma doença crônica, física ou mental			
Não	8.988 (38)	2.551 (28)	6.437 (72)
Sim	14.827 (62)	7.910 (53)	6.917 (47)
Avaliação de saúde bucal			
Positiva	6.734 (28)	3.613 (46)	3.121 (54)
Negativa	4.443 (19)	1.319 (30)	3.124 (70)
Não responderam	12.638 (53)	--	--
Procura por algum lugar, serviço ou profissional de saúde para atendimento relacionado à própria saúde nas duas últimas semanas			
Não	5.605 (24)	1.774 (32)	3.831 (68)
Sim	18.210 (76)	8.687 (48)	9.523 (52)
Número de consultas ao médico nos últimos 12 meses			
Até 3 vezes	10.079 (42)	5.035 (50)	5.044 (50)
De 4 a 6 vezes	5.490 (23)	1.916 (35)	3.574 (65)
De 7 a 9 vezes	1.007 (4)	295 (29)	712 (71)
De 10 a 14 vezes	2.125 (9)	511 (24)	1.614 (76)
De 15 a 19 vezes	270 (1)	59 (22)	211 (78)
De 20 a 29 vezes	348 (1)	60 (17)	288 (83)
30 ou mais vezes	184 (1)	26 (14)	158 (86)
Não responderam	4.312 (18)	--	--
Internação hospitalar nos últimos 12 meses			
Não	21.438 (90)	9.864 (46)	11.574 (74)
Sim	2.377 (10)	597 (25)	1.780 (75)

Tabela 2. Razões de chances de percepção negativa da saúde geral, segundo variáveis independentes. PNS, Brasil, 2013.

Variável	Odds Ratio (OR)
Alfabetizado	
Sim	1,00
Não	1,48
Nível de escolaridade	
Graduação	
Médio	1,11
Fundamental	1,42
Alfabetização	1,77
Impossibilidade de realizar quaisquer de atividades habituais por motivo de saúde	
Não	1,00
Sim	3,20
Dificuldade total em realizar as Atividades Instrumentais de Vida Diária	
Não	1,00
Sim	2,04
Diagnóstico de alguma doença crônica, física ou mental	
Não	1,00
Sim	2,44
Avaliação de saúde bucal	
Positiva	1,00
Negativa	1,92
Procura por algum lugar, serviço ou profissional de saúde para atendimento relacionado à própria saúde nas duas últimas semanas	
Não	1,00
Sim	1,16
Número de consultas ao médico nos últimos 12 meses	
Até 3 vezes	1,00
De 4 a 6 vezes	1,17
De 7 a 9 vezes	1,27
De 10 a 14 vezes	1,62
De 15 a 19 vezes	1,52
De 20 a 29 vezes	2,00
30 ou mais vezes	2,70
Internação hospitalar nos últimos 12 meses	
Não	1,00
Sim	1,40

DISCUSSÃO

Os resultados expostos evidenciam que, do total de idosos sob investigação na PNS em estudo, a percepção negativa da saúde foi prevalente para 56%, e esses achados apresentaram-se divergentes de estudos nacionais realizados em menor escala de abrangência, os quais encontraram a presença de percepção negativa em relação à saúde para cerca de 17,1%⁶ e 35,0%¹⁵ dos idosos participantes, respectivamente.

Os dados obtidos no presente estudo, condizentes à percepção negativa perante a saúde, equiparam-se a resultados semelhantes a investigações envolvendo idosos institucionalizados ou em situação de coresidência, onde a avaliação refere que aproximadamente 60% dos idosos encontravam-se insatisfeitos com a própria saúde^{6,12}. A realidade é preocupante visto que a percepção negativa em relação à saúde pode predizer ou relacionar-se com situações de declínio funcional, quadros de dependência, hospitalizações, e influência direta nas taxas de mortalidade dos idosos^{6,10-12}.

É importante salientar que os dados utilizados provenientes da PNS-2013, em referência ao público com 60 anos ou mais, foram coletados por meio de entrevista com o próprio idoso, ou outro morador do domicílio, estratégia com frequente utilização em pesquisas nacionais²⁰. Apesar de causarem, em um primeiro contato, a impressão de que podem não corresponder a real situação do indivíduo, estudos científicos disponíveis evidenciam que a seleção do respondente adotada para aquisição dos dados não tem contribuído significativamente para alterações de resultados^{20,21}, o que possibilita o uso desse método.

Alguns fatores que interferem diretamente na percepção da saúde já são conhecidos, como é caso da escolaridade: quando não alfabetizado, o indivíduo tem tendência superior para se autoperceber em uma situação ruim de saúde^{10,14}, coadunando com os resultados aqui encontrados, onde as razões de chances de avaliação ruim da saúde, em geral, diminuíram gradualmente conforme aumentam os anos de estudo. A ligação da escolaridade como fator protetor em relação à saúde do indivíduo é entrelaçada a oportunidade frente à obtenção de conhecimento e acesso às informações, aspectos que interferem no modo que esses idosos conduzem

as rotinas diárias, e as escolhas dos hábitos de vida, modulando o autocuidado e a propensão ao desenvolvimento de doenças¹⁴.

Os resultados evidenciam também que indivíduos impedidos de realizar, por algum motivo de saúde, quaisquer das atividades habituais, tendem a eleger a saúde como ruim, quando em comparação com aqueles que não tiveram tal impasse. O mesmo ocorre com a dificuldade total em realizar as AIVD. As AIVD são um agrupamento de ações consideradas mais complexas quando em comparação com as ABVD, por englobarem a independência na comunidade e também aspectos cognitivos³. A redução ou a privação da autonomia, decorrentes das limitações impostas repetidamente pela presença de doenças e de seus agravos, induzem o indivíduo a sentir-se incapaz, aspecto contribuinte para a percepção negativa em relação à situação de saúde^{3,22,23}.

Em conjunto aos aspectos acima citados, revelou-se também que idosos com diagnóstico de doença crônica, física ou mental, têm mais chances (OR=2,44) de perceberem-se em situação ruim de saúde, quando em comparação com indivíduos que não receberam tal diagnóstico. As circunstâncias impostas pela presença de doenças influenciam em aspectos físicos, sociais, culturais e econômicos, modificando a qualidade de vida de sujeitos e corroborando para percepção negativa da saúde. Estudos demonstram que quanto maior o número de doenças presentes, piores são as condições em relação à capacidade funcional e a percepção da saúde dos indivíduos^{6,10}. O conhecimento e a reflexão a respeito da percepção da saúde do idoso permitem a profissionais da saúde a individualização de estratégias de educação e de prestação de cuidados, gerando maior adesão ao tratamento e melhoria de sua qualidade de vida.

Condição similar foi também visualizada em relação à saúde bucal, onde os dados mostram que a classificação negativa da mesma culmina em maior possibilidade de idosos também ponderarem a saúde geral como ruim (OR=1,92). O fato não gera surpresas, uma vez que a cavidade bucal faz parte do indivíduo e, modernamente, é considerada como influenciadora direta do seu contexto geral de saúde, sendo contribuinte para níveis elevados de qualidade de vida e percepção da saúde²⁴⁻²⁶.

Nos indivíduos idosos, as condições de saúde bucal sofrem influência direta das condições funcionais, as quais podem comprometer a capacidade de higiene dental, e tornar o idoso dependente de familiares ou cuidadores para realizar tal ação, situação de difícil aceitação²⁷. Apesar da expansão no campo da saúde, a área da saúde bucal ainda tem muito a progredir, visando à efetividade de ações para os públicos anteriormente afastados ou mutilados, como é o caso da população idosa. Reinsere ou insere de fato esses indivíduos nas políticas públicas de saúde deve ser desafio incessante de gestores atuais^{24,27,28}, uma vez que as condições de saúde bucal acarretam em desfechos negativos para aspectos nutricionais, sociais e de saúde em geral²⁹.

No que tange à utilização dos serviços de saúde, idosos que os buscaram nas duas últimas semanas apresentaram maior probabilidade de avaliarem a saúde geral como ruim, assim como aqueles que realizaram um elevado número de consultas médicas anuais e que passaram por internação hospitalar nos últimos 12 meses. A grande demanda por utilização de serviços decorrentes de indivíduos com autopercepções negativas de saúde podem ser reflexo da presença de doenças, principalmente as crônicas e degenerativas e de quadros de debilidade funcionais, relações acima citadas. Estudos mostram que idosos com limitações funcionais mais graves e com diagnóstico de maior número de doenças demandam maior utilização dos serviços de saúde quando comparados com os que convivem com a presença de doenças sem imposição de limitações físicas impeditivas^{3,10,23,28,30}. Os enfrentamentos vivenciados pelos indivíduos em situação de doença crônica e internação hospitalar, ou seja, todos os esforços despendidos para angariar sua admissão nos serviços de saúde podem então estar diretamente relacionados com a sua avaliação negativa de saúde.

No entanto, ao considerar as consultas realizadas com o profissional médico, deve-se ponderar que essa ação possa estar vinculada não somente a realização de tratamentos, mas também a oportunidade precoce para realização de diagnósticos, encaminhamentos para demais serviços e ações relacionadas à prevenção em saúde²⁸. Protocolos estaduais, como é o caso do paranaense, preconizam a realização de três consultas anuais para idosos em risco de fragilidade³¹,

condizente com o número médio de consultas exposto pela maioria dos idosos investigados. Para minimizar as situações excedentes vislumbradas, sugere-se o fortalecimento de orientações e acompanhamento adequado junto aos familiares e cuidadores³².

Além disso, quando ocorrem excessivas consultas em curtos períodos de tempo, como é mostrado nos achados por uma parcela de indivíduos do presente estudo, o fato pode estar relacionado com a resolutividade dos serviços de saúde²⁸. Esses aspectos são plausíveis para reflexões, visto que, muitas vezes, o sentido percorrido por gestores e profissionais de saúde não oferece respostas satisfatórias para as reais necessidades de saúde da população, gerando lacunas e disfunções na resolutividade de um serviço ou sistema de saúde.

O presente estudo apresentou como limitação o fato de a variável desfecho *Percepção da saúde* poder ser apreendida por um membro do domicílio e não necessariamente pelo indivíduo idoso; e contou com a subjetividade intrínseca a percepção em saúde, podendo, conseqüentemente, ser prontamente alterada pelas condições contextuais, estado emocional e físico em que o indivíduo se encontra no momento em que ocorre a coleta de dados¹⁰⁻¹². Contudo, a sua subjetividade não desqualifica a sua relevância para orientar decisões políticas e de planejamento em saúde³³.

CONCLUSÃO

Identificou-se a influência de múltiplos aspectos que determinam a percepção negativa da saúde de idosos brasileiros, sendo eles: nível de instrução educacional, dificuldade em realizar atividades instrumentais da vida diária, impossibilidade de realizar qualquer atividade habitual por algum motivo de saúde, possuir diagnóstico de doença crônica, condição de saúde bucal ruim, procura acentuada por serviços de saúde, consultas médicas e internamentos.

Neste amplo percurso teórico e metodológico, ter conhecimento pleno dos fatores que impactam na percepção em saúde da população idosa, com ênfase nas condições percebidas de forma negativa, consiste em estratégia com potencial impacto para a formulação de políticas públicas de saúde

voltadas à população idosa e, conseqüentemente, para o respaldar do planejamento de estratégias preventivas ampliadas e da qualidade dos serviços ofertados, proporcionado maior qualidade de vida na longevidade.

Reitera-se aqui, que os achados do presente estudo, em sua maioria, são plausíveis de modificação, concentrando as ações no campo da capacitação do indivíduo, da promoção da saúde e da oportunização do acesso precoce em serviços de saúde.

REFERÊNCIAS

1. Nunes JD, Saes MO, Nunes BP, Siqueira FCV, Soares DC, Fassa MEG, et al. Indicadores de incapacidade funcional e fatores associados em idosos: estudo de base populacional em Bagé, Rio Grande do Sul. *Epidemiol Serv Saúde* 2017;26(2):295-304.
2. Brito KQD, Menezes TN, Olinda RA. Incapacidade funcional: condições de saúde e prática de atividade física em idosos. *Rev Bras Enferm.* 2016;69(5):825-32.
3. Fialho CB, Lima-Costa MF, Giacomini KC, Loyola Filho AI. Capacidade funcional e uso de serviços de saúde por idosos da Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil: um estudo de base populacional. *Cad Saúde Pública.* 2014;30(3):599-610.
4. Carmo JF, Oliveira ERA, Morelato RL. Dificuldade funcional e fatores associados em idosos após o acidente vascular cerebral em Vitória – ES, Brasil. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2016;19(5):809-18.
5. Pereira LC, Figueiredo MLF, Beleza CMF, Andrade EMLR, da Silva MJ, Pereira AFM. Fatores preditores para incapacidade funcional de idosos atendidos na atenção básica. *Rev Bras Enferm.* 2017;70(1):112-8.
6. Jerez-Roig J, Souza DLB, de Andrade FLJP, de Lima Filho BF, de Medeiros RJ, de Oliveira NPD, et al. Autopercepção da saúde em idosos institucionalizados. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2016;21(11):3367-75.
7. Damacena GN, Szwarcwald CL, Malta DC, Souza Júnior PRB, Vieira MLFP, Pereira CA, et al. O processo de desenvolvimento da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil, 2013. *Epidemiol Serv Saúde.* 2015;24(2):197-206.
8. Souza-júnior PRB, de Freitas MPS, Antonaci GA, Szwarcwald CL. Desenho da amostra da Pesquisa nacional de saúde 2013. *Epidemiol Serv Saúde.* 2015;24(2):207-16.
9. Szwarcwald CL, Malta DC, Pereira CA, Vieira MLFP, Conde WL, Souza de Júnior PRB, et al. Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil: concepção e metodologia de aplicação. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2014;19(2):333-42.
10. Belém PLO, de Melo RLP, Pedraza DF, de Menezes TN. Autoavaliação do estado de saúde e fatores associados em idosos cadastrados na Estratégia Saúde da Família de Campina Grande, Paraíba. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2016;19(2):265-76.
11. Jardim R, Barreto SM, Giatti L. Auto-relato e relato de informante secundário na avaliação da saúde em idosos. *Rev Saúde Pública.* 2010;44(6):1120-9.
12. da Silva IT, Pinto Junior EP, Vilela ABA. Autopercepção de saúde de idosos que vivem em estado de coresidência. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2014;17(2):275-87.
13. Pagotto V, Nakatani AYK, Silveira EA. Fatores associados à autoavaliação de saúde ruim em idosos usuários do Sistema Único de Saúde. *Cad Saúde Pública.* 2011;27(8):1593-1602.
14. Confortin SC, Giehl MWC, Antes DL, Schneider IJC, D'orsi E. Autopercepção positiva de saúde em idosos: estudo populacional no Sul do Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2015;31(5):1049-60.
15. Borges AM, Santos G, Kummer JA, Fior L, Molin VD, Wibelinger LM. Autopercepção de saúde em idosos residentes em um município do interior do Rio Grande do Sul. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2014;17(1):79-86.
16. Nunes JD, Saes MO, Nunes BP, Siqueira FCV, Soares DC, Fassa MEG, et al. Indicadores de dificuldade funcional e fatores associados em idosos: estudo de base populacional em Bagé, Rio Grande do Sul. *Epidemiol. Serv. Saúde.* 2017;26(2):1-11.
17. Brasil. Ministério de Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde 2013: Percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas. Rio de Janeiro: IBGE; 2014.
18. Duca GFD, da Silva MC, Hallal PC. Dificuldade funcional para atividades básicas e instrumentais da vida diária em idosos. *Rev Saúde Pública.* 2009;43(5):796-805.

19. Frank E, Hall MA, Witten IH. Data mining: practical machine learning tools and techniques. 4ª ed. San Francisco: Morgan Kaufmann; 2016.
20. Lima-Costa MF. A influência de respondente substituto na percepção da saúde de idosos: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (1998, 2003) e na coorte de Bambuí, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2007;23(8):1893-1902.
21. Ferreira DN, Matos DL, de Loyola Filho AI. Ausência de consulta médica de rotina entre idosos hipertensos e/ou diabéticos: um estudo epidemiológico baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2008. *Rev Bras Epidemiol*. 2015;18(3):578-94.
22. Nunes JD, Saes MO, Nunes BP, Siqueira FCV, Soares DC, Fassa MEG, et al. Indicadores de incapacidade funcional e fatores associados em idosos: estudo de base populacional em Bagé, Rio Grande do Sul. *Epidemiol Serv Saúde*. 2017;26(2):295-304.
23. Medeiros SM, Silva LSR, Carneiro JA, Ramos GCF, Barbosa ATF, Cladeira AP. Fatores associados à autopercepção negativa da saúde entre idosos não institucionalizados de Montes Claros, Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2016;21(11):3377-86.
24. Klippel R, Grden CRB, Pleis LE, Klippel YAM, Borges PKO. Saúde bucal de idosos de uma equipe de saúde da família no município de Ponta Grossa/PR. *Odontol Clín.-Cient*. 2012;11(3):203-9.
25. Godoi H, de Mello ALSF, Caetano JC. Rede de atenção a saúde bucal: organização em municípios de grande porte de Santa Catarina, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2014;30(2):318-32.
26. Seraphim APCG, Chiba FY, Pereira RF, Mattera MSLC, Moimaz SAS, Sumida DH. Relationship among periodontal disease, insulin resistance, salivary cortisol, and stress levels during pregnancy. *Braz Dent J*. 2016;27(2):123-7.
27. Sales MVG, Fernandes Neto JA, Catão MHCV. Condições de saúde bucal do idoso no Brasil: uma revisão de literatura. *Arch Health Invest*. 2017;6(3):120-4.
28. Silva AMM, Mambrini JVM, Peixoto SV, Malta DC, Lima-Costa MF. Uso de serviços de saúde por idosos brasileiros com e sem limitação funcional. *Rev Saúde Pública*. 2017;51(5):1-10.
29. Austregésilo SC, Leal MCC, Marques APO, Vieira JCM, de Alencar DL. Acessibilidade a serviços de saúde bucal por pessoas idosas: uma revisão integrativa. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2015;18(1):189-99.
30. Perez M. A população idosa e o uso de serviços de saúde. *Rev HUPE*. 2008;7(1):30-7.
31. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, Superintendência de Atenção à Saúde. *Linha guia da saúde do idoso*. Curitiba: SESA; 2017.
32. dos Reis LA, Gomes NP, dos Reis LA, Menezes TMO, Couto TM, Aguiar ACSA, et al. Relação familiar da pessoa idosa com comprometimento da capacidade funcional. *Aquichan*. 2015;15(3):393-402.
33. Vale EB, Mendes ACG, Moreira RS. Autopercepção da saúde bucal entre adultos na região Nordeste do Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2013;47(3):98-108.

Recebido: 23/12/2017

Revisado: 12/03/2018

Aprovado: 20/04/2018



Vivência da espiritualidade por idosos institucionalizados

The experience of spirituality among institutionalized elderly people

Helenice de Moura Scortegagna¹
Nadir Antonio Pichler¹
Lúcia Fernanda Fácio²

Resumo

Objetivo: Conhecer o significado atribuído à vivência da espiritualidade diante das situações da vida pelos idosos residentes em uma instituição de longa permanência para idosos (ILPI). **Método:** Pesquisa qualitativa, exploratória e descritiva, realizada por meio de entrevista com oito idosos residentes em uma ILPI do interior do estado do Rio Grande do Sul, Brasil. **Resultados:** O que emergiu das entrevistas sofreu análise qualitativa para extração de unidades de significância e elaboração de duas categorias temáticas: *Espiritualidade/religiosidade como direcionamento da vida e espiritualidade/religiosidade como sentido para vida, fonte de renovação, plenitude e felicidade*. **Conclusão:** Os idosos deste estudo, ao expressarem a vivência da espiritualidade como estratégia importante de sentido para a vida, a desvelaram o como um suporte psíquico e emocional para o enfrentamento dos desafios existenciais. Essa compreensão permite aos profissionais que atuam nas ILPI investirem em práticas que incorporem a espiritualidade como elemento no cuidado integral da pessoa idosa.

Abstract

Objective: To identify the meanings attributed to the experience of spirituality when faced with life situations among elderly persons living in a long-term care facility. **Method:** A qualitative, exploratory and descriptive survey was carried out, based on interviews with eight elderly people living in a long-term care facility for the elderly in the state of Rio Grande do Sul, Brazil. **Results:** The content that emerged from the interviews underwent qualitative analysis for the extraction of units of significance and the elaboration of two thematic categories: *Spirituality/religiosity as a direction of life and spirituality/religiosity as a meaning for life and a source of renewal, fulfilment and happiness*. **Conclusion:** When describing the experience of spirituality as an important strategy for finding meaning in life, the elderly persons in this study revealed it to be a psychic and emotional support for coping with existential challenges. This knowledge allows professionals working in these institutions to invest in practices that incorporate spirituality as an element of the comprehensive care of the elderly.

Palavras-chave:

Envelhecimento. Instituição de Longa Permanência para Idosos. Espiritualidade. Religião e Ciência.

Keywords: Aging. Homes for the Aged. Spirituality. Religion and Science.

¹ Universidade de Passo Fundo, Faculdade de Educação Física e Fisioterapia, Programa de Pós-graduação em Envelhecimento Humano. Passo Fundo, Rio Grande do Sul, Brasil.

² Universidade de Passo Fundo, Instituto de Ciências Biológicas, Faculdade de Enfermagem. Passo Fundo, Rio Grande do Sul, Brasil.

INTRODUÇÃO

No Brasil, o percentual de idosos, segundo o Censo Demográfico de 2015, representa cerca de 14,3% da população brasileira¹. Conforme dados do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 83.870 idosos vivem em mais de 3.500 instituições de longa permanência para idosos (ILPI) no Brasil. Diante desse cenário, a opção por buscar a ILPI como alternativa de cuidado ao idoso pode significar proteção e segurança para o idoso².

A realidade contemporânea de transformação demográfica e epidemiológica da população brasileira, associada a uma acentuada transformação dos arranjos familiares, tem repercutido em demanda crescente por ILPI, como modalidade de assistência social.

Diante desse cenário, são muitos os desafios a serem enfrentados pelos profissionais da saúde, pesquisadores, gestores das ILPI, Estado, como o combate às doenças e ambientes propícios que auxiliem no desenvolvimento do cuidado integral da pessoa idosa na sua multidimensionalidade, com atenção à espiritualidade³. Neste sentido, ainda, dentre os desafios que se impõem aos profissionais e gestores de ILPI, está um atendimento qualificado, que respeite a individualidade e a heterogeneidade de cada idoso abrigado, considerando as diferentes posturas dos idosos diante da vida⁴.

A ILPI, considerando o preconizado pela Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa quanto à atenção multidimensional, deve contemplar, além dos fatores físicos, psíquicos, sociais e ambientais, os espirituais enquanto necessidade fundamental para essa etapa da vida⁵.

A espiritualidade, associada a questões de vida e saúde, remonta à época de 2000-1800 a.C., tendo sua importância permanecida vívida nas ações de cuidado até meados do século XIV, momento histórico em que houve separação entre filosofia, ciência e religião com Galileu. A partir do final do século XX, há uma retomada da aproximação dessas por meio de publicações de estudos epidemiológicos que demonstraram a relação entre espiritualidade/religiosidade com a saúde do paciente⁶. Corroborando esses resultados, alguns estudos sobre o tema espiritualidade encontraram desfechos favoráveis

para a melhora da saúde e do bem-estar daqueles que a vivenciam^{7,8}.

Diante dessas evidências, muitos estudos buscaram abordar a questão da espiritualidade a partir da compreensão de que essa tem influência benéfica no enfrentamento de doenças e nas situações adversas, atuando como efeito protetor para o impacto negativo das mesmas no cotidiano da vida^{9,10}. No entanto, Thauvoye et al.¹¹ avaliam que algumas pesquisas sobre religião e espiritualidade são inspiradas por tradições religiosas e estilos de vida, valendo-se de foco religioso unilateral para a elaboração de instrumentos incorporados em um contexto religioso específico, em geral a tradição judaico-cristã. Os mesmos autores, ainda, compreendem ser necessário aferir as três dimensões da espiritualidade: conectividade com o transcendente, com os outros e com a natureza.

A espiritualidade, embora de caráter complexo, tem revelado associação positiva com o bem-estar, se constituindo como importante preditor do funcionamento tardio, no que se refere aos cuidados de idosos. No entanto, é importante compreender como cada caminho espiritual está relacionado ao bem-estar, considerando as diferenças individuais na preferência por um ou mais tipos de conexão espiritual¹¹.

Enquanto conceito, espiritualidade difere de religiosidade, mas ambos têm como base a presença de algo transcendente, vivenciado no cotidiano como capacidade de transformar a vida. Religião ou religiosidade vem do latim *religio* e significa religar o homem ao sobrenatural, como garantia de salvação, baseada num conjunto de técnicas, credos, dogmas e ritos instituídos por instituições que professam suas religiões, como judaísmo, cristianismo, islamismo. Já espiritualidade tem um sentido existencial mais abrangente que religião. Trata sobre sentido, cuidado, liberdade, amizade, fraternidade, hospitalidade, comunhão, qualidade de vida, felicidade. Seu olhar se estende “para além da dimensão biológica e pela lógica ditada pelo tempo, pela absoluta carnalidade do corpo e pela ocupação com a produção material ilimitada”¹². Ainda, “a espiritualidade remete a uma questão universal relacionada ao significado e ao propósito da vida”¹³.

Segundo Pessini¹⁴, nesse novo milênio, a universidade e a ciência foram surpreendidas pelo “renascimento da religião”, ou seja, a emergência “das religiões em todos os âmbitos da vida humana”. Diante disso, a espiritualidade e/ou religiosidade são estratégias frequentemente utilizadas pelos idosos como reduto de segurança durante a exposição a situações estressantes, como problemas com a família, doenças, consciência da finitude existencial e do contexto da institucionalização, que, muitas vezes, ocorre contra a vontade do idoso¹⁵.

Assim, este estudo contribui para a discussão do quanto a espiritualidade/religiosidade, como uma característica intrínseca do ser, pode se revelar como mediadora para pessoas idosas institucionalizadas enfrentarem seus desafios existenciais, seus sofrimentos, angústias, suporte na fé. Além de configurar-se como subsídio para profissionais incorporarem a espiritualidade como elemento no cuidado integral com idosos.

Valendo-se da compreensão de Born¹⁶, de que o ser humano possui duas dimensões significativas na vida - a espiritual e a material - e que, com o passar dos anos ocorre o aprimoramento da primeira, emergindo a necessidade do cuidador de idosos abordar também as vivências espirituais e não somente restringir sua atenção aos aspectos físicos, o objetivo do estudo foi conhecer o significado atribuído à vivência da espiritualidade diante das situações da vida pelos idosos residentes em uma instituição de longa permanência.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa exploratória e descritiva, subprojeto do Projeto Integrado *Cenários de cuidados de longa duração: Possibilidades avaliativas, interventivas e educacionais na atenção gerontológica*.

O estudo foi realizado em uma ILPI, de natureza jurídica privada, localizada em município do interior do estado do Rio Grande do Sul, Brasil, com capacidade de acolhimento máxima para 30 idosos. A sua escolha foi intencional e se justifica por essa oportunizar atenção espiritual aos idosos.

Participaram deste estudo, oito (26,6%) idosos residentes, mediante assinatura do Termo de

Consentimento Livre e Esclarecido. A seleção dos participantes atendeu aos critérios de inclusão: ter idade igual ou superior a 60 anos, residir na ILPI, ser do sexo masculino ou feminino, aderir voluntariamente e ter boa compreensão cognitiva para responder questões. Foram excluídos os idosos com diagnóstico de demência e os acamados com comprometimento cognitivo, classificados como grau III para dependência¹⁷.

Para a coleta dos dados, os participantes foram abordados no interior da instituição e escolheram o espaço de sua preferência para responder a entrevista, que foi individual, no mês de abril de 2016, em data e horário disponibilizados pelo gestor da ILPI, respeitando as atividades programadas. Utilizou-se um questionário semiestruturado, com questões sobre a vivência da espiritualidade/religiosidade do idoso; a importância atribuída à mesma no enfrentamento e na compreensão das dificuldades da vida e a frequência de sua prática. O que emergiu das entrevistas sofreu análise de conteúdo na modalidade temática, de acordo com Bardin¹⁸, que se desdobrou em pré-análise, exploração do material e interpretação, permitindo a extração de unidades de significância e elaboração de categorias temáticas a partir de critérios semânticos estabelecidos com base no objetivo do estudo.

Para fins de preservar o anonimato dos entrevistados, seguindo os preceitos da ética em pesquisa estabelecidos pela Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, seus nomes foram substituídos por nomes de flores. Pesquisa aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Passo Fundo (parecer nº. 393/2011).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A ILPI tem mais mulheres abrigadas do que homens, o que refletiu no perfil dos selecionados para o estudo quanto ao sexo, pois dos oito idosos participantes, sete eram mulheres e um era homem. As idades variaram de 61 a 88 anos, sendo a média de idade 75 anos. A prevalência feminina neste estudo encontra-se consonante a estudos realizados com essa parcela da população e que mostram a feminização da velhice¹⁹. Todos os entrevistados afirmaram ter religião e vivenciar a sua espiritualidade/religiosidade.

A partir da exploração do material foi possível a construção das seguintes categorias: *Espiritualidade/religiosidade como direcionamento e encorajamento para a vida; espiritualidade/religiosidade como sentido para vida, fonte de renovação, plenitude e felicidade.*

Vale destacar que os achados demonstram haver uma relação entre espiritualidade e religiosidade nas falas dos idosos. Isso, segundo Vitorino e Vianna¹⁵, não é exclusividade dos idosos, e sim uma mistura de conceitos que permeia boa parte da sociedade.

Espiritualidade/religiosidade como direcionamento e encorajamento para a vida

A partir do exposto pelos idosos sobre a espiritualidade e sua importância para o direcionamento da vida é possível compreendê-la como um suporte substancial para o viver bem desses idosos, segundo os ditames de sua consciência. Quando questionados sobre a importância da espiritualidade, os idosos verbalizaram palavras que remetem a compreensão da mesma como uma ferramenta para não desviar do caminho certo; permanecer firme naquilo que aprendeu, conforme depoimentos:

“Para não seguir o mau caminho [...] roubo, prostituição e aí por diante. A desonestidade. Essa geração nova, quando nasceram a responsabilidade tava de férias. Aí perde o equilíbrio. Os pais não têm culpa, já nascem desse jeito” (Rosa).

“A pessoa precisa saber o que está fazendo” (Lírio).

“Gosto dos meus filhos, não fumam, não bebem, fazem o bem” (Bromélia).

“Importante guardar a palavra de Deus no nosso coração e não pecar contra o Senhor” (Narciso).

Neste sentido, Gutz e Camargo¹³ identificaram que a representação social da espiritualidade para idosos está ancorada em proteção divina diante das situações cotidianas; na transcendência da existência mundana; na qualidade de pensamento, considerando a importância da honestidade no convívio interpessoal e a responsabilidade humana diante de escolhas e possíveis consequências nesta vida.

A vivência da prática religiosa em família emergiu nas falas revelando o significado da tradição, ensinada pelos seus pais, ainda na infância, como fator da presença marcante da religiosidade, mesmo em fase avançada da vida, ilustrado nas seguintes falas:

“A gente se sente bem como foi criada. Os pais falavam que a religião católica é viver com Deus, e eu quero viver com Ele” (Margarida).

“Porque não vou renegar o batismo que os meus pais me deram. É tudo” (Hortênsia).

A espiritualidade/religiosidade e sua importância no encorajamento para a vida emergiu nos depoimentos dos participantes em sentenças como “dá forças para enfrentar as dificuldades” e “dá coragem pela oração” (Lírio).

“A religião dá uma força interior” (Amarílis).

“Tendo oração tem tudo [...] dá coragem pra gente” (Rosa).

No entanto, em relação à vivência da religiosidade e da oração, as respostas foram variadas, pois diante dos obstáculos e das dificuldades da vida nem sempre é na espiritualidade/religião que os idosos encontram consolo. Narciso relatou que foi “consagrado pastor” e que seu “trabalho era como evangelizador junto a sua igreja”, antes de vir para a ILPI. Expressou que a sua religião é como uma “missão, pois faz oração pra muitos que precisam e esse é o trabalho que está fazendo agora”.

Bromélia relata que a religiosidade lhe ajudou a superar os momentos mais difíceis, como quando o marido teve um derrame. Já no caso de Azaleia e Hortênsia, o enfrentamento de perdas afetivas e da perda da autonomia se revela difícil, componente gerador de reflexão e questionamentos acerca da dimensão espiritual, conforme exposto nas falas:

“Religião não é muito importante. Sinto falta é da família. Há seis anos fiquei viúva. Transformou minha vida, para pior” (Azaleia).

“Será que vale a pena? Eu vivo aqui há três anos, contra a minha vontade” (Hortênsia).

Ainda, Hortênsia, chama atenção quando diz: “Eu rezo para morrer, estou cansada”. Essa expressão sugere que ela tem compreensão do conforto na fé em um ser superior.

A velhice, considerada a última etapa da vida, remete à finitude, e quando uma pessoa toma consciência da finitude existencial, a dimensão da espiritualidade aflora e passa a ser uma preocupação recorrente. A morte dos pais, familiares e amigos faz despertar um sentimento suprimido durante a maior parte da vida, mas que agora começa a se tornar significativo. Exalta-se ainda a importância da espiritualidade ou religião, capaz de diminuir o desespero que o indivíduo pode sentir com a proximidade do fim de sua vida biológica^{6,14,20}.

Explorando a relação entre diferentes facetas da espiritualidade e o bem-estar mental positivo na velhice foi possível observar que o bem-estar foi predito positivamente tanto pela dimensão transcendental quanto pela dimensão dos outros. Isso revela que os idosos diante de situações estressantes podem encontrar conforto em um sentimento de conexão com algo que excede o eu, da mesma forma que encontram consolo em um sentimento de conexão com os outros, se essa for sua principal forma de experimentar a espiritualidade¹¹.

Quando questionados sobre a frequência com que participam de celebrações religiosas ou recebem atendimento religioso, sete dos idosos responderam que o fazem mensalmente ou semanalmente, dependendo da oferta desses ritos pela instituição; apenas um relatou nunca o fazer, expressando, porém, vontade de fazê-lo. Esse resultado está consonante ao encontrado em estudo que buscou analisar se a religiosidade exerce efeito mediador na relação entre fatores sociodemográficos, multimorbidade e qualidade de vida relacionada à saúde em idosos na comunidade, no qual a prática foi semanal, exercida principalmente por mulheres idosas. A prática da religiosidade nesse estudo sugere associação à qualidade de vida pelo fato de proporcionar adesão a uma comunidade religiosa, podendo, assim, gerar suporte social²¹.

Em estudo que investigou a relação entre as estratégias de *coping* espiritual/religioso e qualidade de vida em idosos institucionalizados, a religiosidade/espiritualidade mostrou ter significativo

papel na prevenção de problemas, auxiliando no enfrentamento, na recuperação ou na adaptação a situações de saúde, podendo também desempenhar um papel consolador, sendo mobilizada em casos de estresse, como a própria institucionalização do idoso¹⁵.

Muitas vezes o adoecimento e a cura são atribuídos a uma entidade superior, particular de cada religião, o que leva a estratégias cognitivas em que o indivíduo apela a Deus em busca de melhora de suas condições de saúde¹⁴. Essa busca de sentido estimula as pessoas a superar e entender as dificuldades que surgem durante a vida. Porém, observa-se que nem todas as pessoas que se declaram pertencer a alguma religião experimentam tal vivência, o que é demonstrado nas falas de Hortênsia e Azaleia, que alegam não ver na religião fonte de superação de suas dificuldades.

No entanto, os demais idosos expressaram que a vivência da espiritualidade/religiosidade “ajuda muito”, pois outorgam mais importância ao plano espiritual, como Narciso quando diz: “Depois que conheci o evangelho aprendi muita coisa”. E Amarílis quando afirma: “aceito as mudanças” ou ainda Hortênsia na sua declaração contundente: “se estou aqui é por causa da minha fé, senão já teria me matado”.

Espiritualidade/religiosidade como sentido para vida, fonte de renovação, plenitude e felicidade

Quanto ao nível de espiritualidade/religiosidade, sete participantes classificaram-se como “muito religiosos e/ou espiritualizados”, destacando o papel importante das orações para servir aos outros e para sentir-se feliz.

“Espiritualidade dá muito sentido pra minha vida” (Narciso).

“A oração é importante para ajudar as pessoas” (Bromélia).

“Fazer o bem me dá paz de espírito [...] dá uma força interior para ajudar as pessoas” (Amarílis).

“Me faz bem quando eu faço o bem” (Jasmim).

“Se eu não fosse feliz na minha religião eu era triste. Assim eu sou feliz com ela né, com a minha religião” (Margarida).

Em estudo realizado na Bélgica, com 279 idosos, sobre o envelhecimento feliz e sua associação com fontes psicológicas positivas, os resultados indicaram que o bem-estar foi positivamente previsto pela espiritualidade experimentada por meio da conexão com o transcendente e com os outros¹¹.

A espiritualidade fornece suporte para encontrar sentido para a existência, capaz de gerar forças psíquicas para enfrentar as angústias, as doenças, os dilemas que se apresentam diariamente e, especialmente, em situações de sofrimento e morte²². É possível estabelecer conexões entre espiritualidade, religião, plenitude e felicidade, como promotores de sentido para a vida e “partilhamos nossos valores com os que acreditam na realização da vocação do homem como um ser feliz [...] [e] na construção de um futuro digno e melhor para todos”¹⁴.

A velhice é um período privilegiado para enaltecer e usufruir essas qualidades motivadoras de bem-estar subjetivo. Porém, a busca e a conquista desses valores subjetivos de bem-estar são produtos decorrentes de um processo educacional. “Educar para a longevidade é uma obrigação que lança o desafio de maior compreensão sobre a condição humana existencial e finita de todos nós”¹².

Em relação à prática religiosa e/ou espiritual efetivada pelos idosos desse estudo houve predomínio da oração realizada na própria ILPI. Apareceram ainda as práticas de ler o Livro Sagrado de alguma religião e de retirar-se para um local isolado para oração. Mas, Azaleia revela falta dos ritos religiosos quando afirma: “Acho importante participar das atividades da igreja”.

A compreensão da espiritualidade/religiosidade como renovação e plenitude emerge nas expressões de Narciso e Margarida:

“Porque preenche todos os vazios que eu tinha antes. Agora eu tenho Jesus no coração [...]. Eu tenho esperança de que o dia em que eu partir daqui eu vou tá com Jesus” (Narciso).

“Dá sentido sim. Muito não, bastante. A gente fica em silêncio e conversa com Deus e renova a vida” (Margarida).

Para Kuznier²³, os idosos compreendem que a vida só tem sentido quando existe harmonia na convivência com os semelhantes e a espiritualidade seria ponto chave para atingir esse objetivo, possibilitando a experiência mais plena possível. Essa compreensão encontra-se consonante com os resultados evidenciados em pesquisa comparativa, realizada com 196 sujeitos, que objetivou avaliar se a percepção de qualidade de vida está associada às estratégias de enfrentamento religioso-espiritual de pacientes em cuidados paliativos. O estudo revelou que participantes saudáveis e com melhores escores de qualidade de vida tiveram melhor enfrentamento religioso-espiritual²⁴. Outro estudo, que avaliou a qualidade de vida de pacientes renais crônicos em hemodiálise, por meio do WHOQOL-bref e WHOQOL-*Spirituality, Religion and Personal Beliefs*, evidenciou que os participantes apresentaram elevados escores de qualidade de vida, especificamente nas dimensões referentes à espiritualidade, religião e crenças pessoais²⁵.

Nesse processo de envelhecer, a alegria, felicidade, esperança, motivação e propósitos ou projetos de vida, bem como sensações de tristeza, insegurança e abandono estão “intimamente ligadas à dimensão psíquica, à personalidade, ao otimismo, à resiliência, à gratidão e à presença de altos escores de emoções positivas”²⁶.

Em síntese, a espiritualidade como promotora de renovação, plenitude e felicidade estrutura-se em torno do bem-estar subjetivo, na autonomia, a independência, a criatividade; em ser capaz de estabelecer metas e ter meios para executá-las; na estratégia de enfrentamento dos desafios da vida; agir de acordo com os valores interiores, da consciência; ter expectativas individuais ou motivacionais, ser alegre, contente e procurar superar a ansiedade, as angústias; gostar do ambiente domiciliar e cultivar a amizade; saber lidar com as perdas e exercer a resiliência; ter crenças pessoais e ser capaz de exercer o autocuidado até próximo da morte.

As limitações deste estudo estão relacionadas ao seu desenho transversal e a não generalização dos resultados a toda população idosa que reside em ILPI, ao que sugerimos a realização de estudos, visto que a vivência da espiritualidade em idosos

institucionalizados e o seu significado diante das situações da vida ainda carece de aprofundamento por evidências científicas. Levantou-se ainda a possibilidade da complementação deste estudo com expansão da amostra abrangendo idosos de diferentes instituições e cidades, podendo até mesmo optar-se por expandir o instrumento utilizado neste trabalho para investigar outros aspectos da vida de idosos em ILPI e as suas relações com a espiritualidade.

CONCLUSÃO

Todos os idosos que compuseram essa amostra possuíam religião e atribuíam a ela evidente importância em suas vidas, sugerindo, por diversas vezes, a presença de uma carga cultural e de tradição, transmitida de pais para filhos, que faz com que a religião seja tão presente em suas vidas.

Os motivos apontados pelos entrevistados para dedicarem-se a sua espiritualidade/religiosidade foram diversos, predominando a visão de que a prática espiritual está relacionada a bons acontecimentos e na perseverança para encarar momentos difíceis. No entanto, como a maioria entende que a religião lhes ajuda a encarar as dificuldades, ficou evidenciado que, quando perdas afetivas estão envolvidas, a

importância atribuída à religião pode ser questionada, sendo esse fato reflexo das poucas atividades religiosas oferecidas aos idosos residentes na instituição de longa permanência para idosos, em comparação com o que lhes era rotina antes da institucionalização.

Todos os participantes relataram que a espiritualidade/religiosidade proporciona sentido às suas vidas. As práticas adotadas para cultivar a religião/espiritualidade de cada sujeito do estudo podem ser diversas: orações individuais, vivência e reflexão acerca da sua própria existência.

A prática da espiritualidade em suas diferentes formas de manifestação se sublinhou, para os idosos deste estudo, como instrumentos de enfrentamento das dificuldades, das condições mórbidas e da finitude da vida, que se apresentaram, de maneira sutil, neste segmento da população de idosos institucionalizados.

A vivência da espiritualidade/religiosidade se revelou, para esses idosos, uma importante estratégia para o bem-estar diante das situações da vida, mas para uma aplicação adequada como forma de cuidado com idosos institucionalizados, é importante conhecer e compreender melhor as preferências e as práticas espirituais e sua relação ao bem-estar, considerando as subjetividades e o contexto para sua expressão.

