

VOLUME 21, NÚMERO 6 - NOVEMBRO / DEZEMBRO 2018



Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia

Brazilian Journal of Geriatrics and Gerontology



ISSN 1981-2256



Revista Brasileira de Geriatrics e Gerontologia

Brazilian Journal of Geriatrics and Gerontology

VOLUME 21 Nº 6 - NOVEMBRO/DEZEMBRO 2018

Editor / Editor

Renato Peixoto Veras

Editor Associado / Associate Editor

Kenio Costa de Lima

Editor Executivo / Executive Editor

Raquel Vieira Domingues Cordeiro / Ana Claudia Souza Valença

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

EDITORIAL

- REDEFININDO A PASSAGEM DO TEMPO: ESTILO DE VIDA E LONGEVIDADE 669
 Redefining the passage of time: lifestyle and longevity
Fernanda Rougemont

ARTIGOS ORIGINAIS

- VALIDADE DE UM QUESTIONÁRIO PARA AVALIAÇÃO DO APOIO SOCIAL
 INFORMAL PARA IDOSOS: SEÇÃO 1 671
 Validation of a questionnaire for the evaluation of informal social support for the elderly: section 1
Marcello Barbosa Otoni Gonçalves Guedes, Kenio Costa Lima, André Luiz Lima, Thais Sousa Rodrigues Guedes
- APOIO SOCIAL E PROCESSAMENTO COGNITIVO ENTRE
 IDOSOS CUIDADORES E NÃO CUIDADORES DE OUTROS IDOSOS 681
 Social support and cognitive processing among elderly caregivers and non-caregivers of other elderly persons
Wellinton Lucas Silva de Almeida, Ana Carolina Ottaviani, Bruna Rodrigues dos Santos, Allan Gustavo Brigola, Tábatta Renata Pereira de Brito, Sofia Cristina Lost Pavarini
- SATISFAÇÃO COM A IMAGEM CORPORAL, ESTADO NUTRICIONAL,
 INDICADORES ANTROPOMÉTRICOS E QUALIDADE DE VIDA EM IDOSOS 691
 Body image satisfaction, nutritional status, anthropometric indicators and quality of life among the elderly
Renata Breda Martins, Raquel Rousselet Farias, Douglas Nunes Stahnke, Raquel Milani El Kik, Carla Helena Augustin Schwanke, Thais de Lima Resende
- PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS À FRAGILIDADE
 EM IDOSOS USUÁRIOS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA 704
 Prevalence of and factors associated with frailty in elderly users of the Family Health Strategy
Ádila de Queiroz Neves, Ageo Mário Cândido da Silva, Juliana Fernandes Cabral, Inês Echenique Mattos, Livia Maria Santiago
- AUTOMEDICAÇÃO E ADESÃO AO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO:
 AVALIAÇÃO DOS PARTICIPANTES DO PROGRAMA UNIVERSIDADE DO ENVELHECER 715
 Self-medication and adherence to drug treatment: assessment of participants of the Universidade do Envelhecer (the University of Aging) program
Antonio Leonardo de Freitas Garcia, Andréia Naomi Madoz Kaya, Eduardo Antonio Ferreira, Eliana Fortes Gris, Dayani Galato
- PERCEPÇÕES SOBRE ENVELHECER E ADOECER:
 UM ESTUDO COM IDOSOS EM CUIDADOS PALIATIVOS 725
 Perceptions of aging and falling ill: a study with elderly persons in palliative care
Mariana dos Santos Ribeiro, Moema da Silva Borges
- RISCO DE DESNUTRIÇÃO E OS FATORES ASSOCIADOS
 EM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS 735
 Risk of malnutrition and associated factors in institutionalized elderly persons
Cássia Cassol Damo, Marlene Doring, Ana Luisa Sant'Anna Alves, Marilene Rodrigues Portella
- ANÁLISE DE CONCORDÂNCIA ENTRE MÉTODOS PARA ESTIMATIVA
 DA ESTATURA DE IDOSOS ATENDIDOS EM AMBULATÓRIO DE NUTRIÇÃO 743
 Agreement among methods for study estimation of elderly taken at the nutrition ambulatory
Bruna Calixto Sant'Anna, Gisella Meireles de Castro Lage, Silvia Maria Custódio das Dores, Luis Guillermo Coca Velarde, Sérgio Girão Barroso, Gabrielle de Souza Rocha

ANÁLISE DO COMPORTAMENTO SEXUAL DE IDOSAS
ATENDIDAS EM UM AMBULATÓRIO DE GINECOLOGIA 749

Analysis of the sexual behavior of elderly women treated at a gynecological outpatient clinic

Luara Ramos Rodrigues, Patrícia Portilho, Alessandra Tieppo, Antônio Chambo Filho

PADRÕES ALIMENTARES DE INDIVÍDUOS IDOSOS DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO:
EVIDÊNCIAS DO ESTUDO SABE (SAÚDE, BEM-ESTAR E ENVELHECIMENTO) 756

Dietary patterns of elderly persons from the city of São Paulo: evidence from the SABE
(Health, Wellbeing and Aging) survey

*Daiana Aparecida Quintiliano Scarpelli Dourado, Maria de Fátima Nunes Marucci, Manuela de Almeida Roediger,
Yeda Aparecida de Oliveira Duarte*

A PERCEPÇÃO DE FAMILIARES CUIDADORES FRENTE
ÀS MUDANÇAS OCORRIDAS APÓS UM DIAGNÓSTICO DE DEMÊNCIA 768

The perception of family caregivers regarding the changes that occur after the diagnosis of dementia

Luciana Maria Santos Cesário, Isabelle Patriciá Freitas Soares Chariglione

ARTIGOS DE REVISÃO

QUAIS FATORES ESTÃO ASSOCIADOS À SARCOPENIA
E À FRAGILIDADE EM IDOSOS RESIDENTES NA COMUNIDADE? 781

Which factors are associated with sarcopenia and frailty in elderly persons residing in the community?

Ana Paula Pillatt, Rutiana Silva Patias, Evelise Moraes Berlezi, Rodolfo Herberto Schneider

ABORDAGENS DA PSICANÁLISE NO ATENDIMENTO AO IDOSO:
UMA REVISÃO INTEGRATIVA 793

Approaches of psychoanalysis in the care of the elderly: an integrative review

*Álvaro da Silva Santos, Araceli Albino, Vitória de Ávila Santos, Gabriela Souza Granero, Maria Teresa Mendonça de
Barros, Marta Regina Farinelli*



Redefinindo a passagem do tempo: estilo de vida e longevidade

Redefining the passage of time: lifestyle and longevity

A ampliação da expectativa de vida é um processo que implica mudanças na organização das sociedades. Em meio às discussões sobre as medidas mais adequadas para adaptar as instituições às novas configurações populacionais, a projeção de um tempo de vida mais longo tem efeitos, sobretudo, na percepção das pessoas sobre suas próprias trajetórias. A perspectiva da longevidade suscita uma maior preocupação em ter as condições necessárias para viver plenamente a vida em toda sua duração, sendo capaz de lidar com as mudanças físicas, psicológicas e sociais.

Elias¹ sugere que a noção do tempo se torna uma experiência sensível para os indivíduos através do engajamento no mundo, na medida em que surge a necessidade de definir parâmetros comuns que viabilizem a constituição de processos da vida coletiva. Os modelos de divisão e padronização de durações situam os indivíduos e suas trajetórias particulares em relação ao contexto em que se inserem. As divisões de fases da vida e as categorias de idade expressam o tempo da natureza humana e organizam um ciclo a ser vivido. Todavia, essas classificações têm uma história e se transformam de acordo com o desenvolvimento da sociedade. É nesse sentido que o debate contemporâneo sobre os diferentes fatores que ao longo da vida definem as condições em que envelhecemos influencia na forma como os indivíduos planejam e vivenciam o envelhecimento.

Com um número crescente de pessoas alcançando idades mais longevas, acima dos 80 anos, há um maior interesse em aprofundar o conhecimento sobre as diferentes formas de envelhecer. A velhice é um período longo demais para ser resumido. O referencial etário de “mais de 60 anos” vai dando lugar a um redimensionamento das fases da vida em uma visão mais atenta à complexidade e às particularidades dos estágios cronológicos mais avançados. Busca-se identificar quais fatores foram uma vantagem para aqueles que chegam a uma idade avançada desafiando antigas expectativas para a velhice. Assim, os “muito idosos” e, principalmente, os “super idosos” são evidências vivas de formas mais bem-sucedidas de envelhecer.

Quais fatores favoreceram a sobrevivência até tão avançada idade? O que faz com que os super idosos cheguem aos 80, 90, 100 anos e mantenham um desempenho físico e cognitivo acima do esperado para a idade? Essa busca por elementos que podem modificar as condições de envelhecer se estabelece em conformidade com a conjuntura de promoção de um envelhecimento ativo, com ênfase na noção de um processo de preparação para a vivência da velhice. Nesse contexto em que é necessário garantir a qualidade de vida, destaca-se uma categoria que tem redirecionado a abordagem biomédica do envelhecimento: o estilo de vida.

A noção de estilo de vida sugere considerar fatores, atitudes e hábitos que contribuem para uma forma melhor ou pior de envelhecer, integrando a dimensão biológica natural ao posicionamento ativo dos indivíduos na condução do próprio envelhecimento. A preservação da saúde e das funcionalidades na velhice é associada a uma trajetória pregressa, a fim de encontrar os indícios de práticas que potencialmente favorecem um envelhecimento saudável, ativo, autônomo e independente.

No âmbito demográfico, as pesquisas tentam identificar uma associação entre bem-estar e satisfação com a vida e as taxas de mortalidade². De um ponto de vista biomédico, são investigados diferentes aspectos que influenciam no desempenho físico e mental ao longo do tempo: os hábitos da vida cotidiana, a postura perante a vida, a prática de atividades físicas, a qualidade do sono, o nível de estresse e os hábitos alimentares. Tais fatores são considerados, inclusive, em relação a estratégias de prevenção e controle de doenças crônico-degenerativas associadas ao envelhecimento, como a Doença de Alzheimer³.

A perspectiva do estilo de vida ressalta a diversidade da experiência do envelhecimento como uma trajetória singular, mas há um viés controverso dessa ênfase: a rápida disseminação de diretrizes e padrões de dietas, exercícios físicos e mudança de hábitos, muitas vezes contraditórios, em busca de um desempenho ideal que contraponha o declínio da velhice.

Pensar a velhice como continuidade da trajetória de vida tem como desafio tornar a preparação para a longevidade não uma constante resistência à velhice, mas uma possibilidade de modificar o significado da experiência de envelhecer. É preciso considerar que, no lugar de modelos para a melhor forma de envelhecer, a compreensão de diferentes aspectos do envelhecimento pode indicar as várias formas de viver bem a própria velhice.

Fernanda Rougemont

Universidade Federal do Rio de Janeiro, Departamento de Antropologia Cultural.

Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

REFERÊNCIAS

1. Norbert E. Sobre o tempo. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor; 1998.
2. SC Segerstrom, Combs HL, Winning A, Boehm JK. The happy survivor?: Effects of differential mortality on life satisfaction in older age. *Psychol Aging*. 2016;31(4):340-5.
3. Jebelli J. Em busca da memória: uma biografia da Doença de Alzheimer, da sua descoberta às novas técnicas de cura. Tradução de Luis Reyes Gil. São Paulo: Planeta; 2018.



Validade de um questionário para avaliação do apoio social informal para idosos: seção 1

Validation of a questionnaire for the evaluation of informal social support for the elderly: section 1

Marcello Barbosa Otoni Gonçalves Guedes¹
Kenio Costa Lima¹
André Luiz Lima¹
Thais Sousa Rodrigues Guedes²

Resumo

Objetivos: construir e desenvolver a validação de conteúdo (VC) e de processo baseado em respostas (VPR) de um questionário para avaliação do apoio social informal para idosos. *Método:* trata-se de uma pesquisa descritiva, observacional, do tipo quantitativa. Teve execução entre janeiro e dezembro de 2016, no município de Natal, Rio Grande do Norte, e em outras localidades do Brasil. Os critérios de inclusão foram: experiência comprovada na área de apoio social (para especialistas) ou ter 60 anos ou mais e ter capacidade cognitiva preservada (para os idosos). Na etapa de VC, avaliou-se a relevância dos itens segundo Índice de Validade de Conteúdo (IVC) geral e por item e montagem de painel com as observações feitas pelos especialistas. Na etapa de VPR, avaliou-se o entendimento referente aos itens pelo público alvo. *Resultados:* na VC, obteve-se um total de 40 entrevistados. O IVC geral foi de 0,88 e apenas um item teve IVC considerado pobre. Na VPR, obteve-se um total de 41 entrevistados. *Conclusão:* o questionário demonstrou uma boa relevância dos itens propostos e as observações feitas pelos entrevistados permitiram uma aproximação da linguagem utilizada no instrumento à linguagem usada pelos idosos.

Palavras-chaves: Apoio Social. Saúde do Idoso. Inquéritos e Questionários. Estudos de Validação.

Abstract

Objectives: to construct and carry out content (CV) and response process (RPV) validation for a questionnaire to assess informal social support for the elderly. *Method:* a descriptive, observational, quantitative study was performed between January and December 2016 in the city of Natal (Rio Grande do Norte) and other locations in Brazil. The inclusion criteria were: proven experience in the area of social support (for experts) or 60 years of age or older and with preserved cognitive status (for the elderly). The CV stage evaluated the relevance of the items according to the general Content Validity Index (CVI) and

Keywords: Social Support. Health of the Elderly. Surveys and Questionnaires. Validation Studies.

¹ Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Departamento de Odontologia, Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva. Lagoa Nova, Natal, Brasil.

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

Financiamento: O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001. Bolsa social de Doutorado.

per item as well as the assembly of the panel based on the observations of the experts. In the RPV stage, the understanding of the items by the target audience was evaluated. *Results:* the CV stage included a total of 40 interviewees. The overall CVI was 0.88 and only one item had a CVI considered poor. In the RPV stage 41 people were interviewed. *Conclusion:* the questionnaire exhibited good relevance for the proposed items and the observations of the interviewees allowed an approximation of the language used in the instrument to the language of the elderly.

INTRODUÇÃO

As relações sociais, quando realizadas de forma insuficiente, constituem evidente risco à saúde, comparável a outros que são comprovadamente nocivos, tais como fumar, a hipertensão arterial, a obesidade e o sedentarismo, os quais podem acarretar implicações clínicas para saúde das pessoas¹. O Apoio Social (AS) parece ter um amplo impacto em muitos aspectos da vida das pessoas, sobretudo em população sob vulnerabilidade social, psicológica e de saúde, como é o caso dos idosos².

O AS compõe os recursos sociais e individuais de enfrentamento nos quais as pessoas baseiam suas respostas a necessidades cotidianas e situações estressantes³. A avaliação do indivíduo sobre o AS bem sucedido tem sido relacionada a diversos desfechos positivos na saúde física e mental, influenciando a maneira de perceber situações estressantes, o bem-estar emocional e psicológico e até a longevidade dos indivíduos^{3,4,5}.

A diferenciação das relações de apoio social de acordo com seu conteúdo, processo e desenvolvimento podem impactar diretamente na adaptação dos indivíduos ao seu meio social. Nesta perspectiva, o AS deve ser avaliado distinguindo-se seus tipos segundo as relações que lhe dão origem⁶. É comum observar na literatura científica a diferenciação entre Apoio Social Formal (ASF), onde incluem-se os serviços estatais, de segurança social, organizações diversas, tais como grupos de igrejas, profissionais da saúde, dentre outros e Apoio Social Informal (ASI), onde inclui-se a rede de familiares, amigos e vizinhos, por exemplo^{7,8}. O isolamento e a quebra dos vínculos com a rede de ASI poderiam aumentar a vulnerabilidade dos indivíduos ao adoecimento, tornando-se uma barreira para o alcance do envelhecimento ativo. O ASI, portanto, é a principal fonte de suporte para muitos idosos e, em muitas ocasiões, a única^{9,10}.

Diante do exposto até aqui e de outros pressupostos de evidências científicas para o processo de avaliação¹¹, percebe-se a importância de utilizar instrumentos construídos e validados para análise do ASI, mediante a escassez de recursos de avaliação na literatura para esse construto específico³, considerando ainda que a maior parte dos instrumentos abordam o Apoio Social Formal ou mesmo não diferem os construtos um do outro para a população idosa^{12,13,14}.

Dentro da lógica da sistematização do processo de avaliação, faz-se necessário que os instrumentos obedeçam ao rigor metodológico das etapas do processo de validação^{15,16}. A avaliação criteriosa do ASI pode se tornar complexa, demasiadamente abstrata e subjetiva, caso não sejam utilizados instrumentos de avaliação validados no processo de investigação. As variáveis de observação são múltiplas, o que pode trazer dificuldade para uma observação exclusivamente subjetiva.

A validade refere-se a capacidade de um instrumento medir com precisão o fenômeno a ser estudado, ou seja, quando ele consegue avaliar realmente seu objetivo¹⁷. Para a construção e validação de um questionário fazem-se necessárias, dentre outras, as etapas de “validade baseada no conteúdo” e “validade baseada no processo de respostas”, que poderão ser desenvolvidas por procedimentos qualitativos e quantitativos, de acordo com a metodologia proposta^{15,17-19}. Considerando a validação como um processo, a publicação de etapas já realizadas para determinado instrumento, fomenta a discussão no meio acadêmico e, conseqüentemente, a elaboração de novas pesquisas que corroborem a sua validade. Outras etapas para o aperfeiçoamento deste instrumento, tais como análise Fatorial Exploratória e Confirmatória, análise de acurácia e adaptações transculturais, fazem-se necessárias e serão tratadas em seções posteriores, visto que

algumas dessas etapas já foram concluídas pelo grupo de pesquisa responsável.

A validade baseada no conteúdo avalia o grau em que cada elemento de um instrumento de medida é relevante e representativo de um específico construto com um propósito particular de avaliação e é usualmente desenvolvida a partir de abrangente revisão da literatura, consulta a especialistas através de entrevistas, discussão em grupo (grupos focais) ou construção de painel, seguida de julgamento por juízes^{18,20}.

A validade baseada no processo de respostas engloba a análise de entrevistas a pessoas leigas potencialmente relacionadas com a população do estudo e posterior avaliação de juízes. Essa etapa asseguraria a correção de frases e uma aproximação da linguagem utilizada no instrumento à linguagem frequentemente usada pela população alvo, descartando-se assim termos que não ficaram muito claros para esse público^{15,17,20}. Infelizmente, a maior parte dos autores não descrevem em detalhes tais etapas. Por isso, o objetivo desta seção é analisar a validade baseada no conteúdo e no processo de respostas de um questionário que busca avaliar o Apoio Social Informal para Idosos.

MÉTODO

Características da Pesquisa

Trata-se de uma pesquisa descritiva, observacional, do tipo quantitativa. O presente estudo ocorreu no período de janeiro a outubro de 2016, como parte do projeto “Construção e validação de uma escala de apoio social para idosos”. Esta pesquisa contemplou duas etapas do processo de construção e validação de questionário: validade baseada no conteúdo e validade baseada no processo de respostas^{15,18}.

Coleta dos Dados

A primeira etapa referiu-se à validade baseada no conteúdo, onde procedeu-se a escolha dos itens pelos juízes, após abrangente revisão da literatura para elaboração da primeira versão do instrumento¹⁶. Em sequência, foi realizado julgamento da relevância dos itens por especialistas. Então, a construção inicial

das questões referentes ao primeiro modelo do questionário foi realizada por dois juízes estudiosos da temática Apoio Social e a escolha de cada item ocorreu sempre de maneira consensual após revisão da literatura. Em seguida, foi aplicado o questionário por internet para especialistas, tendo como critérios de inclusão: autores de artigos científicos na área, docentes dos cursos de Psicologia e Serviço Social (professores formadores de profissionais mais próximos na avaliação e manejo do apoio social entre idosos) e profissionais que trabalhassem diretamente com a temática.

A amostra nesta etapa foi selecionada por conveniência e totalizou 40 especialistas. O contato foi feito após montagem de banco de dados de e-mail dos autores responsáveis pela publicação dos artigos disponíveis na rede virtual de computadores e contato dos docentes disponíveis nas páginas da *web* das suas respectivas instituições de ensino superior ou convite presencial de profissionais da área. O convite foi enviado simultaneamente para todos os especialistas através da ferramenta de pesquisa *SurveyMonkey*®. A carta convite continha os seguintes dizeres: “O Apoio Social é um determinante importante para a saúde de diversas pessoas idosas. Esse estudo tem como objetivo construir e validar um questionário para avaliação do Apoio Social Informal para idosos. Esta é uma etapa inicial da pesquisa, na qual participam pesquisadores e especialistas na temática de Apoio Social Informal, para avaliarem a relevância dos itens propostos e possíveis alterações ou inclusões de novos itens. Sua participação é voluntária e se dará por meio das respostas realizadas neste questionário. Caso o senhor(a) se sinta a vontade em responder as questões estará dando relevante contribuição à nossa pesquisa.” Todos os participantes aceitaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

A segunda etapa de validade baseada no processo de respostas foi realizada também com amostra por conveniência, totalizando 41 pessoas (público alvo), em entrevistas presenciais, selecionados em uma instituição de longa permanência, uma associação de idosos e um centro de consultas do sistema único de saúde, todos localizados na cidade do Natal, Rio Grande do Norte (RN).