REFERÊNCIAS

1. 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 8 out. 2017]. Disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv98965.pdf>
2. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Infraestrutura social e urbana no Brasil: Subsídios para uma agenda de pesquisa e formulação de políticas públicas. Condições de funcionamento e infraestrutura das instituições de longa permanência para idosos no Brasil [Internet]. [Sem Local]: IPEA; 2011 [acesso em 22 out. 2017]. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/comunicado/110524_comunicadoipea93.pdf
3. Freitas EV, Py L, editores. Tratado de geriatria e gerontologia. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2017.
4. Oliveira JM, Rozendo CA. Instituição de longa permanência para idosos: um lugar de cuidado para quem não tem opção? Rev Bras Enferm. 2014;67(5):773-9.
5. Fagundes KDL, Esteves MR, Ribeiro JHM, Siepinski CT, Silva JV, Mendes M. Instituições de longa permanência como alternativa no acolhimento das pessoas idosas. Rev Salud Pública. 2017;19(2):210-4.
6. Lucchetti G. Medical students, spirituality and religiosity: results from the multicenter study. BMC Med Educ. 2013;13:162-75.

7. Weber SR, Pargament KI. The role of religion and spirituality in mental health. *Curr Opin Psychiatr*. 2014;27(5):358-63.
8. Ivtzan I. Linking religion and spirituality with psychological well-being: examining self-actualisation, meaning in life, and personal growth initiative. *J Relig Health*. 2013;52(4):915-29.
9. Braghetta CC. Desenvolvimento e validação de um instrumento para avaliar a espiritualidade: Escala de Atitudes Relacionadas a Espiritualidade (ARES) [Dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Programa de Psiquiatria; 2017.
10. Panzini RG. Validação brasileira do Instrumento de Qualidade de Vida/espiritualidade, religião e crenças pessoais. *Rev Saúde Pública*. 2011;45(1):153-65.
11. Thauvoye E. Spirituality and well-being in old age: exploring the dimensions of spirituality in relation to late-life functioning. *J Relig Health*. 2017;56(5):333-342.
12. Siviero I, Rosin N, organizadores. Envelhecimento humano, espiritualidade e cuidado. Vol. 2, Espiritualidade e missão. Passo Fundo: IFIBE; 2014. Introdução.
13. Gutz L, Camargo BV. Espiritualidade entre idosos mais velhos: um estudo de representações sociais. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2013;16(4):793-804.
14. Pessini L. Bioética, espiritualidade e a arte de cuidar em saúde. In: Siviero I, Rosin N, organizadores. Envelhecimento humano, espiritualidade e cuidado: Vol. 2, Espiritualidade e Missão. Passo Fundo: IFIBE; 2014. p. 31-83.
15. Vitorino LM, Vianna LAC. Coping religioso/espiritual de idosos institucionalizados. *Act Paul Enferm [Internet]*. 2012 [acesso em 20 out. 2017];25(n. spec 1):136-42. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000800021&lng=en&nrm=iso
16. Born T, organizadora. Cuidar melhor e evitar a violência: manual do cuidador da pessoa idosa. Brasília,DF: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, Subsecretaria de Promoção e Defesa dos Direitos Humano; 2008. O cuidador familiar da pessoa idosa. p. 59-63.
17. Brasil. Resolução de Diretoria Colegiada. RDC nº 283, de 26 de setembro de 2005. Aprova o Regulamento Técnico que define normas de funcionamento para as Instituições de Longa Permanência para Idosos, de caráter residencial. *Diário Oficial da União*. 27 set. 2005.
18. Bardin L. Análise de Conteúdo. 4ª. ed. São Paulo: Edições 70; 2016.
19. Chaves LJ, Gil CA. Concepções de idosos sobre espiritualidade relacionada ao envelhecimento e qualidade de vida. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2015;20(12):3641-52.
20. Best M, Butow P, Olver I. Do patients want doctors to talk about spirituality?: a systematic literature review. *Patient Educ Couns*. 2015;98(15):1320-8.
21. Abdala GA, Kimura M, Duarte YAO, Lebrão ML, Santos B. Religiosidade e qualidade de vida relacionada à saúde do idoso. *Rev Saúde Pública*. 2015;49(55):1-9.
22. Reginato V, Benedetto MAC, Gallian DMC. Espiritualidade e saúde: uma experiência na graduação em medicina e enfermagem. *Trab Educ Saúde*. 2016;14(1):237-55.
23. Kuznier TP. O significado do envelhecimento e do cuidado para o idoso hospitalizado e as possibilidades do cuidado de si [Dissertação]. Curitiba: Universidade Federal do Paraná, Programa de Pós-graduação em Enfermagem; 2007.
24. Matos TDS, Meneguim S, Ferreira MLS. Qualidade de vida e coping religioso-espiritual em pacientes sob cuidados paliativos oncológicos. *Rev Latinoam Enferm*. 2017;25:910-21.
25. Rusa SG. Qualidade de vida/espiritualidade, religião e crenças pessoais de adultos e idosos renais crônicos em hemodiálise. *Rev.Latinoam Enferm*. 2014;22(5):911-7.
26. Zenevicz T, Moriguchi Y, Madureira VF. O vivenciar da espiritualidade nas alegrias e tristezas experienciadas no processo de envelhecimento e atitudes tomadas frente a elas. *Rev Bras Ciênc Envelhec Hum*. 2012;9(1):98-108.

Recebido: 23/01/2018

Revisado: 14/04/2018

Aprovado: 17/05/2018



A dupla vulnerabilidade de idosos cuidadores: Multimorbidade e sobrecarga percebida e suas associações com fragilidade

The double vulnerability of elderly caregivers: Multimorbidity and perceived burden and their associations with frailty

312

Erika Valeska da Costa Alves¹
Letícia Decimo Flesch²
Meire Cachioni^{1,2}
Anita Liberalesso Neri¹
Samila Sathler Tavares Batistoni^{1,2}

Resumo

Objetivo: Identificar se a multimorbidade e a sobrecarga associam-se a maiores chances de fragilidade em idosos que cuidam de outros idosos no contexto da família. **Método:** Investigou-se em 148 idosos cuidadores de idosos [M=69,7 (\pm 7,0) anos] dados sociodemográficos, do contexto do cuidado, de saúde física, de sobrecarga do cuidado por meio da Escala de Sobrecarga de Zarit, e de fragilidade pela avaliação subjetiva de fragilidade. Foram compostos quatro grupos de vulnerabilidade, a partir da multimorbidade presente ou ausente e da sobrecarga alta ou baixa, para verificar qual deles apresenta maior associação com a fragilidade. Os dados foram analisados utilizando-se análises descritivas, medidas de associação e regressão logística hierárquica multivariada. **Resultados:** A prevalência de multimorbidade foi 55,4%. A Escala de Sobrecarga de Zarit apresentou mediana de 23, de um total de 88 pontos. Foram identificados como frágeis 35,1%, pré-frágeis 46,0% e robustos 18,9%. Aqueles com multimorbidade e alta sobrecarga apresentaram maior probabilidade de fragilidade (OR=3,6; IC 1,55-8,36) seguidos por aqueles com multimorbidade e baixa sobrecarga (OR=2,8; IC 1,13-6,79). **Conclusão:** A sensação de sobrecarga do cuidado mostrou-se amenizada; aqueles com dupla vulnerabilidade foram mais prevalentes dentre os quatro grupos compostos, bem como apresentaram maior associação com a ocorrência de fragilidade; multimorbidade associou-se à fragilidade, no entanto, se combinada à sensação de sobrecarga as chances do idoso cuidador ser frágil são aumentadas.

Palavras-chave:

Cuidadores. Idoso
Fragilizado. Saúde do Idoso.

Abstract

Objective: To identify if multimorbidity and burden are associated with a greater likelihood of frailty in elderly caregivers of other elderly persons within the family context. **Method:** 148 elderly caregivers caring for other elderly persons [M=69.7 (\pm 7.0) years old] were

¹ Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Programa de Pós-graduação em Gerontologia. Campinas, São Paulo, Brasil.

² Universidade de São Paulo, Escola de Artes, Ciências e Humanidades, Curso de Gerontologia. São Paulo, São Paulo, Brasil.

Financiamento da pesquisa: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes). Processo 1657822 (bolsa de mestrado).

recruited using a criterion of convenience in public and private health services in the city of Campinas and surrounding areas. Information was gathered about socio-demographic context, context of care, physical health, care burden using the Zarit Burden Scale, and frailty, measured by subjective evaluation. Four groups of vulnerability were created based on the presence or absence of multimorbidities and high or low burden, in order to verify which group was most strongly associated with frailty. Data were analyzed using descriptive analysis, measurements of association and multivariate hierarchical logistic regression. *Results:* The prevalence of multimorbidity was 55.4%. The Zarit Burden Scale presented a median of 23 out of a total of 88 points. Of the sample, 35.1% were frail, 46.0% intermediate, and 18.9% robust. Elderly caregivers with multimorbidity and high burden had a greater probability of frailty (OR=3.6; CI 1.55-8.36), followed by those with multimorbidity and low burden (OR=2.8; CI 1.13-6.79). *Conclusion:* The sensation of burden among caregivers was reduced; those with double vulnerability were most prevalent among the four groups and had the greatest association with the occurrence of frailty; multimorbidity was associated with frailty. If combined with perceived burden, however, the *odds ratios* of the elderly caregivers being frail increased.

Keywords: Caregivers. Frail Elderly. Health of the Elderly.

INTRODUÇÃO

Em qualquer idade, assumir o papel de cuidador de idoso dependente é considerado um evento estressante. O cuidado envolve características de uma experiência de estresse crônico, pois gera tensão física e psicológica durante longos períodos de tempo; é acompanhado de elevados níveis de imprevisibilidade e falta de controle da situação; tem a capacidade de criar estresse secundário em vários domínios da vida, como trabalho e relações familiares e; frequentemente, exige elevados níveis de vigilância¹. Tornar-se cuidador na velhice, ou mesmo envelhecer prestando cuidados, pode significar confrontar-se com mais desafios frente aos estressores, uma vez que no enfrentamento do cotidiano do cuidado é necessário acionar recursos de diversas naturezas, os quais podem estar escassos ou insuficientes na velhice, dificultando a elaboração de respostas adaptativas apropriadas.

Cuidadores mais velhos, em geral, cuidam de alguém da sua própria faixa etária, o que os predispõem a lidar ao mesmo tempo com a crescente dependência do alvo de cuidados e, muitas vezes, tendo que investir muitos esforços físicos em tarefas extenuantes para um corpo também em processo de envelhecimento, ampliando o risco de adoecer². Em cuidadores cônjuges que envelhecem nessa função, o risco de adoecimento pode ocorrer também por conta de um processo de curso de vida compartilhado, refletindo-se em hábitos de saúde e de outras circunstâncias de vida semelhantes que

possam oferecer risco, como desvantagens sociais, financeiras ou de acesso a oportunidades e serviços³.

A literatura diverge quanto aos ônus e bônus da tarefa do cuidar e sua repercussão na saúde. Dois estudos demonstram bem esse contraste. O primeiro trata do Estudo longitudinal com dados do *Caregiver-Study of Osteoporotic Fractures* que observou menor taxa de mortalidade dentre as idosas cuidadoras, quando comparadas às idosas não cuidadoras. Esse achado apoia a hipótese do “Cuidador Saudável”, ou seja, de que ser cuidador na velhice reflete melhores condições físicas e funcionais as quais selecionam previamente aqueles aptos a assumirem o papel de cuidador^{4,5}.

Em contraponto, o segundo estudo demonstrou, por evidências bioquímicas, que o estado de exaustão causado pelo cuidado pode resultar em acentuada atividade de coagulação. Para alcançar essa conclusão, pesquisadores suíços investigaram cônjuges, com 55 anos ou mais, cuidadores de pacientes com demência e não cuidadores e observaram que as análises sanguíneas dos cuidadores apresentaram níveis mais altos da molécula pró-coagulante D-Dímero. Esses níveis elevados estavam relacionados ao papel de cuidador, e não à idade, como ocorre com a IL-6, o que torna os cuidadores mais susceptíveis ao desenvolvimento de doenças cardiovasculares em comparação aos não cuidadores⁶.

Outro risco é o aumento das chances de tornar-se frágil. Pesquisadoras francesas⁷ defendem que idosos que prestam cuidados a outros idosos

frequentemente estão em risco de sucumbir à fragilidade. Isso seria devido à capacidade do estresse crônico levar à exaustão física e emocional para as quais as reservas fisiológicas de uma pessoa em envelhecimento seriam insuficientes.

Fragilidade é um termo utilizado na literatura gerontológica para referir-se a uma síndrome que envolve redução da energia, desregulação neuroendócrina e declínio da função imune provocando a redução das reservas fisiológica e da capacidade do indivíduo adaptar-se adequadamente frente a condições estressoras⁸. Segundo a definição e proposição de Fried et al.⁹, tal síndrome é identificada na população idosa por meio da manifestação de um fenótipo específico composto por perda de peso não intencional, redução na velocidade da marcha, diminuição na força de preensão manual, fadiga e diminuição nos níveis de atividade física. Embora sejam fenômenos distintos, fragilidade e comorbidade são frequentemente associadas e conducentes a desfechos negativos tais como incapacidades e mortalidade. A identificação da fragilidade acontece em geral por meio de medidas objetivas de desempenho físico acrescidas de uma medida de autorrelato de fadiga, no entanto, a autoavaliação dos idosos quanto ao próprio desempenho também vem mostrando-se válida para rastrear idosos em processo de fragilização em populações maiores⁸.

Idosos que cuidam de outros idosos têm sido estudados em meio à cuidadores em geral¹⁰, não havendo nem mesmo descritores específicos nas bases de dados de pesquisa. Isso dificulta uma maior compreensão das necessidades e das repercussões de exercer a atividade de cuidador em paralelo aos declínios do próprio envelhecimento que ocorrem. Diante disso, o presente estudo buscou identificar se a multimorbidade e a sobrecarga associam-se a maiores chances de fragilidade em idosos que cuidam de outros idosos no contexto da família.

MÉTODO

Trata-se de um estudo de corte transversal, descritivo e analítico desenvolvido a partir de dados provenientes de um estudo maior intitulado “Bem-estar psicológico de idosos que cuidam de outros idosos no contexto da família” o qual é desenvolvido por pesquisadores vinculados ao Programa de

Pós-graduação em Gerontologia da Universidade Estadual de Campinas, SP, Brasil.

A coleta de dados foi realizada no período de outubro de 2014 a julho de 2015, após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Campinas (nº. protocolo 35868514.8.0000.5404). Os sujeitos foram recrutados segundo critérios de conveniência em serviços de saúde da rede pública e privada das cidades de Campinas, Indaiatuba, Jundiaí e Vinhedo, localizadas no interior do estado de São Paulo, Brasil. Após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, as entrevistas foram realizadas nos serviços de saúde ou no domicílio do cuidador, por pesquisadores treinados, em sessão única com duração média de 60 minutos. Ao final, os participantes e familiares receberam um manual informativo para otimização da comunicação com pessoas idosas.

Os critérios de inclusão foram ter 60 anos e mais, estar cuidando de um familiar idoso doente e com algum grau de dependência há seis meses ou mais, e concordar em participar da pesquisa. Foram excluídos os cuidadores que pontuaram abaixo da nota de corte estabelecida pelo instrumento de rastreio cognitivo CASI-S¹¹, versão abreviada do *Cognitive Abilities Screening Instrument - Short Form*, validado para o Brasil.

Para o presente estudo, foram extraídos do protocolo de pesquisa original, dados sociodemográficos, dados referentes ao contexto do cuidado, variáveis de saúde, sobrecarga e fragilidade. A cognição do idoso alvo de cuidados foi avaliada, a partir do relato do cuidador, por meio do instrumento *Clinical Dementia Rating* (CDR)¹² o qual investiga memória, orientação, julgamento ou solução de problemas, relações comunitárias, lazer e passatempos e cuidados pessoais. Os escores atribuíveis, tanto para os itens individuais como para o escore global da escala, são: 0 (ausente), 0,5 (questionável), 1 (leve), 2 (moderada) e 3 (grave). Para a avaliação da intensidade do cuidado prestado, utilizou-se uma adaptação às escalas para levantamento do desempenho do idoso alvo de cuidados nas seis Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD) de Katz et al.¹³ e nas sete Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD) da Escala de Lawton e Brody¹⁴. A intensidade do cuidado foi identificada a partir do número de atividades que compõem as escalas

em que ele se declarou como a principal fonte de ajuda ou realização, cujas possibilidades variaram de 0 a 13 atividades, para as quais foram criadas categorias de intensidade baixa, média ou alta, segundo distribuição da amostra em tercís.

A partir das doenças autorrelatadas foi possível identificar se o cuidador tinha presença ou ausência de multimorbidade (considerada nesse estudo como a presença de duas ou mais doenças crônicas).

A sobrecarga do cuidador foi avaliada pela Escala de Sobrecarga de Zarit¹⁵ a qual é composta por 22 itens com repostas que variam de 0 (nunca) a 4 (sempre) pontos. O instrumento gera um escore total que varia de 0 a 88 e que reflete o nível de sobrecarga do cuidador nos aspectos do desconforto com a saúde, da vida pessoal e social, da situação financeira, do bem-estar emocional e das relações interpessoais. A pontuação total do entrevistado foi classificada em baixa ou alta sobrecarga a partir da mediana da pontuação da amostra total do estudo.

A partir da presença ou ausência de multimorbidade e da baixa ou alta sobrecarga, foram compostos quatro grupos de vulnerabilidade, no intuito de verificar qual deles estava mais fortemente associado à fragilidade. Os grupos de vulnerabilidade gerados foram: Grupo 1 (sem multimorbidade e baixa sobrecarga), Grupo 2 (sem multimorbidade e alta sobrecarga), Grupo 3 (com multimorbidade e baixa sobrecarga), Grupo 4 (com multimorbidade e alta sobrecarga).

Para mensuração da fragilidade foram utilizados os critérios subjetivos da síndrome de fragilidade validados por Nunes et al.⁸, composto por cinco perguntas dicotômicas relacionadas diretamente aos componentes do fenótipo de fragilidade mensurados por Fried et al.⁹ Cuidadores foram categorizados como frágeis quando apresentavam três ou mais componentes, pré-frágeis quando apresentavam um ou dois e robustos quando não apresentavam nenhum dos componentes.

Para as análises estatísticas utilizou-se o programa computacional SAS (*Statistical Analysis System*), versão 9.2. Os testes qui-quadrado e Exato de Fisher foram utilizados para comparação das variáveis categóricas. O teste de Kruskal-Wallis foi utilizado para comparação das variáveis com

três ou mais categorias, com posterior teste *post-hoc* de comparações múltiplas de Dunn para localizar onde residia a diferença, caso houvesse. Para estudar os fatores associados à presença de fragilidade foi utilizada a análise de regressão logística hierárquica univariada e multivariada, com critério *Stepwise* de seleção de variáveis. O nível de significância adotado para os testes estatísticos foi de 5%, ou seja, $p < 0,05$.

RESULTADOS

A Tabela 1 descreve as características sociodemográficas e as relativas ao contexto do cuidado. Houve predominância de cuidadores do sexo feminino (77,0%). A idade variou de 60 a 86 anos, com média de 69,73 ($\pm 7,0$) anos.

Quanto ao contexto do cuidado, a idade do idoso alvo de cuidados variou de 60 a 104 anos. A maior parte dos cuidadores cuidava do cônjuge (62,0%). Dos idosos alvos de cuidados, 55,4% encontravam-se com comprometimento cognitivo (leve, moderado ou grave) e 77,0% estavam com seis ou sete AIVD comprometidas. Aproximadamente um terço dos cuidadores (33,1%) era a principal fonte de ajuda para todas as 13 atividades investigadas.

A Tabela 2 apresenta a distribuição da presença de multimorbidade, da sobrecarga percebida, dos grupos de vulnerabilidade e da fragilidade dos cuidadores. A quantidade média de doença por cuidador foi 1,86 ($\pm 1,4$). As doenças mais prevalentes foram hipertensão arterial sistêmica (58,8%), artrite (34,4%), diabetes (23,6%), osteoporose (20,9%), doença do coração (15,5%) e depressão (14,2%). A multimorbidade esteve presente em 55,4% dos indivíduos e a fragilidade em 35,1%, sendo mais prevalente o grupo classificado como pré-fragil (45,9%). A Escala de Sobrecarga de Zarit teve média de 26,1 ($\pm 13,5$) pontos e mediana de 23 pontos, pontuação esta utilizada para dividir a amostra entre aqueles com nível baixo (<23 pontos) e nível alto de sobrecarga (≥ 23 pontos).

Desse modo, 48,6% cuidadores possuíam baixa sobrecarga e 51,3% alta sobrecarga. O grupo com presença concomitante de multimorbidade e alto nível de sobrecarga percebida, ou seja, com dupla vulnerabilidade, foi o mais frequente na amostra (32,4%).

Tabela 1. Frequências, médias e desvios-padrão da amostra referente às variáveis sociodemográficas e do contexto do cuidado (N=148). Campinas, SP, 2015.

Variável	n (%)	Média (\pm dp [*])	Mínimo-Máximo
Sexo			
Masculino	34 (23,0)	-	-
Feminino	114 (77,0)	-	-
Idade (anos)			
60-70	85 (57,5)	69,7 (7,0)	60-86
≥ 71	63 (42,5)	-	-
Estado conjugal			
Casado	118 (80,3)	-	-
Solteiro	14 (9,5)	-	-
Viúvo	9 (6,1)	-	-
Divorciado	6 (4,1)	-	-
Escolaridade (anos)			
0-4	87 (60,0)	5,61 (4,2)	0-19
≥ 5	58 (40,0)	-	-
Renda (salários mínimos)**			
0-3	71 (51,4)	4,01 (3,6)	1,0-27,6
3,1-5	41 (29,7)	-	-
$\geq 5,1$	26 (18,8)	-	-
Idade do alvo de cuidados			
60-69	20 (13,5)	81,2 (9,8)	60-104
70-79	43 (29,0)	-	-
≥ 80	85 (57,4)	-	-
Parentesco com o cuidador			
Cônjuge	92 (62,2)	-	-
Progenitor	41 (27,7)	-	-
Sogro	5 (3,4)	-	-
Irmão	3 (2,0)	-	-
Tio	3 (2,0)	-	-
Filho	4 (2,7)	-	-
Duração do cuidado (anos)			
<2	41 (28,5)	4,56 (4,0)	0,5-20
2,0-4,9	52 (36,1)	-	-
≥ 5	51 (35,4)	-	-
Classificação do CDR***			
Ausente/questionável	66 (44,6)	-	-
Leve/moderada	36 (24,3)	-	-
Grave	46 (31,1)	-	-
Dependência nas AIVD†			
0-2	10 (6,8)	-	-
3-5	24 (16,2)	-	-
6-7	114 (77,0)	-	-

continua

Continuação da Tabela 1

Variável	n (%)	Média (\pm dp [*])	Mínimo-Máximo
Dependência nas ABVD ^{††}			-
0-1	63 (42,6)	-	-
2-4	23 (15,5)	-	-
5-6	62 (41,9)	-	-
Intensidade do cuidado		9,0 (3,8)	0-13
0-6 atividades	38 (25,7)	-	-
7-12 atividades	61 (41,2)	-	-
13 atividades	49 (33,1)	-	-

^{*}dp=desvio-padrão; ^{**}salário mínimo brasileiro no valor de R\$ 788,00 no período da coleta de dados; ^{***}CDR= *Clinical Dementia Rating*; [†]AIVD= Atividades Instrumentais de Vida Diária; ^{††}ABVD= Atividades Básicas de Vida Diária.

Tabela 2. Distribuição das variáveis de multimorbidade, de fragilidade, de sobrecarga e dos grupos de vulnerabilidade na amostra de idosos cuidadores. Campinas, SP, 2015.

Variável	n (%)	Média (\pm dp [*])
Multimorbidade		
Sim	82 (55,4)	-
Não	66 (44,6)	-
Componentes da fragilidade		-
Perda de peso	41 (27,7)	-
Perda de força manual	79 (53,4)	-
Baixo nível de atividade física	63 (42,5)	-
Redução da velocidade de marcha	80 (54,0)	-
Fadiga/exaustão	32 (21,8)	-
Níveis de fragilidade		
Robusto	28 (19,0)	-
Pré-frágil	68 (46,0)	-
Frágil	52 (35,0)	-
Sobrecarga percebida		26,1 (13,5)
Baixa (<23pontos)	72 (48,6)	-
Alta (\geq 23pontos)	76 (51,3)	-
Grupos de vulnerabilidade		
1 (sem multimorbidade e baixa sobrecarga)	38 (25,7)	-
2 (sem multimorbidade e alta sobrecarga)	28 (18,9)	-
3 (com multimorbidade e baixa sobrecarga)	34 (22,9)	-
4 (com multimorbidade e alta sobrecarga)	48 (32,4)	-

* dp=desvio-padrão.

O perfil dos indivíduos que compuseram cada um dos grupos de vulnerabilidade é apresentado na Tabela 3, apenas com aquelas variáveis que mostraram significância estatística. Verificou-se que os sujeitos

do sexo masculino, com alta escolaridade, sem perda de força manual, sem redução da velocidade de marcha, sem fadiga, e os robustos se concentraram nos grupos com ausência de multimorbidade.

Tabela 3. Distribuição do número e proporção de idosos segundo as variáveis significativas sociodemográficas, do contexto de cuidado e da fragilidade entre os quatro grupos de vulnerabilidade. Campinas, SP, 2015.

Variável	Grupo 1 n (%)	Grupo 2 n (%)	Grupo 3 n (%)	Grupo 4 n (%)	p-valor*
Sexo					
Masculino	12 (31,6)	11 (39,3)	6 (17,7)	5 (10,4)	0,014
Feminino	26 (68,4)	17 (60,7)	28 (82,3)	42 (89,6)	
Escolaridade (anos)					
0-4	18 (47,4)	12 (44,5)	25 (78,1)	32 (66,7)	0,015
≥5	20 (52,6)	15 (55,5)	7 (21,9)	16 (33,3)	
Perda de força manual					
Sim	13 (34,2)	12 (42,9)	21 (61,8)	33 (68,7)	0,006
Não	25 (65,8)	16 (57,1)	13 (38,2)	15 (31,3)	
Redução da velocidade de marcha					
Sim	13 (34,2)	14 (50,0)	20 (58,8)	33 (68,7)	0,014
Não	25 (65,8)	14 (50,0)	14 (41,2)	15 (31,3)	
Fadiga/exaustão					
Sim	3 (8,1)	3 (10,7)	10 (29,4)	16 (33,3)	0,012
Não	34 (91,9)	25 (89,3)	24 (70,6)	32 (66,7)	
Níveis de fragilidade					
Robusto	12 (31,6)	8 (28,6)	5 (14,7)	3 (6,3)	0,040
Pré-frágil	18 (47,4)	11 (39,3)	16 (47,1)	23 (47,9)	
Frágil	8 (21,0)	9 (32,1)	13 (38,2)	22 (45,8)	

*Probabilidade de significância pelo teste qui-quadrado.

Foi também verificado se havia associação entre as variáveis do estudo e os perfis de fragilidade. Observou-se que os sujeitos que apresentaram maior prevalência nos níveis pré-frágil e frágil (em processo de fragilização) foram aqueles com menor escolaridade, que se declararam cônjuges, com multimorbidade e que estavam nos grupos de vulnerabilidade 3 e 4.

A Tabela 4 apresenta resultados da análise de regressão logística hierárquica univariada e multivariada para identificação das razões de

chance para fragilidade. As variáveis que compõem os blocos 1, 2 e 3 representam respectivamente as características sociodemográficas, o contexto do cuidado e os grupos de vulnerabilidade. Observou-se, tanto na análise univariada quanto na multivariada, que apenas os grupos de vulnerabilidade 3 e 4 apresentaram chances de fragilidade com significância estatística. Os idosos cuidadores com maiores chances de fragilidade foram: os com multimorbidade e baixa sobrecarga (risco 2,8 vezes maior), e os com multimorbidade e alta sobrecarga (risco 3,6 vezes maior).

Tabela 4. Resultados da análise de regressão logística univariada e multivariada para fragilidade (N=148). Campinas, SP, 2015.

Variável	Regressão logística univariada		Regressão logística multivariada hierárquica		
	OR* (IC95%)**	p-valor	OR* (IC95%)**	p-valor	
Bloco 1	Sexo				
	Masculino (ref.)***	1,00 (-)	-	-	
	Feminino	1,20 (0,59-2,47)	0,612	-	
	Idade				
	60-70 anos (ref.)	1,00 (-)	-	-	
≥71 anos	0,90 (0,49-1,65)	0,726	-	-	
Bloco 2	Duração do cuidado (anos)				
	<2 (ref.)	1,00 (-)	-	-	
	2-4,9	1,11 (0,51-2,40)	0,790	-	
	≥5	0,89 (0,41-1,92)	0,756	-	
	Dependência em AIVD [†] e ABVD ^{††}				
	0-6 (ref.)	1,00 (-)	-	-	
	7-12	1,10 (0,52-2,36)	0,798	-	
	13	1,74 (0,78- 3,87)	0,176	-	
	Classificação do CDR ^{†††}				
	0-0,5 (ref.)	1,00 (-)	-	-	
1-2	1,39 (0,65-2,99)	0,398	-		
3	1,87 (0,91-3,81)	0,088	-		
Bloco 3	Grupos de vulnerabilidade				
	1 (ref.)	1,00 (-)	-	1,00 (-)	-
	2	1,47 (0,59-3,71)	0,410	1,48 (0,59-3,73)	0,406
	3	2,50 (1,03-6,06)	0,043	2,76 (1,13-6,79)	0,027
	4	3,74 (1,63-8,59)	0,002	3,60 (1,55-8,36)	0,003

*OR=Odds Ratio - Razão de chance para fragilidade (n=28 robustos, n=68 pré-frágeis e n=52 frágeis); **IC95%= Intervalo de confiança de 95%; ***ref= valor de referência; [†]AIVD= Atividades Instrumentais de Vida Diária; ^{††}ABVD= Atividades Básicas de Vida Diária; ^{†††}CDR= Clinical Dementia Rating.

DISCUSSÃO

Essa pesquisa avança em revelar dados referentes a idosos que cuidam de outros idosos no contexto familiar. Embora seja encontrada vasta literatura acerca da sobrecarga percebida de cuidadores, poucos são os estudos que investigaram as singularidades desse papel quando o cuidador de idoso é também idoso. Esse estudo acreditou que a condição de dupla vulnerabilidade pudesse estar associada a maiores chances da ocorrência da síndrome de fragilidade, hipótese essa confirmada pelos nossos resultados.

Em conformidade com estudos¹⁶⁻¹⁹ sobre cuidadores de idosos, a amostra foi composta

predominantemente por pessoas do sexo feminino, as quais cuidavam em maior frequência do cônjuge ou de um dos pais longevo. A feminização do cuidado ainda é uma realidade, apesar do crescente quantitativo de cuidadores do sexo masculino. Enquanto as mulheres idosas experimentam maiores desafios ao adaptarem sua pior condição de saúde às tarefas do cuidado, os homens idosos se deparam com os desafios da nova experiência do cuidar, pouco desenvolvida por sua coorte ao longo da vida. Acredita-se que o cuidado por cônjuges será cada vez mais importante dadas as tendências que incluem aumento da expectativa de vida, redução das relações de apoio na velhice, redução da coresidência entre pais e filhos, aumento da participação da mulher na força de trabalho

fora do domicílio, redução do número de filhos, e melhoria da saúde no sexo masculino²⁰⁻²².

No que se refere à sobrecarga percebida, chama atenção os baixos valores de média e mediana encontrados na amostra, quando comparado a estudos realizados com cuidadores mais jovens^{23,24}. A sobrecarga baixa a moderada em idosos cuidadores não é incomum na literatura. Esse achado corrobora um estudo populacional irlandês²⁵ que, ao aplicar o mesmo instrumento desse estudo, encontrou os menores escores em grupo de cuidadores com 65 anos ou mais (31,3 pontos), em comparação aos grupos mais jovens entre 46 e 64 anos (34,3 pontos) e com menos de 46 anos (33,2 pontos). Há três grandes justificativas para a baixa sobrecarga percebida encontrada. A primeira é o simples fato de serem idosos. É possível que entre idosos as avaliações de eventos estressantes sejam menos intensas, graças à presença de estratégias adaptativas de enfrentamento, embora sejam mais afetados pelo ônus físico do cuidado^{26,27}. A segunda causa é a menor prevalência de competições entre as demandas do trabalho e as demandas do cuidado, encontrada com frequência em cuidadores jovens e de meia-idade. A terceira é que a sobrecarga pode ter sido amenizada devido à predominância de mulheres cuidadoras do cônjuge nessa amostra, para as quais a tarefa do cuidar é considerada socialmente normativa²⁸. Um papel muitas vezes confundido com as tarefas do casamento nessa coorte de idosos, como, por exemplo, preparar e servir as refeições ao marido cotidianamente²⁹.

As doenças autorrelatadas demonstram que se trata de um perfil de morbidade que não difere do apresentado pelos idosos no país³⁰. Isso afasta a hipótese do “Cuidador Saudável” como regra geral para idosos cuidadores, embora possa ser aplicável para aquele ¼ dessa amostra com ausência de multimorbidade e nível baixo de sobrecarga.

A distribuição proporcional dos perfis de fragilidade na amostra obedece, por ordem de apresentação, a encontrada na maior parte de estudos sobre a temática, tanto entre idosos residentes na comunidade e em amostras formadas por conveniência, quanto em estudos que utilizaram medidas objetivas ou subjetivas⁹. O perfil de pré-frágeis tende a ser o mais frequente. Entretanto, chama atenção o grande percentual de cuidadores

considerados frágeis frente aos quais se podem derivar duas hipóteses explicativas. Uma deve-se ao fato de que são idosos em uma condição especial de cuidador. Outra hipótese refere-se ao instrumento utilizado para estimar fragilidade, o qual, por ser de natureza subjetiva, abre maiores possibilidades para queixas relativas ao exercício do papel utilizando-se de referentes físicos e de desconforto como percepção de lentidão, fadiga, perda de peso, força e menor envolvimento em atividades físicas. Há registro na literatura de que os idosos tendem a queixar-se de desconfortos psicológicos por meio de referentes físicos e funcionais³¹. Os componentes que fazem referência a um pior desempenho físico foram os mais relatados. Isso pode ser resultante do ônus físico do cuidado em um corpo envelhecido, considerando a alta intensidade do cuidado aqui encontrada, ou da fácil percepção desses déficits na tarefa do cuidado, uma vez que se trata de um instrumento autorreferido⁸.

Foi interessante observar que os idosos encontraram-se bem distribuídos entre os quatro grupos de vulnerabilidade, o que indica uma heterogeneidade dessa condição. Contudo, destaca-se a maior frequência encontrada no grupo 4 que apresentava multimorbidade e alta sobrecarga, o que apoia a dupla vulnerabilidade como um fator recorrente entre idosos cuidadores.

As análises de regressão revelaram que as chances de apresentação da fragilidade nos grupos 3 e 4 foram significativas, uma vez que são os dois grupos compostos pela presença de multimorbidade. Entretanto, observou-se que há um aumento da chance de apresentação da fragilidade no grupo acrescido de sobrecarga percebida (grupo 4). Diante disso, entende-se que a multimorbidade exerce papel primário na associação à fragilidade em idosos cuidadores, no entanto, quando somada à condição de sobrecarga, as chances de apresentação da síndrome se elevam.

Em virtude desses achados, infere-se que a dupla vulnerabilidade dos idosos cuidadores aumenta a chance de desfechos negativos consagrados na literatura da síndrome da fragilidade, como quedas, hospitalização, institucionalização e morte^{9,32}, o que só seria confirmado em um acompanhamento longitudinal.

Avalia-se que o fato de as demais variáveis do estudo não permanecerem no modelo de regressão deva-se ao poder explicativo da variável multimorbidade, que é associada a condições desvantajosas do cuidar como ser do gênero feminino, à idade avançada e à duração do cuidado, variáveis essas intrínsecas à multimorbidade.

Dentre as limitações do estudo destacam-se: a constituição de uma amostra por conveniência, o que limita a generalização dos achados, e a não avaliação funcional do idoso cuidador. Contudo, essa pesquisa avança ao alertar para a necessidade de um olhar sobre um grupo específico de cuidadores que tende a aumentar nas próximas décadas. Ao mesmo tempo, é lançado o desafio para o sistema de saúde e seus profissionais de identificar esses cuidadores como sujeitos passíveis de intervenção na sua prática cotidiana. Deste modo, levanta-se a necessidade de mais programas de assistência ao cuidador capazes de contemplar, além de orientações sobre o cuidado, a manutenção e promoção da condição de saúde física e mental do cuidador.

CONCLUSÃO

Os resultados alertam para a necessidade de um olhar sobre cuidadores idosos, um grupo específico de cuidadores que tende a aumentar nas próximas décadas. Diante do comportamento dessa amostra, pode-se concluir que: (1) a sensação de sobrecarga do cuidado mostrou-se amenizada nos cuidadores idosos; (2) para um grupo significativo, há sobreposição entre variáveis de vulnerabilidade associadas ao envelhecimento e ao cuidar; (3) multimorbidade associou-se à fragilidade, no entanto, se combinada à sensação de sobrecarga as chances do idoso cuidador ser frágil são aumentadas.

Deste modo, identifica-se a necessidade de que futuras pesquisas acompanhem a transição entre os níveis de fragilidade ao longo do tempo de cuidado e explorem mais a fundo o comportamento e as necessidades desses grupos. Além disso, reconhece-se a imperativa necessidade de capacitação e de preparação da rede de atenção social e de saúde, para que possam identificar e apoiar esses cuidadores em suas demandas físicas e psicológicas.

REFERÊNCIAS

- Vitaliano PP, Zhang J, Scanlan JM. Is Caregiving hazardous to one's physical health? A Meta-analysis. *Psychol Bull.* 2003;129(6):946-72.
- O'Connell B, Bailey S, Walker A. Promoting the health and well being of older carers: a proactive strategy. *Aust Health Rev.* 2003;26(2):78-86.
- Schulz R, Sherwood PR. Physical and mental health effects of family caregiving. *Am J Nurs.* 2008;108(Suppl):23-7.
- Fredman L, Lyons JG, Cauley JA, Hochberg M, Applebaum KM. The Relationship between caregiving and mortality after accounting for time-varying caregiver status and addressing the healthy caregiver hypothesis. *J Gerontol Ser A Biol Sci Med Sci.* 2015;70(9):1163-8.
- Fredman L, Doros G, Ensrud KE, Hochberg MC, Cauley JA. Caregiving intensity and change in physical functioning over a 2-year period: results of the Caregiver-Study of Osteoporotic Fractures. *Am J Epidemiol.* 2009;170(2):203-10.
- Von Kanel R, Dimsdale JE, Mills PJ, Ancoli-Israel S, Patterson TL, Mausbach BT, et al. Effect of alzheimer caregiving stress and age on frailty markers Interleukin-6, C-Reactive Protein, and D-Dimer. *J Gerontol Ser A Biol Sci Med Sci.* 2006;61(9):963-9.
- Peretti E, Villars H. Maladie d'Alzheimer, relation d'aide et fragilité. *Soins Gérontologie.* 2015;20(115):18-20.
- Nunes DP, Duarte YAO, Santos JLF, Lebrão ML. Screening for frailty in older adults using a self-reported instrument. *Rev Saúde Pública [Internet].* 2015 [acesso em 20 fev. 2017];49(2):1-9. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102015000100212&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
- 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.
- Bianchi M, Flesch LD, Alves EVC, Batistoni SST, Neri AL. Zarit burden interview psychometric indicators applied in older people caregivers of other elderly. *Rev Latinoam Enferm.* 2016;24:1-9.

11. Damasceno A, Delicio AM, Mazo DFC, Zullo JFD, Scherer P, Ng RTY, et al. Validation of the Brazilian version of mini-test CASI-S. *Arq Neuropsiquiatr.* 2005;63(2b):416-21.
12. Macedo Montaña MBM, Ramos LR. Validade da versão em português da Clinical Dementia Rating. *Rev Saúde Pública.* 2005;39(6):912-7.
13. Katz S. Studies of Illness in the aged: the Index of ADL: A Standardized measure of biological and psychosocial function. *JAMA.* 1963;185(12):914-9.
14. Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist.* 1969;9(3):179-86.
15. Scazufca M. Brazilian version of the Burden Interview scale for the assessment of burden of care in carers of people with mental illnesses. *Rev Bras Psiquiatr.* 2002;24(1):12-7.
16. 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.
17. Lu N, Liu J, Lou VWQ. Caring for frail elders with musculoskeletal conditions and family caregivers' subjective well-being: the role of multidimensional caregiver burden. *Arch Gerontol Geriatr.* 2015;61(3):411-8.
18. Alvira MC, Risco E, Cabrera E, Farré M, Rahm Hallberg I, Bleijlevens MHC, et al. The association between positive-negative reactions of informal caregivers of people with dementia and health outcomes in eight European countries: a cross-sectional study. *J Adv Nurs.* 2015;71(6):1417-34.
19. Domínguez-Guedea MT, Garcia AO. Sociocultural and familial influences on the well-being of mexican older adults' family caregivers. *Res Gerontol Nurs.* 2015;8(4):188-96.
20. Pavarini SCI, Neri AL, Brígola AG, Ottaviani AC, Souza EN, Rossetti ES, et al. Idosos cuidadores que moram em contextos urbanos, rurais e de alta vulnerabilidade social. *Rev Esc Enferm USP.* 2017;51:1-7.
21. Luchesi BM, Alexandre TD, Oliveira NA, Brigola AG, Kusumota L, Pavarini SC, et al. Factors associated with attitudes toward the elderly in a sample of elderly caregivers. *Int Psychogeriatr.* 2016;28(12):2079-89.
22. Santos-Orlandi AA, Brito TRP, Ottaviani AC, Rossetti ES, Zazzetta MS, Gratão ACM, et al. Perfil de idosos que cuidam de outros idosos em contexto de alta vulnerabilidade social. *Esc Anna Nery.* 2017;21(1):1-8.
23. Pereira RA, Dos Santos EB, Fhon JRS, Marques S, Rodrigues RAP. Sobrecarga dos cuidadores de idosos com acidente vascular cerebral. *Rev Esc Enferm USP.* 2013;47(1):185-92.
24. Hu X, Dolansky MA, Hu X, Zhang F, Qu M. Factors associated with the caregiver burden among family caregivers of patients with heart failure in southwest China: Factors associated with caregiver burden. *Nurs Health Sci.* 2016;18(1):105-12.
25. Lafferty A, Fealy G, Downes C, Drennan J. Family carers of older people: Results of a National Survey of Stress, Conflict and Coping [Internet]. Belfield: University College Dublin; 2014 [acesso em 20 fev. 2017]. Disponível em: https://www.ncpop.ie/userfiles/file/ncpop%20reports/Carers%202014/NCPOP_Family%20Carers%20of%20Older%20People%2092pg%20A4%20FINAL%20PREVIEW_4th%20June%202014.pdf
26. Carter JH, Lyons KS, Stewart BJ, Archbold PG, Scobee R. Does age make a difference in caregiver strain? Comparison of young versus older caregivers in early-stage Parkinson's disease. *Mov Disord.* 2010;25(6):724-30.
27. Tomomitsu MRSV, Perracini MR, Neri AL. Influência de gênero, idade e renda sobre o bem-estar de idosos cuidadores e não cuidadores. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2013;16(4):663-80.
28. Pinquart M, Sörensen S. Spouses, adult children, and children-in-law as caregivers of older adults: a meta-analytic comparison. *Psychol Aging.* 2011;26(1):1-14.
29. Giacomini KC, Uchoa E, Lima-Costa MFF. Projeto Bambuí: a experiência do cuidado domiciliário por esposas de idosos dependentes. *Cad Saúde Pública.* 2005;21(5):1509-18.
30. Barreto MS, Carreira L, Marcon SS. Envelhecimento populacional e doenças crônicas: reflexões sobre os desafios para o Sistema de Saúde Pública. *Rev Kairós.* 2015;18(1):325-39.
31. Batistoni SST, Neri AL, Nicolosi GT, Lopes OL, Khoury HT, Eulálio MC, et al. Sintomas depressivos e fragilidade. In: Neri AL. *Fragilidade e qualidade de vida na velhice.* Campinas: Alínea; 2013. p. 283-98.
32. Morley JE, Vellas B, Van Kan GA, Anker SD, Bauer JM, Bernabei R, et al. Frailty Consensus: a Call to Action. *J Am Med Dir Assoc.* 2013;14(6):392-7.

Recebido: 06/11/2017

Revisado: 27/02/2018

Aprovado: 20/04/2018



A tessitura da resiliência em idosos, a reinvenção de si “apesar de”

The fabric of resilience among the elderly and the reinvention of the self despite the difficulties faced

Daniel Rocha Silveira¹
Karla Cristina Giacomin²
Rosângela Correa Dias³
Josélia Oliveira Araújo Firmo^{1,2}

Resumo

Objetivo: Buscar uma compreensão, a partir da visão de idosos em processo de fragilização, sobre como tecem sua resiliência. **Método:** Foram entrevistados 13 idosos (69 a 86 anos), selecionados aleatoriamente entre idosos classificados como *robustos* ou *pré-frágeis* em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, na Rede FIBRA. A coleta e a análise dos dados foram fundamentadas no modelo de “Signos, significados e ações”. **Resultados:** a) Construção de vínculos - a relação saudável com os cônjuges, filhos, netos e bisnetos traz sentido à vida, sustenta e se torna um organizador; b) reinvenção de si mesmo - ao sofrer um trauma, uma parte da pessoa busca caminhos que possam dar sentido à vida, mesmo se persistem as memórias sofridas; c) a religiosidade - católica, evangélica ou espírita - fortalece para trabalhar na solução de problemas e aceitar o imutável: valorizam-se curas, proteções, milagres e a comunidade religiosa como espaço de pertença. **Conclusão:** Os idosos constroem resiliência na sua ligação com as pessoas próximas, na busca de soluções, e na experiência religiosa.

Palavras-chave: Saúde do Idoso. Resiliência Psicológica. Idoso Fragilizado.

Abstract

Objective: To seek an understanding of how frail elderly persons construct resilience. **Method:** The “signs, meanings and actions” model was used. The population was randomly selected among elderly persons classified as *robust* or *pre-frail* in the FIBRA-study, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brazil. Thirteen elderly persons (aged 69 to 86) were interviewed. **Results:** a) the construction of bonds - a healthy relationship with spouses, sons, daughters, grandchildren and great-grandchildren brings meaning to and sustains life and contributes to its organization; b) the reinvention of oneself - when suffering

Keywords: Elderly. Psychological Resilience. Frail Elderly.

¹ Fundação Oswaldo Cruz, Instituto René Rachou, Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

² Fundação Oswaldo Cruz, Instituto René Rachou, Núcleo de Estudos em Saúde Pública e Envelhecimento. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

³ Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Educação Física, Departamento de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. 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).

trauma, elderly people seek paths that can give sense to life, even if difficult memories persist; c) religiosity: catholic, evangelical or spiritualist experiences strengthen; cures, protections and so-called miracles are valued, and the religious community represents a space for belonging. *Conclusion:* Resilience is constructed through the bonds between the elderly person and those close to them, and in the search for solutions, including through the religious experience.

INTRODUÇÃO

O termo “resiliência” remete à imagem de um salto para adiante, cair e levantar-se, flexibilidade, adaptação, resistência, superação, fortalecimento, recuperação¹. O sujeito, embora cindido por um trauma, se reconstrói e resiste - sofre, mas tem esperança apesar de tudo².

A resiliência humana refere-se às estratégias utilizadas para remover as barreiras que limitam as pessoas³. Cada um, em algum momento, deve aprender a suportar e dar o que tem: caminhar para fora de si mesmo e olhar para dentro para reconhecer a resistência, a compaixão, a coragem e a humanidade consigo mesmo para suportar ou ajudar a tornar suportável as duras jornadas dos outros⁴.

Na velhice, a resiliência se mantém na utilização de estratégias de enfrentamento⁵. A literatura aponta que o desenvolvimento dessas estratégias⁶ é importante para que a pessoa idosa atribua significados aos eventos difíceis da vida, metamorfoseando dores em experiências cheias de sentido. Frankl⁷ afirma que ter um sentido para a vida é o que mais fortalece: pode-se privar a pessoa de tudo, menos da liberdade última de assumir uma atitude alternativa frente às situações. Goldemberg⁸ apresenta resultados de entrevistas com idosos da zona sul carioca, os quais apontam ser possível a construção de uma *bela velhice*, por meio de um projeto de vida.

Em um artigo de revisão, os autores descrevem o caminho do conceito da resiliência⁹. Três gerações diferentes de investigadores abordaram esse tema. A primeira se concentrou em crianças e jovens que haviam sido submetidos a situações de pobreza extrema e traumas em sua vida pregressa e que não demonstravam na vida futura problemas psicológicos ou de adaptação social. A segunda geração foi além das qualidades pessoais e processos de adaptabilidade e se perguntou acerca das condições psicossociais

e dos processos sociais e culturais que favorecem ou dificultam uma resposta do sujeito frente à adversidade. Finalmente, a terceira geração reconheceu que a resiliência exige uma construção social, um compartilhar a vida com os outros. Ainda que o sujeito possa seguir adiante por seu esforço pessoal, a resiliência se faz mais profunda com os outros. Neste sentido, a resiliência pode favorecer a promoção de uma saúde integral e a recuperação do tecido humano e social e questiona as possibilidades de uma existência digna em contextos desfavoráveis. Desta maneira, a questão que se coloca é como a resiliência se dá em um contexto de envelhecimento populacional marcadamente desigual como é o brasileiro?

Uma das consequências do envelhecimento populacional é o aumento do número de idosos frágeis⁹. A fragilidade pode ser definida por critérios objetivos, como propõem Fried et al.¹⁰, mas também se refere à condição humana de finitude e vulnerabilidade, incluindo as contradições presentes nas relações¹¹. Uma revisão sobre a produção acadêmica brasileira sobre resiliência dos idosos, no período de 2000 a 2015, verificou a baixa produtividade sobre esse tema⁶. Entre os idosos belorizontinos participantes de um estudo multicêntrico sobre a fragilidade (Rede FIBRA), Vieira et al.¹² encontraram uma prevalência de fragilidade de 8,7%. Chega-se à pergunta: como esses idosos criam e/ou buscam recursos para lidar com suas adversidades? Essa pesquisa tem como objetivo buscar uma compreensão, a partir da visão de idosos em processo de fragilização, sobre como tecem resiliência diante dos incômodos percebidos em sua vida.

MÉTODO

A amostra deste estudo foi selecionada entre os participantes de uma pesquisa que investigou o perfil, os fatores associados e a prevalência da síndrome

de fragilidade em idosos, baseada nos critérios de Fried et al.¹⁰ - a Rede de Estudo sobre Fragilidade em Idosos Brasileiros (Rede FIBRA). Trata-se de um estudo epidemiológico de caráter transversal, multidisciplinar e multicêntrico, composto 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). Para o presente estudo, foram selecionados aleatoriamente apenas idosos classificados como *robustos* ou *pré-frágeis* em 2009, no banco de dados do polo Belo Horizonte¹³. Isso se deve à maior morbimortalidade observada no grupo frágil, o que inviabiliza sua elegibilidade para o estudo.

As entrevistas foram realizadas entre janeiro e agosto de 2016. Foram incluídas pessoas de diferentes sexos, idades, condição funcional e local de moradia. Após conhecimento e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, os selecionados foram entrevistados presencialmente em seus domicílios, com roteiro semiestruturado. O critério de saturação regulou o tamanho final da amostra¹⁴.

Foram perguntas geradoras: a) *Alguma coisa te incomoda atualmente*, b) *Diante do que te incomoda, como o(a) senhor(a) faz?* Buscou-se compreender as percepções acerca do processo de fragilização e as possíveis estratégias de enfrentamento construídas.

A coleta e a análise dos dados foram fundamentadas no modelo de “Signos, significados e ações”¹⁵, que possibilita a compreensão dos elementos significativos sobre como cada comunidade constrói de maneira específica o universo dos problemas de saúde, destacando determinado sintoma, privilegiando uma explicação e encorajando certos tipos de reações e ações. O modelo acima citado parte do pragmático para remontar ao nível semântico. Nele, os comportamentos concretos dos indivíduos permitem identificar e compreender as lógicas conceituais agregadas a tais ações, bem como os distintos fatores que os influenciam¹⁵.

Todas as entrevistas foram gravadas, transcritas, exaustiva e atentamente lidas, para identificação das categorias analíticas e a interação entre elas, bem como sua articulação com o contexto sociocultural vigente.

A análise dos dados incluiu um trabalho descritivo de organização, leitura panorâmica, identificação das categorias, leituras em profundidade, modificações nas categorias; acrescido de um aprofundamento teórico de relações com outros achados e interpretações presentes na literatura e em dados secundários.

Para preservar o anonimato, os entrevistados são identificados pelo número de ordem da entrevista, sexo e idade em anos.

Essa pesquisa é parte do projeto *Fragilidade em idosos: percepções, mediação cultural, enfrentamento e cuidado*, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Pesquisas René Rachou da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) (CAAE: 49173415.8.0000.5091).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram entrevistados 13 idosos, de 69 a 86 anos (cinco homens e oito mulheres).

À análise, o termo “fragilidade” como definido no saber biomédico não foi utilizado pelos entrevistados. A percepção que se identifica com o processo de fragilização aparece atrelada ao envelhecimento revelado nos sofrimentos que remeteram à história de vida, a adoecimentos e outros incômodos atuais, como a falta de recursos financeiros e de segurança urbana. Os termos “*essa idade*” e “*a gente não consegue fazer como antes*” remetem ao processo de fragilização atrelado ao envelhecimento biológico, bem como existencial, em sentido mais amplo.

Para lidar com esses incômodos, emergiram três núcleos de significação sobre aspectos da tessitura da resiliência: *a construção de vínculos, a reinvenção de si mesmo, e a religiosidade*.

A construção dos vínculos

Essa categoria apresenta os diferentes vínculos que sustentam a resiliência entre idosos que experimentam fragilização. Uma senhora que cuida do marido acamado há mais de dois anos, com poucos recursos financeiros, atribui o sucesso dos seus 61 anos de casamento à atitude de fidelidade durante o

casamento e repete máximas como mantras, que lhes dão sustentação para levar a vida adiante: “A vida é assim: é um dia rindo, e outro dia chorando. Vida de casal é isso. É um dia rindo, e outro chorando”. (E1, F, 83).

Um participante que mora com a esposa e está em tratamento oncológico (leucemia) explica: “Dia de domingo eles (os netos) vem pra cá e vira festa. Tem dois que tá sempre aqui, então a gente leva pra escola, traz, busca. A vida é assim”. (E4, M, 69).

Um casal de idosos demonstrou carinho, consideração, parceria, cumplicidade, em sua gestualidade e falas. O marido esclarece:

“Com o tempo, a gente percebe que tem coisa que a gente já não consegue fazer como antes. A gente precisa ter mais prudência, mais cuidado... Então a gente procura fazer isso, mas sem... esquentar a cabeça. A gente pensa assim: a gente tá com essa idade, mas o objetivo é manter, até enquanto puder. Se você trabalhar pra isso, acho que você consegue prolongar mais um pouquinho aquilo que você está pretendendo, quer dizer, viver mais um pouco, com tranquilidade, com a família. Ajudando as pessoas com tranquilidade, as que a gente precisa ajudar... É conversando, (...) é não brigar por motivos bobos” (E7, M, 78).

O mesmo entrevistado relata que o casal cultivava uma atitude de prevenção:

“Eu acho que elas (outras pessoas da mesma faixa etária) pararam antes da hora. Deixaram de caminhar antes da hora, e não tão cuidando muito da alimentação (...). A gente já tá prevenindo (...) tá fazendo uma caminhada, tá procurando ir ao médico. (...) A gente faz tudo pelo SUS, e tá conseguindo bem...” (E7, M, 78).

Quanto aos comportamentos dos netos, a idosa tenta compreender: “Tem coisa que a gente tá sendo, praticamente, obrigado a aceitar, e não esquentar a cabeça demais. [Risos] (...) eles procuram apoio sempre aqui” (E7, F, 73).

A presença de netos traz prazer e responsabilidade para que a pessoa idosa se renove, ensine e aprenda com a nova geração, contribuindo para sua satisfação, sensação de pertencimento, o que fortalece a resiliência.

Uma entrevistada explica como cultivar a harmonia familiar evitando conflitos e preocupações:

“Eu e o meu marido moramos sozinhos, que os três filhos são casados. (...) Não nos trazem problemas. Nós também, acho que não levamos problemas para eles. (...) Eu acho que é ter... paciência, ter uma boa convivência... procurar evitar tudo aquilo que possa nos aborrecer, não sofrer por antecipação”. (E9, F, 74).

Enquanto um casal deixou patente sua falta de carinho, em um clima tenso e agressivo. A esposa, embora falasse de cuidado e religiosidade, externava, verbal e não verbalmente, seu ressentimento ao tratar do marido, fisicamente incapacitado. Ela reconhece:

“Eu me ofusco, pra olhar o meu marido. (...) a minha vida era pra ser mais, fisicamente mais saudável, mas eu parei de fazer minhas atividades físicas, parei de sair, parei de dançar, parei de tudo – por causa de meu marido” (E10, F, 72).

Outra entrevistada, cujo marido tem doença de Alzheimer, afirmou que, para reduzir o sofrimento e a irritação do marido, minimizava a perda de memória, tentando ajudá-lo a se conformar. Busca e encontra forças nas boas lembranças dos tempos de namoro para cuidar. Esses dados harmonizam-se com Frankl⁷, para quem os bons momentos vividos se tornam parte de um cabedal de realizações: relembra-los conforta e fortalece para encontrar sentido para vida, apesar de dores atuais.

A presença de amigos e de uma rede de suporte é muito importante como explica esta idosa:

“Tenho uma grande amiga, que ele (o marido doente) gosta muito. Ela vem aqui, e fica com ele, pra eu poder sair, e ele fica cantando as músicas de carnaval, e ele recorda as músicas todas antigas (...). Hoje, não tá difícil pra nós. (...) eu organizei a minha vida, eu tenho um taxista que leva ele... pra fisioterapia... fica com ele lá, muito bom, vai olhar pra ver se ele tá fazendo direitinho. Enquanto isso eu fico sozinha - porque eu preciso ficar sozinha de vez em quando - saio um pouquinho.” (E7, F, 86).

O suporte social é fundamental à tessitura da resiliência. Todos os entrevistados casados, com

cônjuges vivos, e que relataram boa relação com a(o) parceira(o) demonstraram que essa relação traz sentido à vida, sustenta e se torna um fator organizador de conforto e bem-estar. Incluem-se aqui experiências afetivas com amigos e o apoio de filhos, netos e bisnetos.

Esses achados harmonizam-se com as reflexões de Karin et al.¹⁶, para quem, diante das adversidades, as vinculações afetivas seguras sustentam, tornam possível esboçar um pedido de socorro, sendo a parceria um terreno fértil para se criarem sentidos que sustentem a vida. A vida pode trazer dores que perduram ao longo do tempo, surgidas em contextos desfavoráveis, em termos de infraestrutura urbana, dificuldades financeiras, adoecimentos crônicos, e/ou progressivos. A sobrevivência a cada dia torna-se árdua e as vinculações afetuosas facilitam, permitem construir alguns confortos e fortalecem, motivam para se buscarem estratégias para tecer alegrias¹⁷⁻¹⁹.

Quando o suporte social não se mostra tão presente, a pessoa precisa reinventar-se, como será visto na próxima categoria.

A reinvenção de si mesmo

As narrativas mostram a experiência de reinventar-se com e apesar de adversidades. Um participante relata sofrimentos desde a infância, em função de ter tido uma doença congênita (toxoplasmose) e sido levado para morar com outra família, evangélica, por causa da doença da mãe (tuberculose), seguindo ordens médicas. Aos 22 anos, mudou-se para a capital, morou em pensão, passou por privações financeiras e de alimento. Relata ter desenvolvido, ao longo de sua história de vida, uma personalidade dependente:

“Eu tenho um problema muito sério. Eu pelo fato de ter sido criado fora de casa, e numa casa de idosos. (...) Eu fui me tornando uma pessoa muito dependente. Eu fui desenvolver a minha independência depois dos 40 anos. (...) aí eu fiz um concurso (público) (...) e passei. Com essa, depois dos 40 anos é que eu me libertei um pouco, passei a ‘eu não posso ficar assim, dependente a vida inteira, eu tenho que fazer alguma coisa’. Aí acordei pra vida” (E12, M, 74).

O aumento da percepção de si ampliou a consciência sobre seu processo de vida e lhe trouxe vários benefícios. Por outro lado, o entrevistado reconhece que se “ficar muito preocupado, eu vou gerar um problema de saúde”. Atualmente, refere um estilo de vida saudável com alimentação equilibrada, cuidados da equipe de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), caminhadas e está em tratamento para vários problemas médicos: depressão, doença da próstata, hipertensão, insônia.

Outra entrevistada, quando jovem, aos 25 anos, sofreu um surto psiquiátrico, e a partir de então foi rotulada de “doida” e estigmatizada:

“O preconceito é muito grande, o estigma é muito grande, todo mundo te chama ‘Doida’. (...) e eu sofri muito com isso, e eu fui trabalhando isso com os analistas, e, principalmente o povo mais da esfera do... religioso”. (E8, F, 69).

Perguntada sobre como lidou com isso, ela explica que os recursos financeiros ajudam muito: “É porque você paga o analista, (...), paga o advogado... compra o remédio (...)”.

Outros entrevistados enfrentam dificuldades financeiras, como neste excerto:

“Eu compro aquilo que eu posso, que eu vejo que dá pra eu comprar, e, tenho também dívida. Porque eu tô com conta de luz atrasadas, conta de água atrasada. Mas não é só eu. Praticamente, como eu ouvi na rádio, 64% das pessoas tão nesta situação. Então, eu não gasto mais do que eu posso”. (E11, F, 74).

No presente estudo, vivências na infância, na juventude, na velhice, com ou sem recursos financeiros, atravessaram a vida dessas pessoas sem que os tivessem escolhido. Esses incômodos e adversidades tornaram-se ingredientes para uma (re) construção de si, na medida do possível.

A percepção dos entrevistados sobre como lidam com o que os fragiliza remete à experiência de Cyrulnik²: a resiliência é se metamorfosear, é uma recriação de si mesmo. Metaforicamente, na tessitura da resiliência, ao sofrer um trauma, uma parte da pessoa necrosa, enquanto outra busca, com a força do desespero, caminhos que possam dar

sentido à vida, e uma mão estendida com a qual se possa conviver e construir. A partir de então, funda-se uma nova filosofia, uma visão própria que dá sentido aos traumatismos, mesmo se persistem as memórias sofridas, como lampejos. A pessoa traumatizada busca tudo o que pode lhe permitir viver com prazer e sentido².

A religiosidade

A presença da religiosidade nos entrevistados significou para eles um pilar na tessitura de resiliência, seja no contato com o catolicismo, a igreja evangélica, ou o espiritismo kardecista.

Uma entrevistada espírita comenta:

“(A religião) é outra coisa que facilita muito pra nós dois. Eu sou médium, participo de um grupo espírita. Ele também, ele trabalha, também como médium (...). Eu leio muito... E nós dois conversamos sobre isso”. (E7, F, 73).

Para seu marido, a religião permite lidar com mais tranquilidade com a morte e com a vida: “A gente não fica com medo do futuro, com medo de morrer”. (E71, M, 78).

Diante de várias adversidades, a expressão de alívio pela cura espiritual, a fé e contentamento diante da espiritualidade, torna-se para essa idosa um grande facilitador da resiliência:

“Tive um problema grave de coração, tive internada. (...) fui desenganada, e tal, mas... a gente não vai antes da hora. (...) eu faço tratamento espiritual, cirurgia espiritual, sabe? E deu excelentes resultados. (...) No retorno ao cardiologista, ele disse: ‘A senhora tá com uma fisionomia maravilhosa, a senhora melhorou muito, o que que aconteceu?’” (E11, F, 74).

Com seu salário ela ajuda seus netos, filhos, incluindo a filha desempregada, um irmão portador de sofrimento mental – que mora com ela e trouxe 16 cachorros de rua para dentro de casa, os quais exalam um forte odor de urina e fezes no ambiente.

Para o senhor evangélico, que estudou Teologia, a religião traz: “A garantia de uma vida futura, além

da terra (...). Essa convicção, é preciso de ter, para a vida ter sentido” (E12, M, 74).

Entre os idosos católicos entrevistados, um idoso comenta que vai à missa de vez em quando, mas todo dia faz orações, pedindo: “Segurança, saúde. Iluminar todos os filhos. Iluminar os mais velhos né, os mais novos também”. (E4, M, 69). Reconhece a importância dos ensinamentos de seu pai, os valores recebidos, os quais ele fez questão de retransmitir a seus filhos: “Trabalho e honestidade, e respeitar os outros (...). Então, hoje, estão todos encaminhados” (E4, M, 69).

Uma idosa (E1, F, 83) atribui à devoção a São Lázaro, milagres como a identificação de um tumor gástrico indolor, que por ter sido detectado precocemente, pôde ser operada e recuperar a saúde. Diante da dor maior – a morte do filho - que lhe corta a voz durante a entrevista – também buscou consolo na fé.

Independente da fé professada, os entrevistados buscaram na religiosidade significados para dar sentido à vida. Na experiência religiosa, o ser humano deixa-se guiar pela voz da transcendência, a consciência moral, que traz respostas às perguntas que surgem nas situações cotidianas²⁰.

Uma pesquisa qualitativa sobre a percepção de idosos acerca da incapacidade funcional, realizada em Bambuí (Minas Gerais), demonstrou que a religiosidade funciona como forma de regulação emocional, e proporciona uma experiência de acolhida por um Outro, Deus que faz companhia, preenche, traz paz, e permite suportar mais tranquilamente as vicissitudes da vida²¹. Nossos entrevistados em Belo Horizonte (Minas Gerais), constroem soluções para os seus sofrimentos e tendem a deixar à aceitação que a religião propicia, somente as situações que de fato não são passíveis de mudança.

Assim, a religiosidade serve como suporte fortalecedor para aceitar o que não se pode mudar e conviver com isso, mas/e ao mesmo tempo esforçar-se ativamente para mudar o que é possível, trabalhar para a solução de problemas e para a construção de felicidade, por meio da crença em curas, proteções, milagres.

A comunidade religiosa foi valorizada como espaço de pertença, convivência, bem-estar, pois

possibilita um sentimento de conexão e traz sentido à vida¹⁶, a pessoa descobre, por meio da fé, a chance de ser aceita nesta ou em outra(s) vida(s). Essa certeza e a confiança que se constitui tornam possíveis estratégias para assumir uma atitude ativa em direção à religião (*re-ligare*) com o mundo.

As respostas dos idosos entrevistados nesta pesquisa encontram-se consoantes com a pesquisa de Job²², que enfoca a resiliência de 30 idosos judeus moradores de São Paulo, sobreviventes do nazismo, e com a pesquisa de Molton e Yorston²³ cujos participantes enfatizaram que, para eles, autonomia significava a capacidade de exercer escolhas, mas isso muitas vezes exigia negociação e assistência de outras pessoas. Ambos consideraram fatores essenciais: o apoio em vínculos seguros, a fé, as capacidades de enfrentamento. Job²² apontou que os sobreviventes encontraram, para a vida, os significados de criação e liberdade. Significados congruentes com os idosos da Suécia entrevistados por Ebrahimi et al.²⁴ para quem contribuíram para a resiliência na velhice: o reforço do olhar positivo; o bom humor e a disponibilidade para ir adiante e seguir vivendo; permanecer em arredores familiares; ter boa saúde e capacidade para administrar suas atividades diárias; manter-se ocupado e engajado em atividades úteis, e não se sentir um fardo para os outros. A interação social validou uma percepção de conexão com os outros, incluindo o fato de reconhecer que havia alguém nas suas vidas que se preocupava com eles: os idosos suecos reconheceram, como principal para uma boa saúde, sentirem-se capazes, terem controle sobre seu corpo e sobre o contexto psicossocial.

A construção da resiliência permite retomar/construir algum desenvolvimento, deixar-se afetar pelas situações de forma nova, aprender em experiências que restauram a força vital, e aqui é necessária a participação de um outro (que quer bem e provoca protagonismo)¹⁷.

Vale ressaltar que a resiliência não é uma busca de perfeição ou de uma alegria total. Tampouco é uma capacidade, um conjunto de atributos que permite a alguém superar obstáculos, tornando-se mais resistente, feliz e produtivo. Inclusive comporta uma reflexividade sobre as contradições sociais e atitudes em direção a mudanças sociopolíticas²⁴, o que pode gerar sofrimentos.

Dentre as limitações do estudo encontra-se a impossibilidade de entrevistar idosos muito fragilizados/incapacitados, o que nos priva de compreender as estratégias de resiliência utilizadas por quem chega até essas condições. Outra seria a possibilidade de a fragilidade manifestar-se em situações que não puderam ser captadas nas entrevistas. De todo buscou-se minimizar essa questão por meio de uma observação atenta ao longo de todo o processo de coleta e análise dos dados.

As adversidades impactam a partir da representação interior que cada pessoa faz delas, que passa pela forma pela qual sua narrativa é recebida em seu contexto familiar e social. A história não é um destino², é uma abertura. Na velhice, a resiliência se mantém pelo uso de diversas estratégias de enfrentamento de adversidades - a partir de recursos pessoais, sociais e espirituais^{5,23-25}. Também o envelhecimento permite dizer um sim à vida, apesar de tudo⁷.

CONCLUSÃO

Os idosos entrevistados no presente estudo lidam com o processo de fragilização como sendo uma consequência natural do envelhecimento e, face aos incômodos percebidos em sua vida, vão construindo a resiliência a partir dos recursos de que dispõem, como as relações sociofamiliares e a religião. Compreender como os idosos lidam com a fragilização pode contribuir para que profissionais, familiares e gestores envolvidos no cuidado à pessoa idosa desenvolvam estratégias permitindo ampliar a conscientização sobre formas criativas e saudáveis de cuidar e promover a qualidade de vida; desenvolvendo políticas que visem à melhoria da qualidade de vida da população envelhecida, mais focadas na saúde, autonomia e potencialidades, do que em suas doenças, perdas e limites.

Na velhice, percebe-se a resiliência no tecido afetivo entre o idoso que sofre e seu entorno. Nesse movimento de busca de estratégias para lidar com seus sofrimentos, as narrativas evidenciaram a importância dos vínculos afetuosos para todos os entrevistados, como suporte e ambiente suficiente para se desenvolver estratégias para lidar com os sofrimentos e motivação para a vida. A possibilidade de ser amado e a fé permitem retomar algum processo de desenvolvimento e continuar se reinventando, apesar de...

REFERÊNCIAS

- Brandão JM, Mahfoud M, Giardonoli-Nascimento I. Da invulnerabilidade à resiliência: percurso histórico e atualidade do conceito. In Ribeiro W, Romero E, organizadores. Vulnerabilidade humana e conflitos sociais. São José dos Campos: Della Bídia; 2009. p. 189-204.
- Cyrulnik B. La maravilla del dolor: el sentido de la resiliencia. Buenos Aires: Granica Editora; 2001.
- Malik K. Sustaining human progress: reducing vulnerabilities and building resilience. New York: United Nations Development Program; 2014. (Human Development Report 2014).
- Kleinman A. The art of medicine: how we endure. *Lancet*. 2014;383:119-20.
- Fontes AP, Neri AL. Resiliência e velhice: revisão de literatura. *Ciênc Saúde Colet*. 2015;20(5):1475-95.
- Garces SBB, Krug MRO, Hansen D, Brunelli AV, Costa FTL, Rosa CB, et al. Avaliação da resiliência do cuidador de idosos com Alzheimer. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2012;15(2):335-52.
- Frankl VE. Em busca de sentido: um psicólogo no campo de concentração. Petrópolis: Vozes; 2015.
- Goldenberg M. A bela velhice. Rio de Janeiro: Record; 2013.
- Granados-Ospina LF, Alvarado-Salgado SV, Carmona-Parra J. El camino de la resiliencia: del sujeto individual al sujeto político. *Magis, Rev Int Invest Educ*. 2017;10(20):49-68.
- 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.
- Brasil. Portaria nº 2528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. 2006. *Saúde Legis*.
- 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 TMDS, Vieira RA, Silva SLAD, Dias RC. Transition between frailty levels in elderly persons from Belo Horizonte, Minas Gerais, Brazil. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2016;19(2):335-41.
- Fontanella BJB, Luchesi BM, Saidel MGB, Ricas J, Turato ER, Melo DG. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. *Cad Saúde Pública*. 2011;27(2):389-94.
- Corin E, Uchôa E, Bibeau G, Kouma-Re B. Articulation et variations des systèmes de signes, de sens et d'actions. *Psychopathol Afr*. 1992;24:183-204.
- Joling KJ, Windle G, Dröes RM, Huisman M, Hertogh CPM, Woods RT. What are the essential features of resilience for informal caregivers of people living with dementia?: A Delphi consensus examination. *Aging Ment Health*. 2017;21(5):509-17.
- Cyrulnik B, Cabral S. Resiliência: como tirar leite de pedra. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2015.
- Ungar M. The social ecology of resilience: Addressing contextual and cultural ambiguity of a nascent construct. *Am J Orthopsychiatr*. 2011;81(1):1-17.
- Porter KE, Brennan-Ing M, Burr JA, Dugan E, Karpiak SE. Stigma and psychological well-being among older adults with HIV: The impact of spirituality and integrative health approaches. *Gerontologist*. 2015;57(2):219-28.
- Coelho Júnior AG, Mahfoud M. As dimensões espiritual e religiosa da experiência humana: distinções e inter-relações na obra de Viktor Frankl. *Psicol USP*. 2001;12(2):95-103.
- Santos WJ, Giacomini KC, Pereira JK, Firmo JOA. Enfrentamento da incapacidade funcional por idosos por meio de crenças religiosas. *Ciênc Saúde Colet*. 2013;18(8):2319-28.
- Job JRPP. A escritura da resiliência: testemunhas do holocausto e a memória da vida [tese]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2000.
- Molton IR, Yorkston KM. Growing older with a physical disability: A special application of the successful aging paradigm. *J Gerontol Ser B Psychol Sci Soc Sci*. 2017;72(2):290-9.
- Ebrahimi Z, Wilhelmson K, Eklund K, Moore CD, Jakobsson A. Health despite frailty: Exploring influences on frail older adults' experiences of health. *Geriatr Nurs*. 2013;34(4):289-94.
- Gijzel SMW, Van de Leemput IA, Scheffer M, Roppolo M, Olde Rikkert MGM, Melis RJF. Dynamical resilience indicators in time series of self-rated health correspond to frailty levels in older adults. *J Gerontol Ser A Biol Sci Med Sci*. 2017;72(7):991-6.

Recebido: 02/08/2017

Revisado: 27/03/2018

Aprovado: 08/05/2018



Produção científica sobre quedas e óbitos em idosos: Uma análise bibliométrica

Scientific production on falls and deaths among elderly persons: A bibliometric analysis

Denise Guerra Wingerter¹
Ulicélia Nascimento de Azevedo¹
Andrea Márcia Marcaccini²
Maria do Socorro Costa Feitosa Alves¹
Maria Ângela Fernandes Ferreira¹
Luana Kelle Batista Moura¹

Resumo

Objetivo: Mapear a produção científica internacional sobre quedas e óbitos na pessoa idosa. **Método:** Foi realizado um estudo bibliométrico com trabalhos acadêmicos na base de dados *ISI Web of Knowledge/Web of Science*TM. Foram usados os termos de busca constantes nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): “elder*”, “fall*” e “death*” no recorte temporal entre 1990 e 2016, excluindo-se dos resultados os artigos provenientes de eventos ou considerados ainda em edição e registros oriundos de “proceedings papers”, “editorial material” e “letter”, resultando apenas trabalhos finais e completos “article” e “review” (artigos e revisões). **Resultados:** Após aplicados os filtros de refinamento, foram identificados 668 artigos nos 26 anos de avaliação, publicados em 364 periódicos distintos indexados à base de dados em questão, escritos por 2.958 autores que possuem vínculos com 1.131 instituições de pesquisa, localizadas em 63 países. Para a consecução desses artigos foram utilizadas 22.093 referências, com uma média de aproximadamente 33 referências por artigo. **Conclusão:** Os artigos sobre quedas e óbitos em idosos destacam a necessidade de estudos mais específicos sobre o tema e o seu potencial de exploração em futuros estudos. Esse estudo apontou a necessidade de discussão dessa temática na revisão de conceitos estabelecidos ao longo da vida e dos cuidados inerentes à inevitabilidade da queda para melhorar a qualidade de vida dessa população.

Palavras-chave: Saúde do Idoso. Acidentes por Quedas. Mortalidade. Bibliometria.

Abstract

Objective: To map international scientific production on falls and deaths among the elderly. **Method:** A bibliometric study of academic papers was carried out in the *ISI Web of Knowledge/Web of Science*TM. The search terms “elderly*”, “fall*” and “death*” were used for studies between 1990 and 2016. Articles from events or those still in the editing process and studies in the form of “conference proceedings”, “editorial material” and “letters” were excluded, with only finished studies and complete “articles” and “reviews” considered. **Results:** After applying the refinement filters, 668 articles were identified during the 26 year evaluation period, published in 364 different journals indexed to the

Keywords: Health of the Elderly. Accidental Falls. Mortality. Bibliometrics.

¹ Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva. Natal, Rio Grande do Norte, Brasil.

² Universidade de Ribeirão Preto, Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto, Programa de Pós-graduação em Odontologia. Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil.

database in question. These were written by 2,958 authors with links to 1131 research institutions located in 63 countries. The articles included 22,093 references, with an average of approximately 33 references per study. *Conclusion:* The articles on falls and deaths among the elderly emphasize the need for more specific studies on the subject and its potential for exploration in future research. This study revealed the need for this issue to be discussed in the training of health professionals, as it represents an opportunity to deconstruct and reconstruct concepts and values that are established throughout the life of individuals, such as care related to the avoidability of falls, to improve the quality of life of this population.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é um fenômeno que ocorre naturalmente e universalmente, e fomenta ao indivíduo a diminuição de suas capacidades funcionais rotineiras, podendo culminar em enfermidades e acidentes recorrentes. No Brasil, os registros de idosos têm se apresentado de forma crescente, demonstrando um panorama real e característico de um reflexo da transição demográfica e redução das taxas de mortalidade e de fecundidade¹.

Com esse retrato, insurgem questionamentos e desafios que necessitam de novos estudos e reflexões com o propósito de atender às demandas desta faixa etária. Nesse contexto, interpelam-se aspectos relacionados às comorbidades e distúrbios que surgem com a idade, destacando a instabilidade postural e as quedas, síndromes geriátricas que englobam as alterações pertinentes à pessoa idosa, estabelecendo assim um dos principais problemas de saúde pública devido às altas taxas de ocorrência e intercorrência na saúde do idoso, promovendo custos assistenciais ao serviço de saúde².

A Organização Mundial de Saúde (OMS) conceitua a queda como “vir a inadvertidamente ficar no solo ou em outro nível inferior, excluindo mudanças de posição intencionais para se apoiar em móveis, paredes ou outros objetos”, e relata que 28% a 35% das pessoas com mais de 65 anos de idade sofrem quedas a cada ano, e tal proporção é acentuada para 32% a 42% em idosos com mais de 70 anos³.

Os riscos de sofrer quedas são pertinentes a toda a população, entretanto para os idosos as quedas possuem um significado mais relevante, uma vez que “podem levá-lo à incapacidade, injúria e morte”, desenvolvendo assim custos psicológicos, sociais e

econômicos, refletindo diretamente na decrescente autonomia do idoso⁴. Estudos nacionais^{5,6} e internacionais^{7,8} citam as quedas como uma das causas de importância na mortalidade, morbidade e incapacitações entre a população idosa.

Discutir sobre a relação de óbito e quedas acerca do idoso, significa abordar um tema relevante, pois a mortalidade do idoso nos serviços de saúde ainda não é registrada de forma satisfatória, tanto pela subinformação quanto pelo sub-registro, muitas vezes negligenciando a causa inicial do processo mórbido, que foi a queda, e priorizando as doenças decorrentes da queda ou internação, como as infecções, após o acesso do idoso ao serviço de saúde⁹.

A subinformação consiste no preenchimento incorreto das declarações de óbito. Tal fato é referenciado pelo desconhecimento dos profissionais responsáveis para um correto preenchimento da Declaração de Óbito (DO) e da relevância desse documento como fonte de dados de saúde. Já o sub-registro consiste na não informação do óbito ao Sistema de Informações Sobre Mortalidade (SIM), problema frequente nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste⁹ do Brasil. Assim, a subnotificação e o sub-registro mascaram a real amplitude do agravo, omitindo as taxas de óbito por queda, prejudicando assim o planejamento de políticas públicas de Saúde¹⁰.

Em decorrência da importância atribuída às pesquisas que tenham como foco a saúde da pessoa idosa, sobretudo as que busquem estratégias para melhorar a qualidade de vida dessa população, evidencia-se a necessidade dos pesquisadores direcionarem suas pesquisas para focar novas formas de cuidar de pessoas idosas. Portanto, o estado da arte do tema poderá se beneficiar em decorrência de estudos bibliométricos.

A bibliometria está consolidada em um aglomerado de leis e princípios empíricos, provenientes da ciência da informação, cujo objetivo primordial é explorar os aspectos quantitativos dos achados acerca da literatura, da dissipação da informação disponível e registrada, e auxilia a nortear áreas e pesquisadores mais prolíficos, periódicos e instituições que apresentam destaque em determinado tema ou áreas afins e obras frequentemente mais citadas¹¹.

Moura et al¹² enfatizam que a análise das citações possibilita que a técnica mensure a repercussão e a visibilidade de determinados autores, quais instituições vigoram na temática, qual a fonte de informação utilizada, ou seja, promove um mapeamento de uma determinada área do conhecimento, possibilitando, inclusive, identificar teorias e metodologias consolidadas.

Nesse artigo, a pesquisa bibliométrica foi aplicada para responder à seguinte questão: *Como se apresenta a produção científica sobre a associação de queda e óbito na pessoa idosa?*

Com o intuito de responder a essa questão problema, por meio da utilização de métricas bibliométricas, tem-se como objetivo mapear a produção científica internacional sobre quedas e óbitos na pessoa idosa.

MÉTODO

O estudo realizado foi de caráter exploratório e descritivo do tipo bibliométrico. A relevância de sua aplicabilidade como técnica de coleta e análise de dados tem sido corroborada como uma das fontes argumentativas nas batalhas por recursos de investimento em pesquisa, nos *rankings* acadêmicos e como alicerce para escolha de produções científicas acerca do tema¹³.

As etapas para a análise aqui realizada seguem três procedimentos: definição da base de dados a ser consultada e os critérios a serem utilizados para a coleta; a coleta dos dados; e a representação e análise desses¹⁴.

Desta forma, foi especificada como base de dados a *ISI Web of Knowledge/Web of Science* pelo seu

“reconhecimento acadêmico de ser considerada uma das mais abrangentes bases de periódicos que abrangem diversas áreas do conhecimento científico”, além de ser importante e pioneira na reunião de periódicos de mais de 100 áreas do conhecimento¹².

Para a coleta de dados, realizada entre os meses de julho e agosto de 2017, foi usado o período de busca disponível na base de dados para anos completos (1945-2016), a fim de permitir a replicação ou atualização desse estudo sem a necessidade de realizá-lo novamente desde o seu princípio.

Os descritores foram definidos a partir do catálogo Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), sendo selecionados os seguintes termos de busca: “*elder**”, “*fall**” e “*death**”. Outros termos comumente utilizados, como “*older*” ou “*frail*”, não fazem parte dos termos de busca por serem sinônimos de “*elder*” dentro da biblioteca do DeCS. As aspas indicam a representação exata dos termos com mais de uma palavra e os asteriscos as possibilidades de plural dos descritores. Esses termos representam a associação intencionada em atendimento ao objetivo do estudo.

A coleta foi realizada a partir da busca desses termos no “tópico”, que representa o título dos artigos, resumos, palavras-chave do autor e palavras-chave criadas (*keywords plus*).

Após a busca, foi realizado um refinamento dos trabalhos encontrados por meio da aplicação de filtros oferecidos pelo mecanismo de busca da base. Não houve filtro de refinamento para áreas do conhecimento, países ou idiomas dos estudos, abrangendo todos os registros de publicações que tivessem os três termos em associação. Foram excluídos dos resultados artigos provenientes de eventos ou considerados ainda em edição (*conference proceedings*) e registros oriundos de “*proceedings papers*”, “*editorial material*” e “*letter*”, resultando apenas trabalhos finais e completos “*article*” e “*review*” (artigos e revisões). Desta forma, foram identificados 668 estudos, que foram utilizados como conjunto de artigos para as análises bibliométricas propostas nesse artigo.

Em seguida realizou-se a análise do material, por meio da exportação dos dados para o pacote de *software* de análise bibliométrica *HistCiteTM*, a fim

de organizar as informações e facilitar as análises. Foram analisados os seguintes itens: a trajetória de evolução anual das publicações; os periódicos com maior quantidade de registros; os autores com maior quantidade de publicações; a quantidade de artigos distribuída por país de origem dos autores. Além desses dados gerados pelo *software*, foram elucidados aspectos dos 10 artigos mais citados globalmente e dos 10 artigos mais citados localmente, no intuito de identificar suas principais contribuições para a temática relacionada à queda e óbito da pessoa idosa.

Por se tratar de um estudo bibliométrico, não foi necessário submeter o projeto dessa pesquisa ao Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos. No entanto, os pesquisadores se comprometeram a manter os princípios éticos preconizados para a pesquisa desta natureza, respeitando as ideias, citações e referenciando os autores e suas publicações.