Os critérios de inclusão foram: ter 60 anos ou mais e ter capacidade cognitiva preservada (não possuir diagnóstico clínico de déficit cognitivo). Todos os

participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. Além das questões referentes ao ASI, os entrevistados eram perguntados sobre sua idade, gênero, escolaridade e renda. Nesta etapa, os participantes eram questionados sobre o entendimento ou não de cada item, eram solicitados para repetir as questões e encorajados a sugerir alterações. Além disso, eram observadas reações não verbais dos entrevistados durante as perguntas (expressões faciais de dúvida ou estranhamento, por exemplo) e o tempo elevado de resposta^{15,18,21}. A manutenção, alteração ou exclusão dos itens se deu por decisão consensual dos juízes após construção de um painel com as informações fornecidas pelos entrevistados^{17,22}.

Análise dos Dados

O questionário dirigido aos especialistas solicitou respostas quanto ao nível de escolaridade, bem como questões de múltipla escolha e abertas referentes aos itens propostos com os seguintes dizeres: “1- Classifique cada questão abaixo segundo grau de relevância para avaliação do Apoio Social para idosos” (Respostas desta questão estruturadas em Escala *Likert*: 1- Irrelevante; 2- Pouco Relevante; 3- Relevante; 4- Muito Relevante; 5- Extremamente Relevante); 2- “Caso o (a) senhor (a) queira sugerir a inclusão de algum item, o faça na caixa de texto abaixo”; “3- Caso o (a) senhor (a) queira sugerir a alteração de algum item, descreva o número correspondente e como gostaria que fosse alterado na caixa de texto abaixo”¹⁷.

Para se determinar o grau de relevância dos itens e relevância geral do instrumento foi utilizado o Índice de Validade de Conteúdo (IVC) que mede a proporção de relevância de cada item, baseada nas respostas dos juízes, (respostas 3, 4 ou 5 foram consideradas adequadas), onde: $IVC \text{ por item} = \frac{\text{Número de julgamentos adequados (respostas 3+4+5)}}{\text{Número total de julgamentos}}$. Itens com IVC maior ou igual a 0,8 foram mantidos²³. O IVC geral indica a proporção de relevância da média de

todo o instrumento, onde $IVC \text{ Geral} = \frac{\text{Média Geral de todas as Respostas Adequadas}}{\text{número total de julgamentos}}$. A manutenção, alteração ou exclusão dos itens se deu por decisão consensual dos juízes após construção de um painel com as informações fornecidas pelos entrevistados e análise do IVC dos itens^{20,22,23}.

Aspectos Éticos

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Onofre Lopes, sob parecer número 1.644.533 e CAAE 54608616.8.0000.5292. Este estudo está de acordo com o que preconizam as Resoluções nº 196/96 e nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

RESULTADOS

Quanto à análise descritiva, na etapa de validade baseada no conteúdo com especialistas, de um total de 40 entrevistados, 90,0% eram doutores, 7,5% eram mestres e 2,5% especialistas. Na etapa de validade baseada no processo de respostas com os idosos, de um total de 41 entrevistados, 17 (41,5%) eram do gênero masculino, 24 (58,5%) eram mulheres, a idade média foi de 70,87 anos ($\pm 8,01$), a maior parte (39,0%) possuía ensino fundamental, seguido de ensino médio (26,8%), superior (22,0%), sem instrução (7,3%) e pós-graduação (4,9%). A renda média foi de: 2439,02 reais ($\pm 2792,86$). Na Tabela 1 apresentamos os resultados de IVC geral e por item.

No Quadro 1 encontram-se dispostas as sugestões para alterações e inclusões de novos itens feitas pelos especialistas. No Quadro 2 faz-se uma comparação de antes e depois das alterações dos itens após sugestões dos especialistas. No Quadro 3 faz-se uma comparação de antes e depois das alterações dos itens após sugestões dos idosos. O Quadro 4 apresenta proposta do questionário após etapas de validade baseada no conteúdo e no processo de respostas.

Tabela 1. Primeira versão dos itens propostos por juízes após revisão da literatura e Índice de Validade de Conteúdo (IVC) por item e geral, segundo julgamento de relevância por especialistas. Natal, RN, 2018.

Item	Índice de Validade de Conteúdo por item
1. O senhor (a) pode contar com muitas pessoas próximas?	0,92
2. O senhor (a) mora com muitas pessoas?	0,82
3. O senhor (a) possui amigos próximos?	0,90
4. O senhor (a) tem um parente próximo que more perto?	0,90
5. O senhor (a) tem um amigo que more perto?	0,92
6. O senhor (a) tem um vizinho presente?	0,88
7. O senhor (a) realiza visitas a outras pessoas com frequência?	0,88
8. O senhor (a) recebe visitas de outras pessoas com frequência?	0,90
9. O senhor (a) tem alguém com quem conversar?	0,92
10. O senhor (a) tem alguém para ajudar nas tarefas de casa?	0,92
11. O senhor (a) tem alguém para ajudar a sair de casa quando precisa?	0,92
12. O senhor (a) tem alguém para ajudar quando está de cama ou doente?	0,95
13. O senhor (a) tem alguém para ajudar quando tem dificuldade financeira?	0,95
14. O senhor (a) participa das discussões para uma decisão familiar?	0,90
15. O senhor (a) participa das discussões para uma decisão entre amigos?	0,82
16. O senhor (a) participa das discussões para uma decisão da comunidade?	0,82
17. O senhor (a) escuta o problema dos outros quando solicitado?	0,90
18. O senhor (a) conforta a tristeza dos outros quando solicitado?	0,88
19. O senhor (a) compartilha momentos de lazer com alguém?	0,95
20. O contato social com outras pessoas é duradouro?	0,88
21. A ajuda que o senhor teve ou teria de alguém nos últimos 30 dias foi adequada?	0,82
22. Quando jovem, o senhor recebia ajuda adequada de outras pessoas?	0,65*
IVC – Geral	0,88

*Valor inferior ao valor de referência de 0,8²³.

Quadro 1. Observações para alterações e sugestões de inclusão de itens dos especialistas aceitas pelos juízes. Natal, RN, 2018.

Observações dos especialistas aceitas
Restrição para Apoio Social Informal no cabeçalho
Uso do singular para facilitar o entendimento
Redução do número de palavras em algumas frases
Pronome de tratamento “você” ao invés de “senhor”
Sugestões de inclusões de itens pelos especialistas aceitas
Quando você está triste ou com saudades de alguém você tem com quem falar sobre isso?
Você possui parentes próximos que ajudem nos seus cuidados quando precisa?

Quadro 2. Itens sem e com alterações, após sugestões específicas dos especialistas aceitas pelos juízes. Natal, RN, 2018.

Item sem alteração	Item Reformulado
Quando jovem, o senhor (a) recebia ajuda adequada de outras pessoas?	Quando jovem, você recebia ajuda adequada de outras pessoas?
O senhor (a) participa das discussões para uma decisão familiar?	Você participa de uma decisão familiar?
O senhor (a) participa das discussões para uma decisão entre amigos?	Você participa das decisões entre amigos?
O senhor (a) escuta o problema dos outros quando solicitado?	Você escuta o problema dos outros quando solicitado?
O senhor (a) recebe visitas de outras pessoas com frequência?	Você recebe visitas com frequência?
O senhor (a) tem um amigo que more perto?	Você possui algum amigo que veja frequentemente?
A ajuda que o senhor teve ou teria nos últimos 30 dias foi adequada?	A ajuda que o você teve ou teria nos últimos 30 dias foi satisfatória?
O senhor (a) tem um vizinho presente?	Você tem um vizinho com quem possa contar em caso de necessidade?
O senhor (a) tem um parente próximo que more perto?	Você tem um parente com quem possa contar e more perto?
O contato social com outras pessoas é duradouro?	O seu contato social com outras pessoas é duradouro?

Quadro 3. Itens Sem e com alterações após sugestões do público-alvo aceitas pelos juízes. Natal, RN, 2018.

Item sem alteração	Item Reformulado
Você tem um parente com quem possa contar e more perto?	Você tem alguém da família com que possa contar e more perto?
Você realiza visitas com frequência?	Você visitou outras pessoas com frequência?
Você tem alguém para ajudar a sair de casa quando precisa?	Você tem alguém para ajudar a sair de casa caso precise?
Você tem alguém para ajudar quando está de cama ou doente?	Você tem alguém para ajudar caso esteja de cama ou doente?
Você tem alguém para ajudar quando tem dificuldade financeira?	Caso você tenha dificuldade financeira tem alguém para lhe ajudar?
Você participa de uma decisão familiar?	Você participa de alguma decisão familiar?
Você escuta o problema dos outros quando solicitado?	Você ajuda outras pessoas quando solicitado?
Você conforta a tristeza dos outros quando solicitado?	Você consola as pessoas quando elas estão tristes?
O seu contato social com outras pessoas é duradouro?	O seu contato social com outras pessoas é permanente?
A ajuda que você teve ou teria nos últimos 30 dias foi satisfatória?	A ajuda que você teve ou teria nos últimos 30 dias foi ou seria satisfatória?

Quadro 4. Questionário de Apoio Social Informal para Idosos após etapas de validação baseada no conteúdo e no processo de respostas. Natal, RN, 2018.

O Apoio Social Informal trata-se de todo suporte emocional, financeiro, material ou para atividades diárias do dia-a-dia, recebida por uma rede de pessoas (parentes, amigos, vizinhos, dentre outros). MARQUE A ALTERNATIVA QUE O (A) SENHOR (A) JULGUE MAIS APROPRIADA PARA CADA ITEM REFERENTE AO APOIO SOCIAL INFORMAL ENTRE IDOSOS		
Item/Alternativas de resposta	SIM	NÃO
1. Você pode contar com pessoas próximas?		
2. Você mora com muitas pessoas?		
3. Você possui um amigo que veja frequentemente?		
4. Você tem alguém da família com que possa contar e more perto?		

continua

Continuação do Quadro 4

Item/Alternativas de resposta	SIM	NÃO
5. Você tem um amigo que more perto?		
6. Você tem um vizinho com quem possa contar em caso de necessidade?		
7. Você visita outras pessoas com frequência?		
8. Você recebe visitas com frequência?		
9. Você tem alguém com quem conversar?		
10. Você tem alguém para ajudar nas tarefas de casa?		
11. Você tem alguém para ajudar a sair de casa caso precise?		
12. Você tem alguém para ajudar caso esteja de cama ou doente?		
13. Caso você tenha dificuldade financeira tem alguém para lhe ajudar?		
14. Você participa de alguma decisão familiar?		
15. Você participa das decisões entre amigos?		
16. Você participa de alguma decisão da comunidade?		
17. Você ajuda outras pessoas quando solicitado?		
18. Você consola as pessoas quando elas estão tristes?		
19. Você compartilha momentos de lazer com alguém?		
20. O seu contato social com outras pessoas é permanente?		
21. A ajuda que você teve ou teria nos últimos 30 dias foi ou seria satisfatória?		
22. Ao longo da vida, você recebeu ajuda adequada de outras pessoas?		
23. Quando você está triste ou com saudades tem com quem falar sobre isso?		
24. Você possui algum familiar que ajude nos seus cuidados caso precise?		