RESULTADOS

A busca realizada para o período de 1945 a 2016, somente retornou o primeiro resultado de artigo para o ano de 1990, sendo por esta razão o espaço temporal avaliado nos resultados de 1990 a 2016.

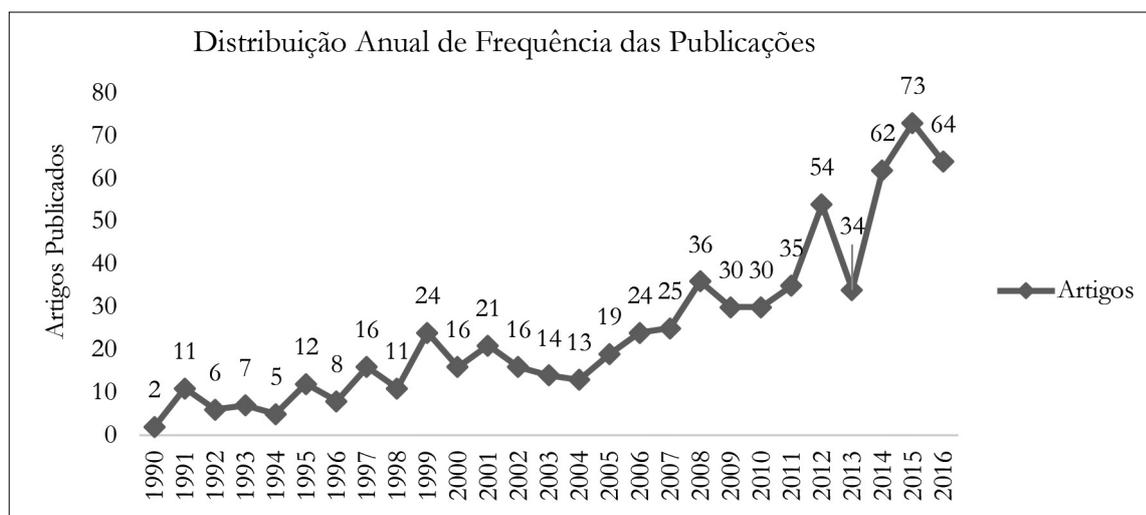
Após realizado o levantamento bibliométrico, foram identificados 668 artigos que trazem no seu escopo os descritores relacionados à pesquisa. Esses

artigos estão publicados em 364 periódicos distintos indexados à base de dados em questão e foram escritos por 2.958 autores que possuem vínculos com 1.131 instituições de pesquisa, localizadas em 63 países. Para a consecução desses artigos foram utilizadas 22.093 referências, com uma média de aproximadamente 33 referências por artigo.

A evolução da produção científica do campo de estudo de quedas e óbitos na pessoa idosa é demonstrada na Figura 1, que demonstra o quantitativo anual de publicações no período estudado, apontando que o interesse internacional sobre o assunto teve seu início na década de noventa e vem aumentando desde então, com alguns picos e recuos pontuais nesse intervalo de tempo.

Com a finalidade de identificar os periódicos internacionais mais representativos na área de pesquisa sobre queda e óbito na pessoa idosa, os 364 periódicos foram analisados quanto à quantidade de artigos publicados sobre o tema e o total de citações.

A Tabela 1 demonstra a lista dos periódicos mais representativos quanto à quantidade de publicações sobre o tema em estudo, e pode-se observar a relação entre o número de citações e o número de artigos publicados em cada um dos periódicos, e por meio desse indicador é possível ter uma informação inicial a respeito do impacto dos artigos identificados nesses periódicos sob o total de citações recebidas.



Fonte: Web of Science, 2017.

Figura 1. Distribuição das publicações sobre quedas e mortes em idosos no período de 1990 a 2016.

Tabela 1. Top Periódicos com mais artigos publicados no período 1990 a 2016 na base *Web Of Science* (2017).

Periódicos	Quantidade de Artigos	Citações	Citações/Quantidade
<i>Journal of the American Geriatrics Society</i>	24	1.373	57,21
<i>Injury-International Journal of the Care of the Injured</i>	17	242	14,24
<i>Age and Ageing</i>	14	506	36,14
<i>Archives of Gerontology and Geriatrics</i>	13	182	14,00
<i>Plos One</i>	12	80	6,67
<i>Journals of Gerontology Series A-Biological Sciences and Medical Sciences</i>	10	4.378	437,80
<i>Aging Clinical and Experimental Research</i>	9	65	7,20
<i>Drugs & Aging</i>	9	405	45,00
<i>European Journal of Epidemiology</i>	9	103	11,45
<i>Journal of Trauma-Injury Infection and Critical Care</i>	9	410	45,56
Total	126	7.744	-

Na sequência, foram identificados os autores que mais possuem publicações na temática, seu vínculo institucional e o país de origem da instituição. Entre os autores com mais publicações sobre o tema na *Web of Science*, estão Krannus P. com 10 publicações, Parkkari J. com oito e Palvanen M. com sete, sendo que esses autores pertencem a uma mesma Universidade, a *University Tampere*, na Finlândia.

Os países mais representativos, que possuem a maior parte da produção científica no campo estudado, foram: Austrália, Canadá, Finlândia, Reino Unido e Estados Unidos, e embora os Estados Unidos apresentem o maior número de publicações, com 233 artigos, o que representa 35% dos trabalhos publicados, a Finlândia, com somente 19 artigos (3% do total), figura como sendo o país de vínculo da instituição dos autores mais citados.

A classificação dos estudos científicos pela quantidade de citações recebidas demonstra trabalhos que são considerados bases fundamentais para o tema, e embora seja necessário certo tempo até que os artigos comecem a ser citados por outros pesquisadores, a avaliação das citações nesse estudo procurou estabelecer o estado da arte na área da pesquisa sobre quedas e óbitos na pessoa idosa, baseando-se nos artigos que possuem no título do trabalho os termos utilizados nas buscas e indexados em um dos periódicos com maior quantidade de citações no tema, identificados anteriormente.

Com esses critérios foram selecionados 10 artigos, que foram analisados com a ferramenta *Historiograph/HistCite*, por meio da qual foi possível identificar os artigos que estão relacionados entre si, principalmente devido às referências utilizadas e/ou citadas (Figura 2), onde cada “círculo” representa um artigo, cujo número identifica a obra (autor/es, ano); cada “seta” mostra as ligações entre os artigos, sendo que a direção das setas aponta a relação entre o trabalho e um estudo posterior que o cita; a lateral “GCS” representa a citação Global dos Top 10 artigos sobre a temática que receberam maior quantidade de citações no *Web of Science*TM; e a lateral “LCS” representa o quociente de citação local, que correspondem aos 10 artigos sobre a temática que receberam maior quantidade de citações dos artigos selecionados. Por meio desta representação gráfica, delimitou-se a linha do tempo e os principais artigos do tema estudado.

No âmbito do GCS, o primeiro artigo a ser citado, o estudo de Abreira et al. (1)¹⁵, não foi detalhado na discussão desse estudo uma vez que a palavra-chave “*fall*” constante nele não faz referência à palavra queda como sinônimo de acidente, conforme referenciado pela OMS³, mas sim à queda dos níveis de glicohemoglobina. Assim, como os estudos de Staessen et al. (2)¹⁶, Keatinge et al. (3)¹⁷, Kario et al. (6)²⁰ e Duncan et al. (9)²³, também não fizeram referência à queda como acidente físico, motivo pelo qual as suas análises não serão detalhadas nesse estudo.

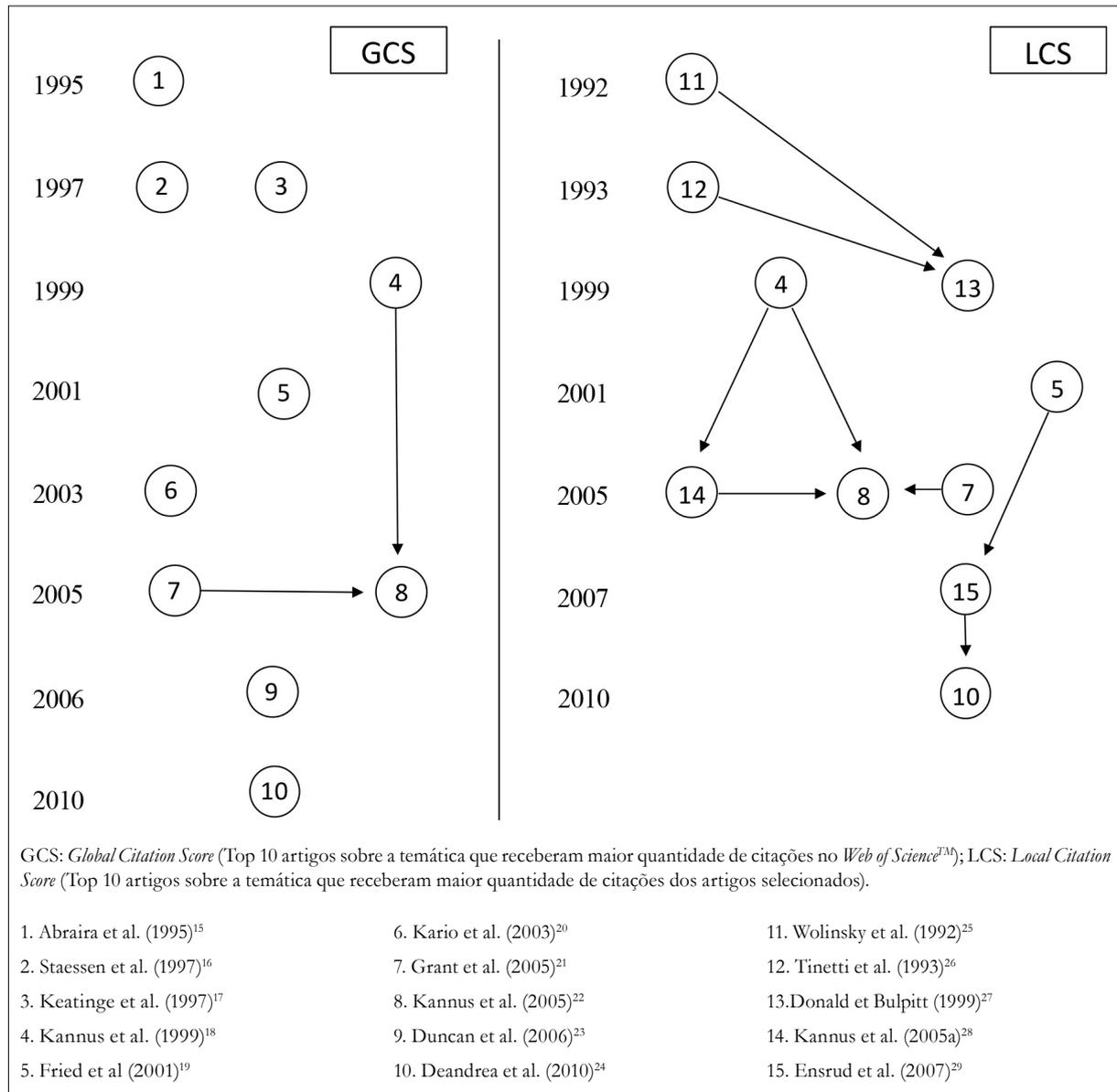


Figura 2. Top 10 artigos mais citados na *Web of Science*TM (*Global Citation Score*) e Top 10 artigos mais citados no grupo de artigos selecionados (*Local Citation Score*) dentre o conjunto selecionado.

DISCUSSÃO

Os resultados dessa revisão bibliométrica apontaram que não existem muitos artigos sobre o tema que envolve o óbito decorrente de quedas da pessoa idosa na base de dados *Web of Science*.

Quanto à evolução da produção científica, a Figura 1 mostra que o número de artigos publicados se manteve baixo durante a primeira metade da década de 2000, com um discreto pico no ano de 1999, provavelmente por ter sido neste ano proclamado o Ano Internacional dos Idosos pelas Nações Unidas,

o que pode ter aumentado o interesse em pesquisas nessa área de estudo. A produção apresenta ligeiro aumento a partir de 2005, e o pequeno decréscimo em 2016 pode apontar somente o não fechamento das bases de dados ou indexações à época da coleta desse estudo.

A linha de tendência do tema apresenta-se discretamente crescente no número de publicações, indicando que há interesse renovado da comunidade científica internacional em disseminar conhecimento nesse campo de estudo, entretanto, ainda existem lacunas a serem sanadas no tema de estudo.

Em se tratando dos 10 periódicos mais citados (Tabela 1), esses possuem aproximadamente 19% do total de artigos recuperados. O *Journal of the American Geriatrics Society* possui o maior número de publicações, com aproximadamente 4% do total de artigos, entretanto o *Journals of Gerontology Series A-Biological Sciences and Medical Sciences*, possui 10 publicações e 4.378 citações, o que eleva consideravelmente seu fator de impacto quanto ao tema estudado, uma vez que a quantidade de citações que o periódico obteve pode servir como um indicador da relevância dos trabalhos.

Com relação aos autores e instituições mais representativos na temática, os autores mais citados estão reunidos em somente sete universidades de cinco países, com destaque para a *University Tampere*, na Finlândia, com 31 publicações - aproximadamente 5% dos trabalhos - um somatório de artigos maior que os outros países juntos, apontando que a Finlândia é um país de ponta na pesquisa sobre quedas e óbitos na pessoa idosa.

Nessa lista não aparecem pesquisadores brasileiros, ou pesquisadores vinculados a instituições brasileiras, apontando a escassez de publicações no Brasil sobre o tema estudado em periódicos indexados pela *Web of Science*, indicando uma lacuna no *locus* representativo da base de conhecimento desse país.

A relação entre os artigos da Figura 2 identificou os números (4)¹⁸ e (7)²¹ como considerados na literatura de “artigos autoridade” ou “artigos base” que são as referências principais de outros autores que também recebem grandes quantidades de citações^{14,30}

Além da figura dos artigos autoridade, também aparecem os “artigos hub” ou “de conexão”¹⁴, os quais condensam informações importantes de trabalhos anteriores, conectando-os a outros mais recentes, assim como também recebem grandes quantidades de citações, identificados pelos números (8)²², (10)²⁴, (13)²⁷ e (15)²⁹.

O primeiro estudo acerca do tema proposto foi evidenciado em 1999, com a publicação de Kannus et al. (4)²⁵, o qual foi considerado como artigo autoridade na relação demonstrada na Figura 2, tanto no âmbito global quanto local. Esse estudo verificou lesões e óbitos induzidos por queda entre adultos mais velhos, em uma população branca acima

dos 50 anos, na Finlândia no período de 1970 a 1995. Sua relevância elucidou que o número de mortes induzidas por quedas aumentou consideravelmente entre os anos estudados, com um aumento geral de 136% e concluiu que o quantitativo de pessoas idosas com lesões induzidas por queda aumentou a uma taxa que não pode ser explicada simplesmente por alterações demográficas. Esse estudo sugeriu a adoção de medidas preventivas em larga escala para controlar o aumento dessas lesões, recomendações que são reforçadas por estudos posteriores^{2,31,32}.

O estudo de Grant et al. (7)²⁶ avaliou se o consumo de suplementos como a vitamina D e o cálcio poderiam prevenir fraturas secundárias de baixo trauma, e os resultados apontaram que não houve diferença na incidência de fraturas, número de quedas ou qualidade de vida, concluindo que a suplementação oral não é fator de proteção contra fraturas em idosos. Esse é um tema que merece mais avaliações, uma vez que existem estudos que indicam que a utilização de suplementos é um fator de proteção^{33,28}, e outros que não há impacto na utilização desses suplementos³⁴.

Nos artigos considerados Hub, o primeiro estudo de maior impacto foi de Kannus et al. (8)²⁸ que analisou a prevenção para redução de riscos de quedas da pessoa idosa. O estudo verificou que existem programas para prevenção, tais como exercícios regulares; suplementação de vitamina D e/ou cálcio; suspensão de psicotrópicos; cirurgias oculares; avaliação e modificação profissional de risco ambiental; protetores de quadril e programas preventivos multifatoriais para avaliação e redução simultânea de muitos dos fatores de risco predispostos e situacionais, tanto em domicílio quanto em hospitais e instituições de longa permanência, resultados similares à revisão de Falsarella et al³³. O estudo de Kannus et al³² contribuiu ainda ao externar lacunas quanto à implementação desses programas voltados ao idoso, demonstrando assim a importância de novas pesquisas para o meio científico.

No artigo Hub de número 13²⁷, os autores realizaram estudo que objetivou determinar resultados em pessoas mais velhas que caem uma vez e mais de uma vez nos domicílios, apontando relação mais forte entre os indivíduos que sofreram quedas e a admissão às instituições de longa permanência do que a relação entre a queda e a mortalidade, resultados

corroborados por estudo de Souza et al³⁵, onde idosos institucionalizados correm mais risco de quedas em relação aos que vivem na comunidade, reforçando o suporte familiar e doméstico como de extrema importância para a qualidade de vida da pessoa idosa.

Ensrud et al¹⁹, no estudo de número 15, verificaram se havia um fenótipo de fragilidade padrão associado ao risco de quedas, fraturas e mortalidade em mulheres mais velhas, acompanhando uma coorte de 6.724 mulheres acima dos 68 anos; e concluíram que as mulheres frágeis apresentaram risco aumentado de quedas recorrentes, fraturas diversas e morte, resultados similares encontrados no estudo de Nascimento e Tavares², indicando que a fragilidade do idoso é um fator importante de predisposição às quedas.

O estudo número 10 de Deandrea et al²⁴ investigou fatores de risco para quedas entre pessoas idosas que vivem na comunidade, e os principais foram: histórico de quedas; problemas de marcha; uso de auxílio para caminhada; vertigem; doença de Parkinson e uso de drogas psicotrópicas, sendo maior o risco para quedas recorrentes. Rodrigues et al³⁶ encontraram fatores similares em estudo realizado no ano de 2014.

Esse estudo apresenta algumas limitações, uma delas é a utilização de uma única base de dados, a *Web Of Science*, para a análise. Outra limitação refere-se à recuperação do descritor “queda”, que trouxe resultados não só para a queda como acidente físico, mas quedas de taxas entre outras, o que prejudicou a avaliação dos resultados finais.

Diante do elencado, é importante considerar que há poucos achados na literatura que abordem

a problemática como fator de impacto social e profissional, pois se verifica a necessidade de considerar a idade avançada como um importante aspecto da vida e um *locus* de novas políticas de saúde, posto que se trata de uma população que cresce cada vez mais, e demanda produtos e serviços específicos.

CONCLUSÃO

Esse estudo realizou um mapeamento bibliométrico acerca das evidências científicas internacionais sobre quedas e óbitos na pessoa idosa, na base de dados *ISI Web of Knowledge/Web of Science*, possibilitando recuperar indicadores bibliométricos para caracterizar o estado da arte relacionado à temática, apresentando os trabalhos relevantes sobre o assunto, periódicos, países e autores com maior número de publicações e citações.

Por se tratar de uma população específica, chama-se a atenção para a necessidade de discussão dessa temática na formação dos profissionais de saúde, por se constituir uma possibilidade de revisão de conceitos estabelecidos ao longo da vida e dos cuidados inerentes à inevitabilidade da queda para melhorar a qualidade de vida dessa população.

Essa pesquisa mostrou ainda que há lacunas e oportunidades de pesquisa a serem aprofundadas, além de resultados conflitantes, e recomenda a realização de estudos futuros que comparem os resultados apresentados nesse trabalho em bases de dados internacionais e nacionais, assim como investigar a representatividade e o perfil das publicações de autores brasileiros, uma vez que esses não foram identificados nessa bibliometria.

REFERÊNCIAS

1. Küchemann BA. Envelhecimento populacional, cuidado e cidadania: velhos dilemas e novos desafios. Soc Estado. 2012;27(1):165-80.
2. Nascimento JS, Tavares DMS. Prevalência e fatores associados a quedas em idosos. Texto Contexto Enferm. 2016;25(2):1-9.
3. Organização Mundial da Saúde. WHO Global Report on falls prevention in older age. United States of America: WHO; 2007.
4. Terra NL. Entendendo as síndromes geriátricas. Rio Grande do Sul: EDIPUCRS; 2013.

5. Rosa TSM, Moraes AB, Peripolli A, Santos Filha VAV. Perfil epidemiológico de idosos que foram a óbito por queda no Rio Grande do Sul. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2015;18(1):59-69.
6. Oliveira AS, Trevizan PF, Bestetti MLT, Melo RC. Fatores ambientais e risco de quedas em idosos: revisão sistemática. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2014;17(3):637-64.
7. Larson LM, Sliter R, Helmer SD, Reyes J, Crawford G, Haan JM. Outcomes in elderly fall victims: what happens after hospital discharge? *J Surg*. 2016;212(6):1106-14.
8. Nilsson M, Eriksson J, Larsson B, Oden A, Johansson H, Lorentzon M. Fall risk assessment predicts fall-related injury, hip fracture, and head injury in older adults. *J Am Geriatr Soc*. 2016;64(11):2242-50.
9. Messias KLM, Bispo Júnior JP, Pegado MFQ, Oliveira LC, Peixoto TG, Sales MAC, et al. Qualidade da informação dos óbitos por causas externas em Fortaleza, Ceará, Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2016;21(4):1255-67.
10. Justino JR, Freire FHMA, Lúcio PS. Estimação de sub-registros de óbitos em pequenas áreas com os métodos bayesiano empírico e algoritmo EM. *Rev Bras Estud Popul*. 2012;29(1):87-100.
11. Lopes S, Costa MT, Fernández-Llimós F, Amante MJ, Lopes PF. A Bibliometria e a avaliação da produção científica: indicadores e ferramentas. *Actas Congr Nac bibliot, Arquiv Doc*. 2012;11:1-7.
12. Moura LKB, Mesquita RF, Mobin M, Matos FTC, Monte TL, Lago EC, et al. Uses of bibliometric techniques in public health research [abstract]. *Iran J Public Health*. 2017;46(10):1435-6.
13. Diem A, Wolter S. The Use of bibliometrics to measure research performance in education sciences. *Res High Educ*. 2012;54:86-114.
14. Santos PM, Selig PM. Indicadores para o novo serviço público: uma análise bibliométrica e sistêmica. *Perspect Ciênc Inf*. 2014;19(3):82-97.
15. Abaira C, Colwell JA, Nuttall FQ, Sawin CT, Nagel NJ, Comstock J, et al. Veterans Affairs Cooperative Study on glycemic control and complications in type II diabetes (VA CSDM): results of the feasibility trial. *Diabetes care*. 1995;18(8):1113-23.
16. Staessen JA, Fagard R, Thijs L, Celis H, Arabidze GG, Birkenhäger WH, et al. Randomised double-blind comparison of placebo and active treatment for older patients with isolated systolic hypertension. *Lancet*. 1997;350(13):757-64.
17. Keatinge WR, Donaldson GC. Cold exposure and winter mortality from ischaemic heart disease, cerebrovascular disease, respiratory disease, and all causes in warm and cold regions of Europe. *Lancet*. 1997;349(10):1341-6.
18. Kannus P, Parkkari J, Koskinen S, Niemi S, Palvanen M, Järvinen M, et al. Fall-induced injuries and deaths among older adults. *JAMA*. 1999;281(20):1895-9.
19. 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.
20. Kario K, Pickering TG, Umeda Y, Hoshida S, Hoshida Y, Morinari M, et al. Morning surge in blood pressure as a predictor of silent and clinical cerebrovascular disease in elderly hypertensives. *Circulation*. 2003;107(10):1401-6.
21. Grant AM, Avenell A, Campbell MK, McDonald AM, MacLennan GS, McPherson GC, et al. Oral vitamin D3 and calcium for secondary prevention of low-trauma fractures in elderly people (Randomised Evaluation of Calcium Or vitamin D, RECORD): a randomised placebo-controlled trial. *Lancet*. 2005;365:1621-8.
22. Kannus P, Sievänen H, Palvanen M, Järvinen T, Parkkari J. Prevention of falls and consequent injuries in elderly people. *Lancet*. 2005;366(9500):1885-93.
23. Duncan JS, Sander JW, Sisodiya SM, Walker MC. Adult epilepsy. *Lancet*. 2006;367(9516):1087-1100.
24. Deandrea S, Lucenteforte E, Bravi F, Foschi R, Vecchia CL, Negria E. Risk factors for falls in community-dwelling older people: A systematic review and meta-analysis. *Epidemiology*. 2010;21(5):658-68.
25. Wolinsky FD, Johnson RJ, Fitzgerald JF. Falling, health status, and the use of health services by older adults: A prospective study. *Med Care*. 1992;30(7):587-97.
26. Tinetti ME, Liu WL, Claus EB. Predictors and prognosis of inability to get up after falls among elderly persons. *JAMA*. 1993;269(1):65-70.
27. Donald IP, Bulpitt CJ. The prognosis of falls in elderly people living at home. *Age Ageing*. 1999;28(2):121-5.
28. Kannus P, Sievänen H, Palvanen M, Järvinen T, Parkkari J. Fall-induced deaths among elderly people. *Am J Public Health* 2005;95(3):422-4.
29. Ensrud KE, Ewing SK, Taylor BC, Fink HA, Stone KL, Cauley JA, et al. Frailty and risk of falls, fracture, and mortality in older women: The Study of Osteoporotic Fractures. *J Gerontol Ser A Biol Sci Med Sci*. 2007;62(7):744-51.
30. Santos SM, Souza WV. Introdução à estatística espacial para a saúde pública. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2007.
31. Araújo AM, Menezes RMP, Mendonça AEO, Lopes MS, Tavares AM, Lima HCF. Perfil da mortalidade por quedas em idosos. *Rev Pesqui Cuid Fundam*. 2014;6(3):863-75.

32. Ambrose AF, Paul G, Hausdorff JM. Risk factors for falls among older adults: A review of the literature. *Maturitas*. 2013;75(1):51-61.
33. Falsarella GR, Gasparotto LPR, Coimbra AMV. Quedas: conceitos, frequências e aplicações à assistência ao idoso. Revisão da literatura. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2014;17(4):897-910.
34. Uusi-Rasi K, Patil R, Karinkanta S, Kannus P, Tokola K, Lamberg-Allardt C, et al. Exercise and vitamin D in fall prevention among older women: a randomized clinical trial. *JAMA Intern Med*. 2015;175(5):703-11.
35. Souza CC, Valmorbida LA, Oliveira JP, Borsatto AC, Lorenzini M, Knorst MR, et al. Mobilidade funcional em idosos institucionalizados e não institucionalizados. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2013;16(2):285-93.
36. Rodrigues IG, Fraga GP, Barros MBA. Falls among the elderly: risk factors in a population-based study. *Rev Bras Epidemiol*. 2014;17(3):705-18.

Recebido: 30/10/2017

Revisado: 13/03/2018

Aprovado: 01/05/2018



Satisfação com as relações e apoios familiares segundo idosos cuidadores de idosos

Satisfaction with family relations and support according to elderly persons caring for elderly relatives

Ana Elizabeth dos Santos Lins^{1,2}
Carola Rosas³
Anita Liberalesso Neri¹

Resumo

Objetivo: Investigar associações entre a satisfação de cuidadores familiares de idosos com as relações familiares; variáveis sociodemográficas; tipos, direções, suficiência e ônus dos apoios familiares; e número de parceiros sociais envolvidos. *Método:* Estudo transversal descritivo e analítico com amostra de conveniência de 148 idosos cuidadores de familiares que respondiam pelo cuidado a idosos com dependência física e cognitiva, recrutados em clínicas médicas e serviços domiciliares em cidades do interior de São Paulo, Brasil. Responderam escala de funcionalidade familiar (adaptação, companheirismo, crescimento, afetividade e capacidade resolutive) e a questões sobre estrutura da família, dinâmica e avaliação dos apoios. Utilizou-se os testes qui-quadrado e exato de Fisher para comparar frequências para pontuação dos dois níveis de satisfação (baixo e intermediário, e alto). Para analisar relações entre alta satisfação e demais variáveis usou-se análise de regressão logística univariada e hierárquica. *Resultados:* Alta satisfação associou-se com reciprocidade e suficiência dos apoios emocionais e com ausência de ônus na oferta de ajudas instrumentais. Suficiência dos apoios emocionais foi a variável que se associou de forma mais robusta com alta satisfação com às relações familiares. *Conclusão:* Para a satisfação de cuidadores de idosos com a funcionalidade familiar, a qualidade do apoio é melhor do que quantidade, a reciprocidade é mais importante do que unidirecionalidade e o suporte emocional mais importante do que outros tipos de suporte.

Palavras-chave: Dinâmica Familiar. Suporte Social. Avaliação. Idoso Fragilizado. Cuidador Familiar.

Abstract

Objective: The aim of the present study was to investigate the associations between the satisfaction of family caregivers and family relations; sociodemographic variables; the type and direction, sufficiency and burden of family support, and the number of social partners involved. *Method:* A total of 148 caregivers of elderly relatives who were physically and cognitively dependent were recruited from medical clinics and home care

Keywords: Family Dynamics. Social Support. Evaluation. Frail Elderly. Family Caregiver.

¹ Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Programa de Pós-graduação em Gerontologia. Campinas, São Paulo, Brasil.

² Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas, Centro de Ciências da Saúde, Núcleo de Saúde do Adulto e Idoso. Maceió, Alagoas, Brasil.

³ Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Enfermagem, Programa de Pós-graduação em Enfermagem. Campinas, São Paulo, Brasil.

services in cities in the state of São Paulo and invited to respond to a questionnaire about family support, and to a scale of satisfaction with family relationships with reference to adaptation, partnership, growth, affection and resolutive capacity. The chi-squared and Fisher's exact tests were used to compare frequencies for the scores of the two satisfaction levels (low and intermediate, and high). To analyze the relationship between high levels of satisfaction and other variables, univariate and hierarchical logistic regression analysis was used. *Results*: High levels of satisfaction were related to the reciprocity and sufficiency of received emotional support, and absence of burden associated to giving support. The adequacy of emotional support was most strongly associated with high levels of satisfaction with family relationships. *Conclusion*: For the satisfaction of caregivers of elderly persons with family functioning, quality of support is better than quantity, reciprocity is more important than unidirectionality and emotional is the most important type of support.

INTRODUÇÃO

O apoio familiar envolve complexas relações de dar e receber ajuda material, suporte instrumental orientado aos comportamentos ou ao contexto do cuidado e apoio emocional expresso em presença, companheirismo, afeto, empatia, escuta e confirmação¹. Várias perguntas permeiam o estudo teórico e a intervenção orientadas a compreensão e ao manejo do suporte e dos relacionamentos no âmbito da família com idosos. O que é mais importante para os idosos: dar ou receber apoios? Não há resposta única para esta questão, que se subordina à idade, ao gênero, ao tamanho da rede social mais próxima e aos motivos dos envolvidos¹⁻³. Quem ajuda mais no âmbito das relações familiares, as mulheres idosas ou os homens idosos? De modo geral, as mulheres oferecem mais apoios instrumentais e afetivos aos contemporâneos e aos descendentes do que os homens, que por sua vez ofertam mais apoios materiais aos filhos do que elas². Ao se comportarem dessa forma, ambos respondem a normas sociais associadas a gênero e a condições específicas de posse de bens materiais^{4,5}. O que oferece mais garantia de ajuda aos idosos, arranjos domiciliares intergeracionais ou conjugais? A resposta é: Depende. Em casos de acentuada dependência física e cognitiva de um dos cônjuges, quando o outro já não tem mais condição de oferecer as ajudas instrumentais necessárias, a coresidência com descendentes pode favorecer a sua proteção^{3,4}. Frequentemente, a coresidência funciona como um arranjo de sobrevivência ou de conveniência para os membros de duas ou mais gerações empobrecidas e é nesse contexto de carências que ocorre a prestação

de cuidados a idosos frágeis⁴. Não necessariamente, a intergeracionalidade é garantia de suficiente oferta de cuidados^{2,4,5}.

A maioria dos idosos valoriza o apoio recebido como um reforço dos laços afetivos construídos na família. Outros percebem no apoio recebido o risco de parecerem dependentes e incompetentes^{1,6}. A prestação de apoios em contextos emocionais positivos, em associação com características pessoais dos receptores de cuidados que os predispõem à aceitação de ajuda aumentam a chance de bem-estar subjetivo dos receptores de cuidados⁶. Entretanto, apoios avaliados como exagerados ou disruptivos e falta de contato com parceiros de livre-escolha podem gerar mais estresse e prejuízos ao bem-estar dos idosos do que a escassez de apoios⁷.

Smilkstein^{8,9} descreve a funcionalidade familiar em termos de cinco recursos: adaptação, companheirismo, oportunidade para crescimento, afetividade e capacidade resolutive. No cotidiano do cuidado familiar a idosos, a funcionalidade das relações familiares é constantemente submetida à avaliação cognitiva, um processo que consiste em comparar o que é observado com as normas, os valores e as expectativas grupais e individuais. A satisfação com a dinâmica das relações familiares é um determinante robusto do bem-estar subjetivo que, por sua vez, relaciona-se com outros resultados positivos em saúde física e mental de cuidadores^{8,10}.

Conhecer como o idoso cuidador de outro idoso percebe a dinâmica da funcionalidade familiar e os intercâmbios de apoio no contexto do cuidado é fundamental para entender como as famílias se

organizam para atender às demandas do dia a dia e para prover os recursos necessários para o bem-estar dos membros da família.

Esta pesquisa teve como objetivo investigar associações entre a satisfação de cuidadores familiares de idosos com as relações familiares; variáveis sociodemográficas; tipos, direções, suficiência e ônus dos apoios familiares; e número de parceiros sociais envolvidos.

MÉTODO

De natureza transversal descritiva e analítica, essa pesquisa utilizou a base de dados do estudo “Bem-estar psicológico de idosos que cuidam de outros idosos no contexto da família”, do qual as variáveis de interesse para o presente estudo foram extraídas. O tamanho da amostra foi estimado em 148 indivíduos, com base nas correlações entre as medidas de qualidade de vida^{11,12} e sobrecarga percebida^{13,14}, que integravam o protocolo da investigação principal (nível de significância de 1%, poder do teste de 90% e correlações mínimas de 0,40).

Os critérios de elegibilidade para a amostra foram: ter 60 anos ou mais, estar cuidando de um familiar idoso doente e com algum grau de dependência há seis meses ou mais e pontuar acima da nota de corte no teste CASI-S (*Cognitive Abilities Screening Instrument – mini-teste*)^{15,16}, na entrevista inicial. Por esses critérios foram selecionados 148 participantes, 48,0% dos quais foram indicados por serviços públicos e 8,8% por serviços privados de atendimento domiciliar; 39,9% por médicos geriatras ou de especialidades afins, de cujos consultórios os idosos eram receptores de cuidados e por profissionais do Programa Saúde da Família (3,4%), nas cidades de Jundiaí (38,5%), Indaiatuba (29,1%), Campinas (18,2%) e Vinhedo (14,2%), estado de São Paulo.

Para avaliar a satisfação com as relações familiares foi adotada a medida APGAR da Família^{8,9}, acrônimo que, na língua inglesa, corresponde a *adaptation*, *partnership*, *growth*, *affection* e *resolve*, recursos de funcionalidade familiar que os cuidadores avaliaram em cinco escalas de três pontos (0=nunca, 1= algumas vezes, ou 2 = sempre). Escores totais de 0 a 4 indicam baixa satisfação; 5 e 6, satisfação intermediária, e 7 a 10, alta satisfação.

As variáveis sociodemográficas consideradas foram gênero, que comportou resposta sim ou não às alternativas masculino e feminino; idade, que solicitou menção ao número de anos vividos desde a data do nascimento; arranjos de moradia, que abrangeu as perguntas “mora sozinho?” (sim x não) e, para os que respondiam não, “com quem mora?”, com as alternativas marido, mulher ou companheiro(a), pai ou mãe, sogro ou sogra, filha ou filho, marido ou esposa de filha ou filho, netos, bisnetos, outros parentes e pessoas de fora da família, todas comportando respostas sim ou não. Corresidência foi avaliada pela pergunta “Reside com a pessoa de quem cuida?”, com possibilidades de resposta sim ou não.

As variáveis *dinâmica dos apoios materiais, instrumentais e emocionais na família e natureza do vínculo com os parceiros sociais envolvidos*, foram avaliadas mediante duas perguntas. A primeira focalizava se o cuidador recebia e oferecia apoio material, emocional e instrumental para Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD) e para Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD), no contexto da família. A segunda investigava quem era a pessoa com quem mantinha intercâmbios. As opções eram: cônjuge ou companheiro(a); pais e sogros; filhos(as), genro(s)/nora(s), neto(s) e bisneto(s); outros parentes; amigos ou vizinhos; voluntários; empregados domésticos; profissionais de saúde e pessoa a quem proporciona cuidados. As respostas sim ou não eram registradas em uma matriz derivada do estudo de Allen e Wiles¹, juntamente com os resultados da aplicação dos itens avaliativos descritos a seguir.

A avaliação da suficiência dos apoios recebidos e do ônus decorrente da oferta de apoios foi realizada logo depois da introdução dos itens sobre os suportes recebidos e ofertados. Para os recebidos perguntava-se se satisfaziam ou não as necessidades e expectativas. Para saber se cada tipo de apoio oferecido era gerador de ônus para o cuidador eram feitas perguntas diretas, com alternativas sim ou não.

Sete entrevistadores treinados realizaram entrevistas nos domicílios (61,5%), em consultórios médicos privados (25,0%) e no ambulatório de Geriatria de um hospital universitário (13,5%), devidamente autorizados pelos responsáveis pelos serviços e de acordo com a disponibilidade de tempo dos cuidadores. A duração média da sessão

única à qual cada cuidador foi submetido foi de 56,0 ($\pm 12,2$) minutos, computando-se nesse tempo os itens de interesse para a presente pesquisa e os demais itens do estudo sobre bem-estar psicológico de cuidadores familiares do qual ela faz parte. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Campinas (CAAE nº 35868514.8.0000.5404) o qual aprovou, também, o conteúdo do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que foi lido, discutido e assinado por todos os cuidadores.

Para analisar os dados, foram criadas duas faixas de pontos no APGAR da família: 7 a 10- alta satisfação, e 0 a 6- satisfação baixa e intermediária. Das respostas *sim* ou *não* às alternativas *recebo e ofereço* foi derivada a variável *direção dos apoios*, com as variações: unidirecionais (só recebem ou só oferecem), recíprocos (recebem e oferecem) e ausência (nem recebem e nem oferecem). Para cada tipo de apoio foi contado o número de parceiros sociais aos quais só ofereciam, dos quais só recebiam, ou com os quais mantinham apoios recíprocos. A natureza do vínculo não foi considerada. As alternativas para os arranjos de moradia foram reduzidas a cinco: cônjuge; cônjuge e ascendentes; cônjuge, ascendentes e descendentes; ascendentes e descendentes, e outros (outros parentes, amigos, pessoas de fora da família, vizinho).

Mediante o teste de Shapiro-Wilk foi analisada a adequação das distribuições ao uso de testes paramétricos. Confirmado seu caráter não paramétrico foram escolhidos os testes qui-quadrado e exato de Fisher, para a realização de comparações entre frequências de participantes que pontuaram para os dois níveis de satisfação (0 a 6 e 7 ou mais). O teste de Mann-Whitney foi usado para comparar as distribuições das variáveis ordinais, conforme os dois níveis de satisfação.

Para analisar relações entre alta satisfação com as relações familiares e as demais variáveis foram feitas análises de regressão logística univariada, com base nas quais foram selecionadas aquelas com associação com a variável dependente com significância estatística indicada por $p \leq 0,30$. Essas variáveis foram organizadas em um modelo de regressão multivariada hierárquica, com três blocos de variáveis que foram introduzidos consecutivamente. No bloco 1 foram incluídas as variáveis tipos e as direções dos apoios;

no 2, o número de parceiros sociais disponíveis para as trocas de apoios e, no 3, a suficiência dos apoios recebidos e o senso de ônus pelos apoios oferecidos. Nessa análise multivariada, os dados foram ajustados por gênero e idade.

RESULTADOS

Os cuidadores tinham em média 69,8 ($\pm 7,1$) anos e os receptores de cuidados 81,2 ($\pm 9,9$). A duração do cuidado, desde o início, foi em média de 4,5 ($\pm 4,1$) anos, 31,1% dos receptores de cuidados pontuaram para demência grave, 24,2% para leve ou moderada, 23,6% para demência questionável e 21,1% para ausência de demência, conforme a pontuação atribuída pelos cuidadores no instrumento *Clinical Dementia Rating* (Escala Clínica de Demência)^{17,18}; 21,0% foram descritos pelos cuidadores como pessoas com limitações na mobilidade; 44,3% como incapazes de realizar cinco ou seis ABVD sem ajuda e 66,2% como incapazes de realizar de cinco a sete AIVD sem ajuda.

A maioria dos cuidadores eram mulheres (77,0%). Houve predominância de famílias conjugais (39,9%) e das formadas por um casal de idosos, seus ascendentes (progenitores ou sogros) e descendentes (filhos e netos) (27,7%). A maioria residia com o idoso alvo de cuidados (85,7%).

A maioria dos cuidadores pontuou alto em satisfação com as relações familiares (68,1%). Tanto entre os cuidadores com alta satisfação quanto entre os com satisfação baixa ou intermediária, havia um percentual significativamente maior de pessoas que só recebiam ou que só ofereciam do que de pessoas que nem ofereciam e nem recebiam apoios instrumentais a ABVD.

Houve um percentual maior de cuidadores com alta satisfação entre os que relataram vivenciar reciprocidade de apoios emocionais e um percentual maior de cuidadores que só recebiam do que dos que nem recebiam e nem ofertavam apoios emocionais entre os cuidadores com satisfação baixa e intermediária com as relações familiares. Observou-se um percentual maior de idosos com alta satisfação entre os que tinham pelo menos um parceiro social para o intercâmbio de apoios e um

percentual maior de cuidadores com intermediária e baixa satisfação entre os que não tinham nenhum. Houve maior frequência de cuidadores com alta satisfação entre os que julgavam os apoios emocionais recebidos como suficientes e de satisfação baixa ou intermediária entre os que os julgavam insuficientes. A não oferta ou a oferta de apoios a AIVD, sem ônus, relacionou-se com alta satisfação, assim como o ônus associado à oferta de ajuda a AIVD relacionou-se com satisfação baixa ou intermediária (Tabela 1).

Foram realizadas análises univariadas de regressão para investigar associações entre alta satisfação com as relações familiares e as variáveis independentes. Foi utilizado um valor $p \leq 0,030$ como critério de seleção. Com relação aos tipos de

apoio e à natureza dos intercâmbios familiar foram selecionadas como relacionadas com alta satisfação com as relações familiares: nem oferecer e nem receber apoios materiais, em comparação com só oferecer e só receber apoios materiais; nem oferecer e nem receber apoio instrumental a ABVD e a AIVD, em comparação com só oferecem e só recebem esses apoios; nem oferecer e nem receber apoio emocional, em comparação com só oferecer e só receber esse tipo de apoio; ter um ou mais parceiros sociais de quem os cuidadores recebem apoios instrumentais em ABVDs e apoios emocionais, em comparação com não ter nenhum; ter um ou mais parceiros sociais para oferta de apoios materiais e instrumentais a ABVD e a AIVDs, em comparação com não ter nenhum parceiro (Tabela 2).