DISCUSSÃO

Para a construção e validação de instrumentos é importante destacar alguns pontos para reflexão. Referente à validação de instrumentos, é importante entendê-la como uma reunião de recursos e procedimentos que se organizam como um processo e não como um produto concluído. As etapas do processo de validação devem se complementar e o nível de evidência alcançado pelo instrumento para medir determinado construto ou fenômeno deverá estar em constante evolução^{15,21,24,25}.

Quanto à análise descritiva, no que diz respeito à amostra da etapa de validade baseada no conteúdo, observou-se um alto grau de instrução dos participantes especialistas, o que poderia reduzir vícios de resposta por incompreensão das perguntas ou do objetivo do estudo. Sobre os respondentes da etapa de validade baseada no processo de respostas, é importante ressaltar que tivemos respondentes de todos os níveis de escolaridade, desde “sem instrução” por educação formal a pós-graduados, com um equilíbrio no quantitativo entre os gêneros masculino e feminino. Ademais, a coleta foi realizada

tanto em instituição de longa permanência, quanto em locais públicos. Esses aspectos reforçam a aplicabilidade do questionário em uma população institucionalizada ou não.

A validade baseada no conteúdo foi medida através de um painel de especialistas¹⁷. Esta ferramenta se integrou à pesquisa como parte de uma fase preliminar, contribuindo para o estabelecimento de bases para a investigação. Essa fase foi importante para apoiar o rompimento com preconceitos e falsas evidências sobre o construto estudado^{17,20,26}.

Com relação às observações gerais feitas pelos especialistas referentes ao instrumento, as que foram acatadas resultaram em redução do tamanho de frases, tornando-as mais objetivas, o que poderá reduzir o tempo final de aplicação do questionário¹⁸. As frases tiveram também uma linguagem aperfeiçoada, o que poderia fortalecer o vínculo entre o respondente e o processo de aplicação do instrumento e assim aumentaria a adesão para a conclusão de todas as respostas e também facilitaria o entendimento do entrevistado, reduzindo o viés de resposta²⁷. Foi sugerido que no cabeçalho do questionário se

restringisse o objeto de estudo para “Apoio Social Informal”, o que não estava claro na primeira versão e foi também acatado pelos juízes.

Os especialistas sugeriram ainda a inclusão de alguns itens. As sugestões aceitas abrangeram questões importantes que contemplam variáveis que influenciam diretamente no apoio social informal percebido, sendo apresentadas como parte de dimensões importantes para a avaliação do construto estudado. São elas: o “apoio emocional e participação social” e apoio instrumental ou disponibilidade²⁸⁻³⁰.

Quanto ao IVC, o índice geral foi satisfatório, demonstrando a pertinência geral dos itens incluídos inicialmente no instrumento²³. O item vinte e dois, “Quando jovem você recebia ajuda adequada de outras pessoas?”, foi o único a ter um desempenho insatisfatório segundo IVC por item²³ e foi reestruturado de forma que facilitasse o entendimento e desse uma noção referente ao apoio social informal percebido ao longo da vida. A solução encontrada para esse item foi reestruturá-lo da seguinte forma: “ao longo da vida, você recebeu ajuda adequada de outras pessoas?”.

Em algumas ocasiões, os especialistas podem dominar a temática estudada, mas ao sugerir questões pertinentes ao tema, podem fazê-lo numa linguagem de compreensão discutível para o público-alvo. Daí a importância da etapa de validade baseada no processo de respostas, que objetiva aproximar a linguagem usada no instrumento, da linguagem usual do público-alvo, tornando-a potencialmente mais compreensível^{15,21}.

Foi importante nessa etapa de entrevistas com os idosos, a coleta de indicadores diretos e indiretos, tais como as respostas sobre o entendimento de cada questão e a reação dos entrevistados a cada pergunta, respectivamente²¹. A documentação das reações e percepções sobre o entendimento das perguntas pela população-alvo, com posterior montagem do painel para este público, permitiu capturar especificidades deste grupo, que somente através de entrevista face a face seria possível.

A escolha do formato de respostas para os idosos relativa ao entendimento ou não de cada questão foi dicotômica em vez de uma escala tipo *Likert*, por exemplo. Esse formato de respostas

poderia facilitar o entendimento do entrevistado e reduzir a quantidade de respostas aleatórias¹⁸. Com relação à análise das respostas da população-alvo, referente ao entendimento de cada item, a análise foi específica item a item, na direção de potencializar o entendimento da frase segundo o objetivo de avaliação proposto pela questão e na tentativa de reduzir a possibilidade de respostas do tipo “não se aplica”²². Desta forma, para análise sobre o aceite ou rejeição de propostas de mudanças, foi levado em consideração as especificidades da população estudada.

As perguntas tiveram uma linguagem aproximada daquela falada mais comumente pelos idosos, de forma que mantivessem ainda os princípios básicos de norma culta da língua portuguesa e que o entendimento fosse potencializado¹⁸. Por exemplo, na pergunta “Você escuta o problema dos outros quando solicitado?”, muitos idosos entendiam “escutar o problema dos outros” como algo negativo, desta forma, a solução encontrada foi reformular a pergunta para “Você ajuda outras pessoas quando solicitado?”.

A palavra “caso” foi usada para aperfeiçoar algumas perguntas, no sentido de reduzir a possibilidade de respostas “não se aplica”. Por exemplo, na pergunta “Você tem alguém para ajudar quando tem dificuldade financeira?”, existia a possibilidade de algumas pessoas nunca terem tido dificuldade financeira. Assim sendo, a frase foi reformulada para “Caso você tenha dificuldade financeira, tem alguém para lhe ajudar?”. Situação similar ocorreu na frase que foi reformulada para “Você tem alguém para ajudar a sair de casa caso precise?”.

Em alguns momentos, termos relativamente simples geraram confusão para o respondente. Por exemplo, muitos idosos confundiam “receber visitas” com “realizar visitas”, desta forma, o termo foi reestruturado para “Você visitou outras pessoas com frequência?”. O termo “duradouro” era pouco usual para esse público e foi alterado para “permanente”. Tal qual ocorreu com o termo “confortar”, que foi modificado para “consolar”.

De modo geral, o construto Apoio Social Informal foi familiar e de fácil entendimento para os idosos entrevistados, principalmente pelo fato das perguntas serem comuns e com poucos termos técnicos ou científicos. Entretanto, a anotação de

algumas reações de surpresa ou demora na resposta ou resposta negativa de entendimento ou dificuldade em repetir a pergunta que acabara de ser lida ou ainda a sugestão de alteração dada pelo entrevistado, dava um direcionamento sobre perguntas que tinham determinado problema com muita frequência e necessitavam serem reformuladas.

Como limitações do estudo, pode-se citar que as respostas com especialistas foram coletadas completamente em formato on-line, isso dificultou o profissional respondente em esclarecer dúvidas sobre os itens, o que poderá favorecer o surgimento de viés de resposta em alguns casos. Além disso, não foi solicitado ao respondente especialista sua localidade. A amostra obtida para as entrevistas presenciais com o público-alvo foi de apenas uma cidade. O ideal é que fosse de cidades e regiões diferentes do Brasil, para se contemplar uma desejável variedade cultural entre os entrevistados. É válido destacar a importância de outras etapas de validação para este instrumento, tais como a Análise Fatorial,

análise de acurácia e reprodutibilidade, dentre outras, que serão contempladas em seções posteriores, no sentido de permitir que cada manuscrito não fique demasiadamente extenso, permitindo que cada etapa receba uma devida atenção.

CONCLUSÕES

A etapa de validade baseada no conteúdo demonstrou uma boa relevância dos itens propostos mediante bons indicadores do índice de validade de conteúdo geral e por item. Algumas sugestões indicadas pelos especialistas possibilitaram a inclusão de dois itens e aperfeiçoamento das demais questões inicialmente propostas. A validade baseada no processo de respostas permitiu uma aproximação da linguagem utilizada no instrumento à linguagem usada pelos idosos. Um melhor entendimento das questões pela população-alvo poderá resultar em respostas mais fidedignas e num processo de aplicação do instrumento facilitado. Outras etapas do processo de validação fazem-se necessárias.

REFERÊNCIAS

1. Andrade GRB, Vaitsman J. Apoio social e redes: conectando solidariedade e saúde. *Ciênc Saúde Colet.* 2002;7(4):925-34.
2. Johnson ER, Carson TL, Affuso O, Hardy CM, Baskin ML. Relationship between social support and body mass index among overweight and obese african american women in the rural deep south, 2011–2013. *Prev Chronic Dis.* 2014;11(224):1-9.
3. Gonçalves TR, Pawlowski J, Bandeira DR, Piccinini CA. Avaliação de apoio social em estudos brasileiros: aspectos conceituais e instrumentos. *Ciênc Saúde Colet.* 2011;16(3):1755-69.
4. Melchiorre MG, Chiatti C, Lamura G, Torres-Gonzales F, Stankunas M, Linder J, et al. Social support, socio-economic status, health and abuse among older people in seven european countries. *PLoS ONE.* 2013;8(1):548-56.
5. Boen H, Dalgard OS, Bjertness E. The importance of social support in the associations between psychological distress and somatic health problems and socio-economic factors among older adults living at home: a cross sectional study. *BMC Geriatr.* 2012;12(27):1-12.
6. Ornelas J. Suporte social: origens, conceitos e áreas de investigação. *Anál Psicol.* 1994;2-3(12):333-9.
7. Martins RML. A relevância do apoio social na velhice. *Rev Millenium.* 2005;(31):128-34.
8. Chatters LM, Taylor RJ, Jackson JS. Size and compositions of the informal helper networks of elderly blacks. *J Gerontol.* 1985;40(5):605-14.
9. Maia CML, Castro FV, Fonseca AMG, Fernández MIR. Redes de apoio social e de suporte social e envelhecimento ativo. *INFAD Rev Psicol.* 2016;1(1):293-303.
10. Neri AL, Vieira LAM. Envolvimento social e suporte social percebido na velhice. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2013;16(3):419-32.
11. Salmund SS. Evaluating the reliability and validity of measurement instruments. *J Orthop Nurs.* 2008;27(1):28-30.
12. Squassoni CE, Matsukura TS, Panúncio-Pinto MP. Versão brasileira do Social Support Appraisals: estudos de confiabilidade e validade. *Rev Ter Ocup.* 2016;27(1):1-11.

13. Domingues MAR. Mapa Mínimo de Relações do Idoso: análise de reprodutibilidade. *Rev Kairos*. 2011;14(6):153-66.
14. Griep RA, Chor D, Faerstein E, Werneck GL, Lopes CS. Validade de constructo de escala de apoio social do Medical Outcomes Study adaptada para o português no Estudo Pró-Saúde. *Cad Saúde Pública*. 2005;21(3):703-14.
15. American Educational Research Association. American Psychological Association (APA). National Council on Measurement in Education (NCME). The standards for educational and psychological testing. New York: AERA; 2014.
16. Guedes MBOG, Lima KC, Caldas CP, Veras RP. Apoio social e o cuidado integral à saúde do idoso. *Physis*. 2017;27(4):1185-204.
17. Alexandre NMC, Coluci MZO. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. *Ciênc Saúde Colet*. 2011;16(7):3061-8.
18. Vieira S. Como elaborar questionários. São Paulo: Atlas; 2009.
19. Pasquali L. Validade dos testes psicológicos: será possível reencontrar o caminho? *Psicol Teor Pesqui*. 2007;23(esp):99-107.
20. Pinheiro JQ, Farias TM, Abe-Lima JY. Painel de especialistas e estratégia multimétodos: reflexões, exemplos, perspectivas. *Psico*. 2013;44(2):184-92.
21. Padilha JL, Benítez I. Validity evidence based on response processes. *Psicothema*. 2014;26(1):136-44.
22. Gibbs G. Análise de dados qualitativos. Porto Alegre: Art Med; 2009.
23. Terwee CB, Prinsen CAC, Chiarotto A, De Vet HCW, Bouter LM, Alonso J, et al. COSMIN methodology for assessing the content validity of PROMs . User manual version 1.0. Amsterdam: [publisher unknown]; 2018.
24. Rios J, Welles C. Validity evidence based on internal structure. *Psicothema*. 2014;26(1):108-16.
25. Sireci S, Padilla JL. Validating assessments: introduction to the special section. *Psicothema*. 2014;26(1):97-9.
26. Davidson M, Keating J. Patient-reported outcome measures (PROMs): how should I interpret reports of measurement properties? a practical guide for clinicians and researchers who are not biostatisticians. *Br J Sports Med*. 2014;48:792-6.
27. Amatuzzi MLL, Barreto MCC, Julio Litvoc J, Leme LEG. Linguagem metodológica. *Act Ortop Bras*. 2006;14(2):108-12.
28. Rath T, Panigrahi D. Instrumental social support for the rural elderly: study of a rural block of a costal district of Odisha. *Int J Community Med Public Health*. 2017;4(7):2320-6.
29. Shumaker SC, Susan KF, Debra KM, Misook LC. Psychometric properties of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support in Patients With Heart Failure. *J Nurs Meas*. 2017;25(1): 90-102.
30. García-Martín MA, Hombrados-Mendieta I, Gómez-Jacinto L. A Multidimensional approach to social support: the Questionnaire on the Frequency of and Satisfaction with Social Support (QFSSS). *An Psicol*. 2016;32(2):501-15.

Recebido: 24/06/2018

Revisado: 21/09/2018

Aprovado: 28/09/2018



Apoio social e processamento cognitivo entre idosos cuidadores e não cuidadores de outros idosos

Social support and cognitive processing among elderly caregivers and non-caregivers of other elderly persons

Wellinton Lucas Silva de Almeida¹
Ana Carolina Ottaviani²
Bruna Rodrigues dos Santos²
Allan Gustavo Brigola²
Tábatta Renata Pereira de Brito³
Sofia Cristina Lost Pavarini⁴

Resumo

Objetivo: analisar as medidas de apoio social e de processamento cognitivo de idosos cuidadores e não cuidadores. **Método:** trata-se de um estudo comparativo, transversal e quantitativo. Os participantes foram divididos em dois grupos: 41 idosos cuidadores de outros idosos (G1) e 41 idosos não cuidadores (G2). Foram identificadas variáveis sociodemográficas, de cuidado e de saúde, apoio social, cognição e processamento cognitivo (obtido por meio da captação do potencial evocado auditivo de longa latência, com o aparelho *Neuron-Spectrun-4/EPM*). **Resultados:** no G1, a maioria era do sexo feminino (n=33; 80,5%), com vida conjugal (n=34; 82,9%), média de idade de 68,5 ($\pm 5,8$) anos, média de 4,5 ($\pm 3,7$) anos de escolaridade e prestava o cuidado em média por 18,0 ($\pm 18,4$) anos por 6,5 ($\pm 5,1$) horas de cuidado diárias. No G2, a maioria era do sexo feminino (n=31; 75,6%), viúvas (n=23; 56,1%), com média de idade de 69,8 ($\pm 7,2$) anos e média de 3,7 (± 2) anos de escolaridade. Quanto ao apoio social, cognição e processamento cognitivo não houve diferenças estatisticamente significantes entre os grupos. **Conclusão:** não houve influência negativa da tarefa de cuidar no apoio social e processamento cognitivo. Esta pesquisa poderá trazer contribuições para o planejamento de ações junto aos cuidadores da atenção primária à saúde e pesquisas futuras para investigar outros fatores que permeiam essa relação.

Palavras-chave: Cuidadores. Apoio Social. Saúde do Idoso. Cognição.

¹ Universidade Federal de São Carlos, Departamento de Gerontologia, Programa de Graduação em Gerontologia. São Carlos, São Paulo, Brasil.

² Universidade Federal de São Carlos, Programa de Pós-graduação em Enfermagem. São Carlos, São Paulo, Brasil.

³ Universidade Federal de Alfenas, Faculdade de Nutrição, Programa de Pós-graduação em Ciências. Alfenas, Minas Gerais, Brasil.

⁴ Universidade Federal de São Carlos, Departamento de Gerontologia, Programa de Pós-graduação em Gerontologia. São Carlos, São Paulo, Brasil.

Financiamento: Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), processo nº: 2016/21521-7 e 2017/04129-9. Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) processo nº 424789/2016-7

Correspondência
Sofia Cristina Lost Pavarini
sofiapavarini@gmail.com

Abstract

Objective: to analyze measures of social support and cognitive processing among elderly caregivers and non-caregivers. **Method:** a comparative, cross-sectional and quantitative study was performed. Participants were divided into two groups: 41 elderly caregivers of other elderly persons (G1) and 41 elderly non-caregivers (G2). Sociodemographic, health and care variables, social support, cognition and cognitive processing (verified by long-latency auditory evoked potential acquisition with the Neuron-Spectrun-4 / EPM device) were assessed. **Results:** in G1, the majority were female (n=33, 80.5%), married (n=34, 82.9%), with a mean age of 68.5 (\pm 5.8) years, a mean 4.5 (\pm 3.7) years of schooling and had provided care on average for 18.0 (\pm 18.4) years for 6.5 (\pm 5.1) hours per day. In G2, the majority were female (n=31, 75.6%), widowed (n=23, 56.1%), had a mean age of 69.8 (\pm 7.2) years and a mean 3.7 (\pm 2) years of schooling. There were no statistically significant differences between the groups in social support, cognition and cognitive processing. **Conclusion:** the task of caring did not have a negative influence on social support and cognitive processing. This research may contribute to the planning of actions among primary health care providers and to future research investigating other factors that permeate this relationship.

Keywords: Caregivers. Social Support. Health of the Elderly. Cognition.

INTRODUÇÃO

A longevidade e o perfil crônico dos problemas de saúde da população podem levar à redução na funcionalidade de idosos e aumentar o seu grau de dependência para a realização de atividades de vida diárias. Estes, muitas vezes, tornam-se, em virtude dessas situações, dependentes de cuidados^{1,2}. Em muitos casos é necessário um cuidador, indivíduo responsável por prestar cuidados ao idoso dependente, melhorando, assim, sua qualidade de vida³.

O perfil do cuidador de idoso tem sido apontado pela literatura nacional e internacional como informal, familiar, mulher (geralmente, esposa ou filha) com meia idade ou idosas, casada, com baixa escolaridade e que mora junto com o idoso receptor do cuidado⁴⁻⁹.

A tarefa de cuidar pode gerar impactos negativos na saúde do cuidador, como sobrecarga ou ônus resultantes do estresse^{3,10}. Outros efeitos negativos advindos da tarefa de cuidar também podem ocorrer, sendo os mais comuns: depressão, ansiedade, desgastes físicos, psicológicos e/ou sociais¹⁰.

Algumas condições podem estar associadas ao comprometimento do cuidado prestado e ter influência negativa na saúde biopsicossocial do cuidador. Dentre estas, encontram-se as horas dedicadas ao cuidado, a falta de tempo para

autocuidado, o tempo de duração da doença e aumento da dependência do idoso, diminuição das atividades laborativas, sociais e de lazer¹⁰.

A relação entre alterações cognitivas e a prestação de cuidado vem sendo discutida na literatura¹¹. Um estudo realizado com cuidadores familiares idosos de pacientes com demência identificou que esses cuidadores acabam sendo submetidos a disfunções cognitivas e psicofisiológicas, podendo afetar a qualidade de vida e habilidade de prover cuidados. Os autores deste mesmo estudo observaram que os níveis de *brain-derived neurotrophic factor* (BDNF) foram afetados pelo estresse crônico dos cuidadores, tendo sido parcialmente relacionado a deficiências cognitivas. Encontraram que cuidadores mais jovens apresentavam significativas disfunções cognitivas e que cuidadores mais velhos tinham essas disfunções ainda mais acentuadas¹¹.

O estresse crônico encontrado na tarefa de cuidar parece ter uma associação com o declínio cognitivo¹¹. Segundo Figueiredo et al.¹², as atividades instrumentais de vida diária (AIVD) e atividades avançadas de vida diária (AAVD) são melhores executadas por pessoas com melhor funcionamento cognitivo. Neste sentido, o cuidador necessita de um bom desempenho cognitivo para prestar os devidos cuidados, envolvendo, por exemplo, domínios como atenção e concentração¹³.

Uma das ferramentas utilizadas para avaliar atenção e concentração é o Potencial Evocado Auditivo (P-300), que é altamente dependente de habilidades cognitivas¹⁴. Este potencial é medido pela avaliação da latência e da amplitude e é caracterizado por uma onda resultante da discriminação de um estímulo raro, que surge a aproximadamente 300 milissegundos (ms), depois do início estímulo¹⁵. O pico de latência do P300 pode variar de 270 a 470 ms, a depender da atividade proposta, embora sua amplitude máxima aconteça em cerca de 300 ms^{14,16}. Uma revisão, realizada por Pavarini et al.¹⁷, encontrou que, quanto aos idosos saudáveis, os valores para amplitude variaram de 2,2 μ V a 18,5 μ V e, para latência, de 320 ms a 484 ms.

O apoio social adequado pode surgir como estratégia para a redução do nível do estresse causado e, consequentemente, melhorar a saúde do cuidador, resultando em melhorias no cuidado prestado^{4,18}. Para além de um melhor cuidado prestado, a saúde mental do cuidador, também, pode ser melhorada, se este receber apoio social suficiente¹⁸. A literatura tem demonstrado que relações sociais beneficiam o funcionamento da cognição de idosos¹⁹. Por isso, faz-se necessário reforçar a importância de se prestar apoio social adequado aos idosos, sejam cuidadores ou não.