Tabela 1. Cuidadores conforme os níveis de satisfação com as relações familiares, considerando os intercâmbios de apoios, o número de parceiros sociais e a avaliação dos apoios recebidos e oferecidos. Campinas, SP, 2015-2016.

Variáveis	n	Satisfação com as relações familiares		p valor
		Baixa e intermediária (0-6) n (%)	Alta (7-10) n (%)	
Apoios em ABVD				
Só recebem/só oferecem	91	32 (68,08)	59 (59,00)	0,043*
Reciprocidade	10	5 (10,64)	5 (5,00)	
Nem recebem/nem oferecem	46	10 (21,28)	36 (36,00)	
Apoios emocionais				
Só recebem	12	5 (10,64)	7 (7,00)	<0,001*
Só oferecem	32	19 (40,43)	13 (13,00)	
Reciprocidade	90	19 (40,43)	71 (71,00)	
Nem recebem/nem oferecem	13	4 (8,51)	9 (9,00)	
Nº de parceiros sociais				
0	44	5 (10,64)	22 (22,22)	<0,001**
1	58	19 (40,43)	42 (42,42)	
≥2	43	19 (40,43)	35 (35,35)	
Avaliação dos apoios emocionais recebidos				
Não recebem	43	22 (47,83)	21 (21,65)	<0,001**
Suficientes	81	15 (32,61)	66 (68,04)	
Insuficientes	19	9 (19,57)	10 (10,31)	
Avaliação dos apoios oferecidos a AIVD				
Não oferecem/sem ônus	107	28 (68,29)	79 (86,81)	0,012**
Com ônus	25	13 (31,71)	12 (13,19)	

*Teste Exato de Fisher; **Teste qui-quadrado; ABVD= Atividades Básicas de Vida Diária; AIVD= Atividades Instrumentais de Vida Diária.

Tabela 2. Associações entre alta satisfação com relações familiares, variáveis sociodemográficas e intercâmbios de apoio familiar. Campinas, SP, 2015-2016.

Variáveis	RP*	IC 95%*	p
Gênero			
Masculino (ref.)	1,00	---	---
Feminino	1,02	0,45-2,32	0,957
Idade			
60-64 anos (ref.)	1,00	---	---
65-74 anos	0,85	0,37-1,93	0,694
≥75 anos	0,99	0,38-2,58	0,975
Corresidência com alvo de cuidados			
Não (ref.)	1,00	---	---
Sim	0,83	0,30-2,29	0,975
Arranjos de moradia			
Cônjuge (ref.)	1,00	---	--
Cônjuge, pais, sogros	0,66	0,19-2,32	0,521
Cônjuge, progenitor, sogros, filhos, netos, bisnetos	0,89	0,38-2,13	0,798
Progenitores, sogros, filhos, netos, bisnetos	0,91	0,28-3,03	0,881
Outros, sozinho	0,71	0,24-2,12	0,539
Apoio material			
Só oferecem + só recebem (ref.)	1,00	---	---
Reciprocidade	0,78	0,37-1,62	0,501
Nem oferecem, nem recebem	2,51	0,67-9,44	0,174
Apoio instrumental em ABVD			
Só oferecem + só recebem (ref.)	1,00	---	---
Reciprocidade	0,54	0,15-2,01	0,361
Nem oferecem/nem recebem	1,95	0,86-4,44	0,111
Apoio instrumental em AIVD			
Só oferecem + só recebem (ref.)	1,00	---	---
Reciprocidade	1,42	0,63-3,16	0,396
Nem oferecem/nem recebem	4,87	0,25-2,92	0,149
Apoio emocional			
Só oferecem + só recebem (ref.)	1,00	---	---
Reciprocidade	4,48	2,06-9,78	<0,001
Nem oferecem/nem recebem	2,70	0,72-10,10	0,140

*RP (razões de prevalência para alta satisfação); IC 95% RP= Intervalo de 95% de confiança para a razão de prevalência; ref.: nível de referência; 47 cuidadores pontuaram para satisfação baixa e intermediária e 100 para alta satisfação; ABVD= Atividades Básicas de Vida Diária; AIVD= Atividades Instrumentais de Vida Diária.

Para a associação entre alta satisfação e número de parceiros sociais envolvidos nos apoios foram selecionados: ter um ou mais parceiros sociais de quem podem receber apoio emocional *versus* não ter nenhum, e ter um ou mais parceiros sociais a quem podem oferecer apoios instrumentais a ABVD e a AIVD *versus* não ter nenhum (Tabela 3).

Para a associação entre alta satisfação e a avaliação da qualidade dos apoios foram selecionados avaliar como suficientes os apoios a ABVD e os apoios emocionais recebidos, e avaliar como não onerosa a oferta dos mesmos tipos de apoio (Tabela 4).

Tabela 3. Associações entre alta satisfação com relações familiares e número de parceiros sociais envolvidos nos intercâmbios de apoio familiar. Campinas, SP, 2015-2016.

Natureza, Tipos de Apoio e Parceiros	RP*	IC 95%*	<i>p</i>
Recepção de apoio material			
Nenhum (ref.)	1,00	---	---
≥1	1,72	0,34-1,52	0,393
Recepção de apoio a ABVD			
Nenhum (ref.)	1,00	---	---
≥1	0,29	0,08-1,10	0,069
Recepção de apoio a AIVD			
Nenhum (ref.)	1,00	---	---
≥1	1,34	0,60-2,99	0,479
Recepção de apoio emocional			
Nenhum (ref.)	1,00	---	---
≥1	3,21	1,52-6,78	0,002
Oferta de apoio material			
Nenhum (ref.)	1,00	---	---
≥1	0,61	0,30-1,25	0,180
Oferta de apoio instrumental a ABVD			
Nenhum (ref.)	1,00	---	---
≥1	0,58	0,27-1,26	0,172
Oferta de apoio instrumental a AIVD			
Nenhum (ref.)	1,00	---	---
≥1	0,60	0,28-1,31	0,199
Oferta de apoio emocional			
Nenhum (ref.)	1,00	---	---
≥1	1,14	0,47-2,80	0,771

*RP (razões de prevalência para alta satisfação); IC 95% RP= Intervalo de 95% de confiança para a razão de prevalência; ref.: nível de referência; 47 cuidadores pontuaram para satisfação baixa e intermediária e 100 para alta satisfação; ABVD= Atividades Básicas de Vida Diária; AIVD= Atividades Instrumentais de Vida Diária.

Tabela 4. Associações entre alta satisfação com relações familiares e avaliação dos apoios familiares recebidos e oferecidos. Campinas, SP, 2015-2016.

Natureza, Tipos de Apoio e Parceiros	RP*	IC 95%*	<i>p</i>
Apoio material recebido			
Não recebem/insuficiente (ref.)	1,00	---	---
Suficiente	1,15	0,56-2,37	0,704
Apoio a ABVD recebido			
Não recebem/insuficiente (ref.)	1,00	---	---
Suficiente	0,36	0,10-1,26	0,110
Apoio a AIVD recebido			
Não recebem/insuficiente (ref.)	1,00	---	----
Suficiente	1,57	0,67-3,68	0,305

continua

Continuação da Tabela 4

Natureza, Tipos de Apoio e Parceiros	RP*	IC 95%*	<i>p</i>
Apoio emocional recebido			
Não recebem/insuficiente (ref.)	1,00	---	
Suficiente	4,40	2,08-9,31	<0,001
Apoio material oferecido			
Não oferecem/com ônus (ref.)	1,00	---	---
Sem ônus	0,81	0,40-1,64	0,551
Apoio instrumental a ABVD oferecido			
Não oferecem/com ônus (ref.)	1,00	---	---
Sem ônus	0,96	0,47-1,95	0,910
Apoio instrumental a AIVD oferecido			
Não oferecem/com ônus (ref.)	1,00	---	---
Sem ônus	1,88	0,82-4,34	0,138
Apoio emocional oferecido			
Não oferecem/com ônus (ref.)	1,00	---	---
Sem ônus	1,66	0,72-3,85	0,237

*RP (razões de prevalência para alta satisfação); IC 95% RP= Intervalo de 95% de confiança para a razão de prevalência; ref.: nível de referência; 47 cuidadores pontuaram para satisfação baixa e intermediária e 100 para alta satisfação; ABVD= Atividades Básicas de Vida Diária; AIVD= Atividades Instrumentais de Vida Diária.

Mediante análise de regressão hierárquica multivariada, foram investigadas as associações entre alta satisfação com as relações familiares e as variáveis independentes com $p \leq 0,30$ na análise univariada, que estudou as associações entre elas e a satisfação dos cuidadores com as relações familiares. Foi estruturado um modelo com três blocos, que foram incluídos sucessivamente. Foram feitos ajustes por gênero e idade. No bloco 1 entraram variáveis que representavam a natureza dos suportes materiais, instrumentais a ABVD e a AIVD e emocionais. No bloco 2 entraram o número de parceiros sociais envolvidos na recepção de apoios emocionais e na oferta de apoios a ABVD, a AIVD e de apoios emocionais. No bloco 3 entraram a suficiência dos apoios materiais, instrumentais a ABVD e a AIVD e dos apoios emocionais recebidos e o senso de ônus

decorrente da oferta de apoio instrumental a AIVDs e de apoios emocionais.

Do bloco 1, a análise selecionou apoios emocionais e instrumentais a ABVD como significativamente associadas com alta satisfação com as relações familiares. Essas variáveis mantiveram-se no modelo depois do teste do 2º bloco, mas não na solução final (bloco 3), em que apenas suficiência dos apoios emocionais recebidos apareceu como significativamente associada com alta satisfação com as relações familiares. Ou seja, independentemente das variáveis gênero e idade, a associação entre alta satisfação com as relações familiares e a avaliação do apoio emocional recebido como suficiente revelou-se como a mais robusta entre as associações testadas [RP= 3,8 (IC95% 1,34-11,18); valor- p = 0,010] (Tabela 5).

Tabela 5. Resultados da análise de regressão multivariada hierárquica das associações entre alta satisfação com as relações familiares, tipos e natureza dos intercâmbios de apoio familiar, número de parceiros envolvidos e avaliação dos apoios recebidos e oferecidos. Campinas, SP, 2016-2017.

Variáveis	1º bloco			2º bloco			3º bloco		
	RP	IC95%RP	p	RP	IC95%RP	p	RP	IC95%RP	p
Apoio emocional									
Só oferecem e só recebem (ref.)	1,00	---	---						
Reciprocidade	5,52	2,09-14,55	<0,001						
Nem oferecem e nem recebem	2,06	0,37-11,58	0,411						
Apoio a ABVD									
Só oferecem e só recebem (ref.)	1,00	---	---						
Reciprocidade	0,66	0,11-3,92	0,650						
Nem oferecem e nem recebem	3,15	1,01-9,81	0,048						
Apoio emocional									
Só oferecem e só recebem (ref.)				1,00	---	---			
Reciprocidade				2,84	0,94-8,65	0,066			
Nem oferecem e nem recebem				2,98	0,52-1,60	0,220			
Apoio a ABVD									
Só oferecem e só recebem (ref.)				1,00	---	---			
Reciprocidade				0,69	0,11-4,48	0,695			
Nem oferecem e nem recebem				2,74	0,85-8,88	0,092			
Nº parceiros oferta apoio a ABVD									
Nenhum (ref.)				1,00	---	---			
1 ou +				0,14	0,01-2,58	0,184			
Avaliação apoio emocional recebido									
Não recebe /insuficiente (ref.)							1,00	---	---
Suficiente							3,87	1,34-11,18	0,013

RP= Razão de prevalência; IC95%RP= Intervalo de Confiança para RP; Critério *stepwise* de seleção de variáveis com $p \leq 0,030$ na análise univariada; ref.= nível de referência; participaram 36 cuidadores com satisfação baixa ou intermediária e 79 com alta satisfação (n=115); variáveis consideradas no 1º bloco: apoios materiais, instrumentais e emocionais e natureza dos intercâmbios de apoio, 2º bloco: número de parceiros sociais nos intercâmbios de apoios, 3º bloco: suficiência dos apoios recebidos e senso de ônus pelos oferecidos; ABVD= Atividades Básicas de Vida Diária.

DISCUSSÃO

O dado mais importante trazido pelo estudo foi que, na opinião dos cuidadores, a qualidade dos intercâmbios de apoio é mais importante do que a quantidade de parceiros sociais neles envolvidos. O segundo dado importante produzido por essa

investigação diz respeito à primazia dos apoios emocionais sobre os demais tipos de apoio, na determinação da satisfação dos cuidadores com as relações familiares. Ambos os resultados estão em linha com a literatura teórica e empírica a respeito de suporte social e familiar e o bem-estar subjetivo entre idosos e entre cuidadores¹⁻³.

Não foram observadas relações estatisticamente significativas entre o nível de satisfação dos participantes com as relações familiares e as variáveis gênero, idade, arranjos de moradia e coresidência, sugerindo que a influência da dinâmica dos apoios e da funcionalidade das relações familiares sobrepõem-se à influência das variáveis sociodemográficas. Outra interpretação possível é que esses resultados terão sido afetados pelo pequeno número de integrantes da amostra.

A maioria dos participantes eram filhas ou cônjuges um pouco mais jovens do que os receptores de cuidados. Esses dados são comparáveis aos de outras pesquisas^{4,5,19} e relacionam-se com normas sociais de gênero, retribuição e solidariedade^{4,5,18}, assim como a alta frequência de coresidência observada, evidencia a busca de arranjos facilitadores do cuidado^{4,5}. Quando desejada pelos idosos, a coresidência favorece a funcionalidade familiar^{2,4}.

Prevaleram arranjos bigeracionais ou trigeracionais, soluções mais funcionais à distribuição de bens e de apoios^{4,18-20}. Em famílias com bons níveis de adaptação e resolutividade traduzem-se em melhor distribuição de tarefas, bom gerenciamento de crises, suficiência objetiva de apoios, e apoio social de outros parentes e amigos^{10,14}. Ter um ou mais parceiros sociais ofertando apoio emocional e instrumental em ABVD relacionou-se com maior satisfação com as relações familiares, possivelmente facilitada pela convivência intergeracional e pela coresidência.

Com a idade, ocorre diminuição no tamanho da rede social, a qual tende a afetar mais os relacionamentos afetivamente periféricos dos adultos mais velhos e dos idosos do que os relacionamentos próximos²¹. Sob a influência da restrição na perspectiva temporal que caracteriza a velhice, pessoas idosas ou quase idosas tendem a privilegiar a manutenção dos relacionamentos que lhes são afetivamente significativos e a descartar aqueles que não o são²². Tendem a investir no conforto emocional do que na busca de informações e de *status*²². Assim, a partir da existência de um número mínimo de parceiros sociais, a qualidade do apoio e a ligação afetiva entre os parceiros sociais favorecem mais o bem-estar dos adultos mais velhos e dos idosos do que a quantidade de parceiros sociais^{23,24}.

A qualidade das interações sociais e dos laços afetivos tem mais relação com reciprocidade do que com unidirecionalidade dos apoios²²⁻²⁴. Ou seja, o apoio emocional é mediado por mecanismos de seletividade socioemocional que favorecem o senso de suficiência dos apoios emocionais, quando esses são provenientes de pessoas significativas que, por isso mesmo, são selecionadas pelos idosos para integrar a sua rede social mais próxima²¹⁻²⁴. Essas relações explicitam a principal razão pela qual o apoio emocional ocupou um lugar privilegiado na satisfação dos cuidadores com as relações familiares.

Nem sempre os idosos estão aptos para oferecer apoios instrumentais por causa de suas limitações físicas. Por outro lado, receber ajuda instrumental pode originar sentimentos de ineficácia e dependência². Assim, fazem sentido os dados de maior satisfação com as relações familiares entre os que nem ofereciam e nem recebiam ajudas instrumentais em AIVD e ABVD ou entre os que relataram haver reciprocidade nessas ajudas. Ter ajuda instrumental quando necessita, mas, também, poder oferecê-la são aspectos críticos à definição dos idosos como pessoas autônomas e capazes de participar dos intercâmbios de apoio na família. Igualmente importante é a possibilidade de ofertar apoios sem senso de ônus, provavelmente associada à presença de mais competências físicas e emocionais, e de relações familiares mais funcionais e prazerosas^{2,5,25-27}.

A oferta de apoios instrumentais e emocionais, sem o cultivo de sentimentos de ônus, é um indicador de solidariedade, desmistificando estereótipos negativos sobre velhice, segundo os quais os idosos são egoístas e autocentrados. Por outro lado, quando o apoio social é oriundo dos relacionamentos sociais mais próximos, tendem a diminuir os sentimentos de ônus para os cuidadores^{27,28}. No entanto, quando o idoso é parte de uma família disfuncional, oferecer apoio instrumental ou emocional pode predispor-lo ao risco de excessivo desgaste físico e emocional^{5,28}. A possibilidade de ofertar apoios emocionais e instrumentais em AIVDs contribui para o senso de autonomia e de controle, e assim, para a satisfação com as relações familiares nos cuidadores²⁹.

Na amostra investigada, a avaliação de suficiência dos apoios emocionais recebidos como equivalente à alta satisfação com a funcionalidade

das relações familiares, sugere presença de recursos para enfrentar estressores e de ligação afetiva com outros significativos.

Replicar o delineamento dessa investigação com amostra maior é a primeira sugestão para novos estudos. Outra sugestão é incluir no delineamento o nível de dependência dos alvos cuidados e o nível de sobrecarga dos cuidadores. Para controlar os efeitos das variáveis de contexto, seria interessante investigar a influência do nível socioeconômico e da raça em associação com o gênero e a idade dos cuidadores. Delineamentos estatísticos complexos utilizados em estudos comparativos e prospectivos, com amostras grandes e probabilísticas poderão ajudar a esclarecer as relações entre a satisfação com as relações e com a funcionalidade familiar, assim como a qualidade objetiva e subjetiva dos apoios.

CONCLUSÃO

O dado mais importante trazido pelo estudo é que, na opinião dos cuidadores, a qualidade dos intercâmbios de apoio é mais importante do que a quantidade de parceiros sociais neles envolvidos. O

segundo dado mais importante produzido por essa investigação é o da primazia dos apoios emocionais na determinação da satisfação dos cuidadores com as relações familiares.

A satisfação com a dinâmica familiar em cuidadores idosos que atendem a outros idosos guarda importantes relações com as trocas de apoio emocional, instrumental e material que ocorrem entre os membros da família, em resposta a normas sociais de solidariedade e retribuição.

A capacidade adaptativa da família, o companheirismo, a força da ligação afetiva, as oportunidades de crescimento pessoal que propicia a seus membros e sua capacidade de solucionar problemas são elementos centrais à boa funcionalidade familiar.

É grande a importância dos resultados obtidos, tanto para a teoria quanto para a aplicação, em contextos de oferta de informação e de apoio emocional a cuidadores de idosos, principalmente quando eles próprios são idosos duplamente fragilizados e onerados pelos efeitos da idade e da prestação de cuidados.

REFERÊNCIAS

1. Allen RES, Wiles JL. Receiving support when older: What makes it OK? *Gerontologist*. 2014;54(4):670-82.
2. Fuller-Iglesias HR, Webster NJ, Antonucci TC. The complex nature of family support across the life span: Implications for psychological well-being. *Dev Psychol*. 2015;51(3):277-88.
3. Tomini F, Groot W, Tomini SM. Informal care and gifts to and from older people in Europe: The interlinks between giving and receiving. *BMC Health Serv Res*. 2016;16(1):1-15.
4. Camarano AA, Kanso S. Como as famílias brasileiras estão lidando com idosos que demandam cuidados e quais as perspectivas futuras?: A visão mostrada pelas PNADs. In: Camarano AA, organizador. *Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido?* Rio de Janeiro: IPEA; 2010. p. 93-122.
5. Rabelo DF, Neri AL. Avaliação das relações familiares por idosos com diferentes condições sociodemográficas e de saúde. *Psico-USF*. 2016;21(3):663-75.
6. Heid AR, Zarit SH, Fingerman KL. "My Parent is so stubborn!": Perceptions of aging parents' persistence, insistence, and resistance. *J Gerontol Ser B Psychol Sci Soc Sci*. 2016;71(4):602-12.
7. Feeney BC, Collins NLA. New look at social support: A theoretical perspective on thriving through relationships. *Personal Soc Psychol Rev*. 2015;19(2):113-47.
8. Smilkstein G. The family APGAR: a proposal for a family function test and its use by physicians. *J Fam Pract*. 1978;6(6):1231-9.
9. da Silva MJ, Victor JF, Mota FRN, Soares ES, Leite BMB, Oliveira ET. Analysis of psychometric properties of family APGAR with elderly in northeast Brazil. *Esc Anna Nery [Internet]*. 2014 [acesso em 30 out. 2017];18(3):527-32 Disponível em: <http://www.gnresearch.org/doi/10.5935/1414-8145.20140075>
10. Shankar A, McMunn A, Demakakos P, Hamer M, Steptoe A. Social isolation and loneliness: Prospective associations with functional status in older adults. *Health Psychol*. 2017;36(2):179-87.

11. Hyde M, Wiggins RD, Higgs P, Blane DB. A measure of quality of life in early old age: The theory, development and properties of a needs satisfaction model (CASP-19). *Aging Ment Health.* 2003;7(3):186-94.
12. Neri AL, Borim FSA, Batistoni SST, Cachioni M, Rabelo DF, Fontes AP, et al. Nova validação semântico-cultural e estudo psicométrico da CASP-19 em adultos e idosos brasileiros. (Submetido à Revista Cad Saúde Pública em 26 fev. 2017).
13. Zarit SH, Anthony CR, Boutselis M. Interventions with caregivers of dementia patients: comparison of two approaches. *Psychol Aging.* 1987;2(3):225-32.
14. Scazufca M. Brazilian version of the Burden Interview scale for the assessment of burden of care in carers of people with mental illnesses. *Rev Bras Psiquiatr.* 2002;24(1):12-7.
15. Teng EL, Hasegawa K, Homma A, Imai Y, Larson E, Graves A, et al. The Cognitive Abilities Screening Instrument (CASI): a practical test for cross-cultural epidemiological studies of dementia. *Int Psychogeriatr.* 1994;6(1):45-58.
16. Damasceno A, Delicio AM, Mazo DFC, Zullo JFD, Scherer P, Ng RTY, et al. Validation of the Brazilian version of mini-test CASI-S. *Arq Neuropsiquiatr.* 2005;63(2b):416-21.
17. Morris JC. The Clinical Dementia Rating (CDR): current version and scoring rules. *Neurology.* 1993;43(11):2412-4.
18. Montão MBMM, Ramos LR. Validade da versão em português da Clinical Dementia Rating. *Rev Saúde Pública.* 2005;39(6):912-7.
19. Tomomitsu MRSV, Perracini MR, Neri AL. Influência de gênero, idade e renda sobre o bem-estar de idosos cuidadores e não cuidadores. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2013;16(4):663-80.
20. Cichy KE, Stawski RS, Almeida DM. A double-Edged Sword: Race, daily family support exchanges, and daily well-being. *J Fam Issues.* 2014;35(13):1824-45.
21. Antonucci TC, Birditt KS, Akiyama H. Convoys of social relations: an interdisciplinary approach. In: Bengtson VL, Gans D, Putney NM, Silverstein M, editors. *Handbook of theories of aging.* 2nd ed. New York: Springer; 2009. p. 247-60.
22. English T, Carstensen LL. Selective narrowing of social networks across adulthood is associated with improved emotional experience in daily life. *Int J Behav Dev.* 2014;38(2):195-202.
23. Böger A, Huxhold O. Age-related changes in emotional qualities of the social network from middle adulthood into old age: How do they relate to the experience of loneliness? *Psychol Aging.* 2018.[Epub ahead of print]
24. Fuller-Iglesias, Heather R. Social ties and psychological well-being in late life: the mediating role of relationship satisfaction. *Aging Ment Health.* 2015;19(12):1103-12.
25. Polaro SIH, Gonçalves LHT, Nassar SM, Lopes MMB, Ferreira VF, Monteiro HK. Dinâmica da família no contexto dos cuidados a adultos na quarta idade. *Rev Bras Enferm.* 2013;66(2):228-33.
26. Souza RA, da Costa GD, Yamashita CH, Amendola F, Gaspar JC, Alvarenga MRM, et al. Family functioning of elderly with depressive symptoms. *Rev Esc Enferm USP.* 2014;48(3):469-76.
27. Santos AA, Pavarini SCI, Barham EJ. Percepção de idosos pobres com alterações cognitivas sobre funcionalidade familiar. *Texto & Contexto Enferm.* 2011;20(1):102-10.
28. dos Santos AA, Pavarini SCI. Funcionalidade familiar de idosos com alterações cognitivas: a percepção do cuidador. *Rev Esc Enferm USP.* 2012;46(5):1141-7.
29. Inagaki TK, Bryne Haltom KE, Suzuki S, Jevtic I, Hornstein E, Bower JE, et al. The Neurobiology of Giving Versus Receiving Support: The Role of stress-related and social reward-related neural activity. *Psychosom Med.* 2016;78(4):443-53.

Recebido: 11/11/2017

Revisado: 19/03/2018

Aprovado: 03/05/2018



Sarcopenia, funcionalidade e estado nutricional em idosas residentes na comunidade

Sarcopenia, nutritional status and functionality in elderly women living in the community

Rosa Sá de Oliveira Neta¹
Isabelle Ferreira da Silva Souza¹
Saionara Maria Aires da Câmara¹
Marcelo Cardoso de Souza¹

Resumo

Objetivo: Avaliar a relação entre a sarcopenia, a capacidade funcional e o estado nutricional de idosas da comunidade. **Método:** Estudo observacional analítico, de caráter transversal, realizado com 100 idosas acima de 60 anos de idade. Para a coleta de dados, aplicou-se um questionário contendo informações de identificação, dados socioeconômicos, prática de atividade física, dados antropométricos e de composição corporal por meio da aplicação da bioimpedância e dados de funcionalidade por meio do teste de caminhada de seis minutos (TC6min). Realizaram-se testes *t* independente para variáveis quantitativas e análises de variância (ANOVA) para comparar as médias das variáveis. Foram realizadas análises de regressão linear múltipla para estimar as médias do TC6min para cada uma das variáveis estudadas. **Resultados:** A média de idade das idosas foi de 67 ($\pm 8,0$) anos, 41% praticavam atividade física, 38% possuíam pelo menos o ensino fundamental, 48% recebiam até dois salários mínimos e 91% eram obesas de acordo com a circunferência da cintura (CC). As taxas de prevalência quanto à presença de sarcopenia foram: 5% para obesidade sarcopênica (OS), 63% obesidade, 14% sarcopenia e 18% adequado. Idosas que praticavam atividade física, que tinham pelo menos o ensino fundamental e não obesas, de acordo com a CC, tiveram melhor desempenho no TC6min. Não houve diferenças significativas no TC6min de acordo com a renda ou Índice de Massa Corporal ($p > 0,05$). As idosas não obesas e não sarcopênicas caminharam mais no teste de funcionalidade que as demais ($p = 0,021$). **Conclusão:** A OS foi presente em 5% das idosas e tem relação com pior desempenho físico, também presente em idosas com sarcopenia e obesidade.

Palavras-chave:

Envelhecimento. Avaliação Nutricional. Teste de caminhada. Sarcopenia.

Abstract

Objective: to evaluate the relationship between sarcopenia, functional capacity and nutritional status among elderly women living in the community. **Method:** an observational, cross-sectional study was performed with 100 elderly women aged over 60 years. A questionnaire containing identification and socioeconomic data and information relating to the practice of physical activity was applied, while anthropometric and body composition

Keywords:

Aging. Nutritional Assessment. Walking Test. Sarcopenia.

¹ Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi, Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva. Santa Cruz, Rio Grande do Norte, Brasil.

data were measured through bioimpedance and functionality data was assessed using the six-minute walk test (6MWT). Independent t-tests were performed for the quantitative variables and analysis of variance (ANOVA) was used to compare the means of the variables. Multiple linear regression analyzes were performed to estimate the mean 6MWT for each of the variables studied. Results: The average age of the elderly women was 67 (\pm 8.0) years, 41% practiced physical activity, 38% had at least an elementary school education, 48% received up to two minimum wages and 91% were obese according to waist circumference (WC). The prevalence rates for the presence of sarcopenia were: 5% for sarcopenic obesity (SO), 63% for obesity, 14% for sarcopenia and 18% had adequate weight. Elderly women who practiced physical activity, had at least an elementary education and who were non-obese according to WC, performed better in the 6MWT. There were no significant differences in the 6MWT based on income or Body Mass Index ($p > 0.05$). Non-obese and non-sarcopenic women walked further in the functional test than the other women ($p = 0.021$). Conclusion: SO was present in 5% of the elderly women and is related to poor physical performance, which was also present in elderly women with sarcopenia and obesity.

INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) afirma que o principal problema que pode afetar os idosos é a perda da funcionalidade. Essa ocorre pela progressão das enfermidades diante da maior probabilidade de se expor as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT)¹.

Algumas das alterações corporais características do envelhecimento são a perda da massa magra e da função do músculo esquelético, que podem estar associadas à limitação funcional, incapacidade e até a mortalidade. Essa atrofia muscular associada à idade é denominada *sarcopenia*². Esta implica um distúrbio do equilíbrio entre a síntese de proteínas musculares e a destruição dessas proteínas como principal contribuinte para a etiologia da sarcopenia. A sarcopenia é multifatorial, incluindo fatores nutricionais, metabólicos e hormonais².

Deve-se salientar a importância da investigação de condições que ocasionam o prejuízo na funcionalidade, pois as alterações na composição corporal podem ocasionar limitações nas condições físicas e menor desempenho funcional³. Porém, existem lacunas na literatura no que se refere a estudos que avaliem a presença de sarcopenia, o déficit funcional e o estado nutricional de idosas da comunidade em municípios do nordeste brasileiro.

Diante do exposto, compreende-se a relevância de verificar essas condições em mulheres idosas

do município de Santa Cruz (RN), Brasil, visto que, seguindo tendência nacional, há um aumento progressivo de mulheres acima dos 60 anos nesse município⁴ que apresentam estado nutricional inadequado devido a obesidade⁵. O objetivo deste estudo foi avaliar a relação entre a sarcopenia, a capacidade funcional e o estado nutricional de idosas da comunidade.

MÉTODO

Trata-se de um estudo epidemiológico, observacional do tipo transversal, analítico com abordagem quantitativa. Participaram da pesquisa 100 idosas acima de 60 anos, selecionadas por conveniência, pacientes da Clínica Escola de Fisioterapia da Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (FACISA-UFRN). Trata-se de um serviço público para tratamento fisioterapêutico, frequentado por indivíduos vulneráveis socioeconomicamente, que atende moradores da região do Trairi e cidades adjacentes. O período da coleta de dados ocorreu entre setembro e dezembro de 2016, no município de Santa Cruz, RN.

Para este estudo foram avaliadas apenas mulheres, pois, embora as alterações da massa muscular (MM) sejam comuns em ambos os sexos, com o decorrer da idade tem sido observado que a diminuição da MM associada à força não ocorre na mesma proporção para ambos os sexos. Estudo sugere uma rápida

perda de força em mulheres a partir dos 50 anos, enquanto nos homens essa redução inicia-se até, pelo menos, os 60 anos⁶.

Os critérios de inclusão para o estudo foram: mulheres com idade igual ou mais que 60 anos que compreendessem as orientações sobre os procedimentos realizados e que deambulassem de forma independente, com ou sem dispositivo de auxílio à marcha. As mulheres não podiam apresentar artroplastia, amputação em membros inferiores, doenças de ordem reumatológica (chikungunya, por exemplo) e utilizar marcapasso, em virtude de possíveis alterações ao realizarem o exame de bioimpedância (BIA). Qualquer impossibilidade de realizar algum dos procedimentos do protocolo de pesquisa foi considerada como critério de exclusão.

O presente estudo segue a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde que regulamenta a pesquisa com seres humanos, sendo submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FACISA-UFRN, sob o parecer de número 1.707.598/2016.

O recrutamento das participantes deu-se por meio do contato telefônico das listas de paciente da clínica. A realização da coleta dos dados ocorreu por meio da aplicação de um questionário padronizado por duas nutricionistas, previamente treinadas para não haver discordância entre os dados coletados. O instrumento foi devidamente validado por um estudo piloto. Esse questionário foi aplicado em um único momento e continha informações de identificação, aspectos de saúde, qualidade de vida, dados socioeconômicos, histórico familiar, dados antropométricos e de composição corporal e funcionalidade. As idosas foram avaliadas quanto aos dados demográficos e socioeconômicos como idade, escolaridade e renda familiar. A prática de atividade física foi autorrelatada e definida como a prática de atividade física por, no mínimo, três vezes na semana, sendo, pelo menos, trinta minutos por vez.

O peso e a estatura foram mensurados por meio das técnicas recomendadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS)⁷. O peso foi aferido com o indivíduo sem sapatos e usando roupas leves, utilizando-se a balança eletrônica WELMY®

(capacidade de 150kg e precisão de 100 gramas). A estatura foi mensurada com o estadiômetro WELMY® (precisão da escala de 0,5cm) com o indivíduo descalço e em posição ortostática.

Esses dados foram obtidos para o cálculo do índice de massa corporal (IMC), que é um índice definido pela medida do peso expresso em kg, dividido pela estatura expressa em metros elevada ao quadrado ($IMC = \text{peso}/\text{estatura}^2$). Calculou-se o IMC utilizando-se os seguintes pontos de corte para a classificação: desnutrição ($IMC < 22 \text{ kg}/\text{m}^2$), eutrofia ($IMC \geq 22 \text{ kg}/\text{m}^2$ e $< 27 \text{ kg}/\text{m}^2$) e obesidade ($IMC \geq 27 \text{ kg}/\text{m}^2$), pontos de corte propostos por Lipchitz⁸.

Foram mensuradas medidas de perímetros corporais com o auxílio de uma trena antropométrica flexível e inelástica SANNY® de 150 cm. A circunferência da cintura (CC) foi mensurada no ponto médio entre a última costela e a crista ilíaca, para classificação quanto ao risco de complicações metabólicas associadas à obesidade. Foram utilizados os pontos de corte da OMS⁷ que considera como risco moderado mulheres com CC entre 80cm e 88cm e como risco alto $\geq 88\text{cm}$. O IMC é um bom indicador, mas não totalmente correlacionado com a gordura corporal, não definindo a sua distribuição. O IMC não distingue massa gordurosa de massa magra, podendo ser menos preciso em indivíduos mais idosos, em decorrência da perda de massa magra e diminuição do peso, e superestimado em indivíduos com grande quantidade de massa magra.

A avaliação da composição corporal foi feita pela análise da BIA, realizada com o analisador portátil de massa corporal de modelo HBF-514c. É um método de fácil aplicação, reprodutível, não invasivo, relativamente de baixo custo e com validade confirmada⁹.

Para a aplicação da BIA solicitou-se que as idosas: evitassem o uso de medicação diurética no dia anterior ao exame; não realizassem atividade física pelo menos nas 12 horas que precedessem o teste; urinassem antes da realização do teste; não ingerissem bebidas alcoólicas ou que continham cafeína; removessem acessórios ou peças contendo metal no corpo e fizessem jejum de água e alimentos, pelo menos, quatro horas antes do exame.

As idosas foram posicionadas sobre a plataforma tipo balança com eletrodos para os pés e instruídas a segurar a haste horizontal com os demais eletrodos acoplados e segurar o aparelho com os braços estendidos à frente, formando um ângulo de 90° com o tronco, com ambas as mãos sobre os eletrodos, para que a corrente elétrica pudesse percorrer os membros superiores e a região superior do tronco. Durante o teste, que tem duração média de 30 segundos, a idosa foi orientada a não se movimentar ou conversar e manter a postura ereta.

A avaliação da funcionalidade se deu por meio da aplicação do teste de caminhada de seis minutos (TC6min) que é um teste de campo que consiste em instruir o avaliado a caminhar a maior distância possível durante seis minutos em um espaço de 30 metros, com marcação no solo a cada três metros; ao final do percurso, o paciente deve contornar um cone que delimita o espaço e mudar o sentido da caminhada¹⁰. Estimou-se a distância percorrida por meio das equações de Enright e Sherrill e classificou-se essa distância de acordo com esses autores, que consideram que pessoas saudáveis caminham em torno de 400 a 700 metros em 12 minutos¹¹.

As idosas com $CC \geq 88$ cm foram consideradas obesas, conforme proposto pelas diretrizes brasileiras de obesidade, definidas pela Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e Síndrome Metabólica⁹. Essas diretrizes sugerem que a CC tem maior sensibilidade do que o IMC no rastreamento da obesidade.

As idosas foram classificadas como sarcopênicas ao verificar que a MM mensurada fornecida pela BIA se encontrava abaixo do percentil 20 da amostra estudada ($< 6,22 \text{ kg/m}^2$)⁶. A obesidade sarcopênica

(OS) foi classificada com a presença concomitante entre obesidade e sarcopenia. Posteriormente, as idosas foram classificadas em quatro grupos: sarcopênicas, obesas, obesas sarcopênicas e adequado, composto por idosas nãoobesas e não sarcopênicas.

Realizou-se a análise estatística descritiva dos dados da população. A normalidade dos dados foi verificada pelo teste de Kolmogorov-Smirnov. Para as variáveis categóricas (*prática de atividade física, escolaridade e renda*) utilizou-se a análise de variância (ANOVA). Para comparar as médias das variáveis: *atividade física, escolaridade, renda, IMC, CC* e os quatro grupos de classificação com os resultados obtidos no TC6min foram realizados os testes *t* independente e ANOVA. Por fim, foram realizadas análises de regressão linear múltipla pelo método *backward* para estimar as médias do TC6min para cada uma das variáveis estudadas, ajustando-se os potenciais fatores de confusão ou covariáveis, como a *prática de atividade física, a idade e a escolaridade*. Os fatores de confusão foram identificados de acordo com a literatura e pela análise bivariada.

RESULTADOS

As características socioeconômicas, de composição corporal e de prática de atividade física da amostra podem ser visualizadas na Tabela 1. Inicialmente, a amostra era de 105 idosas, porém cinco foram excluídas pela impossibilidade da realização dos testes. A amostra final consistiu em 100 idosas com média de idade de $67(\pm 8,0)$ anos.

A distribuição das idosas nos quatro grupos de classificação pode ser visualizada na Tabela 2.

Tabela 1. Caracterização socioeconômicas, de composição corporal e de prática de atividade física das idosas (N=100). Santa Cruz, RN, 2017.

Variável	Média (desvio-padrão)
Idade	67,0 (±8,0)
	n (%)
Atividade física	
Sim	41 (41)
Não	59 (59)
Escolaridade	
Analfabeto	20 (20)
Ensino fundamental	38 (38)
Ensino médio	32 (32)
Ensino superior	10 (10)
Renda (salário mínimo)	
Até 2	48 (48)
Entre 2-4	(22)
>4	30 (30)
Índice de massa corporal (kg/m ²)	
<27kg/m ² (sem obesidade)	26 (26)
≥27 kg/m ² (com obesidade)	74 (74)
Circunferência da cintura (cm)	
<88cm (sem obesidade)	9 (9)
≥88cm (com obesidade)	91 (91)

Tabela 2. Classificação das idosas quanto à presença de sarcopenia, obesidade e obesidade sarcopênica (N=100). Santa Cruz, RN, 2017.

Classificação	n (%)
Adequado	18 (18)
Sarcopenia	14 (14)
Obesidade	63 (63)
Obesidade sarcopênica	5 (5)

Verificou-se que idosas que praticavam atividade física percorreram em média 374,73m, enquanto as que não praticavam 318,75m ($p=0,007$). Em relação à escolaridade, as que eram analfabetas caminharam entre 288,88m e 337,18m; 369,20m e 369,63m foram percorridos pelas que possuíam até o ensino fundamental, entre este e o ensino médio e mais que o ensino médio, respectivamente ($p=0,045$). As idosas que recebiam até dois salários mínimos percorreram 322,78m, as que recebiam entre esse

valor e quatro salários mínimos 373,18m e as que recebiam acima de quatro salários 356,73m ($p=0,101$).

A Tabela 3 mostra o desempenho no TC6min de acordo com as variáveis de composição corporal e com a distribuição nos quatro grupos de classificação.

A análise de regressão linear múltipla para o TC6min em relação às variáveis de composição corporal ajustada pelas covariáveis *idade*, *atividade física* e *escolaridade* pode ser visualizada na Tabela 4.

Tabela 3. Teste de caminhada de seis minutos (TC6min) de acordo com as variáveis de composição corporal e a classificação com os grupos de classificação. Santa Cruz, RN, 2017.

Variável	Média e desvio-padrão	p-valor
Índice de massa corporal (kg/m ²)		
<27kg/m ² (sem obesidade)	363,71 (±96,03)	0,081
≥27kg/m ² (com obesidade)	321,50 (±105,53)	
Circunferência da cintura(cm)		
<88cm (sem obesidade)	399,33 (±63,82)	0,041*
≥88cm (com obesidade)	336,39 (±104,33)	
Classificação quanto aos grupos		
Adequado	376,28 (±78,73)	0,021*
Sarcopenia	351,14 (±110,04)	
Obesidade	333,40 (±107,70)	
Obesidade sarcopênica	280,00 (±34,64)	

*Significância estatística ($p < 0,05$) pelo teste de análise de variância (ANOVA).

Tabela 4. Análise de regressão linear múltipla para o teste de caminhada de seis minutos (TC6min) em relação às medidas de composição corporal. Santa Cruz, RN, 2017.

Variável	TC6min (metros)		
	β	IC 95%	p-valor**
Modelo 1*			
Índice de massa corporal			
<27kg/m ² (sem obesidade)	28,10	-18,74-74,96	0,236
≥27kg/m ² (com obesidade)	0		
Modelo 2*			
Circunferência da cintura			
<88cm (sem obesidade)	56,74	-10,25-23,74	0,096
≥88cm (com obesidade)	0		

*Modelos ajustados pelas variáveis *idade, escolaridade e atividade física*; **significância estatística ($p < 0,05$) na regressão linear.

Também realizou-se a análise de regressão linear múltipla para o TC6min em relação aos grupos de classificação ajustada pelas covariáveis *idade, atividade*

física e escolaridade (Tabela 5). Pode-se observar que houve diferenças estatisticamente significativas no TC6min entre os grupos ($p < 0,05$).

Tabela 5. Análise de regressão linear múltipla para o teste de caminhada de seis minutos (TC6min) em relação aos grupos de classificação. Santa Cruz, RN, 2017.

Variável	TC6min (metros)		
	β	IC 95%	p-valor**
Modelo 1*			
Adequado	59,64	-62,61-181,89	0,006**
Sarcopenia	37,34	-87,83-162,52	
Obesidade	24,63	-89,54-138,813	
Obesidade sarcopênica	0		

*Modelo ajustado pelas variáveis *idade, escolaridade e atividade física*; **significância estatística ($p < 0,05$) na regressão linear.