Há, ainda, uma lacuna na literatura explorando o processamento cognitivo e o apoio social em idosos que realizam o cuidado a outro idosos. Portanto, o objetivo deste estudo foi analisar as medidas de apoio social e de processamento cognitivo em dois grupos de idosos, os que cuidam e os que não cuidam.

MÉTODO

Trata-se de um estudo comparativo, transversal baseado nos pressupostos da pesquisa quantitativa, desenvolvido com idosos atendidos na atenção primária de um município do interior do Estado de São Paulo, região sudeste do Brasil.

Os participantes foram divididos em dois grupos: idosos cuidadores de outros idosos e idosos não cuidadores. Para preservar o anonimato, as siglas C (idoso cuidador) e I (idoso não cuidador), seguidas por um número, foram utilizadas para identificar cada um dos participantes da pesquisa. Para a inclusão

do idoso no respectivo grupo, alguns critérios de inclusão foram estabelecidos:

- *Grupo G1*: ter 60 anos ou mais de idade, ser registrado em um serviço de saúde da atenção primária do município e ser cuidador principal de um idoso dependente residente no mesmo domicílio. Ressalta-se que outras pessoas que não fossem idosas poderiam morar no mesmo domicílio, como filhos, netos, sobrinhos entre outros. Considerou-se dependentes os idosos que relataram dependência em pelo menos uma atividade básica (ABVD) ou AIVD, avaliadas pelo Índice de Katz²⁰ e Escala de Lawton e Brody²¹, respectivamente. Os referidos instrumentos também foram aplicados no idoso cuidador, que deveria ser mais independente do que o idoso com quem morava.
- *Grupo G2*: ter 60 anos ou mais de idade, ser registrado em um serviço de saúde da atenção primária do município e não prestar nenhum tipo de cuidado a outra pessoa idosa e residir sozinho ou com outro familiar que não fosse idoso.

Foram excluídos os participantes que apresentaram transtorno neurológico auto relatado, histórico de acidente vascular cerebral e alcoolismo e/ou uso de drogas psicoativa.

Foi realizado um cálculo amostral, utilizando o método de comparação de média entre os dois grupos, fixando o nível de significância ou alfa em 5% (erro tipo I) e o poder da amostra em 80% (beta ou erro tipo II em 20%). Os valores de média e desvio padrão foram estimados a partir de um estudo prévio realizado com idosos cuidadores e idosos cadastrados em unidades de atenção primária. Determinando-se, assim, uma amostra de 41 sujeitos por grupo²².

A coleta de dados foi realizada no período de junho de 2016 a julho de 2017 e ocorreu em duas etapas. Na primeira etapa, os entrevistadores, a partir de listas fornecidas pelos serviços de saúde, visitaram os idosos nos domicílios e realizavam o convite. Após o aceite e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), eram coletadas informações de caracterização sociodemográfica, saúde e do cuidado. Além de ser agendado um horário para a segunda parte da entrevista, com intervalo máximo de uma semana.

Na segunda etapa, eram coletados os dados sobre o processamento cognitivo, cognição e apoio social. Esta etapa foi realizada em um local previamente definido no próprio bairro, de fácil acesso para os participantes, sendo assegurado um ambiente tranquilo, silencioso e bem iluminado.

As variáveis de interesse foram investigadas, utilizando as seguintes medidas:

- *Características sociodemográficas e saúde*: sexo (feminino e masculino), idade (em anos), escolaridade (em anos), estado civil (com ou sem vida conjugal).
- *Características do cuidado*: de quem cuida (cônjuge, filho), tempo de cuidado (anos), horas por dia de dedicação ao cuidado, se recebe ajuda material/financeira (sim ou não), se recebe ajuda afetiva/emocional (sim ou não).
- *Apoio social*: avaliado pelo *Medical Outcomes Study (MOS)*, validado para a população brasileira por Andrade et al.²³, composto por 19 itens referentes a cinco dimensões de apoio sendo elas: material, afetivo, emocional, interação social positiva e informação. A pontuação varia de 15 a 100 pontos, significando que, quanto maior a pontuação, maior o nível de apoio social recebido naquele domínio²³.
- *Cognição*: avaliado através do Exame Cognitivo de Addenbrooke – Revisado (ACE-R), validado para o contexto brasileiro por Carvalho e Caramelli²⁴, composto por cinco domínios - atenção e orientação, memória, fluência, linguagem e visuoespacial. A pontuação total varia de zero a 0-100, sendo que pontuações mais altas representam um melhor estado cognitivo²⁴.
- *Processamento cognitivo (P300)*: obtido através da captação do potencial evocado auditivo de longa latência realizado com o aparelho modelo *Neuron-Spectrum-4/EPM*. Os eletrodos de contato foram fixados na região frontal (Fz), central (Cz), parietal (Pz), conforme o sistema internacional 10/20. Além de eletrodos nos lóbulos da orelha direita (A1), esquerda (A2) e eletrodo de referência conectado por cabos (*jumper* - A+). Os artefatos relacionados a sinais não cerebrais (piscadas e movimentos musculares ao redor dos olhos) foram removidos, com o auxílio do

canal adicional de EOG (eletro-oculograma). O P300 foi captado utilizando o paradigma *oddball*, com sequência de estímulos apresentada de forma binaural, contendo dois sinais de mesma intensidade (90 dB). Dentro da sequência, o estímulo padrão (1000 Hz) foi deflagrado em 80% das vezes, enquanto o estímulo raro (2000 Hz) foi interposto aleatoriamente em 20% das vezes, entre os estímulos padrão. Para os valores do P300 será considerado a terceira onda positiva que ocorre no intervalo de 300 – 500 ms após a apresentação do estímulo raro. A partir destas constatações serão extraídas duas informações: a latência – considerado o tempo transcorrido entre o estímulo raro e o pico de P300 (em milissegundos) e a amplitude – o valor pico de P300 (em microvolts)¹⁸. Dessa maneira, uma menor latência e maior amplitude das ondas geradas refletem um melhor processamento cognitivo.

Todos os aspectos éticos que regem pesquisas com seres humanos foram respeitados. O estudo foi autorizado pela Secretaria de Saúde do município de São Carlos e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos (CAAE: 51773915.1.0000.5504). A coleta de dados teve início após sua aprovação.

Os dados foram inseridos em uma planilha com realização de dupla digitação, validação e conferência dos dados. Posteriormente, estes foram transportados para o programa *Statistical Package for the Social Science (SPSS)* versão 20.0, para as análises estatísticas.

Após as análises descritivas, o teste de Shapiro-Wilk foi utilizado para verificar a normalidade dos dados. Para comparação entre grupos, foi utilizado o teste de Mann-Whitney, por se tratar de dados independentes e não paramétricos. Foi considerado nível de significância $p \leq 0,05$.

RESULTADOS

No G1, a maioria dos idosos era do sexo feminino (n=33; 80,5%), com vida conjugal (n=34; 82,9%), média de idade de 68,5 ($\pm 5,8$) anos e média de 4,5 ($\pm 3,7$) anos de escolaridade. Em relação ao contexto do cuidado, o idoso cuidador prestava o cuidado em média por 18,0 ($\pm 18,4$) anos por 6,5 ($\pm 5,1$) horas

de cuidado diárias. No G2, a maioria era do sexo feminino ($n=31$; 75,6%), viúvas ($n=23$; 56,1%), com média de idade de 69,8 ($\pm 7,2$) anos e média de 3,7 (± 2) anos de escolaridade. Em relação ao número de amigos ou familiares próximos, a média para o G1 foi de 4,6 ($\pm 2,7$) e para o G2 de 4,8 ($\pm 3,7$). Ressalta-se que não houve diferença estatística entre os grupos.

A Tabela 1 apresenta os dados da análise comparativa do apoio social para grupos G1 e G2. Observa-se que não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos, apesar dos idosos do G2 terem melhor pontuação em todos os domínios do apoio social. O apoio afetivo foi a média maior em ambos (G1: 90,4; [$\pm 18,5$] / G2: 93,1; [$\pm 16,1$]). A menor média do G1 foi o apoio interação social positiva (85,4; [$\pm 21,1$]). Já no G2, as menores médias foram apoio material (90,7; [$\pm 18,9$]) e apoio emocional (90,7; [$\pm 18,6$]).

De acordo com a Tabela 2, pode-se observar que a pontuação total do ACE-R foi de 65,3 ($\pm 16,3$) para o G1 e 65,8 ($\pm 15,2$) para o G2. As pontuações médias obtidas nos grupos não apresentaram diferenças significativas. Entretanto, a maior média ocorreu no domínio linguagem, em ambos os grupos (G1: 19,7; [$\pm 4,7$] / G2: 18,8; [$\pm 4,6$]).

Em relação ao processamento cognitivo, observa-se, na Tabela 3, que embora não haja uma diferença significativa entre os grupos, o G2 teve maior média em Latência Pz (355,4 [$\pm 39,3$]), Amplitude Fz (5,5; [$\pm 4,4$]), Amplitude Cz (5,4 [$\pm 4,8$]) e Amplitude Pz (6,3 [$\pm 4,0$]). Entre os dois grupos, o maior valor para latência foi o do G1 (Latência Fz: 357,7; [$\pm 40,2$]) e o menor foi o do G2 (Latência Fz: 352,1; [$\pm 39,8$]). Quanto à amplitude, o maior valor identificado foi no G2 (6,3 ; [$\pm 4,0$]) na Amplitude Pz e o menor foi no G1 (4,7 ; [$\pm 4,0$]), na Amplitude Cz.

Tabela 1. Análise comparativa do apoio social do grupo de idosos cuidadores (G1) e do grupo de idosos não cuidadores (G2), segundo a pontuação obtida nos domínios do *Medical Outcomes Study* (MOS). São Carlos, SP, 2017.

Variável	G1		G2		p-valor
	Média ($\pm dp^*$)	Mín-máx	Média ($\pm dp$)	Mín-máx	
Apoio material	89,5 ($\pm 16,9$)	40-100	90,7 ($\pm 18,9$)	25-100	0,290
Apoio afetivo	90,4 ($\pm 18,5$)	20-100	93,1 ($\pm 16,1$)	20-100	0,461
Apoio emocional	88,5 ($\pm 19,3$)	20-100	90,7 ($\pm 18,6$)	35-100	0,482
Apoio interação social positiva	85,4 ($\pm 21,1$)	10-100	91,0 ($\pm 16,6$)	40-100	0,321
Apoio informação	87,8 ($\pm 17,5$)	20-100	91,6 ($\pm 14,8$)	50-100	0,255

*Desvio padrão.

Tabela 2. Análise comparativa da cognição do grupo de idosos cuidadores (G1) e do grupo de idosos não cuidadores (G2), segundo a pontuação obtida nos domínios do *Addenbroke's Cognitive Examination-Revised* (ACE-R). São Carlos, SP, 2017.

Cognição	G1		G2		p-valor
	Média ($\pm dp^*$)	Mín-máx	Média ($\pm dp$)	Mín-máx	
ACER – Total	65,3($\pm 16,3$)	35-92	65,8 ($\pm 15,2$)	37-93	0,878
Atenção/orientação	13,7 ($\pm 2,3$)	8-18	14,0 ($\pm 2,4$)	8-18	0,398
Memória	14,8 ($\pm 5,9$)	4-25	15,8 ($\pm 5,6$)	6-26	0,463
Fluência	6,4 ($\pm 2,8$)	1-12	6,4 ($\pm 2,7$)	1-11	0,974
Linguagem	19,7 ($\pm 4,7$)	10-26	18,8 ($\pm 4,6$)	9-26	0,350
Visuo-espacial	10,6 ($\pm 3,1$)	4-16	10,7 ($\pm 3,0$)	5-16	0,915

*Desvio padrão.

Tabela 3 – Análise comparativa do processamento cognitivo do grupo de idosos cuidadores de idosos (n=41) (G1) e do grupo de idosos não cuidadores (n=41) (G2). São Carlos, SP, 2017.

P300	G1		G2		p-valor
	Média (\pm dp*)	Mín-máx	Média (\pm dp)	Mín-máx	
Latência Fz	357,7 (\pm 40,2)	288-496	352,1 (\pm 39,8)	292-484	0,512
Latência Cz	353,2 (\pm 37,2)	280-430	353,5 (\pm 45,8)	292-488	0,521
Latência Pz	353,4 (\pm 36,4)	280-430	355,4 (\pm 39,3)	292-470	0,827
Amplitude Fz	4,9 (\pm 3,8)	(-1,7)-15	5,5 (\pm 4,4)	(-1,3)-16	0,617
Amplitude Cz	4,7 (\pm 4,0)	(-3,4)-18	5,4 (\pm 4,8)	(-1,5)-21	0,651
Amplitude Pz	5,8 (\pm 3,8)	(-2,9)-18	6,3 (\pm 4,0)	(-1)-19	0,479

*Desvio padrão.

DISCUSSÃO

Os resultados do presente estudo apontam, no G1, a predominância do sexo feminino, da vida conjugal, e baixos níveis de escolaridade. Corroborando com os dados deste estudo, Anjos et al.⁵ observaram que a maioria dos cuidadores participantes era do sexo feminino, casada, baixa escolaridade e morava junto com o idoso. Outros estudos^{5,6,7,9,25}, também, apontaram para o mesmo perfil do cuidador.

Fuhrmann et al.²⁶, no município de Porto Alegre - Rio Grande do Sul, realizaram um estudo com 112 idosos/cuidadores vinculados a uma unidade básica, tendo como objetivo a caracterização dos idosos dependentes e de seus cuidadores familiares principais e a verificação da associação entre capacidade funcional e sobrecarga do cuidador. Os resultados deste estudo mostraram que os cuidadores tinham alta escolaridade, com média de 12,2 (\pm 5,24) anos de estudo, o que se difere dos dados aqui encontrados, já que, quanto à escolaridade dos cuidadores, a média de anos de estudo foi de 4,5 (\pm 3,7).

A média de idade dos cuidadores desta pesquisa foi de 68,5 (\pm 5,8) anos. Um estudo realizado com 338 idosos cuidadores identificou que 39,3% dos participantes tinham idade entre 65 e 69 anos e 65,7% destes cuidadores era do sexo feminino, corroborando com os achados deste estudo¹. Corroborando com os dados, uma pesquisa realizada na Bahia observou que 34,5% dos cuidadores tinham idade acima de 61 anos e 89,7% eram do sexo feminino⁴. Destaca-se que, à medida que o cuidador envelhece, ele também pode adquirir incapacidades, apresentando cada vez mais dificuldades para cuidar de si mesmo e do outro,

o que pode aumentar a vulnerabilidade de ambos, cuidador e idoso recebendo cuidados^{9,13}.

Em relação ao contexto do cuidado, o idoso cuidador prestava, ao necessitado, em média, 18,0 (\pm 18,4) anos de cuidado. Um estudo realizado no município de Manoel Vitorino, interior do Estado da Bahia, verificou que 68,8% dos cuidadores dedicaram entre dois e 10 anos de suas vidas ao cuidado e 20,8% dedicaram por mais de 10 anos⁵.

Quanto ao tempo diário dedicado ao cuidado, este estudo observou que os cuidadores despendiam 6,5 (\pm 5,1) horas de cuidado por dia. Este dado difere de alguns estudos nacionais, onde, em 2014, 86,2% dos cuidadores investigados por Anjos et al.⁴ dedicavam de 18 a 24 horas diárias de cuidado, obtendo média de 21,4h diárias. Também, em 2015, Anjos et al.⁵ identificaram que 88% dos cuidadores prestavam ajuda ao necessitado por um período de 13 a 24 horas, com média de 21,9h por dia (\pm 4,9). Os resultados podem relacionar-se com às diferenças no grau de dependência dos idosos receptores de cuidados, pois cuidar de um idoso altamente dependente, que exija um cuidado mais oneroso, pode gerar maior sobrecarga no cuidador, por ser uma tarefa de longa duração e que demanda alta carga horária diária de cuidados^{5,10}.

No G2, houve a predominância do sexo feminino e da baixa escolaridade. Dias et al.²⁷ observaram que 63,1% dos idosos que participaram do estudo eram do sexo feminino e que 39,8% tinham baixa escolaridade (0-3 anos de estudo), corroborando com este e outros estudos^{6,7}. Pode ser que o motivo para se ter encontrado baixa escolaridade neste estudo

seja o fato de a maioria dos idosos ser de bairros de alta vulnerabilidade social, segundo o Índice Paulista de Vulnerabilidade Social (IPVS).

Quanto ao estado civil, a maioria do G2 era viúva (56,1%). Corroborando com os achados desta investigação, o Núcleo de Estudo e Pesquisa em Educação Física (NEPEF/FACVEST) identificou, em uma de suas pesquisas, que a maioria dos idosos participantes ($n=35$; 70%) era, também, viúva²⁸. Ser viúvo pode implicar morar sozinho. A literatura tem mostrado que morar sozinho pode significar mais independência e autonomia. Entretanto, o ambiente familiar é um elemento fundamental no bem-estar dos idosos e as relações familiares são importantíssimas, quanto ao enfrentamento da solidão e de outras situações, que podem se manifestar na vida de um idoso²⁹.

Em 2017, Lima-Costa et al.³⁰ verificaram uma média de idade de 69,9 anos em idosos não cuidadores residentes na comunidade, sendo estes, em sua maioria, do sexo feminino (56,4%). Estes dados corroboram com os aqui encontrados. Em outro estudo, os autores puderam verificar que 65,71% dos idosos participantes eram do sexo feminino, com escolaridade de 1 a 4 anos (49,23%) e tinham idade média de 72,32 ($\pm 5,55$) anos⁷.

Quanto ao apoio social, não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos, apesar dos idosos do G2 ter melhor pontuação em todos os domínios do apoio social. Em 2015, Anjos et al.⁵, usando a pontuação no domínio Relações Sociais, o qual abrange as questões relacionadas às relações pessoas e suporte e apoio social do instrumento Whoqol-bref, verificaram que, quanto ao suporte e apoio social, 41,4% dos cuidadores informaram estar satisfeitos. Ressalta-se que os cuidadores relacionaram apoio social recebido com o cuidado direto ao idoso. Contudo, declararam não receber apoio social formal.

O apoio social tem influência na qualidade de vida do cuidador, por possibilitar maior liberdade deste em atividades diárias, podendo, inclusive, prevenir sobrecarga, desgaste biopsicossocial e complicações à saúde⁵. Ainda sobre o apoio social em cuidadores, alguns estudos verificaram que, se adequado, o apoio social pode impactar na redução dos níveis do estresse, advindo da tarefa de cuidar, melhorando a saúde do cuidador e o cuidado prestado^{4,18}.

Em uma revisão integrativa da literatura, realizada por Pereira³¹, pôde-se observar que o apoio social teve relação com o bem-estar de idosos. Constatou-se, também, que os idosos podem receber diferentes tipos de apoio social, sendo eles: familiar, comunitário, de amigos, grupo de idosos, grupo de autoajuda, e apoio formal (citado em 50% dos artigos, onde somente os médicos especializados e os que acompanhavam o tratamento foram citados).

Ressalta-se, também, que, em circunstâncias onde o apoio social é baixo e a rede de apoio social é fraca ou inexistente, os riscos de aumento de vulnerabilidade e doença são agravados³². As redes de suporte social e emocional devem ser encaradas como ferramentas para lidar com eventos de vida, causados por situações estressoras e perturbações a elas associadas. Com o avançar dos anos, a significância da rede social e do suporte social vai aumentando³².

Um estudo, realizado em âmbito nacional, com participantes idosos com limitações funcionais, teve o objetivo de descrever a prevalência e fatores sociodemográficos que estavam associados a ajuda informal e remunerada que esses idosos recebiam. Observou-se que a ajuda mais relatada foi a informal (81,8%), seguida da remunerada (5,8%) ou mista (6,8%) e, por fim, nenhuma (5,7%). O mesmo estudo identificou que, quanto maior o número de moradores no domicílio, maior a propensão ao recebimento de ajuda, independentemente da fonte, idade e do sexo. Também, com o aumento da idade, as pessoas que moravam sozinhas tinham maior probabilidade de receber ajuda. Os participantes que recebiam ajuda informal, remunerada ou mista eram mulheres, residiam em domicílio com outros moradores e mais velhos, quando comparados com aqueles que não recebiam nenhum tipo de ajuda (75 ou mais anos de vida)³⁰.

O G1 obteve, como pontuação média total do ACE-R, 65,3 ($\pm 16,3$) pontos. Um estudo transversal, realizado em um município paulista, com 343 idosos cuidadores cadastrados nas Unidades de Saúde da Família e que se encontravam nos contextos urbano, rural e alta vulnerabilidade, observou que 54,5% dos 189 idosos do contexto urbano estavam acima da nota de corte (65 pontos), no instrumento ACE-R, corroborando com os resultados encontrados neste estudo. O mesmo estudo, também, identificou que,

no contexto rural, 58,0% dos 81 idosos cuidadores moradores obtiveram pontuação acima da nota de corte (supracitada) adotada pelo estudo. Ainda, em idosos cuidadores moradores do contexto de alta vulnerabilidade, observou-se que 19,2% dos 73 participantes pontuaram acima da nota de corte⁹. Em 2017, Brigola et al.²⁶, em um estudo com idosos cuidadores moradores de comunidades rurais, observaram como pontuação média total do ACE-R 68,7 ($\pm 15,5$), corroborando, também, com os achados deste estudo.