DISCUSSÃO

A sarcopenia e a OS são referidas como desafios para a saúde pública por serem importantes causas de fragilidade entre idosos, porém pouco se conhece sobre sua relação com a capacidade funcional dessa população². Em nosso estudo, o desempenho de idosas sarcopênicas no TC6min foi inferior ao das idosas nãoobesas e não sarcopênicas ($p=0,021$), diferindo dos achados de Gadelha et al.¹² e Lima et al.¹³ que verificaram que o desempenho das idosas com sarcopenia, apesar de menores, não apresentaram associação significativa com os testes de funcionalidade. Esses resultados indicam que a MM reduzida de indivíduos idosos merece atenção e deve ser mantida em níveis adequados, conseqüentemente, conduzindo a uma melhor capacidade funcional e auxiliando na promoção da autonomia dessa população.

Desta forma, é necessário que os serviços de saúde atuem de forma preventiva, tanto para diagnosticar e diminuir os fatores de risco da perda da massa magra e funcionalidade quanto para orientar sobre as alterações decorrentes do envelhecimento ou, até mesmo, reabilitar aqueles já acometidos por esses deficit. Adotando uma ampliação do cuidado, os serviços de saúde podem auxiliar não somente os idosos, mas também suas famílias, a terem hábitos de vida saudáveis para que possam amenizar tais alterações e suas conseqüências, contribuindo para o acesso e a obtenção de uma qualidade de vida que se sobreponha às incapacidades e aos limites aduzidos com a idade. Permitindo, assim, ampliar as formas que os idosos lidam com o envelhecimento, como através da formulação de diretrizes para uma política de saúde que aumente a composição das equipes com a incorporação de novos saberes e práticas, entre elas, os profissionais da nutrição e terapia física¹⁴.

No presente estudo, encontramos prevalência de 14% de sarcopenia, sendo difícil comparar as prevalências entre populações nacionais e internacionais, pois não existem pontos de corte bem definidos. Foi considerado como sarcopenia o valor de MM menor que $6,22\text{kg}/\text{m}^2$, corroborando os pontos de corte encontrados na literatura por Santos et al.¹⁵ e Hofmann et al.¹⁶ que foram de $<5,45\text{kg}/\text{m}^2$ e $\leq 6,75\text{kg}/\text{m}^2$, respectivamente, em populações semelhantes à do nosso estudo.

A ausência de uniformidade na identificação dessas condições dificulta a compreensão da sua relação com a funcionalidade. O Consenso Europeu em definição e diagnóstico para a sarcopenia¹⁷ reconhece também a importância da qualidade muscular no diagnóstico da sarcopenia e da OS, pois a infiltração de gordura no tecido muscular pode provocar uma diminuição na performance funcional. Portanto, é importante considerar variáveis como a massa corporal, a força muscular e a performance física neste diagnóstico, porém os métodos de identificação ainda requerem estudos futuros para contemplar tais fatores¹⁷.

A prevalência de sarcopenia em nosso estudo foi similar à de Santos et al.¹⁵ que obtiveram resultados de 16,8% com 149 idosas, média de idade de 67,17 ($\pm 6,12$) anos. Du et al.¹⁸ avaliaram a prevalência de sarcopenia em 2.458 voluntários acima de 65 anos de diferentes grupos raciais/etnias e obtiveram resultados semelhantes ao nosso em mulheres brancas, com prevalência de 15,1% de sarcopenia, porém em idosas negras a prevalência foi de apenas de 1,6%.

Em nosso estudo, a maioria da população possuía até o ensino fundamental (38%) e recebia até dois salários mínimos (48%), tendo os piores desempenhos no TC6min em relação às que tinham mais instrução e melhor condição socioeconômica. A quantidade de MM pode ser influenciada por fatores como idade, estatura, peso corporal, etnia/raça, e também pela nutrição e tempo de vida em exposição às adversidades socioeconômicas¹⁸.

Estudo de Machado e Vieira¹⁹ mostra que adversidades socioeconômicas como a escolaridade influenciaram na funcionalidade do idoso, pois enquanto os alfabetizados apresentavam uma chance de dependência para desenvolverem atividades instrumentais de vida diária, os analfabetos tinham 2,61 chances de serem dependentes. A escolarização permite que o idoso desenvolva habilidades que facilitam a solução de problemas de saúde e contribuem para evitá-los ou protelá-los.

É coerente pressupor que a pior condição socioeconômica, o menor grau de escolaridade e a miscigenação, comumente encontrados na população brasileira, podem explicar em parte o pior desempenho no TC6min, o que pode ser justificado pela aplicação de forma inadequada das equações estrangeiras para estimar em metros a distância

percorrida no TC6min em nossa população. Em estudo com noruegueses, a distância percorrida no TC6min foi de 132m a mais naqueles que tinham melhor escolaridade e 30m a mais nos que tinham melhor condição socioeconômica²⁰.

A OS foi relativamente frequente e associada com o baixo desempenho no TC6min. A prevalência de OS em nosso estudo foi de 5%, encontramos outros estudos com prevalências maiores, como o de Moreira⁶ que obteve uma prevalência de 7,1% em mulheres de meia-idade do nordeste do Brasil e o de Monteiro et al.²¹ realizado com mulheres europeias em estado pós-menopausal com prevalência de 9,2%. Oliveira et al.²² encontraram uma prevalência de OS de 19,8% em mulheres idosas, com idade média de 66,8(±5,6) anos, que foi associada com força muscular reduzida e deficit funcional. O mesmo foi relatado por Gadelha et al.¹², com uma prevalência de 23,4%.

A prática de atividade física atua como um efeito protetor quanto ao desenvolvimento da sarcopenia e OS, visto que ajuda a manter ou mesmo aumentar a MM e a força, reduzir a gordura corporal e a obesidade e, conseqüentemente, melhorar o desempenho motor^{23,24}. Porém, 59% da nossa amostra eram idosas, que praticavam atividade física menos de três vezes na semana, tendo um pior desempenho no TC6min ($p < 0,05$). Resultado semelhante foi encontrado por Santos et al.²⁵ que constataram que a prática insuficiente de atividade física estava associada a sarcopenia ou a OS em 770 indivíduos com idade maior ou igual a 50 anos no sudeste do país.

Outros autores não encontraram correlações significativas entre o TC6min e os escores de um questionário de atividade diária²⁶ e atividades físicas autorrelatadas, incluindo caminhada habitual e atividade física regular²⁰. Embora a atividade física esteja associada positivamente com a manutenção da funcionalidade, reduzindo os efeitos deletérios ocasionados pelo envelhecimento²⁷, estudos específicos sobre a influência de atividades físicas no TC6min ainda são necessários.

As estimativas de que a obesidade detecta possíveis riscos à saúde são frequentemente reportadas com base no IMC, que retrata apenas uma alteração no balanço energético do indivíduo. Entretanto, não permite que outros fatores, como distúrbios

metabólicos e inflamatórios e de MM/massa corporal, sejam considerados²⁸.

No presente estudo, encontramos uma prevalência de obesidade de acordo com a CC de 91%. Na Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição (PNSN), de 1989, aproximadamente metade (50,2%) das mulheres idosas avaliadas apresentou excesso de peso baseado no IMC²⁹. O Sistema de Vigilância Telefônica para Riscos e Fatores Preventivos para Doenças Crônicas (VIGITEL) apresentou taxas de prevalência de 53,4% em 2006 e 58,5% em 2012³⁰.

Verificou-se por meio da análise de regressão linear na Tabela 5 que o fato de as idosas serem apenas obesas, implicava em execução de um pior TC6min quando comparadas às idosas com sarcopenia ou não obesas e não sarcopênicas ($\beta = 24,63$; IC = -89,54-138,81; $p = 0,006$). Acredita-se que o IMC elevado seria limitante no TC6min, pois a obesidade pode influenciar a marcha e aumentar a carga de trabalho³¹. Em nosso estudo, não houve diferença significativa entre os indivíduos obesos e nãoobesos de acordo com o IMC no TC6min ($p = 0,081$). Camarri et al.²⁶ corroboraram tais resultados ao avaliar o TC6min em 70 idosos caucasianos sugerindo que, opcionalmente, fossem utilizadas outras variáveis antropométricas, como a CC.

Como alternativa à classificação da obesidade, em nosso estudo aferiu-se a CC e as idosas que apresentaram obesidade central (CC ≥ 88cm) também tiveram pior desempenho funcional, tendo percorrido distância significativamente menor que as sem obesidade central. Uma das hipóteses explicativas propostas por Campanha-Versiani et al.³², que avaliou o desempenho de 48 idosas com CC > 88cm e constatou resultado semelhante ao estudo em discussão, seria que a deposição da gordura visceral poderia influenciar o gasto energético no exercício, considerando que também existe maiores obstáculos na deambulação na existência da obesidade.

Os resultados obtidos mostram a importância de, no diagnóstico da sarcopenia e da OS, se utilizar distintas formas de diagnóstico da obesidade (IMC e CC), como ressaltado no estudo de Souza et al.³² para identificar a obesidade dos idosos em avaliações individuais e coletivas, visando melhor prognóstico de problemas de saúde por esses parâmetros de adiposidade. Os profissionais de saúde devem,

portanto, olhar para além do IMC, que não é suficiente por si só para avaliar o risco prematuro, não classificando uma parcela considerável da população em risco cardiometabólico iminente³³.

Uma limitação deste estudo refere-se ao delineamento transversal que não permitiu estabelecer uma relação temporal de causa e efeito entre as variáveis. Outro ponto é a projeção amostral que, além de se trabalhar com pequena amostra para determinar a prevalência, investigou-se a inadequação da capacidade funcional apenas em idosas que frequentaram FACISA/UFRN, não havendo uma amostra heterogênea para que os presentes dados pudessem ser extrapolados.

CONCLUSÃO

A obesidade foi uma condição altamente prevalente entre as idosas participantes do estudo, sendo a

presença de sarcopenia e obesidade sarcopênica condições menos frequentes nessa amostra. No entanto, embora a obesidade e sarcopenia tenham sido significativamente associadas a resultados substancialmente piores de desempenho no teste de caminhada de seis minutos, a combinação das duas condições (obesidade e sarcopênica) resultou em resultados ainda piores, quando comparado com as duas condições separadamente.

Tendo em vista o aumento crescente dos índices de incapacidade que acompanham o aumento do envelhecimento populacional, os resultados do presente estudo demonstram a necessidade de se investigar a presença de ambas as condições entre populações idosas, com o intuito de identificar aquelas com maior probabilidade de possuir alterações no desempenho funcional. Com isso, será possível direcionar estratégias apropriadas de prevenção e reabilitação, visando à redução dos índices de dependência funcional nessa população.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Portaria GM nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa- PNSI. Diário Oficial da União. 20 out. 2006. p. 142.
2. Shlisky J, Bloom DE, Beaudreault AR, Tucker KL, Keller HH, Freund-Levi Y, et al. Nutritional considerations for healthy aging and reduction in age-related chronic disease. *American Society for Nutrition. Adv Nutr.* 2017;8(1):17-26.
3. Stenholm S, Alley D, Bandinelli S, Griswold ME, Koskinen S, Rantanen T, et al. The effect of obesity combined with low muscle strength on decline in mobility in older persons: results from the InCHIANTI study. *Int J Obes.* 2009;33(1):635-44.
4. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico 2010: Resultados da amostra - características da população - 2010 [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2010 [acesso em 07 jul. 2017]. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?lang=&codmun=241120&idtema=90&search=rio-grande-do-norte|santa-cruz|censo-demografico-2010:-resultados-da-amostra-caracteristicas-da-populacao->
5. Ribeiro AA, Pessoa MTG, Azevedo SMU, Oliveira VTL, Meireles AL. Caracterização socioeconômica, estado nutricional e prevalência de insegurança alimentar em idosos usuários do restaurante popular de um município do nordeste brasileiro. *Rev Ciênc Plur.* 2016;2(3):212-8.
6. Moreira MA. Envelhecimento e qualidade de vida pra idosos: um estudo de representações sociais [tese]. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Centro de Ciências da Saúde; 2016.
7. Organização Mundial de Saúde. Physical status: the use and Organization. [Sem Local]: WHO; 1995.
8. Lipschitz DA. Screening for nutritional status in the elderly. *Prim Care.* 1994;21(1):1994.
9. Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. Diretrizes Brasileiras de Obesidade 2016 [Internet]. 4ª ed. São Paulo; 2016 [acesso em 10 nov. 2017]. Disponível em: <http://www.abeso.org.br/uploads/downloads/92/57fcc403e5da.pdf>
10. Hill K, Dolmage TE, Woon L, Coutts D, Goldstein R, Brooks D. Defining the relationship between average daily energy expenditure and field-based walking tests and aerobic reserve in COPD. *Chest.* 2012;141(2):406-12.
11. Enright PL, Sherrill DL. Reference equations for the six-minute walk in healthy adults. *Am J Respir Crit Care Med.* 1998;158(5):1384-7.
12. Gadelha AB, Dutra MT, Oliveira RJ, Safons MP, Lima RM. Associação entre força, sarcopenia e obesidade sarcopênica com o desempenho funcional de idosas. *Motricidade.* 2014;10(3):31-9.

13. Lima ARS, Portes LA, Oliveira NC, Alfieri FM. Limiar de tolerância de dor à pressão, estilo de vida, força muscular e capacidade funcional em idosos com sarcopenia. *Acta Fisiátrica*. 2016;23(2):212-20.
14. Aciole GG, Batista LH. Promoção da saúde e prevenção de incapacidades funcionais dos idosos na estratégia de saúde da família: a contribuição da fisioterapia. *Saúde Debate*. 2013;37(96):10-9.
15. Santos RR, Bicalho MAC, Mota P, Oliveira DR, Nunes E. Obesity in the elderly. *Rev Med Minas Gerais*. 2013;22(6):499-511.
16. Hofmann M, Halper B, Oesen S, Franzke B, Stuparits P, Tschan H. Serum concentrations of insulin-like growth factor-1, members of the TGF-beta superfamily and follistatin do not reflect different stages of dynapenia and sarcopenia in elderly women. *Exp Gerontol*. 2015;64(6):35-45.
17. Cruz-jentoft AJ, Baeyens JP, Bauer JM, Boirie Y, Cederholm T, Landi F, et al. Sarcopenia: European consensus on definition and diagnosis: report of the European working group on sarcopenia in older people. *Age Ageing*. 2010;39(4):412-23.
18. Du K, Goates S, Arensberg MB, Pereira S, Gaillard T, Hegazi R. Ethnic variations in the prevalence of sarcopenia and sarcopenic obesity in older adults. *FASEB J*. 2017;31(11):1-2.
19. Machado A, Vieira MCU. Impacto de fatores socioeconômicos na funcionalidade da pessoa idosa portadora de condições crônicas. *Rev Enferm UFSM*. 2015;5(1):81-91.
20. Saad B, Prefaut C, Tabka Z, Mtir AH, Chemit M, Hassaoune R, et al. 6-minute walk distance in healthy North Africans older than 40 years: influence of parity. *Respir Med*. 2009;103(1):74-84.
21. Monteiro MA, Gabriel RC, Sousa MF, Castro MN, Moreira MH. Temporal parameters of the foot roll-over during walking: influence of obesity and sarcopenic obesity on postmenopausal women. *Maturitas*. 2010;67(2):178-85.
22. Oliveira LPBA, Medeiros LMF, Meirelles BHS, Santos SMA. Satisfação da população idosa atendida na estratégia de saúde da família de Santa Cruz, Rio Grande do Norte. *Texto & Contexto Enferm*. 2011;23(4):871-9.
23. Atkins JL, Whincup PH, Morris RW, Lennon LT, Papacosta O, Wannamethee SG. Sarcopenic obesity and risk of cardiovascular disease and mortality: A population-based cohort study of older men. *J Am Geriatr Soc*. 2014;62(2):253-60.
24. Bann D, Kuh D, Wills AK, Adams J, Brage S, Cooper R. Physical activity across adulthood in relation to fat and lean body mass in early old age: findings from the medical research council national survey of health and development, 1946-2010. *Am J Epidemiol*. 2014;179(10):197-207.
25. Santos VR, Araujo MYC, Cardoso MR, Batista VC, Christofaro DGD, Gobbo LA. Association of insufficient physical activity with sarcopenia and sarcopenic obesity in individuals aged 50 years or more. *Rev Nutr*. 2017;30(2):175-84.
26. Camarri B, Eastwood PR, Cecins NM, Thompson PJ, Jenkins S. Six minute walk distance in healthy subjects aged 55-75 years. *Respir Med*. 2006;100(4):658-65.
27. Organização Mundial de Saúde. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília, DF: OPAS; 2005.
28. Leone C, Nascimento VG, Silva JPC, Bertoli CJ. Razão cintura/estatura: marcador de alteração nutricional em pré-escolares. *Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum*. 2014;24(3):289-94.
29. Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição. Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição- PNSN.1989. Arquivo de dados da pesquisa. Brasília, DF: MS; 1991.
30. Malta DC, Andrade SC, Claro RM, Bernal RTI, Monteiro CA. Evolução anual da prevalência de excesso de peso e obesidade em adultos nas capitais dos 26 estados brasileiros e não Distrito Federal entre 2006 e 2012. *Rev Bras Epidemiol*. 2014;17:267-76.
31. Gomes-Neto M, Araujo, AD, Junqueira IDA, Oliveira D, Brasileiro A, Arcanjo FL. Estudo comparativo da capacidade funcional e qualidade de vida entre idosos com osteoartrite de joelho obesos e não obesos. *Rev Bras Reumatol*. 2016;56(2):126-30.
32. Campanha-versiani L, Silveira ECBR, Pimenta, MC, Alvarenga SG, Parentoni AN, Ribeiro-Samori GA, et al. Influência da circunferência abdominal sobre o desempenho funcional de idosas. *Fisioter Pesqui*. 2010;17(4):327-31.
33. Souza IFS, Oliveira Neta RS, Gazzola JM, Souza MC. Idosos com osteoartrite de joelhos devem realizar avaliação nutricional: revisão integrativa da literatura. *Einstein*. 2016;15(2):226-32.

Recebido: 18/11/2017

Revisado: 20/03/2018

Aprovado: 25/05/2018



Alterações dos pés de idosos institucionalizados

Changes to the feet of institutionalized elderly persons

Eidimara Ferreira¹
Marilene Rodrigues Portella²
Marlene Doring²

Resumo

Objetivo: Identificar as alterações mais frequentes dos pés de idosos institucionalizados. **Método:** Trata-se de um estudo descritivo realizado com idosos residentes em Instituições de Longa Permanência para Idosos, no município de Passo Fundo, RS, Brasil. Participaram 174 pessoas com 60 anos ou mais, de ambos os sexos. Foram excluídos aqueles com amputação, queimaduras ou submetidos à cirurgia de membros inferiores. Os dados foram coletados por meio da aplicação de um questionário estruturado contendo variáveis sociodemográficas (idade, sexo, raça, estado civil, escolaridade, principal ocupação) e referentes às alterações podológicas (ungueais, dermatológicas e deformidades ósseas). Na sequência foi aplicada a Escala Manchester para avaliação do grau de deformidade do hálux. **Resultados:** As alterações ungueais mais frequentes foram a onicomicose, onicogrífose, onicólise, onicosclerose; as dermatológicas encontradas foram calosidades, especialmente a interdigital e bromidrose; as deformidades ósseas mais prevalentes foram pé cavo e arco transversal. Na avaliação do hálux valgo, segundo a Escala Manchester, identificaram-se pés dolorosos (38,5%), deformidade leve (35,6%) e sem deformidades (25,3%). **Conclusão:** Os resultados sugerem indícios de negligência acerca da saúde dos pés dos idosos, no âmbito da institucionalização. Faz-se necessário maior investimento na qualificação das equipes responsáveis pelo cuidado.

Palavras-chave: Avaliação em Saúde. Podiatria. Instituição de longa permanência para idosos.

Abstract

Objective: The present study aimed to identify the most frequent changes to the feet of institutionalized elderly persons. **Method:** A descriptive study was conducted with elderly persons living in long-term care facilities in the city of Passo Fundo, Rio Grande do Sul, Brazil. A total of 174 people aged 60 years and over of both genders were surveyed regardless of health conditions. Those with amputations, burns or who were undergoing

Keywords: Health evaluation. Podiatry. Homes for the Aged.

¹ Universidade de Passo Fundo, Instituto de Ciências Biológicas. Passo Fundo, RS, Brasil.

² Universidade de Passo Fundo, Programa Pós-Graduação Stricto Sensu em Envelhecimento Humano. Passo Fundo, RS, Brasil.

Financiamento da pesquisa: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior/Programa Nacional de Cooperação Acadêmica (CAPES/PROCAD). Edital nº 071/2013. Convênio 2972/14, projeto de pesquisa no. 88881.068447/2014-01.

surgery of the lower limbs were excluded. Data were collected through the application of a structured questionnaire containing sociodemographic variables (age, gender, ethnicity, marital status, schooling, main occupation) and variables related to alterations of the feet (nail, dermatological and bone deformities). The Manchester Scale was subsequently applied to evaluate the degree of hallux deformity. *Results:* The most frequent nail deformities were onychomycosis, onychogryphosis, onycholysis, onychosclerosis; the dermatological findings were callosities, especially interdigital and bromhidrosis; the most prevalent bone deformities were pes cavus and transverse arches. In the assessment of hallux valgus, according to the Manchester Scale, painful feet (38.5%), mild deformities (35.6%) and no deformities (25.3%) were identified. *Conclusion:* The results suggest signs of neglect of the health of the feet of institutionalized elderly persons. There should be more investment in the training of teams responsible for care.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento caracteriza-se como um processo contínuo de transformações, no qual cada indivíduo vivencia de modo diferente, pois sofre influência da herança genética, do estilo de vida adotado ao longo do tempo, do ambiente, das oportunidades ou das desigualdades em saúde, além das alterações anatômicas, fisiológicas e psicológicas¹. Na dimensão biológica, o envelhecimento é um processo dinâmico, progressivo e fisiológico, acompanhado por modificações morfológicas e funcionais, dentre elas encontram-se as estruturas anatômicas e fisiológicas dos pés².

Os pés são partes do corpo que, além de sustentar toda a estrutura corpórea, participam da mobilidade, pois é por meio deles que a locomoção, o equilíbrio e a motricidade permitem ao indivíduo a sua independência locomotora. Doenças de origem arterial obstrutiva crônica, as vasculares e o diabetes *mellitus* são enfermidades que tornam os idosos suscetíveis às complicações podológicas^{2,3}.

As alterações podológicas, quando instaladas no processo de envelhecer, para algumas pessoas vêm acompanhadas da diminuição da funcionalidade e do aumento do grau de dependência de terceiros para o desenvolvimento das atividades diárias, o que pode ser agravado na presença de doenças crônicas e incapacitantes. Isso acarreta problemas de saúde, destacando-se dentre eles os que acometem as estruturas do aparelho locomotor como ossos, músculos, articulações, nervos e tendões, os quais se agravam na presença da dor.

Estudos revelam alta prevalência de problemas relacionados à saúde dos pés, associados a traumas

que comprometem a integridade das unhas, da pele, dos nervos, dos vasos, das estruturas ósseas^{4,5}. Outro aspecto importante são as calosidades e os processos álgicos, os quais incorrem em manifestações psicológicas³.

Doenças crônicas, como o diabetes e a doença arterial obstrutiva crônica, podem resultar em lesões nos membros inferiores, em especial, nos idosos os problemas nos pés impulsionam a deterioração da habilidade funcional e interferem na mobilidade aumentando o risco para quedas^{2,3}.

Tendo em vista o elevado crescimento da população idosa e o aumento da demanda por cuidados de longo prazo¹, a tendência é a procura por alternativas de serviços, entre as quais se encontram as Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI), embora as políticas priorizem a família como signatária do cuidado ao idoso. Considerando que o paradigma atual em saúde focaliza a manutenção da capacidade funcional e a promoção da qualidade de vida, e, dada a relevância dos problemas com os pés dos idosos, justifica-se o investimento em pesquisas voltadas a esse grupo populacional.

Dessa forma, o presente estudo teve por objetivo identificar as alterações mais frequentes nos pés de idosos institucionalizados, no intuito de fomentar subsídios para atender ao caráter global de cuidado à saúde da população idosa.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo realizado com idosos residentes em ILPI, no município de Passo Fundo, RS. Participaram 174 pessoas com 60 anos

ou mais, de ambos os sexos, independentemente das condições de saúde, em seis instituições. Os critérios de exclusão do estudo foram: idosos hospitalizados no período de coleta de dados, com membros inferiores amputados e/ou com histórico de queimaduras e/ou intervenção cirúrgica recente nos pés. Esta pesquisa é parte de um projeto maior intitulado *Padrões de envelhecimento e longevidade: Aspectos biológicos educacionais e psicossociais*, o qual faz parte do Programa Nacional de Cooperação Acadêmica (PROCARD/CAPES, Edital n.º.71/2013).

A coleta de dados foi realizada mediante a aplicação de um questionário estruturado, no período de outubro de 2016 a maio de 2017, por uma equipe previamente treinada. A avaliação dos pés foi feita por dois acadêmicos de Enfermagem sob supervisão da pesquisadora. Os mesmos receberam capacitação específica para identificar as alterações podais. A Escala Manchester foi aplicada para verificar o grau de deformidade do hálux. Esse teste foi desenvolvido por Garrow et al.⁶, no qual determina o uso de uma folha com a representação fotográfica com os quatro graus de deformidades (sem deformidade- 0 ponto; deformidade leve-1 ponto; deformidade moderada- 2 pontos; severa- 3 pontos). A mesma deve ser colocada ao lado do pé direito para que seja feita a comparação. A referida escala foi traduzida e validada para a realidade brasileira por Esótico⁵.

Realizou-se análise descritiva dos dados, considerando-se as variáveis sociodemográficas (idade, sexo, raça, estado civil, escolaridade, principal ocupação) e variáveis referentes às alterações podológicas (ungueais, dermatológicas e deformidades ósseas).

Foram respeitados os preceitos éticos que normatizam a pesquisa envolvendo seres humanos, dispostos na Resolução n.º 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Os participantes e/ou seus cuidadores assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Passo Fundo, parecer n.º. 2.097.278.

RESULTADOS

Participaram do estudo 174 idosos, a maioria eram mulheres (62,6%), da cor branca (83,3%). A idade variou entre 60 e 101 anos, com média de 80,5 ($\pm 9,4$) anos. Quanto ao estado civil, 55,2% eram viúvos e 21,3% solteiros; 67,8% tinham de um a oito anos de estudos, a ocupação pregressa mais referida foi a do lar (23,0%), seguida da agricultura (20,1%) (Tabela 1).

No que diz respeito às alterações dos pés dos idosos (Tabela 2), as ungueais do tipo onicomicoses (70,7%), onicogribose (43,1%), onicólise (39,0%) e onicosclerose (36,2%), foram as mais frequentes. Em relação às alterações dermatológicas, houve prevalência de calosidade interdigital (23,6%), e bromidrose/ odor fétido (21,3%). As deformidades ósseas mais frequentes foram pé cavo (56,3%) e nos arcos transversais (54,6%). A higiene dos pés foi avaliada como satisfatória na maioria dos casos (64,9%).

No que se refere aos problemas podais dos idosos (Tabela 3), quando avaliados pela Escala de Manchester, 38,5% apresentaram dores nos pés; em relação ao grau de deformidades do hálux valgo, o leve foi o mais frequente, seguido por sem deformidade e deformidade moderada. Salienta-se que 17,2% apresentaram deformidade grave.

Tabela 1. Características sociodemográficas dos idosos institucionalizados (N=174). Passo Fundo, RS, 2017.

Variáveis	n (%)
Sexo	
Feminino	109 (62,6)
Masculino	65 (37,4)
Faixa etária (anos)	
60–69	25 (14,4)
70–79	52 (30,1)
≥80	96 (55,5)
Cor	
Branca	145 (85,8)
Negra	9(5,3)
Parda	13 (7,7)
Amarelo	2 (1,2)
Estado civil	
Casado(a)	13 (7,4)
Solteiro(a)	37 (21,3)
Divorciado(a)/Separado(a)	28 (16,1)
Viúvo(a)	96 (55,2)
Escolaridade (anos de estudos)	
Analfabeto	32 (18,7)
1 a 8	118 (69,0)
≥9	21 (12,3)
Ocupação pregressa	
Do lar	40 (23,0)
Agricultor(a)	35 (20,1)
Professor	15 (8,6)
Doméstica/Diarista	10 (5,7)
Costureira	6 (3,4)
Pedreiro	5(2,9)
Motorista	4 (2,3)
Outros*	34,0)

*Ocupações com frequência <4

Tabela 2. Distribuição das alterações dos pés em idosos institucionalizados (N= 174). Passo Fundo, RS, 2017.

Alterações	n (%)
Alterações ungueais	
Onicomiose	123 (70,7)
Onicogribose	75 (43,1)
Onicólise	68 (39,0)
Onicosclerose	63 (36,2)
Onicoatrofia	34 (19,5)
Psoríase ungueal	34 (19,5)
Onicodistrofia	30 (17,2)
Leuconíquia	30 (17,2)

continua

Continuação da Tabela 2

Alterações	n (%)
Alterações dermatológicas	
Calosidade interdigital	41 (23,6)
Bromidrose/Odor fétido	37 (21,3)
Anidrose	34 (19,5)
Calosidade nos artelhos	30 (17,2)
Disidrose	26 (14,9)
Tínea pedis	21 (12,1)
Calosidade plantar	18 (10,3)
Calo miliar	11 (6,3)
Fissura	10 (5,7)
Deformidades ósseas	
Pé cavo	98 (56,3)
Arco transversal	95 (54,6)
Arco medial	76 (43,7)
Arco lateral	45 (25,9)
Pé valgo/Pronado	50 (28,7)
Pé varo/Supinado	49 (28,2)
Pé plano	48 (27,6)
Hálux valgo/Joanete	109(62,6)
Dedos em garra	98 (56,3)
Higiene satisfatória	113 (64,9)

Tabela 3. Distribuição dos problemas podais em idosos institucionalizados com base na Escala de Manchester. Passo Fundo, RS, 2017.

Alterações	n (%)
Dor nos pés	
Sim	67(38,5)
Hálux valgo	
Sem deformidade	44(25,3)
Deformidade leve	62(35,6)
Deformidade moderada	38(21,9)
Deformidade grave	30(17,2)

DISCUSSÃO

Quanto ao perfil sociodemográfico dos idosos institucionalizados, mulheres com média de idade de 80,5 anos, e as alterações ungueais encontradas, corroboram os resultados de estudo realizado em São Bernardo do Campo (SP)⁷, que avaliaram os pés de idosos institucionalizados, com idade média de 86 anos de ambos os sexos. A onicomicose foi a alteração mais frequente, dado relevante

relacionado às alterações ungueais, demonstrando alto índice de alteração fúngica nos pés dos idosos institucionalizados, superando resultados encontrados em outros estudos realizados em contexto brasileiro^{8,9}.

Vale ressaltar que, dentre os fatores contribuintes para o aumento da onicomicose nos pés, o uso de calçados fechados e meias por períodos prolongados de tempo, independentemente do período sazonal,

contribuiu para causar doença no leito ungueal e de invadir a lâmina ungueal. Isso permite apontar cuidados e orientações necessárias aos cuidadores e aos próprios idosos quanto aos cuidados com os pés para essa e para as demais patologias identificadas, mesmo às não prevalentes^{3,10,11}.

Problemas como a onicogribose e a onicólise foram registrados em quase metade da população do presente estudo. Para onicogribose, unhas espessas, os estudos mostram um percentual de 43,1% em idosos. No processo de envelhecimento, as unhas tornam-se encurvadas e, geralmente, crescem mais rapidamente¹⁰, com isso, a lâmina ungueal do idoso modifica sua composição química, elevando o conteúdo de cálcio e diminuindo o de ferro. Por consequência, a lâmina torna-se frágil, quebradiça e com sulcos profundos (estrias longitudinais), surgindo, então, a onicogribose¹¹.

Cerca de um terço dos idosos estudados apresentaram onicólise, ou seja, o descolamento ungueal em idosos, o que corrobora o estudo da onicólise realizado com idosos não institucionalizados, residentes no município de Porto Alegre (RS)¹². Essa alteração pode estar relacionada a traumas, desidratação da pele, presença de umidade nos pés e aos distúrbios vasculares¹³. É uma patologia ungueal frequente em idosos, resultantes de microtraumas e uso inadequado de calçados^{3,7,14}.

Todavia, essa alteração ungueal pode estar relacionada às condições de morbididades frequentes entre os idosos, tais como baixa imunidade, hipertensão, diabetes *mellitus* ou até mesmo a higiene inadequada, em que a bromidrose é um fator contribuinte e a onicólise é um fator secundário^{4,7}, tornando difícil o manejo terapêutico e, conseqüentemente, compromete a qualidade de vida.

Com relação às alterações dermatológicas, apresentadas nesse estudo, a calosidade interdigital esteve presente em um quarto dos idosos. Em estudo que teve como objetivo verificar as características dos problemas com os pés de 50 idosos, sendo a maioria do gênero feminino, pertencentes à Unidade de Saúde da Família, demonstrou uma prevalência de 76,0%, calosidades que ocorrem em locais de proeminência óssea depois de muito tempo de pressão e atrito, podendo ocasionar dor e dificuldade para deambular¹⁵.

A pesquisa de Mello e Haddad¹⁶, sobre as condições dos pés de uma população de 784 idosos, apresentou 58,2% de problemas em calos e calosidades. As calosidades nos idosos incluem a dificuldade na capacidade funcional e interferem nas atividades básicas da vida diária, como na deambulação, e também dificultam a higiene. Já pesquisa realizada em um hospital universitário, localizado no Estado do Rio de Janeiro¹¹, encontrou a presença de calosidades em 67,5% da população de idosos. Vale destacar que além das causas fisiológicas e anatômicas, outros fatores também contribuem para o desenvolvimento de calosidades nos pés.

Dentre as deformidades ósseas, a prevalência do pé cavo foi superior aos resultados de pesquisa realizada no estado de São Paulo⁵ na qual a frequência foi de 20,0%. Ademais, se contrapondo aos resultados da pesquisa de Peral et al.¹² na qual 9,41%, apresentavam pé cavo.

As deformidades nos dedos são frequentes entre os idosos, a avaliação pela escala de Manchester revelou que um terço dos idosos avaliados apresentavam dores nos pés, e deformidade leve. Esses resultados são corroborados por estudo que avaliou idosos utilizando a mesma escala¹⁸. O pé doloroso no idoso frequentemente está associado à incapacidade funcional^{2,11,13}. As deformidades nos pés podem ser percebidas pelos idosos como algo comum do envelhecimento. Entretanto, podem causar comprometimento da saúde, por exemplo, diminuição da força, da coordenação, aumento da instabilidade postural, risco de queda, incapacidade funcional e conseqüente diminuição da qualidade de vida^{11,13,17,18}.

A presença de onicopatias assim como as deformidades nos pés podem provocar alterações comportamentais e comprometer o estado emocional da pessoa idosa. Manifestações como ansiedade e medo são fatores psicológicos que diminuem a confiança na capacidade de caminhar, um potencial risco de quedas, por conseguinte, afeta a mobilidade funcional da pessoa institucionalizada, o que justifica um investimento no cuidado frente às alterações podais.

Dificuldades referidas por membros da equipe das residências coletivas de idosos¹⁹, a exemplo da necessidade de conhecimento para cuidar dos

idosos, em particular na atuação podológica, sugere a necessidade de aprimoramento e de ações de educação continuada, pois a atenção às alterações podais nem sempre se faz presente na formação geral dos profissionais da área da saúde.

Cuidar de um idoso, independentemente do contexto, demanda uma combinação de conhecimentos, habilidades e atitudes que sustentem a atividade cuidativa, o que se efetiva pelo processo de educação e orientação dos cuidadores presentes nos serviços, em especial no estabelecimento de protocolos de cuidados. Tal prerrogativa requer a implantação de programas com foco nos cuidadores, os quais envolvam serviços de saúde e os equipamentos sociais, a exemplo das ILPI. Alerta-se também acerca da importância da participação da equipe multiprofissional nas ações educativas e a necessidade da inclusão do profissional da podologia nos serviços de saúde, algo incomum no cenário de atenção à pessoa idosa, porém justificada pela interligação de saberes.

Esse estudo apresenta algumas limitações, nomeadamente ao nível de delineamento, o qual visa geralmente descrever populações segundo atributos da pessoa, do tempo e do espaço, sem o objetivo

de se estabelecer associações ou inferências causais, o que limita a possibilidade de extrapolação para a totalidade dos idosos institucionalizados.

CONCLUSÃO

O presente estudo permitiu identificar as alterações podológicas em idosos institucionalizados. Os achados mostraram que as mais frequentes foram as de natureza ungueal, tais como onicomicose, onicogribose e a onicolise. Para as dermatológicas foram as calosidades e a bromidrose e, entre as deformidades ósseas, destacaram-se o pé cavo e o arco transversal.

O grau de deformidade do hálux valgo indicado pela Escala de Manchester mostrou maior prevalência na deformidade leve e sem deformidade. A maioria dos idosos referiu queixas de dores nos pés.

Tendo em vista os resultados desse estudo, faz-se necessária maior atenção à saúde dos pés dos idosos institucionalizados pelos profissionais da saúde e cuidadores, o que requer uma capacitação específica, visando à prevenção dessas alterações e melhoria da qualidade de vida dos idosos.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Relatório mundial de envelhecimento e saúde [Internet]. Genebra: WHO; 2015 [acesso 17 mar. 2017]. Disponível em: <http://sbgg.org.br/wpcontent/uploads/2015/10/OMS-ENVELHECIMENTO-2015-port.pdf>
2. Martínez-Gallardo PL, Hermida LF, D'hiver C. Prevalencia de patología del pie en una población Geriátrica y su impacto en la función, la marcha y el síndrome de caídas. *Rev Esp Geriatr Gerontol* [Internet]. 2012 [acesso 13 abr. 2018];47(1):19-22. Disponível em: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-prevalencia-patologia-del-pie-una-S0211139X11001739>
3. González RY, Zenteno LMA, Hernández AJ, Báez Hernández FJ, Tamariz RA. Prevalencia de enfermedades podológicas en el adulto mayor de un albergue público. *Rev Cubana Invest Bioméd* [Internet] 2016 [acesso em 12 abr. 2018];35(4):331-40. Disponível em: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002016000400004&lng=es
4. López LD, Rodríguez SD, Morales PA, Soriano MA. Aproximación al manejo de la patología micótica en el pie. *Rev Int Cienc Podol* [Internet]. 2015 [acesso em 14 abr. 2018];9(1):24-36. Disponível em: <http://revistas.ucm.es/index.php/RICP/article/view/47314/44364>
5. Esotico APC. A Avaliação dos problemas podais de idosos e sua relação com a mobilidade funcional e o equilíbrio [Dissertação]. São Paulo: Faculdade de Ciências Médicas; 2009.
6. Garrow AP, Papageorgiou A, Silman AJ, Thomas E, Jayson MIV, Macfarlane GJ. The grading of hallux valgus: The Manchester Scale. *J Am Pod Med Assoc*. 2001;91(2):74-8.
7. Vasconcellos C, Pereira CQM, Souza MC, Freitas RS, Pelegrani A, Takahashi PJ. Identificação de espécies fúngicas nas onicomicoses do idoso institucionalizado. *An Bras Dermatol*. 2013;88(3):377-80.

8. Silva L, Oliveira DB, da Silva BV, de Souza RA, da Silva PR, Ferreira-Paim K, et al. Identification and antifungal susceptibility of fungi isolated from dermatomycoses. *J Eur Acad Dermatol Venereol* [Internet]. 2014 [acesso 20 mar. 2017];28(5):633-40. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23556501>
9. Araiza-Santibáñez J, Tirado-Sánchez AL, González-Rodríguez L, Vázquez-Escorcía RM, Ponce-Olivera A, Bonifaz A. Onychomycosis in the elderly: A 2-year retrospective study of 138 cases. *Rev Méd Hosp Gen Méx* [Internet]. 2016 [acesso 17 fev. 2017];79(1):5-10. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S018510631500089X>
10. Prato SCF, Santos FC, Trevisani VFM. Pé doloroso do idoso associado à incapacidade funcional. *Rev Dor*. 2012;13(1):18-24.
11. Marin MJS, Maciel MC. Caracterização dos problemas relacionados aos pés de idosos de uma comunidade em município do interior do Estado de São Paulo. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2014;17(2):243-53.
12. Peral ATR, Mariano FC, dos Reis MC, Silveira MF. Principais patologias que acometem os pés de idosos no processo de envelhecimento. *Rev Digit Podol* [Internet]. 2016 [acesso 20 mar. 2017];1(66):23-35. Disponível em: http://www.revistapodologia.com/jdownloads/Revista%20Digital%20Gratuita%20Portugues/revistapodologia.com_066pt.pdf
13. Vázquez-Navarrete I, Olivares-Luna AM, González-Pedraza AA. Podiatric disorders, risk of falls and pain in the elderly. *Aten Fam* [Internet]. 2016 [acesso em 13 mar. 2018];23(2):39-42. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/journal/atencion-familiar/vol/23/issue/2>
14. Brasil. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. 2013. *Saúde Legis*. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html
15. Borreiros FS, Romero Soto M, Manso PG, Fernández AM, Cotelos MCS, Castiñeira MMM. Hábitos de cuidados podológicos en personas mayores de 65 años. *El Peu* [Internet]. 2010 [acesso 13 abr. 2018];30(1):36-41. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/270959307_Habitos_de_cuidados_podologicos_en_personas_mayores_de_65_anos
16. de Mello BLD, Haddad MCL. Anormalidades identificadas nos pés de idosos. *J Health Sci* [Internet]. 2014 [acesso em 19 jun. 2016];16(20):155-60. Disponível em: <http://www.pgsskroton.com.br/seer/index.php/JHealthSci/article/view/520/489>
17. Silva JS, Santo FHE, Chibante CLP. Alterações nos pés do idoso hospitalizado: um olhar cuidadoso da enfermagem. *Esc Anna Nery Ver Enferm* [Internet]. 2017 [acesso em 16 Abr. 2018];21(1):1-7. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452017000100210&lng=en
18. Barbosa KTF, Albuquerque SGE, Fernandes MG, de Oliveira FMRL, Rodrigues MMD, Fernandes AM. Alterações podais e mobilidade em idosos atendidos em um ambulatório de geriatria. *J Res Fundam Care Online* [Internet]. 2015 [acesso em 16 abr. 2018];7(2):2254-62. Disponível em: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=505750946006_2
19. Silva MP, Falcão DVS. Cuidar de Idosos numa ILPI na Perspectiva de Cuidadoras Formais. *Rev Kairós* [Internet] 2014 [acesso 12 abr. 2018];17(3):111-31. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/21774>

Recebido: 31/10/2017

Revisado: 24/03/2018

Aprovado: 14/05/2018



***Caring Senior*: um modelo brasileiro de saúde com ênfase nas instâncias leves de cuidado**

***Caring Senior*: A Brazilian health model with emphasis at light care levels**

Renato Veras¹

Resumo

O texto aborda o desenvolvimento de um modelo de atenção à saúde do idoso intitulado *Caring Senior*. O envelhecimento populacional decorrente da nova realidade demográfica e epidemiológica brasileira, fenômeno relativamente recente, exige resposta eficiente. A partir de uma análise crítica sobre os modelos de atenção à saúde para idosos, o artigo apresenta uma proposta para esse segmento etário, com ênfase nas instâncias leves de cuidado, tendo como foco a promoção da saúde e a prevenção, de modo a evitar sobrecarga no sistema. Os modelos de cuidados integrados visam resolver o problema dos cuidados fragmentados e mal coordenados nos sistemas de saúde atuais. Quanto mais o profissional conhecer o histórico do seu paciente, melhores serão os resultados. É assim que devem funcionar os modelos contemporâneos e resolutivos de cuidado, recomendados pelos mais importantes organismos nacionais e internacionais de saúde. Um modelo de cuidado de maior qualidade, mais resolutivo e com melhor relação custo-efetividade é a preocupação deste trabalho.

Abstract

The present article discusses the creation of an elderly care model entitled *Caring Senior*. Population aging caused by demographic and epidemiological changes in Brazil, a relatively recent phenomenon, requires an efficient response. Based on a critical analysis of healthcare models for the elderly, the text presents a proposal for the healthcare of this age group, with emphasis on low intensity levels of care, focusing on health promotion and prevention, in order to avoid overload in the system. Integrated care models aim to solve the problem of fragmented and poorly coordinated care in current health systems. The more health professionals know about the history of their patients, the better the results. This is how the contemporary and resolute models of care recommended by most major national and international health agencies should function. A higher quality, more resolute and cost-effective care model is the focus of the present study.

Palavras-chave: Políticas Nacional de Saúde do Idoso. Envelhecimento. Idoso. Prevenção de Doenças. Cuidado Assistencial.

Keywords: National Health Policy for the Aged. Aging. Elderly. Disease Prevention. HealthCare.

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

INTRODUÇÃO

Um dos maiores feitos da humanidade foi a ampliação do tempo de vida, que se fez acompanhar da melhora substancial dos parâmetros de saúde das populações, ainda que essas conquistas estejam longe de se distribuir de forma equitativa nos diferentes países e contextos socioeconômicos. Chegar à velhice – antes privilégio de poucos – passou a ser a norma mesmo nos países mais pobres. Essa conquista maior do século XX implica, porém, um grande desafio: agregar qualidade aos anos adicionais de vida.

A progressão da longevidade ocorreu, inicialmente, em países desenvolvidos, mas é no mundo em desenvolvimento que se manifesta de forma mais acentuada. No Brasil, o número de idosos (a partir dos 60 anos de idade) passou de 3 milhões (em 1960) para 7 milhões (em 1975), depois 14 milhões (em 2000). Um aumento de 500% em 40 anos. E deverá alcançar 32 milhões em 2020. Para efeito de comparação, em países como a Bélgica foram necessários cem anos para que a população idosa dobrasse de tamanho¹.

Um dos resultados dessa dinâmica é a demanda crescente por serviços de saúde, o que pode, em contrapartida, gerar escassez e/ou restrição de recursos. O idoso consome mais serviços de saúde, as internações hospitalares tornam-se mais frequentes e o tempo de ocupação do leito é maior se comparado a outras faixas etárias. Isso decorre do padrão das doenças dos idosos, que são crônicas e múltiplas, exigem acompanhamento constante, cuidados permanentes, medicação contínua e exames periódicos².

Nos projetos internacionais, o médico generalista ou de família absorve integralmente de 85% a 90% dos seus pacientes, sem necessidade da ação de médicos especialistas. Além disso, pode utilizar os profissionais de saúde da equipe com formações específicas (em Nutrição, Fisioterapia ou Psicologia)³. Dessa forma, o idoso dispõe de uma gama muito maior de profissionais qualificados, mas é o médico assistente quem os indica.

No Brasil, observa-se um excesso de consultas realizadas por especialistas, pois o modelo atual de assistência prioriza a fragmentação do cuidado, como se evidencia, por exemplo, na comparação com o

modelo inglês, o *National Health Service* (NHS), que tem como figura central de organização os chamados *general practitioners* (GPs), médicos generalistas de alta capacidade resolutiva que estabelecem um forte vínculo com o paciente. O sistema público de saúde da Inglaterra, o *National Health Service* (NHS) é oferecido a todos os cidadãos independentemente da renda ou condição social, a semelhança do SUS⁴. Para ter direito ao atendimento médico público e gratuito, o cidadão deve se registrar em um *General Practitioner* (GP). As unidades de atendimento são clínicas locais de assistência médica compostas por clínicos gerais e enfermeiros. Qualquer atendimento médico necessário, desde que não seja de extrema emergência ou em função de algum acidente, será feito pelo médico desse centro de saúde.

O modelo americano, por sua vez, opta pelo encaminhamento para inúmeros médicos especialistas, em um modelo de cuidado absolutamente oposto ao inglês. Estamos falando de dois países ricos, de grande tradição na medicina, que utilizam modelos diferentes e proporcionam resultados também bastante distintos⁵.

PRESSÃO FISCAL

A transição demográfica e a melhoria dos indicadores sociais e econômicos do Brasil, em comparação com décadas anteriores, trouxeram, entre outras consequências, não apenas a ampliação da população idosa, mas também maior pressão fiscal sobre os sistemas de saúde público e privado. Aumenta-se o número de idosos, naturalmente ampliam-se as doenças crônicas e os gastos⁶.

Ao longo das últimas décadas, ficou demonstrado que é possível prevenir a maioria dos problemas de saúde pública que afetam a população – relativos não somente às doenças transmissíveis, mas também às não transmissíveis. Tal afirmação é evidenciada pela significativa diminuição de mortalidade por doenças coronárias e cerebrovasculares, redução de incidência e mortalidade por câncer cervical, bem como diminuição da prevalência de consumo de fumo e incidência de câncer do pulmão em homens. Em síntese: um grande ônus produzido por doenças pode ser evitado tanto em termos sociais como econômicos⁷.

Muitos ainda veem o desenvolvimento da ação preventiva como uma sobrecarga de procedimentos e custos adicionais. Deveriam, contudo, compreendê-la como uma inversão de lógica que, em médio e longo prazos, poderá reduzir internações e outros procedimentos de muito maior custo. Todas as evidências indicam que os sistemas de saúde baseados na biomedicina terão, progressivamente, problemas de sustentabilidade.

Vivemos na era da informação. No campo da Saúde Coletiva, a informação epidemiológica se traduz em capacidade para prever eventos, possibilitando diagnóstico precoce (em especial em relação às doenças crônicas), retardando o aparecimento desses agravos, melhorando a qualidade de vida e a abordagem terapêutica⁵.

O papel do profissional de saúde, nesses casos, não é evitar a doença (pois ela já está instalada) ou procurar a cura, mas buscar a estabilização e a redução do dano, visando à manutenção da qualidade de vida⁸. Em linhas gerais, esses são os fundamentos e a discussão da saúde propostos pelo *Caring Senior*.

O QUE TODOS SABEM, MAS NÃO FAZEM

O cuidado do idoso deve ser estruturado de forma especial. A atual prestação de serviços de saúde fragmenta a atenção a esse grupo etário, com multiplicação de consultas de especialistas, informação não compartilhada, inúmeros fármacos, exames clínicos e imagens, entre outros procedimentos que sobrecarregam o sistema, provocam forte impacto financeiro em todos os níveis e não geram benefícios significativos para a saúde ou para a qualidade de vida¹. Um dos problemas decorre do foco exclusivo na doença. Mesmo quando se oferece um programa com uma lógica de antecipação dos agravos, as propostas são voltadas prioritariamente para a redução de determinada moléstia, esquecendo que numa doença crônica já estabelecida o objetivo não deve ser a cura, mas a busca da estabilização do quadro clínico e o monitoramento constante, de forma a impedir ou amenizar o declínio funcional⁸.

Estudos evidenciam que a atenção deve ser organizada de maneira integrada e os cuidados precisam ser coordenados ao longo do percurso assistencial, em uma lógica de rede desde a entrada no

sistema até os cuidados ao fim da vida⁹, com foco em ações de educação, promoção da saúde, prevenção de doenças evitáveis, postergação de moléstias, cuidado precoce e reabilitação¹⁰. A melhor estratégia para um adequado cuidado ao idoso é o permanente acompanhamento da sua saúde, variando apenas os níveis, a intensidade e o cenário da intervenção¹¹.

Os programas voltados para esse público devem ser construídos com base na integralidade do cuidado, com o protagonismo do profissional de saúde de referência e sua equipe, gerenciando não a doença, mas o perfil de saúde do doente – muitas vezes, o tratamento de alguma manifestação só pode ser conduzido com a redução ou suspensão de outras ações que vinham sendo desenvolvidas¹².

Deve-se estruturar modelos que funcionem de modo integrado e abarquem a complexidade dos cuidados demandados.

VELHA NOVIDADE

Uma unidade de saúde com características mais amplas permite antecipar alguns agravos a partir da identificação precoce de eventuais sintomas, variações de humor ou possíveis perdas funcionais. Dessa forma, o idoso poderá ser encaminhado prontamente ao médico responsável¹³. O ideal é que os serviços assistenciais de saúde estejam voltados para oferecer assistência qualificada e bem-estar ao idoso, que os clientes contem com um médico de referência e todos os médicos tenham uma carteira de clientes para cuidar. O local dessa unidade assistencial poderia ser um espaço com as características de um centro de convivência onde houvesse atividades variadas: consultas médicas, ações de integração e participação, facilitando a confiança e a fidelização do cliente ao modelo. Essa “novidade” tem pelo menos 70 anos, pois funciona assim na Inglaterra desde 1948.

Prevenção é essencial. Quanto mais precocemente a intervenção for realizada, maiores serão as chances de um melhor prognóstico³. O modelo que propomos aqui, o qual chamaremos de *Caring Senior*, acolhe a bem-sucedida experiência britânica, oferecendo acompanhamento permanente.

Na medicina, uma frase é repetida há décadas: quanto mais o profissional de saúde conhecer o

histórico do seu paciente, mais positivos serão os resultados. Essa afirmação conta com o aval da Organização Mundial da Saúde e de todos os gestores e profissionais da área. Tão razoável quanto antiga, é uma concepção que representa, ainda hoje, o que há de mais moderno em termos de modelos assistenciais de saúde⁷. O grande espanto, porém, é que não a vemos em prática no dia a dia. Deve haver, portanto, uma ênfase no cuidado integral do idoso, somando a assistência médica convencional ao desenvolvimento de atividades lúdicas e educacionais monitoradas. A finalidade é manter, pelo tempo maior possível, uma boa qualidade de vida.

Dizer que monitorar a saúde e se antecipar aos agravos previsíveis é o jeito “diferente e inovador” de cuidar é algo que deveria pôr em xeque a eficiência dos gestores de saúde, pois tal afirmação já foi feita nos primórdios do século passado e talvez o maior absurdo seja tomar esse conceito como algo atual.

A maior parte das doenças crônicas que acometem o indivíduo idoso tem na própria idade seu principal fator de risco. Envelhecer sem nenhuma doença crônica é mais a exceção do que a regra. Assim, o foco de qualquer política contemporânea deve ser a promoção do envelhecimento saudável, com manutenção e melhoria – quando possível – da capacidade funcional dos idosos, prevenção de doenças, recuperação da saúde dos que adoecem (ou estabilização das enfermidades) e reabilitação daqueles que venham a ter sua capacidade funcional restringida. Ações como essas, porém, são ainda bastante tímidas. O maior investimento continua sendo na prática assistencial tradicional, com ênfase na estrutura hospitalar¹⁴.

Precisamos compreender melhor essa dicotomia. Uma pergunta deve ser respondida: por que é tão difícil implantar programas de prevenção, apesar de, no discurso, eles serem aceitos por todos?

O QUE PROPOMOS

Para que tudo que preconizamos seja colocado em prática na saúde, é urgente um redesenho do modelo de cuidado ao idoso no Brasil¹⁵. Com estas premissas básicas, foi desenhado o modelo assistencial *Caring Senior*, que se caracteriza pelo foco nas instâncias leves, isto é, no monitoramento constante dos idosos

e no cuidado leve, porém intensivo, pois sabemos que mais de 85% desses clientes não precisarão de ações mais complexas, desde que corretamente acompanhados.

As demais ações de saúde são de responsabilidade de uma outra estrutura que cuide dos demais segmentos, ou seja, a emergência, o hospital, os exames clínicos e de imagem, os médicos especialistas. O *Caring Senior* terá alguns médicos especialistas e também acompanhará os seus clientes nas instâncias pesadas – mas como suporte, não como elemento central do cuidado, conforme veremos a seguir.

O *Caring Senior* está fundamentado em alguns princípios. O primeiro é o papel do médico, que ficará responsável por uma carteira de clientes. Para que o cuidado seja o melhor possível, oferece-se o apoio de uma enfermeira que terá papel efetivo no atendimento a essa clientela. A unidade clínica terá várias duplas formadas por médicos generalistas e enfermeiras. Calcula-se uma jornada de 40 horas de trabalho semanal para uma carteira que poderá variar de 800 a um máximo de 1.000 clientes. Dessa forma, garante-se que os profissionais tenham tempo para atender cada cliente com a devida atenção, assegurando que se consultem ao menos quatro vezes por ano e podendo acompanhá-los em outra instância de cuidado, se necessário.

Em uma unidade completa do *Caring Senior* teremos, por exemplo, cinco duplas de médicos e enfermeiras para algo em torno de 4.000 a 5.000 clientes. O local deve contar ainda com alguns profissionais de saúde capacitados para atender dentro da filosofia do programa, que prioriza promoção e prevenção. Serão psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas e educadores físicos, os quais atenderão casos selecionados pelos médicos. Esses profissionais comandarão atividades em grupo, palestras e orientações sobre os temas pertinentes.

Além dessa unidade completa do *Caring Senior*, poderemos ter em uma região (dependendo, naturalmente, da demanda) duas ou três unidades mínimas, apenas com a presença de uma dupla médico/enfermeira, ficando todo o serviço de apoio concentrado na unidade completa.

Aos que eventualmente manifestem preocupação com os possíveis custos elevados de manutenção

dessa estrutura, cabe uma advertência: profissionais de saúde custam muito menos que um dia de internação em uma Unidade de Terapia Intensiva ou um hospital. Para oferecer bom atendimento, evitar o uso abusivo de médicos especialistas e hospitalizações desnecessárias, é fundamental manter uma estrutura de acolhimento de qualidade.

PONTOS CENTRAIS DO MODELO

Um cliente adulto de mais de 49 anos com uma ou mais doenças crônicas não se cura. Nosso dever é estabilizar, monitorar e adormecer a doença, pois ela permanecerá pelo resto da sua vida. O papel do médico generalista do *Caring Senior* será manter a capacidade funcional do cliente para que possa viver de forma plena e hígida.

O ganho do *Caring Senior* se dará com a redução dos médicos especialistas e a consequente diminuição de exames e fármacos, pois a fidelização dos clientes evitará que precisem recorrer às emergências dos hospitais e reduzirá bastante os períodos de hospitalização.

Deve-se considerar que o *Caring Senior* envolve as instâncias leves de cuidado, compostas basicamente pelo atendimento de bem treinados profissionais de saúde preocupados em preservar a qualidade de vida e a participação social do cliente idoso. As instâncias consideradas pesadas são aquelas de alto custo, onde se situam o hospital e as demais unidades de longa permanência. Todo o esforço deve ser empreendido para reabilitar o idoso e trazê-lo de volta para as instâncias leves.

TECNOLOGIA COMO DIFERENCIAL

Como suporte fundamental para a dupla médico/enfermeira, é preciso haver um sistema de informação de qualidade superior e de tecnologia leve para auxiliar na fidelização dos clientes. Sem o uso de tecnologia, o projeto *Caring Senior* não é viável, por isso deve-se ter competência para utilizar o máximo do seu potencial.

Um exemplo: o cliente, ao passar pela porta de entrada da clínica, tem seu rosto identificado, o que abre de forma instantânea seu prontuário na mesa da

recepcionista. Ao recebê-lo, ela o chama pelo nome, pergunta pela família e confere a lista de remédios que o cliente está tomando. São ações absolutamente simples, mas que agregam enorme confiança ao relacionamento, fazendo com que o cliente se sinta protegido e acolhido desde o primeiro momento.

Registrar os percursos assistenciais do paciente é um diferencial desse modelo. Um sistema de informação amplo e de qualidade é capaz de documentar não somente a evolução clínica da pessoa idosa, mas também sua participação em ações de prevenção individuais ou coletivas, assim como o apoio da enfermeira e as chamadas telefônicas realizadas, que devem ser resolutivas, com pessoal treinado e qualificado.

O contato telefônico entre pacientes e profissionais deve-se realizar com total compartilhamento da informação com a equipe, em benefício de uma avaliação integral do indivíduo. O sistema de informação, que se inicia com o registro do beneficiário, é um dos pilares do programa. Por intermédio dele, todo o percurso assistencial será monitorado em cada nível, verificando a efetividade das ações e contribuindo para a tomada de decisão e o acompanhamento. Trata-se de um registro eletrônico único, longitudinal e multiprofissional, que acompanha o cliente desde o acolhimento. Esse prontuário se diferencia dos existentes pelo fato de haver registro de sua história de vida e seus eventos de saúde.

Também foi pensada a criação de um aplicativo para celular com informativos individualizados e lembretes de consultas e ações prescritas. O *app* poderá, entre outras ações, solicitar que o cliente faça uma foto do seu café da manhã e a envie para a nutricionista, que observará se a alimentação está balanceada, se há fibras em quantidade adequada etc.

Todo o esforço do *Caring Senior* será para manter a clientela em nossas unidades, sem a utilização de especialistas. Devemos ter, no entanto, cinco áreas de especialidades médicas relacionadas ao nosso modelo, atuando no auxílio ao médico generalista. A escolha dessas cinco especialidades se dá por demanda e alta prevalência, além de serem áreas onde anualmente faremos e registraremos os exames preventivos anuais de controle. São elas: cardiologia, ginecologia, uro-proctologia, dermatologia e oftalmologia.

A consulta com as especialidades listadas somente será possível a pedido do médico generalista do cliente. Desse modo, fica explícito que o *Caring Senior* não assume os demais especialistas caso o cliente precise do cuidado de outra especialidade. O mesmo raciocínio ocorre para a hospitalização. Médico e enfermeira terão a preocupação de entrar em contato com o médico do hospital, visando ter conhecimento do caso e, preferencialmente, atuando para garantir o melhor atendimento e o menor tempo de internação, podendo, se necessário, sugerir um médico especialista.

REMUNERAÇÃO

Outro elemento fundamental para o sucesso do *Caring Senior* é a modalidade de pagamento do médico, o sistema *Accountable Care Organizations* (ACO), que incentiva os profissionais de saúde a se organizarem como um grupo gestor da qualidade dos serviços prestados, responsável pela administração dos custos e pela distribuição dos bônus¹⁶.

São dois pontos-chave: a prestação de serviços de excelência a um custo mais baixo e um modelo de remuneração com base em valor agregado. A saúde segmentada e não integrada que vem sendo oferecida nos dias de hoje aos pacientes é, em grande parte, ocasionada pelo modelo de remuneração por serviços, no qual o incentivo está na produção, não na qualidade¹⁷. Em outras palavras: não adianta buscar novas formas de assistência ou novos modelos de pagamento se a transferência de parte da responsabilidade, dos riscos e dos ganhos dos prestadores não estiver associada aos resultados alcançados com a atenção prestada.

O desafio é fazer com que esse novo modelo assistencial seja aceito pelo cliente, pois a confiança (que o levará à fidelização) é fator indispensável para que o processo ocorra conforme previsto – e não se pode pedir que alguém confie em algo que desconhece.

Não adianta afirmar que o *Caring Senior* é o melhor modelo se ele não for praticado pelos serviços de saúde suplementar brasileiros. A sociedade precisa

conhecer essa proposta amplamente para se convencer de seus benefícios². Do contrário, continuará optando pelo “canto da sereia” do excesso e do consumo, que onera o sistema, gera custos cada vez mais altos e inviabiliza a assistência no longo prazo.

CONCLUSÃO

As transformações socioeconômicas das últimas décadas e suas conseqüentes alterações nos estilos de vida dos indivíduos nas sociedades contemporâneas – com mudança de hábitos alimentares, aumento do sedentarismo e do estresse, além da crescente expectativa de vida da população – colaboram para a maior incidência de enfermidades crônicas, que hoje constituem um sério problema de saúde pública.

A prestação de serviços de saúde, atualmente, fragmenta a atenção ao idoso. Sobrecarrega o sistema, provoca forte impacto financeiro em todos os níveis e não gera benefícios significativos para a qualidade de vida. Por isso é imperativo adotar um novo modelo. Se já sabemos que a população está mais velha, que as doenças são crônicas e múltiplas, que os custos assistenciais se ampliam, que os modelos de cuidados são do tempo das doenças agudas e que o conhecimento da epidemiologia nos informa dos fatores de risco, perguntamos: por que continuar ofertando um produto ultrapassado e ineficaz, se temos todas as informações para implementar um modelo assistencial de cuidado em que todos ganham?

É preciso repensar e redesenhar o cuidado ao idoso, voltando o foco para o indivíduo e suas particularidades. Isso trará benefícios não somente a essa parcela da população, mas também qualidade e sustentabilidade a todo o sistema de saúde brasileiro.

É possível reorientar a atenção à saúde da população idosa e construir uma organização no setor que permita melhores resultados assistenciais e econômico-financeiros. Basta que todos os envolvidos se percebam responsáveis pelas mudanças necessárias e se permitam inovar – o que, em muitas situações, significa resgatar cuidados e valores mais simples, que se perderam dentro do nosso sistema de saúde.

REFERÊNCIAS

1. Veras RP, Oliveira MR. Linha de cuidado para o idoso: detalhando o modelo. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2016;19(6):887-905.
2. Szwarcwald CL, Damacena GN, Souza Júnior PRB, Almeida WS, Malta DC. Percepção da população brasileira sobre a assistência prestada pelo médico. *Cienc Saúde Colet.* 2016;21(2):339-50.
3. Silva AMM, Mambriini JVM, Peixoto SV, Malta DC, Lima-Costa MF. Uso de serviços de saúde por idosos brasileiros com e sem limitação funcional. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2017 [acesso em 01 jun. 2018];51(Suppl 1):1-10. Epub 01 jun. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102017000200302&lng=pt
4. Box G. Understanding and responding to demand in English general practice. *Br J Gen Pract.* 2016;66(650):456-7.
5. Oliveira MR, Silveira DP, Neves R, Veras R, Estrella K, Assalim VM, et al. Idoso na saúde suplementar: uma urgência para a saúde da sociedade e para a sustentabilidade do setor. Rio de Janeiro: ANS; 2016.
6. Veras RP, Estevam AA. Modelo de atenção à saúde do idoso: a ênfase sobre o primeiro nível de atenção. In: Lozer AC, Godoy CVC, Coelho KSC, Leles FAG, organizadores. *Conhecimento técnico-científico para qualificação da saúde suplementar.* Brasília, DF: OPAS; 2015. p. 73-84.
7. Carvalho VKS, Marques CP, Silva EN. A contribuição do Programa Mais Médicos: análise a partir das recomendações da OMS para provimento de médicos. *Cienc Saúde Colet* [Internet]. 2016 [acesso em 01 jun. 2018];21(9):2773-84. Disponível: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000902773&lng=en
8. Veras RP, Oliveira M. "Envelhecer no Brasil: a construção de um modelo de cuidado". *Cienc Saúde Colet.* 2018;23(6):1929-36.
9. Mendes EV. *As redes de atenção à saúde.* Brasília, DF: OPAS; 2011.
10. Oliveira MR, Veras RP, Cordeiro HA, Pasinato MT. A mudança de modelo assistencial de cuidado ao idoso na Saúde Suplementar: identificação de seus pontos-chave e obstáculos para implementação. *Physis.* 2016;26(4):1383-94.
11. Veras RP, Caldas CP, Motta LB, Lima KC, Siqueira RC, Rodrigues RTSV, et al. Integração e continuidade do cuidado em modelos de rede de atenção à saúde para idosos frágeis. *Rev Saúde Pública.* 2014;48(2):357-65.
12. Oliveira M, Veras RP. "Um modelo eficiente no cuidado à pessoa idosa". *Correio Brasiliense.* 27 ago. 2015: Seção Opinião. p. 13.
13. Oliveira M, Veras RP, Cordeiro H. A Saúde Suplementar e o envelhecimento após 19 anos de regulação: onde estamos? *Rev Bras Geriatr Gerontol* [Internet]. 2017 [acesso em 17 maio 2018];20(5):624-33. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232017000500624&lng=pt&nrm=iso
14. da Silveira DP, Araújo DV, Gomes GHG, Lima KC, Estrella K, Oliveira M, et al. Idoso na saúde suplementar: uma urgência para a saúde da sociedade e sustentabilidade do setor. Rio de Janeiro: ANS; 2016.
15. Moraes EM. *Atenção à saúde do idoso: aspectos conceituais.* Brasília, DF: OPAS; 2012.
16. Médici A, Abicalaffe C, Tavares L. *Pagamento por Performance* [Internet]. [Sem Local]: Empreender Saúde; 2015 [acesso em 17 maio 2018]. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/281642162_Pagamento_por_Performance_em_Saude#pf3
17. Abicalaffe CL. Pagamento por performance: o desafio de avaliar o desempenho na área da saúde. *J Bras Econ Saúde.* 2011;3(1):179-85.

Recebido: 24/05/2018

Revisado: 08/06/2018

Aprovado: 15/06/2018



Acurácia da circunferência da cintura na predição de outros componentes da síndrome metabólica: Evidências da coorte de idosos de Bambuí

Accuracy of waist circumference for predicting other components of metabolic syndrome: Evidence from the Bambuí cohort study of the elderly

Keila Bacelar Duarte de Moraes¹
Cibele Comini César^{2,3}
Sérgio Viana Peixoto^{3,4}
Maria Fernanda Lima-Costa^{1,3}

Resumo

Objetivos: Determinar o ponto de corte da circunferência da cintura para a predição de dois ou mais componentes da síndrome metabólica (SM) entre idosos e compará-lo às recomendações do *Joint Interim Statement* (JIS) para adultos. **Método:** O estudo foi conduzido em 1.383 participantes da linha de base da coorte de Bambuí-MG. Para a determinação do melhor ponto de corte da circunferência da cintura para o desfecho foi utilizado o Índice de Youden e a acurácia avaliada por meio da área sob a curva ROC (AUROC), da sensibilidade e da especificidade, além dos valores preditivos positivo e negativo. **Resultados:** A prevalência da SM foi igual a 63,8% entre as mulheres e 43,4% entre os homens. Entre esses, o ponto de corte da circunferência da cintura que melhor prediz dois ou mais componentes da SM (88 cm) foi semelhante àquele recomendado pelo JIS (90 cm), com AUROC=0,673 e 0,672, respectivamente. Entre as mulheres, o valor correspondente foi mais alto (92 cm) em relação ao recomendado pelo JIS (80 cm), com AUROC= 0,605 e 0,560, respectivamente. **Conclusão:** Para ambos os sexos, a validade global da circunferência da cintura (AUROC) para a predição do desfecho foi baixa, tanto entre os homens quanto entre as mulheres, indicando que essa medida não prediz adequadamente outros componentes da SM na população do estudo.

Palavras-chave:

Circunferência da Cintura.
Saúde do Idoso. Síndrome
Metabólica. Acurácia.

Abstract

Objectives: To examine the accuracy of waist circumference to predict two or more metabolic syndrome (MS) components among the elderly and to compare it with the recommendations of the *Joint Interim Statement* (JIS) for adults. **Method:** The study was conducted among participants of the baseline of the Bambuí (Minas Gerais) Cohort Study. The best waist circumference cut-off point for the outcome was determined by the Youden Index. The accuracy of such cut-off points was assessed by the area under the

Keywords:

Waist
Circumference. Health of the
Elderly. Metabolic Syndrome.
Accuracy.

¹ Fundação Oswaldo Cruz, Instituto René Rachou, Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

² Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Ciências Econômicas, Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

³ Fundação Oswaldo Cruz, Instituto René Rachou, Núcleo de Estudos em Saúde Pública e Envelhecimento. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

⁴ Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem, Departamento de Enfermagem Aplicada. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

ROC curve (AUROC) and the sensitivity, specificity and positive and negative predictive values. *Results:* The prevalence of MS was 63.8% among women and 43.4% among men. Of these, the waist circumference cut-off that best predicted two or more components of MS (≥ 88 cm) was similar to that recommended by JIS (≥ 90 cm) (AUROC=0.673 and 0.672, respectively). Among women, the corresponding value was higher (≥ 92 cm) than recommended by the JIS (≥ 80 cm) (AUROC=0.605 and 0.560, respectively). *Conclusion:* The overall accuracy of waist circumference (AUROC) for the outcome was low for both genders, indicating that this measure is not an effective predictor of other components of MS in the study population.

INTRODUÇÃO

A Síndrome Metabólica (SM) é um transtorno complexo representado por um conjunto de fatores relacionados à deposição central de gordura e à resistência à insulina. O aumento progressivo da ocorrência de diabetes e eventos cardiovasculares com o avançar da idade torna a SM particularmente relevante nas faixas etárias mais avançadas^{1,2}.

Existem diferentes critérios diagnósticos da SM. Mais recentemente, foi proposta uma definição harmonizada (*Joint Interim Statement - JIS*)³, com a adoção de pontos de corte para a circunferência das cinturas mais sensíveis, não sendo essa imprescindível para o diagnóstico da síndrome. Os critérios mencionados são recomendados para a população adulta, não existindo recomendação específica para a população idosa.

Por ser uma medida de fácil obtenção, a circunferência da cintura tem o potencial de ser útil para o rastreamento de outros fatores que compõem a SM, cuja aferição depende de dosagens bioquímicas e da pressão arterial. Entretanto, poucos estudos examinaram a acurácia da circunferência da cintura na predição de outros fatores que compõem a SM em idosos⁴⁻⁷. Diante dos diferentes valores encontrados nesses estudos, são necessárias novas investigações, conduzidas em diferentes populações, de forma a contribuir para a determinação de pontos de corte que possam ser úteis na predição dos demais componentes da SM entre idosos.

O presente trabalho teve por objetivo determinar o ponto de corte da circunferência da cintura na predição de dois ou mais componentes da SM em uma grande base populacional de homens e mulheres idosos e compará-los aos valores correspondentes, adotando-se as recomendações do JIS³ para adultos.

MÉTODO

Para a presente análise foram utilizados dados da linha de base da coorte de idosos de Bambuí, conduzida na cidade de mesmo nome, com cerca de 15.000 habitantes, situada no Estado de Minas Gerais, Brasil. Entre os 1.742 moradores com 60 anos ou mais, 1.606 participaram dos procedimentos do inquérito da linha de base. Mais detalhes podem ser vistos em publicação anterior⁸. A coorte de idosos de Bambuí foi aprovada pelo Comitê de Ética da Fiocruz, Rio de Janeiro, em 1996. Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para todos os procedimentos do estudo.

O JIS³ define a SM pela presença de pelo menos três entre os seguintes cinco componentes: (1) perímetro da cintura ≥ 90 cm para homens e ≥ 80 cm para mulheres; (2) triglicerídeos ≥ 150 mg/dL para ambos os sexos; (3) HDL-colesterol < 40 mg/dL para homens e < 50 mg/dL para mulheres; (4) glicemia ≥ 100 mg/dL ou história de diagnóstico médico para diabetes e/ou uso de hipoglicemiantes; e (5) pressão sistólica ≥ 130 mmHg e/ou pressão diastólica ≥ 85 mmHg e/ou uso de anti-hipertensivos. O desfecho foi definido pela presença de dois ou mais entre os componentes mencionados, excluindo-se a circunferência da cintura.

A medida da circunferência da cintura foi realizada em triplicata, no ponto médio entre a borda inferior da última costela e a crista ilíaca. Foi considerada a média das três medidas. Os avaliadores foram treinados por nutricionista, sendo realizada análise de confiabilidade para uma amostra de 10% dos avaliados, não havendo diferenças significativas entre os avaliadores⁹. Os níveis pressóricos foram aferidos após 30 ou mais

minutos da última ingestão de cafeína ou cigarro fumado. Foram realizadas três medidas após cinco minutos de descanso inicial e posteriormente em intervalos de dois minutos, considerando-se a média da segunda e da terceira medidas. A coleta de sangue foi realizada após recomendação de 12 horas de jejum. As dosagens da glicemia, do colesterol HDL e dos triglicérides foram determinadas por meio de métodos enzimáticos tradicionais⁸. O uso de medicamentos foi avaliado por meio de entrevista face a face, solicitando-se a receita e/ou embalagem dos medicamentos consumidos.

Inicialmente, foi determinado o melhor ponto de corte da circunferência da cintura para a predição de dois ou mais outros componentes da SM na população do estudo com base nos pontos de corte propostos por Wang et al.⁶. Foi avaliado cada valor de circunferência da cintura entre 75 cm e 95 cm, em análise estratificada por sexo. O melhor ponto de corte foi determinado pelo maior Índice de Youden (IY), 88 cm para homens (IY= 0,346) e 92 cm para mulheres (IY= 0,209). A seguir, foi determinada a acurácia do ponto de corte da cintura obtido na análise mencionada, assim como daqueles pontos de corte recomendados pelo JIS². A acurácia foi avaliada por meio da área sob a curva *Receiver Operating Characteristic* (AUROC), da sensibilidade, da especificidade e dos valores preditivos positivo e negativo.

RESULTADOS

Entre os participantes da linha de base da coorte, 1.383 possuíam informações completas para todas

as variáveis do estudo e foram incluídos nessa análise. A média da idade dos participantes foi igual a 68,9 (\pm 7,0) anos, com predominância do sexo feminino (60,9%). A prevalência global da SM, considerando-se a definição do JIS foi igual a 55,8%. Essa prevalência foi mais alta entre as mulheres (63,8%) em comparação aos homens (43,4%). Os pontos de corte que melhor predizem dois ou mais componentes da SM na população do estudo foram iguais a 88 cm e 92 cm entre os homens e mulheres, respectivamente.

A Tabela 1 mostra os resultados da análise da acurácia da circunferência da cintura, utilizando-se o ponto de corte que apresentou a melhor predição para a SM na presente análise e aquele recomendado pelo JIS. Entre os homens, a AUROC foi semelhante para os dois pontos de corte. A sensibilidade e a especificidade da circunferência da cintura da primeira medida foram iguais. Assim como os valores correspondentes para o ponto de corte recomendado pelo JIS. Os valores preditivos positivo e negativo, utilizando-se cada uma dessas medidas foram semelhantes. Em contraste, a utilização dos dois pontos de corte entre as mulheres levou a resultados diferentes: a AUROC foi maior utilizando-se a primeira em comparação à segunda medida. A sensibilidade para a predição de dois ou mais componentes da SM foi maior utilizando-se a segunda em comparação à primeira medida. Os valores correspondentes para a especificidade foram superior para a primeira medida e mais baixo para a segunda. Os valores preditivos positivo e negativo foram semelhantes para cada um dos dois pontos de corte.

Tabela 1. Acurácia da circunferência da cintura para a predição de dois ou mais entre quatro componentes da síndrome metabólica (Linha de base da coorte de idosos de Bambuí).

Circunferência da cintura	Prevalência de dois ou mais componentes*	AUROC (IC 95%)	Sensibilidade	Especificidade	Valor Preditivo Positivo	Valor Preditivo Negativo
Homens	0,577					
≥88 cm**		0,673 (0,633-0,713)	0,721	0,624	0,723	0,622
≥90 cm***		0,672 (0,632-0,712)	0,641	0,703	0,746	0,589
Valor de <i>p</i>		0,948				

continua

Continuação da Tabela 1

Circunferência da cintura	Prevalência de dois ou mais componentes*	AUROC (IC 95%)	Sensibilidade	Especificidade	Valor Preditivo Positivo	Valor Preditivo Negativo
Mulheres	0,680					
≥92 cm**		0,605 (0,569-0,639)	0,565	0,645	0,720	0,485
≥80 cm***		0,560 (0,533-0,588)	0,906	0,215	0,709	0,518
Valor de <i>p</i>		0,014				

*Dois ou mais componentes entre os seguintes: Triglicerídeos ≥ 150 mg/dL; HDL-colesterol ≤ 40 mg/dL entre homens e ≤ 50 mg/dL entre mulheres; pressão arterial sistólica ≥ 135 mm/Hg e/ou pressão arterial diastólica ≥ 85 mm/Hg; glicemia de jejum ≥ 100 mg/dL; ** Ponto de corte que melhor discrimina dois ou mais componentes na população do estudo; *** Ponto de corte recomendado pelo Joint Interim Statement – JIS; AUC= área sob a curva ROC (*receiver operating characteristic*); AUROC= área sob a curva ROC; valor de *p*= teste Z para comparação entre as áreas sob a curva; sensibilidade: proporção da circunferência da cintura aumentada (positivos) entre aqueles com dois ou mais componentes (verdadeiros positivos); especificidade: proporção de negativos entre os que não têm dois ou mais componentes (verdadeiros negativos); valor preditivo positivo: proporção de pessoas com dois ou mais componentes entre o conjunto de pessoas com circunferência da cintura aumentada; valor preditivo negativo: proporção de pessoas que não têm dois ou mais componentes entre o conjunto de pessoas com circunferência da cintura adequada.

DISCUSSÃO

Os principais resultados deste estudo foram os seguintes: (1) entre os homens, na população do estudo, o ponto de corte da circunferência da cintura com melhor predição para dois ou mais componentes da SM foi semelhante àquele recomendado pelo JIS para a população adulta (2) entre as mulheres, o melhor ponto de corte da circunferência da cintura foi mais alto em relação ao recomendado pelo JIS.

Entre os homens, a adoção do ponto de corte identificado como o que melhor prediz outros componentes da SM na população do estudo e daquele recomendado pelo JIS resulta em sensibilidade e especificidade semelhantes. Em contraste, os resultados diferem entre as mulheres, com maior sensibilidade do ponto de corte recomendado pelo JIS em comparação ao primeiro. No sentido oposto, como esperado, as especificidades para os pontos de corte foram menores para a primeira em comparação à segunda medida.

Outras medidas utilizadas nessa análise foram os valores preditivos positivo e negativo, que são medidas importantes na perspectiva da saúde pública, uma vez que, além da sensibilidade e da especificidade, eles consideram também a prevalência da doença na população. Nossos resultados mostraram que, para ambos os sexos, os valores preditivos são semelhantes, tanto para o ponto de corte encontrado como o que melhor prediz os demais componentes

da SM na população do estudo quanto daquele recomendado pelo JIS.

A principal medida utilizada nessa análise para examinar a acurácia dos diferentes pontos de corte da circunferência da cintura para a predição de dois ou mais componentes da SM, foi a área sob a curva ROC. Essa área representa a performance global do teste, combinando a sensibilidade e a especificidade da medida para o desfecho. Quanto melhor o teste, mais a área sob a curva se aproxima do valor 1, enquanto valores iguais a 0,50 representam uma acurácia devida ao acaso. Pode-se interpretar um valor de 0,90 como alto, de 0,7 a 0,89, moderado e 0,51 a 0,69 como baixo¹⁰. Embora a AUROC tenha sido superior no sexo feminino para o ponto de corte definido nesse estudo, nossos resultados mostram uma acurácia global baixa para todos os pontos de corte da circunferência da cintura analisados.

As principais vantagens desse estudo incluem a sua grande base populacional. Embora todas as precauções tenham sido tomadas para garantir a padronização e qualidade das medidas efetuadas, sempre existe a possibilidade de regressão à média, o que pode ter atenuado as medidas de validade utilizadas nessa análise. De qualquer forma, esse fator não poderia explicar a baixa acurácia encontrada. Por ter sido conduzido em uma única população, não sabemos se nossos resultados são generalizáveis para outras populações idosas.

CONCLUSÃO

A validade global da circunferência da cintura para a predição de dois ou mais componentes da

Síndrome Metabólica foi baixa para ambos os sexos, indicando que essa medida não prediz de forma adequada outros componentes dessa síndrome na população do estudo.

REFERÊNCIAS

1. Bortoletto MSS, De Souza RKT, Cabrera MAS, González AD. Síndrome metabólica, componentes e fatores associados em adultos de 40 anos ou mais de um município da Região Sul do Brasil. *Cad Saúde Coletiva* [Internet]. 2016 [acesso em 15 jan. 2018];24(1):32-40. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v24n1/1414-462X-cadsc-1414-462X201600010123.pdf>
2. Chuang TJ, Huang CL, Lee CH, Hsieh CH, Hung YJ, Hung CF, et al. The Differences of metabolic syndrome in elderly subgroups: a special focus on young-old, old-old and oldest old. *Arch Gerontol Geriatr* [Internet]. 2016 [acesso em 11 jan. 2018];65(1):92-7. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27016645>
3. Alberti KG, Eckel RH, Grundy SM, Zimmet PZ, Cleeman JI, Donato KA, et al. Harmonizing the metabolic syndrome: a joint interim statement of the International Diabetes Federation Task Force on Epidemiology and Prevention; National Heart, Lung, and Blood Institute; American Heart Association; World Heart Federation; International Atherosclerosis Society; and International Association for the Study of Obesity. *Circulation* [Internet]. 2009 [acesso em 09 nov. 2017];120(16):1640-5. Disponível em: <http://circ.ahajournals.org/content/120/16/1640>
4. Liang H, Chen X, Chen Q, Wang Y, Wu X, Li Y, et al. The metabolic syndrome among postmenopausal women in rural canton: prevalence, associated factors, and the optimal obesity and atherogenic indices. *PLoS One* [Internet]. 2013 [acesso em 15 dez. 2017];8(9):1-8. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24040183>
5. Gharipour M, Sadeghi M, Dianatkah M, Bidmeshgi S, Ahmadi A, Tahri M, et al. The cut-off values of anthropometric indices for identifying subjects at risk for metabolic syndrome in Iranian elderly men. *J obes* [Internet]. 2014 [acesso em 08 dez. 2017];2014:1-6. Disponível em: <https://www.hindawi.com/journals/job/2014/907149/cta/>
6. Zeng Q, He Y, Dong S, Zhao X, Chen Z, Song Z, et al. Optimal cut-off values of BMI, waist circumference and waist:height ratio for defining obesity in Chinese adults. *Br J Nutr*. [Internet]. 2014 [acesso em 12 dez. 2017];112(10):1735-44. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25300318>.
7. Wang F, Wu S, Song Y, Tang X, Marshall R, Liang M et al. Waist circumference, body mass index and waist to hip ratio for prediction of the metabolic syndrome in Chinese. *Nutr Metab Cardiovasc Dis* [Internet]. 2009 [acesso em 04 out. 2017];19(8):542-7. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0939475308002275>
8. Lima-Costa MF, Firmo JOA, Uchoa E. Cohort Profile: The Bambuí (Brazil) Cohort Study of Ageing. *Int J Epidemiol*. 2011;40(4):862-7.
9. Lopes ACS, Caiaffa WT, Sichieri R, Mingoti, SA, Lima-Costa MF. Estado Nutricional: antropometria, consumo alimentar e dosagens bioquímicas de adultos e idosos: Projeto Bambuí um estudo de base populacional. *Rev Min Enferm* [Internet]. 2008 [acesso em 28 jan. 2018];12(4):483-93 Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/292>
10. Fischer JE, Bachmann LM, Jaeschke, R. A Readers' guide to the interpretation of diagnostic test properties: clinical example of sepsis. *Intensive Care Med* [Internet]. 2003 [acesso em 31 jan. 2018];29:1043-51. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12734652>

Recebido: 29/03/2018

Revisado: 15/04/2018

Aprovado: 20/04/2018



Tratamento farmacológico da dor crônica não oncológica em idosos: Revisão integrativa

Pharmacological treatment of chronic non-malignant pain among elderly persons: An integrative review

Salomão Antônio Olivênci¹
Luiza Gabriela Mendes Barbosa¹
Marcela Rodrigues da Cunha¹
Ledismar José da Silva¹

Resumo

Objetivo: Realizar uma revisão integrativa da literatura sobre o tratamento farmacológico da dor crônica não oncológica em idosos. **Método:** Trata-se de uma revisão integrativa da literatura. A busca na literatura incluiu artigos sobre o tratamento farmacológico da dor crônica em idosos, publicados entre 2007 e 2017, disponíveis na íntegra nas línguas portuguesa ou inglesa. Realizou-se a busca dos artigos nas bases de dados LILACS e MEDLINE utilizando os descritores “dor crônica”, “tratamento” e “idoso”, combinados com o operador booleano AND. Para análise da qualidade metodológica, o instrumento utilizado foi o *Critical Appraisal Skill Programme* (CASP). **Resultados:** Do total de 303 estudos que resultaram da busca, foram incluídos 32 artigos na amostragem final. Foram selecionados: 20 artigos de revisão, cinco estudos observacionais, cinco ensaios clínicos, um série de casos e um estudo retrospectivo; 75% dos artigos foram publicados nos últimos cinco anos, sendo um em português e o restante em inglês. **Conclusão:** Os resultados demonstram variadas opções de tratamento da dor crônica na população idosa, destacando o papel dos opioides, que podem vir a ser usados, com cautela, no tratamento. Chama-se atenção também ao fato de que diversas drogas não foram testadas especificamente na população idosa. Além disso, o manejo da dor no idoso requer atenção a diversos fatores, entre eles as comorbidades, polifarmácia e funcionalidade do paciente. Assim, deve ser feita uma abordagem individualizada do paciente idoso, a fim de melhorar os resultados e diminuir efeitos colaterais.

Palavras-chave: Dor Crônica. Tratamento Farmacológico. Uso de Medicamentos. Saúde do Idoso.

Abstract

Objective: The objective of the present study was to perform an integrative review of proposed pharmacological treatments for chronic non-malignant pain in elderly patients. **Method:** An integrative review was carried out. The search of literature included papers about the treatment of chronic pain among the elderly, published from 2007 to 2017 and available in Portuguese or English. Searches were conducted on the LILACS and MEDLINE electronic databases using the key words “chronic pain”, “treatment” and “elderly” combined with the Boolean operator “AND”. To analyse methodological

Keywords: Chronic Pain. Drug Therapy. Drug Utilization. Health of the Elderly.

¹ Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Escola de Ciências Médicas, Farmacêuticas e Biomédicas, curso de Medicina. Goiânia, Goiás, Brasil.

quality, the adapted Critical Appraisal Skill Program (CASP) was used. *Results:* Of a total of 303 studies found, 32 were included. The articles selected included 20 reviews, five observational studies, five clinical trials, one case series and one retrospective study. A total of 75% of the articles were published in the last five years, of which one was in Portuguese and 31 in English. *Conclusion:* The results demonstrate a variety of treatments for chronic pain among the elderly population, highlighting the role of opioids which, according to more recent evidence, can be carefully used in treatment. Several drugs, however, have not been specifically tested for the elderly population. A number of factors are relevant in pain management of elderly patients, including comorbidities, polypharmacy and patient functionality. An individualized approach should be applied to elderly patients to improve outcomes and reduce side effects.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é acompanhado de aumento na incidência de doenças crônicas e degenerativas, que contribuem para o aparecimento de dores e limitações funcionais¹. A dor crônica é condição prevalente em idosos e apresenta grande repercussão no estado de saúde, qualidade de vida e assistência biopsicossocial a essa população²⁻⁴. Estudos revelam que a dor é uma das queixas mais comuns de idosos em consultas médicas ambulatoriais e que 25% a 50% dos idosos em geral sofrem de dor crônica e esses números podem chegar a 80% em idosos institucionalizados^{5,6}.

De acordo com a *International Association for the Study of Pain (IASP)*, dor é uma sensação ou experiência emocional desagradável, associada com dano tecidual real ou potencial, podendo ser aguda (duração inferior a 12 semanas) ou crônica (duração superior a 12 semanas), e apresenta mecanismos fisiopatológicos diversos⁷. Suas consequências são multidimensionais, alterando variáveis fisiológicas, psicológicas, funcionais e sociais do indivíduo⁸.

O tratamento da dor crônica é baseado na Escada Analgésica da Organização Mundial de Saúde (OMS), originalmente proposta para tratamento de dor oncológica. O tratamento da dor de baixa intensidade tipicamente envolve a administração de um analgésico não opioide e um anti-inflamatório não esteroide (primeiro degrau). Para dor de moderada intensidade, indica-se um analgésico associado a um opioide fraco (segundo degrau). Para pacientes com dor severa (terceiro degrau), indica-se opioides fortes como a morfina e oxicodona. Paralelamente às classes medicamentosas mencionadas anteriormente, a OMS traz ainda drogas adjuvantes como os antidepressivos

e anticonvulsivantes, que podem ser associadas a qualquer degrau ou utilizadas isoladamente para o melhor manejo da dor^{9,10}.

As alterações fisiológicas e farmacodinâmicas da senilidade, comorbidades, aspectos cognitivos e grau de independência podem interferir no comportamento da dor e seu manejo. Idosos tendem a ser mais susceptíveis aos efeitos da medicação e também aos seus efeitos adversos. Assim, deve-se ficar atento às possíveis respostas inesperadas a certas medicações ao iniciar o tratamento da dor em idosos, que por vezes envolve drogas fortes como os opioides¹¹. Os consensos Brasileiro e Americano de medicamentos potencialmente inapropriados para idosos relatam que os efeitos adversos em idosos são pelo menos duas vezes mais frequentes do que em pacientes jovens^{12,13}. Associado a esses fatores tem-se a polifarmácia, um dos aspectos mais preocupantes em relação às terapias medicamentosas em idosos⁹.

O objetivo deste estudo foi realizar uma revisão integrativa que abordasse o tratamento medicamentoso da dor crônica não oncológica em idosos. O estudo visou explorar o uso de diferentes classes de drogas utilizadas no tratamento da dor, bem como suas recomendações, vantagens e desvantagens específicas à essa população.

MÉTODO

Como metodologia de pesquisa foi adotada a revisão integrativa de literatura, por permitir o uso e avaliação crítica de evidência científica de diversos desenhos metodológicos. A elaboração dessa revisão baseou-se em seis etapas, a fim de garantir maior rigor metodológico¹⁴.

Primeira etapa: Estabelecimento da questão de pesquisa, considerando a temática. No caso, *Quais as opções para tratamento medicamentoso da dor não oncológica na pessoa idosa?*

Segunda etapa: Busca na literatura, realizada entre outubro de 2016 e junho de 2017. Foram utilizadas as bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências de Saúde (LILACS) e Sistema On-line de Busca e Análise de Literatura Médica (MEDLINE). Os descritores utilizados foram: “dor crônica”, “tratamento” e “idoso” e seus respectivos termos em inglês “*chronic pain*”, “*treatment*” e “*elderly*”, todos presentes nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e *Medical Subject Headings* (MeSH) e utilizados com o operador booleano AND.

Os critérios de seleção dos artigos foram: a) artigos na temática proposta - tratamento da dor crônica não oncológica em idosos - foram considerados idosos aqueles acima de 60 anos; b) artigos publicados entre 2007 e 2017; c) artigos em inglês ou português; d) artigos disponíveis na íntegra; e) artigos que preenchessem os critérios propostos pelo *Checklist para Pesquisas Qualitativas do Critical Appraisal Skills Programme* (CASP). Como critérios de exclusão: a) artigos abordando o tratamento não farmacológico da dor; b) artigos repetidos entre as bases.

Terceira Etapa: Categorização dos estudos, permitindo a reunião de informações tais como: identificação do artigo original e autores, periódico, ano da publicação, base de dados, características metodológicas, nível de evidência, intervenções mensuradas e resultados encontrados.

Quarta Etapa: Avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa. A análise crítica dos dados foi realizada após organização dos artigos selecionados. Foi aplicado o instrumento CASP com o intuito de garantir o rigor metodológico, a relevância e a credibilidade necessárias para uma revisão integrativa de estudos com abordagens distintas.

Quinta Etapa: Interpretação dos resultados. Realizada a discussão dos principais resultados encontrados na literatura sobre o tratamento medicamentoso da dor crônica em idosos, as classes medicamentosas e seus efeitos nessa população.

Sexta Etapa: Redação da revisão. Os resultados e discussão foram apresentados de forma descritiva.

RESULTADOS

A busca resultou em 303 artigos, dos quais 204 foram publicados entre 2007 e 2017. A avaliação inicial deu-se pela leitura do título, excluindo-se artigos fora do tema “dor em idosos”, os artigos com poder de inclusão tiveram seus resumos avaliados de acordo com os critérios de elegibilidade. Os resumos foram avaliados por três revisores independentes e as publicações que atenderam aos critérios de inclusão foram avaliadas na íntegra.

A amostra final de artigos a serem inclusos na revisão integrativa foi de 32 artigos, em que 75% dos artigos foram publicados nos últimos cinco anos (Figura 1).

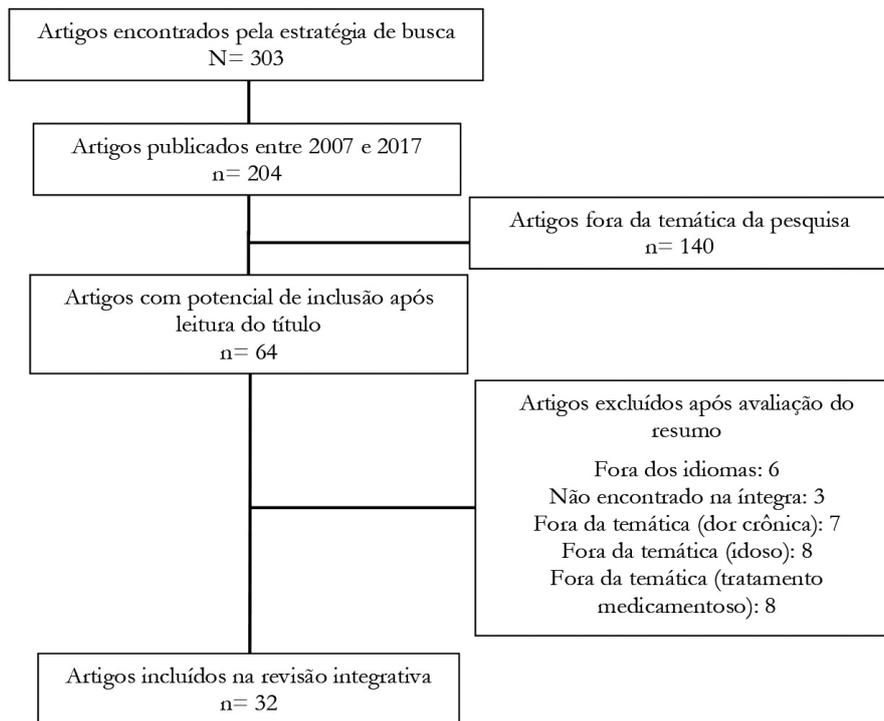


Figura 1. Fluxo de seleção dos estudos.

DISCUSSÃO

Analgésicos não opioides

São um grupo de drogas diversas que diminuem ou interrompem as vias de transmissão nervosa, reduzindo a nocicepção, sendo as principais o acetaminofeno e a dipirona¹¹. Não foram encontrados estudos sobre o uso da dipirona na dor crônica, por esse motivo, tal medicamento não será abordado no presente estudo.

Acetaminofeno

Popularmente conhecido como paracetamol, é um fármaco com propriedades analgésicas e antipiréticas. Atua inibindo a cascata do ácido araquidônico. É o analgésico mais utilizado mundialmente, sendo a droga de eleição no tratamento da dor leve a moderada¹⁵. Seu uso associado ao tramadol apresenta boa resposta em pacientes sem melhora com uso isolado de Anti-inflamatórios não esteroidais (AINE)¹⁶.

Apresenta raros efeitos colaterais e poucas interações medicamentosas. A maior preocupação é em relação ao seu alto potencial hepatotóxico. Em muitos países a droga é considerada a principal causa de insuficiência hepática aguda e, mesmo em dosagens habituais, pode causar toxicidade subclínica. Em etilistas, há risco aumentado de toxicidade, já que o metabolismo hepático torna-se sinérgico^{17,18}.

Apesar de ser considerada uma droga segura para idosos, não existem estudos que abordem especificamente a segurança do acetaminofeno em idosos. Segundo o *Food and Drug Administration* (FDA), não há evidência de que doses acima de 325 mg produza melhores resultados, recomendando-se doses de até dois gramas/dia no tratamento da dor crônica^{18,19}. O uso do paracetamol em idosos deve ser individualizado. Por se tratar de uma droga de baixo custo e fácil acesso, é importante orientar o paciente sobre os riscos do uso indiscriminado da droga^{19,20}.

Anti-inflamatórios

Os AINEs, juntamente com os analgésicos, são drogas indicadas no tratamento da dor aguda e crônica leve, correspondendo ao primeiro degrau da escada analgésica da OMS¹⁰. Os AINEs possuem ação antipirética, analgésica e anti-inflamatória por inibição na síntese de prostaglandinas e tromboxanos¹⁹. Apesar do estabelecimento dos AINEs como drogas de escolha no tratamento da dor crônica leve a moderada, as mesmas são potencialmente inapropriadas para idosos e seu uso indiscriminado e a longo termo é relacionado a diversas morbidades e *delirium*^{11,12,21-23}. Recomenda-se que sejam utilizados apenas quando imprescindíveis e com monitoramento²¹⁻²³.

O diclofenaco de sódio é uma droga de alta potência e o mais prescrito mundialmente, porém com alto índice de efeitos colaterais. A droga está disponível nas apresentações oral, tópica e adesivo, essa última apresentando maior segurança quanto aos efeitos adversos sistêmicos, porém sua eficiência não pode ser comparada à da forma oral²⁴. Sobre o risco de doença cardiovascular associado ao uso de AINEs, o estudo *Celecoxib Long-term Arthritis Safety Study* (CLASS) encontrou resultados similares quando comparando ibuprofeno, diclofenaco e celecoxib¹⁹.

Estudos sugerem superioridade dos AINEs seletivos sobre os não seletivos quanto aos efeitos gastrointestinais²⁰. O celecoxib apresenta melhor perfil de tolerância gástrica quando comparado ao ibuprofeno e diclofenaco, entretanto o seu uso por período superior a seis meses resulta em incidência semelhante de efeitos gastrointestinais¹⁹. É importante lembrar que a coadministração do ácido acetil salicílico, de uso bastante comum em idosos, também reduz a vantagem dos AINEs seletivos sobre os não seletivos, predispondo a úlceras gástricas e diminuindo a segurança em ambos os casos. Visto que nenhum dos AINEs é completamente seguro quanto aos seus efeitos gastrointestinais, o uso concomitante de inibidores da bomba de prótons é indicado²².

No que se refere aos efeitos renais, sabe-se que o uso contínuo de anti-inflamatórios pode causar dano renal. Os efeitos cardiorrenais são geralmente atribuídos a drogas tradicionais como o diclofenaco, nimesulida e naproxeno. Entretanto, ensaio clínico

realizado por Schwartz et al. (apud Kean et al.)¹⁹ encontrou que após 28 dias de uso de inibidores seletivos da COX-2 (rofecoxib e celecoxib) as alterações na função renal foram semelhantes à do naproxeno, considerando o *clearance* de creatinina, mudança de peso, excreção urinária de sódio e pressão arterial sistólica e diastólica¹⁹.

A escolha do AINE para o tratamento de estados dolorosos crônicos é, em grande parte, empírica²¹. Alguns autores sugerem ensaio terapêutico de uma a duas semanas, mantendo o tratamento se a resposta for satisfatória. Deve-se iniciar por doses baixas a fim de determinar a tolerância do paciente, com posterior ajuste da dose para maximizar a eficácia ou minimizar os efeitos adversos^{25,26}.

Opioides

Opioides são um grupo de compostos que agem ligando-se aos receptores opioide distribuídos no sistema nervoso e tecidos periféricos, podendo agir como agonistas ou antagonistas. Fentanil, hidromorfona, metadona, morfina e oxicodona são opioides agonistas, enquanto a buprenorfina é parcialmente agonista/antagonista²⁷.

São drogas potentes utilizadas no controle da dor crônica moderada a severa, refratária ao uso de analgésicos não opioides e anti-inflamatórios.^{18,28}. Devido ao alto índice de dependência, efeitos colaterais e desconhecimento por parte dos clínicos, há receio em prescrever opioides²³. Todavia, estudos têm sugerido que, quando bem indicados para idosos criteriosamente selecionados, podem oferecer menor risco quando comparados aos AINEs^{27,29,30}.

A tolerabilidade do opioide é um fator de extrema importância no tratamento de idosos com dor crônica, uma vez que eventos adversos como tontura e sedação estão relacionados a aumento na incidência de quedas e, conseqüentemente, risco de fraturas^{22,31}. Os principais efeitos colaterais dos opioides, no entanto, são gastrointestinais, incluindo constipação, náuseas e vômitos⁹. Esses efeitos podem ser amplificados por alterações fisiológicas normais aos idosos, como o aumento do pH gástrico e redução da motilidade intestinal e gástrica^{17,32}.

Tramadol

É um opioide fraco, agonista do receptor μ -opioide, atuando na inibição da recaptação de monoaminas a nível central. Seus efeitos colaterais mais comuns são náuseas e vômitos, diminuição do limiar convulsivo quando em doses maiores do que 300 mg/dia, aumento do risco de suicídio e síndrome serotoninérgica. Assim, o tramadol deve ser evitado em pacientes que já apresentaram ideação suicida ou em uso de inibidores da recaptação de serotonina^{28,33,34}. São escassos os estudos na população idosa e alguns autores indicam o início com dose de 25 a 50 mg dia, com aumento progressivo até 100 mg/dia^{24,28}.

Estudo observacional de Imamura²¹ avaliou os efeitos da combinação tramadol e acetaminofeno em pacientes com dor lombar crônica sem melhora com o uso de AINEs. Os resultados mostraram melhora significativa da dor após um mês de tratamento, no entanto mais estudos de caráter intervencional são necessários para avaliação a dos resultados em longo prazo. De acordo com Hirst et al.¹⁶, o tramadol aumenta o risco de quedas e fraturas quando comparado à buprenorfina. Com base nos dados do Serviço Nacional de Saúde Britânico, os autores concluíram que, mesmo se tratando de uma droga mais barata, os custos finais indiretos gerados pelas quedas e fraturas são maiores do que com o uso da buprenorfina.

Codeína

É um opioide fraco amplamente usado no tratamento da dor moderada (segundo de grau). Doze vezes de menor potência que a morfina, é muito utilizada em combinação com outros analgésicos como o paracetamol. Mesmo se tratando de um opioide fraco, pode causar efeitos colaterais semelhantes aos demais opioides, principalmente náuseas, vômitos e constipação. Não foram encontrados estudos avaliando o uso da codeína na população idosa. As evidências na população geral sugerem que a droga está relacionada à neurotoxicidade em pacientes com insuficiência renal, portanto a *American Society of Interventional Pain Physicians* (ASIPP) contraindica seu uso em pacientes com *clearance* de creatinina menor do que 30 mL/min/1,73m^{2,18,24}.

Hidrocodona

Hidrocodona, também conhecido como dihidrocodona é um opioide semissintético sintetizado a partir da codeína. É um dos principais e mais utilizados opioides no tratamento da dor crônica nos Estados Unidos. Mesmo se tratando de uma droga amplamente utilizada, a ASIPP¹⁸ traz que as evidências sobre seus efeitos e segurança são variáveis e insuficientes. Na busca de dados dessa revisão apenas um estudo sobre a hidrocodona foi selecionado, representando a necessidade de mais estudos¹⁹.

O estudo de Broglio et al.³⁵ avaliou a eficácia e segurança da hidrocodona de longa liberação em idosos com dor crônica. Pacientes com idade superior a 75 anos, com dor moderada a intensa, foram admitidos para tratamento por um período de 52 semanas. Os resultados demonstraram que 94% dos pacientes relataram-se satisfeitos com o tratamento e diminuição da dor no índice de avaliação “dor nas últimas 24 horas”. A dose média da droga no estudo variou de 37,7 mg a 49,7 mg, compatível com as recomendações da ASIPP, que é de 30 a 40 mg dia. Assim como outros opioides, os principais efeitos colaterais foram constipação e náusea, sem incidência de quedas^{18,35}.

Uma particularidade do estudo foi o uso da hidrocodona de longa liberação, considerado ponto positivo pelos sujeitos do estudo. Entretanto, ainda existem limitações devido sua natureza *post-hoc*, população pequena e a ausência de um teste de cognição na seleção da amostra³⁵. Além disso, a droga apresenta custo elevado no Brasil.

Metadona

A metadona é um opioide sintético popular que apresenta potente efeito analgésico e também diversos efeitos adversos. Suas propriedades farmacológicas e farmacocinéticas diferem dos demais opioides, produzindo uma grande diferença interindividual e maiores chances de interações²⁸. Além disso, pode estar relacionada com prolongamento do intervalo QT e aumento do risco de Torsades de Pointes quando em altas doses³⁶.

Relatos de casos por Vu Bach et al.³⁶ encontraram resposta satisfatória na melhora da dor com o uso da metadona em baixas doses, variando de 2,5 a 20 mg, como droga adjuvante. Nesse estudo, os autores concluíram que a metadona foi segura, bem tolerada e eficaz no controle da dor quando oferecida como um complemento ao tratamento com hidromorфона.

Segundo consenso da ASIPP¹⁸ para o tratamento da dor, a metadona é recomendada apenas em caso de falhas de outras drogas opioides, iniciando-se o tratamento com a dose de dois a cinco mg/dia e dose de manutenção entre 10 e 30 mg/dia. É recomendada a realização de eletrocardiograma prévio e durante o tratamento. Tais recomendações apresentam limitado nível de evidência, uma vez que grande parte dos estudos envolvendo a droga se trata de relatos de casos, sendo necessárias novas evidências de maior significância¹⁸.

Oxicodona

Oxicodona é um opioide semissintético da morfina, derivado da tebaína. É um agonista puro, de alta afinidade por receptores μ -opioide e potência duas vezes superior à morfina³⁰. Normalmente, seu uso é indicado apenas em casos de dor severa, correspondendo ao terceiro degrau da escada analgésica¹⁸. Novos estudos têm mostrado resultados promissores quanto ao uso da oxicodona como primeira opção no tratamento da dor crônica em idosos^{37,38}. O consenso Britânico para o tratamento da dor crônica reconhece a prescrição de opioides fortes em baixas doses sem o uso prévio de opioides fracos quando a dor não é adequadamente controlada com analgésicos ou AINEs²².

Com intuito de reduzir os efeitos gastrointestinais, uma formulação de liberação prolongada combinando oxicodona e naloxona foi desenvolvida, apresentando bons resultados quanto sua eficácia e segurança. A naloxona é uma droga antagonista opioide de baixa biodisponibilidade sistêmica que antagoniza predominantemente receptores opioide no trato gastrointestinal, prevenindo os efeitos colaterais gástricos da oxicodona^{38,39}.

A combinação oxicodona-naloxona de liberação prolongada tem mostrado eficácia analgésica em

estudos, com significativa redução da incidência de constipação induzida por opioides e melhora da qualidade de vida dos pacientes^{37,39,40}. Estudo realizado por Guerriero et al.³⁷ mostrou resultados estatisticamente significantes quanto a melhora clínica durante o tratamento com oxicodona-naloxona. Um total de 60 pacientes, com média de idade de 81,7 anos, receberam uma dose média de 17,4/7,7 mg diariamente por quatro semanas. Houve melhora significativa no índice de dor, bem como na escala de funcionalidade de Barthel ao final de quatro semanas, e os resultados foram mantidos após 52 semanas.

Segundo Malec e Shega²⁴ a oxicodona apresenta melhor perfil de segurança em pacientes com doenças cardiovasculares e diminuição da função renal quando comparada à codeína e à morfina. No entanto, seu uso ainda deve ser feito com cuidado e monitoramento de possível toxicidade, uma vez que a droga possui diversos metabólitos que podem se acumular na insuficiência renal.

Buprenorfina

A buprenorfina é utilizada em medicina há algumas décadas como tratamento para a dependência de opioide e, nos últimos anos, estudos têm demonstrando seu efeito analgésico na apresentação transdérmica da droga^{41,42}. É um derivado da tebaína, 25 a 40 vezes mais potente do que a morfina. É sugerido que seu mecanismo de ação seja por efeitos agonistas parciais em receptores opioides μ e Kappa, bem como ação antagonista em delta receptores^{15,41,43}. Inicialmente, acreditava-se que o efeito agonista parcial da buprenorfina limitasse seu efeito analgésico, porém estudos mostraram que há um efeito teto no que se refere apenas à depressão respiratória e não à analgesia⁴⁴.

A buprenorfina é encontrada nas apresentações endovenosa, sublingual e transdermal, sendo essa última a única disponível no Brasil e a mais estudada atualmente. Os adesivos podem ser encontrados nas apresentações de cinco, 10 e 20 mcg/h, de liberação em sete dias. Diferentemente de outras drogas, a buprenorfina não tem acumulação sistêmica, de eliminação principalmente intestinal é considerada segura em pacientes com insuficiência renal. Sua via

de administração transdérmica evita o metabolismo de primeira passagem, contribuindo com menores taxas de interações medicamentosas e efeitos adversos como depressão respiratória e imunossupressão^{29,42,45}.

Estudo realizado por Überall e Müller-Schwefe⁴⁵ avaliou a eficácia da buprenorfina no tratamento da dor crônica em idosos. Um total de 891 indivíduos, idade média de 72,8 anos, receberam doses entre cinco e 30 mg/h da droga durante o estudo. Em média, as queixas dolorosas diminuíram aproximadamente 82%. Resultados também foram positivos no que se referem à intensidade da dor, que foi reduzida em 50% nas primeiras quatro semanas e ao fim do estudo em 76%. Observou-se ainda melhora nos escores de depressão em 56%.

De acordo com estudo de Likar et al.⁴¹, não houve diferença nos perfis de tolerância e segurança entre pacientes acima e abaixo dos 65 anos. Portanto, a buprenorfina transdermal aparentemente é uma opção viável para o manejo da dor, mas assim como outros opioides, os benefícios e riscos devem ser avaliados individualmente. Além disso, a droga apresenta custo elevado, dificultando seu acesso à população em geral⁴¹.

Morfina

A morfina é um fármaco opioide de alta potência, em uso na medicina há mais de um século. A pesquisa também não resultou em estudos avaliando o uso da morfina especificamente na população idosa. A morfina é bastante utilizada na dor severa, sedações cirúrgica e paliativa. Nos últimos anos existe tendência de substituição pelos novos opioides e serve como parâmetro de equivalência dessas outras drogas²⁸. Assim como a codeína, a morfina deve ser utilizada com cuidado em pacientes com insuficiência renal, necessitando de ajuste de dose ou substituição por outro opioide²⁴.

Drogas adjuvantes

São drogas desenvolvidas com outras finalidades terapêuticas, mas que durante o seu uso foi verificado efeito analgésico. São utilizadas principalmente para tratamento da dor neuropática.

Antidepressivos

A busca na literatura não identificou estudos relacionando o uso de antidepressivos no tratamento da dor crônica em idosos. Os antidepressivos tricíclicos, que atuam em nível pré-sináptico bloqueando a recaptura de monoaminas, são comumente usados no manejo da dor crônica relacionada à polineuropatia e a neuropatia diabética periférica²⁸. No entanto, é necessária atenção com a prescrição dessas drogas, pois podem produzir um grande número de efeitos colaterais como: retenção urinária, obstipação, hipotensão postural, sedação, glaucoma e arritmias cardíacas³¹. Estão ainda relacionadas ao aumento no número de quedas e precipitação de *delirium*, portanto devem ser utilizadas com cuidado em idosos²⁸. As drogas antidepressivas são consideradas potencialmente inapropriadas para idosos de acordo com os critérios BEERS¹².

Apesar de a tolerabilidade dos inibidores seletivos da recaptura de serotonina ser melhor que dos tricíclicos, há controvérsias no seu uso para controle da dor²⁵. O Instituto Nacional de Saúde Britânico traz a duloxetina como uma opção para dor relacionada à neuropatia diabética, porém não faz considerações quanto ao uso em idosos²⁸.

Anticonvulsivantes

Drogas antiepilépticas como a carbamazepina e valproato de sódio já foram utilizadas no manejo da dor neuropática, e seu uso está relacionado a alta incidência de efeitos adversos, interações medicamentosas e necessidade de monitoramento por exames laboratoriais. Novas drogas antiepilépticas como a gabapentina e a pregabalina têm se tornado comum no tratamento da dor, uma vez que estudos vêm mostrando sua eficácia e segurança^{28,33}. Contudo, também não há estudos avaliando o uso dessas drogas na população idosa. Em geral, é orientado o início com a menor dose possível, considerando a função renal e aumentando a dose de acordo com a resposta e efeitos adversos^{25,33}.

Um fator a ser considerado no tratamento da dor em idosos refere-se aos aspectos psicossociais dessa população. Ao atender o idoso, sua saúde mental é

fator essencial a ser avaliado. O índice de depressão, que é elevado nessa faixa etária, contribui para a precipitação e perpetuação da dor crônica^{8,46}. O grau de independência e as funções cognitivas também devem ser considerados, pois interferem na forma como as queixas dolorosas são manifestadas, bem como na abordagem terapêutica a ser estabelecida e na adesão ao tratamento⁴⁷.

Além disso, a condição social do paciente é de fundamental importância. Os determinantes sociais impactam a prevalência das doenças crônicas e o seu manejo. A desigualdade social, baixa escolaridade e desigualdade no acesso aos serviços de saúde e à informação estão relacionados à maior prevalência de doenças crônicas, seus agravos e a má adesão ao tratamento^{47,48}. Grande parte das drogas supracitadas, por exemplo, apresenta custo elevado para os padrões brasileiros, o que representa um obstáculo à instituição do tratamento adequado.

Por se tratar de uma revisão integrativa o estudo possui limitações metodológicas. O desenho nos permite analisar diferentes drogas, porém, para o estabelecimento de melhores opções de tratamento, mais estudos controlados são necessários. Pôde-se verificar na pesquisa que há insuficiência desse tipo de estudo, o que pode estar relacionado ao número reduzido de pesquisas na população idosa. Portanto, mais estudos nessa população são necessários, para contribuir com a evidência existente e definição

de protocolos no tratamento da dor crônica na pessoa idosa.

CONCLUSÃO

O manejo da dor crônica em idosos é complexo devido às comorbidades, polifarmácia, *status* funcional e alterações fisiológicas dessa população. O planejamento terapêutico requer amplo entendimento dessas variáveis, bem como da condição social do paciente. Efeitos indesejados comum de diversas classes medicamentosas podem ser evitados ou amenizados com a abordagem individualizada do paciente, especialmente nesse contexto em que diversas drogas não foram testadas especificamente na população idosa. De fato, as consequências de um quadro de dor crônica inadequadamente tratado podem piorar comorbidades, diminuir grau de independência e levar a depressão. Em geral, deve-se aplicar a máxima geriátrica “*start low and go slow*”, que prevê o início em doses mais baixas com aumento de acordo com a tolerabilidade e eficácia, bem como monitoramento constante do paciente. Os estudos têm mostrado uma desmistificação em torno dos opioides fortes, que vêm se estabelecendo como uma escolha segura e eficaz quando prescritos de forma correta. Ao tratar dor crônica em pacientes idosos, deve-se avaliar a relação risco-benefício de toda e qualquer droga, baseando-se em recomendações de consensos atuais e evidência científica.

REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial da Saúde. Relatório mundial de envelhecimento e saúde. Genebra: OMS; 2015.
2. Celich K, Galon C. Dor crônica em idosos e sua influência nas atividades da vida diária e convivência social. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2009;12(3):345-59.
3. Kayser B, Miotto C, Molin VD, Kummer J, Klein SR, Wibelinger LM. Influence of chronic pain on functional capacity of the elderly. *Rev Dor*. 2014;15(1):48-50.
4. Dellaroza MSG, Pimenta CAM, Lebrão ML, Duarte YA. Associação de dor crônica com uso de serviços de saúde em idosos residentes em São Paulo. *Rev Saúde Pública*. 2013;47(5):914-22.
5. Barbosa MH, Bolina AF, Tavares JL, Cordeiro AL, Luiz RB, De Oliveira KF. Sociodemographic and health factors associated with chronic pain in institutionalized elderly. *Rev Latinoam Enferm*. 2014;22(6):1009-16.
6. Dellaroza M, Pimenta C, Matsuo T. Prevalência e caracterização da dor crônica em idosos não institucionalizados. *Cad Saúde Pública*. 2007;23(5):1151-60.
7. Treede RD, Rief W, Barke A, Aziz Q, Bennett MI, Benoliel R, et al. A Classification of chronic pain for ICD-11. *Pain*. 2015;156(6):1003-7.

8. Felix RH, Almeida CB, Cremaschi RC, Coelho FM, Santos FC. Pain-induced depression is related to overestimation of sleep quality in a very elderly population with pain. *Arq Neuropsiquiatr.* 2017;75(1):25-9.
9. Karp JF, Shega JW, Morone NE, Weiner DK. Advances in understanding the mechanisms and management of persistent pain in older adults. *Br J Anaesth.* 2008;101(1):111-20.
10. American Geriatrics Society. American Geriatrics Society 2015 Updated Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. *J Am Geriatr Soc.* 2015;63(11):2227-46.
11. Oliveira MG, Amorim WW, Oliveira CRB, Coqueiro HL, Gusmão LC, Passos LC. Consenso brasileiro de medicamentos potencialmente inapropriados para idosos. *Geriatr Gerontol Aging.* 2017;10(4):168-81.
12. American Geriatrics Society, Panel on Pharmacological Management of Persistent Pain in Older Persons. Pharmacological management of persistent pain in older persons. *J Am Geriatr Soc.* 2009;57:1331-46.
13. World Health Organization. WHO Guidelines for the pharmacological treatment of persisting pain in adults with medical illnesses [Internet]. Geneva: WHO; 2012 [acesso em 17 out. 2016]. Disponível em: http://www.who.int/medicines/areas/quality_safety/Scoping_WHO_GLs_PersistPainAdults_webversion.pdf
14. Souza MT, Silva MD, Carvalho R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein.* 2010;8(1 Pt 1):102-6.
15. Atkinson TJ, Fudin J, Pandula A, Mirza M. Medication pain management in the elderly: unique and underutilized analgesic treatment options. *Clin Ther.* 2013;35(11):1669-89.
16. Hirst A, Knight C, Hirst M, Dunlop W, Akehurst R. Tramadol and the risk of fracture in an elderly female population: a cost utility assessment with comparison to transdermal buprenorphine. *Eur J Health Econ.* 2016;17(2):217-27.
17. Makris UE, Abrams RC, Gurland B, Reid MC. Management of persistent pain in the older patient: a clinical review. *JAMA.* 2014;312(8):825-36.
18. Manchikanti L, Abdi S, Atluri S, Balog CC, Benyamin RM, Boswell MV, et al. American Society of Interventional Pain Physicians (ASIPP) guidelines for responsible opioid prescribing in chronic non-cancer pain: Part 2--guidance. *Pain Physician.* 2012;15(3 Suppl):67-116.
19. Kean WF, Rainsford KD, Kean IR. Management of chronic musculoskeletal pain in the elderly: opinions on oral medication use. *Inflammopharmacology.* 2008;16(2):53-75.
20. Reid MC, Eccleston C, Pillemer K. Management of chronic pain in older adults. *BMJ.* 2015;350:1-10.
21. Imamura T. Significant efficacy of Tramadol/Acetaminophen in elderly patients with chronic low back pain uncontrolled by NSAIDs: An Observational Study. *Open Orthop J.* 2015;9(1):120-5.
22. Wehling M. Non-steroidal anti-inflammatory drug use in chronic pain conditions with special emphasis on the elderly and patients with relevant comorbidities: management and mitigation of risks and adverse effects. *Eur J Clin Pharmacol.* 2014;70(10):1159-72.
23. Tracy B, Sean Morrison R. Pain management in older adults. *Clin Ther.* 2013;35(11):1659-68.
24. Malec M, Shega JW. Pain management in the elderly. *Med Clin North Am.* 2015;99(2):337-50.
25. Kaye AD, Baluch A, Scott JT. Pain management in the elderly population: a review. *Ochsner J.* 2010;10(3):179-87.
26. Paladini A, Fusco M, Coaccioli S, Skaper SD, Varrassi G. Chronic Pain in the Elderly: the Case for New Therapeutic Strategies. *Pain Physician.* 2015;18(5):863-76.
27. Gianni W, Ceci M, Bustacchini S, Corsonello A, Abbatecola AM, Brancati AM, et al. Opioids for the treatment of chronic non-cancer pain in older people. *Drugs Aging.* 2009;26(Suppl 1):63-73.
28. Abdulla A, Adams N, Bone M, Elliott AM, Gaffin J, Jones D, et al. Guidance on the management of pain in older people. *Age Ageing.* 2013;42 Suppl 1(1):1-57.
29. Gianni W, Madaio AR, Ceci M, Benincasa E, Conati G, Franchi F, et al. Transdermal buprenorphine for the treatment of chronic noncancer pain in the oldest old. *J Pain Symptom Manage.* 2011;41(4):707-14.
30. Guerriero F. Guidance on opioids prescribing for the management of persistent non-cancer pain in older adults. *World J Clin Cases.* 2017;5(3):73-81.
31. Barber JB, Gibson SJ. Treatment of chronic non-malignant pain in the elderly: safety considerations. *Drug Saf.* 2009;32(6):457-74.
32. Vellucci R, Mattia C, Celidonio L, Mediati RD. Implications of analgesics use in osteoporotic-related pain treatment: focus on opioids. *Clin Cases Miner Bone Metab.* 2016;13(2):89-92.
33. Rastogi R, Meek BD. Management of chronic pain in elderly, frail patients: finding a suitable, personalized method of control. *Clin Interv Aging.* 2013;8:37-46.
34. Kraychete DC, Siqueira JTT, Garcia JBS. Recommendations for the use of opioids in Brazil: Part II. Use in children and the elderly. *Rev Dor.* 2014;15(1):65-9.

35. Broglio K, Pergolizzi J, Kowalski M, Lynch SY, He E, Wen W. Long-term effectiveness and safety of once-daily, single-entity, extended-release hydrocodone in patients of ≥ 75 years of age with moderate to severe nonmalignant and nonneuropathic pain. *Geriatr Nurs*. 2017;38(1):39-47.
36. Vu Bach T, Pan J, Kirstein A, Grief CJ, Grossman D. Use of Methadone as an Adjuvant Medication to low-dose Opioids for neuropathic pain in the frail elderly: A Case Series. *J Palliat Med*. 2016;19(12):1351-5.
37. Guerriero F, Roberto A, Greco MT, Sgarlata C, Rollone M, Corli O. Long-term efficacy and safety of oxycodone-naloxone prolonged release in geriatric patients with moderate-to-severe chronic noncancer pain: a 52-week open-label extension phase study. *Drug Des Devel Ther*. 2016;10:1515-23.
38. Lazzari M, Marcassa C, Natoli S, Carpenedo R, Caldarulo C, Silvi MB, et al. Switching to low-dose oral prolonged-release oxycodone/naloxone from WHO-Step I drugs in elderly patients with chronic pain at high risk of early opioid discontinuation. *Clin Interv Aging*. 2016;11:641-9.
39. Petro E, Ruffini E, Cappuccio M, Guerini V, Belotti G, Fascendini S, et al. Low-dose oral prolonged-release oxycodone/naloxone for chronic pain in elderly patients with cognitive impairment: an efficacy-tolerability pilot study. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2016;12:559-69.
40. Guerriero F, Sgarlata C, Marcassa C, Ricevuti G, Rollone M. Efficacy and tolerability of low-dose oral prolonged-release oxycodone/naloxone for chronic nononcological pain in older patients. *Clin Interv Aging*. 2015;10:1-11.
41. Likar R, Vadlau EM, Breschan C, Kager I, Korak-Leiter M, Ziervogel G. Comparable analgesic efficacy of transdermal buprenorphine in patients over and under 65 years of age. *Clin J Pain*. 2008;24(6):536-43.
42. Vadivelu N, Hines RL. Management of chronic pain in the elderly: focus on transdermal buprenorphine. *Clin Interv Aging*. 2008;3(3):421-30.
43. Pergolizzi JV, Raffa RB, Marcum Z, Colucci S, Ripa SR. Safety of buprenorphine transdermal system in the management of pain in older adults. *Postgrad Med*. 2017;129(1):92-101.
44. van Ojik AL, Jansen PA, Brouwers JR, Van Roon EN. Treatment of chronic pain in older people: evidence-based choice of strong-acting opioids. *Drugs Aging*. 2012;29(8):615-25.
45. Uberall MA, Muller-Schwefe GH. Low-dose 7-day transdermal buprenorphine in daily clinical practice - perceptions of elderly patients with moderate non-malignant chronic pain. *Curr Med Res Opin*. 2012;28(10):1585-95.
46. Holmes A, Christellis N, Arnold C. Depression and Chronic Pain. *Med J Aust*. 2010;1(4):17-20.
47. Arruda DCJ, Eta 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*. 2015;18(2):327-37.
48. Schmidt MI, Duncan BB, Azevedo e Silva G, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM, et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. *Lancet*. 2011;377(9781):1949-61.

Recebido: 15/11/2017

Revisado: 20/03/2018

Aprovado: 23/04/2018

nutren[®] 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[®] Senior Sem Sabor quando comparado a produto similar no mercado em Agosto/2016

Material exclusivo para profissionais da saúde.
Proibida a distribuição aos consumidores.