Quanto ao G2, a pontuação média no instrumento ACE-R foi de 65,8 ($\pm 15,2$) pontos. Nunes et al.³³ observaram que 76,9% dos idosos participantes do estudo tinham declínio cognitivo, sendo que, dentre estes, o percentual de mulheres foi maior e houve maior proporção de idosos dependentes. Também, entre os que tinham declínio cognitivo, a maior prevalência foi para aqueles que tinham ≥ 80 anos de idade, que eram viúvos, que moravam com filhos e que tinham baixa escolaridade (1-3 anos de estudo). Em um município do norte do estado do Rio Grande do Sul, Stamm et al.²⁹ obtiveram como resultado que, dos 368 idosos participantes, 204 (55,4%) possuíam déficit cognitivo.

O estudo de Casemiro et al.³⁴ apresentou uma pontuação média total de 89,3 ($\pm 4,0$) pontos, diferente do encontrado nesta pesquisa. Uma provável justificativa para esta discrepância de resultados pode ser a diferença de escolaridade entre os participantes desses estudos, já que os participantes do estudo de Casemiro et al.³⁴ tinham alta escolaridade. A baixa escolaridade, dentre outros fatores, está associada à uma maior prevalência do declínio cognitivo³³.

Quanto ao processamento cognitivo, não houve diferença significativa entre os grupos. Entretanto, ressalta-se que o G2 teve maior média em Latência Pz, Amplitude Fz, Amplitude Cz e Amplitude Pz. Uma revisão sistemática realizada por Pavarini et al.¹⁷ identificou 26 estudos que, juntos, envolveram 940 idosos saudáveis, onde a maioria destes estudos buscou identificar e determinar o quanto o P300 é influenciado pela idade. Como resultado dessa revisão sistemática, observou-se que, quanto à amplitude do P300, os valores variaram de 2,2 μV a 18,5 μV . Enquanto que, no estudo aqui apresentado, essa variação no G1 foi de (-1,7) a 15, (-3,4) a 18 e (-2,9) a 18, para Amplitude Fz, Amplitude Cz e Amplitude

Pz, respectivamente, e, no G2, (-1,3) a 16, (-1,5) a 21 e (-1) a 19 para Amplitude Fz, Amplitude Cz e Amplitude Pz, respectivamente. Quanto à latência, os autores dessa revisão obtiveram valores que variaram de 320 ms a 484 ms. No estudo aqui apresentado, os valores do G1 nas Latências Fz, Cz e Pz, variaram, respectivamente, de 288 a 496, 280 a 430 e 280 a 430. No G2, variaram de 292 a 484, 292 a 488 e 292 a 470 nas Latências Fz, Cz e Pz, respectivamente. Os autores afirmam que essas variações, quanto às amplitudes e latências analisadas, encontradas podem estar relacionadas às metodologias adotadas, variáveis estudadas e amostras observadas nesses estudos. É importante dizer que as características da amostra e a forma como o teste é aplicado influenciam os valores de amplitude e latência³⁵.

Cabe ressaltar algumas limitações desta pesquisa. Trata-se de um estudo transversal, realizado com uma amostra específica e, portanto, os dados não podem ser generalizados. Também não é possível estabelecer uma relação de causa e efeito. Ademais, os grupos foram semelhantes, apesar de não serem pareados. Entretanto, os resultados deste estudo servem de subsídios para pesquisas futuras, que podem ser realizadas com maior número de participantes, inserção de mais um grupo em contextos e regiões diferentes, ou por meio de acompanhamento longitudinal desses idosos.

CONCLUSÃO

Os resultados demonstraram que não houve diferenças significativas entre os grupos, ao se analisar o apoio social, a cognição e o processamento cognitivo.

A maioria dos idosos do Grupo 1 era mulheres, casadas, com média de idade de 68,5 anos e tinham, em média, de 4,5 anos de escolaridade. O idoso cuidador prestava o cuidado, em média, por 18,0 anos, dispondo de 6,5 horas diárias de cuidado. Quanto ao Grupo 2, a maioria era mulheres, viúvas, com média de idade de 69,8 anos e tinham uma média de 3,7 anos de escolaridade.

No presente estudo, ser cuidador não significou ter menos apoio social, pior cognição e processamento cognitivo. Isto pode significar que ser idoso cuidador de idoso não necessariamente interfere

negativamente na cognição e no processamento cognitivo, ou seja, o idoso cuidador não tem, necessariamente, pior memória, fluência verbal, habilidades visuoespaciais, atenção e concentração.

Considerando as características dessa amostra, do contexto que vivem e mediante aos métodos do estudo, ser idoso cuidador não significa ter uma menor quantidade de pessoas com quem contar.

REFERÊNCIAS

1. Tomomitsu MRSV, Perracini MR, Neri AL. Fatores associados à satisfação com a vida em idosos cuidadores e não cuidadores. *Ciênc Saúde Colet*. 2014;19(8):3429-40.
2. Lima PV, Valença TDC, Chaves RN, Reis LA. Memória de idosos longevos com dependência funcional a respeito do trabalho. *Rev Ciênc Desenvol*. 2016;9(1):172-90.
3. Bandeira M, Tostes JGA, Santos DCS, Lima DC, Oliveira MS. Sobrecarga de familiares cuidadores de pacientes psiquiátricos: relação com assertividade. *Psico USF*. 2014;19(3):399-409.
4. Anjos KF, Boery RNSO, Pereira R, Santos VC, Boery EN, Casotti CA. Perfil de cuidadores familiares de idosos no domicílio. *Rev Pesqui Cuid Fundam (Online)*. 2014;6(2):450-61.
5. Anjos KF, Boery RNSO, Pereira R, Pedreira LC, Vilela ABA, Santos VC, et al. Associação entre apoio social e qualidade de vida de cuidadores familiares de idosos dependentes. *Ciênc Saúde Colet [Internet]*. 2015 [acesso em 01 set. 2018];20(5):1321-30. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n5/pt_1413-8123-csc-20-05-01321.pdf
6. Andrade NB, Novelli MMPC. Perfil cognitivo e funcional de idosos frequentadores dos centros de convivência para idosos da cidade de Santos, SP. *Cad Bras Ter Ocup*. 2015;23(1):143-52.
7. Sposito G, Neri AL, Yassuda MS. Atividades avançadas de vida diária (AAVDs) e o desempenho cognitivo em idosos residentes na comunidade: Dados do Estudo FIBRA Polo UNICAMP. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2016;19(1):7-20.
8. Pinquart M, Sorensen S. Spouses, adult children, and children-in-law as caregivers of older adults: a meta-analytic comparison. *Psychol Aging*. 2011;26(1):1-14.
9. Pavarini SCI, Neri AL, Brigola 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 [Internet]*. 2017 [acesso em 01 set. 2018];51:1-7. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v51/pt_1980-220X-reeusp-51-e03254.pdf
10. Souza LR, Hanus JS, Libera LBD, Silva VM, Mangilli EM, Simões PW, et al. Sobrecarga no cuidado, estresse e impacto na qualidade de vida de cuidadores domiciliares assistidos na atenção básica. *Cad Saúde Colet [Internet]*. 2015 [acesso em 03 set. 2018];23(2):140-49. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v23n2/1414-462X-cadsc-23-2-140.pdf>
11. Corrêa MS, Giacobbo BL, Vedovelli K, Lima DB, Ferrari P, Argimon ILL, et al. Age effects on cognitive and physiological parameters in familial caregivers of Alzheimer's Disease patients. *PLoS ONE [Internet]*. 2016 [acesso em 03 set. 2018];11(10):1-16. Disponível em: <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0162619>
12. Figueiredo CS, Assis MG, Silva SLA, Dias RC, Mancini MC. Functional and cognitive changes in community-dwelling elderly: longitudinal study. *Braz J Phys Ther*. 2013;17(3):297-306.
13. Brigola AG. Perfil cognitivo, fragilidade, sintomas depressivos e sobrecarga de idosos cuidadores em comunidades rurais [dissertação]. São Carlos: Universidade Federal de São Carlos; 2016.
14. Cóser MJS, Cóser PL, Pedroso FS, Rigon R, Cioqueta E. P300 Auditory evoked potential latency in elderly. *Braz J Otorhinolaryngol*. 2010;76(3):287-93.
15. Rossini PM, Rossi S, Babiloni C, Polich J. Clinical neurophysiology of aging brain: from normal aging to neurodegeneration. *Prog Neurobiol*. 2007;83(6):375-400.
16. Dinteren RV, Arns M, Jongasma MLA, Kessels RPC. P300 Development across the Lifespan: a systematic review and meta-analysis. *PLoS ONE*. 2014;9(2):873-47.
17. Pavarini SCI, Brigola AG, Luchesi BM, Souza EN, Rossetti ES, Fraga FJ, et al. On the use of the P300 as a tool for cognitive processing assessment in healthy aging: a review. *Dement Neuropsychol [Internet]*. 2018 [acesso em 03 set. 2018];12(1):1-11. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/dn/v12n1/1980-5764-dn-12-01-0001.pdf>
18. Guedes MBOG, Lima KC, Caldas CP, Veras RP. Apoio social e o cuidado integral à saúde do idoso. *Rev Saúde Colet*. 2017;27(4):1185-1204.

19. Kelly ME, Duff H, Kelly S, Power JEM, Brennan S, Lawlor BA, et al. The impact of social activities, social networks, social support and social relationships on the cognitive functioning of healthy older adults: a systematic review. *Syst Rev J* [Internet]. 2017 [acesso em 03 set 2018];6(259):5-18. Disponível: <https://systematicreviewsjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13643-017-0632-2#comments>
20. Lino VTS, Pereira SRM, Camacho LAB, Ribeiro Filho ST, Buksman S. Adaptação transcultural da escala de independência em atividades da vida diária (Escala Katz). *Cad Saúde Pública*. 2008;24(1):103-12.
21. Santos RL, Virtuoso JSJ. Confiabilidade da versão brasileira da escala de atividades instrumentais da vida diária. *Rev Bras Promoç Saúde*. 2008;21(4): 290-6.
22. Hulley SB, Cummings SR, Browner WS, Grady DG, Newman TB. *Delineando a pesquisa clínica*. 4 ed. Porto Alegre: ArtMed; 2015.
23. Andrade CR, Chor D, Faerstein E, Rosane RH, Lopes CS, Fonseca MJM. Apoio social e auto-exame das mamas no Estudo PróSaúde. *Cad Saúde Pública*. 2005;21(2):379-86.
24. Carvalho VA, Caramelli P. Brazilian adaptation of the Addenbrooke's cognitive examination-revised (ACE-R). *Dement Neuropsychol*. 2007;1(2):212-6.
25. Brigola AG, Luchesi BM, Alexandre TDS, Inouye K, Mioshi E, Pavarini SCI. High burden and frailty: association with poor cognitive performance in older caregivers living in rural areas. *Trend Psychiatry Psych*. 2017;39(4):257-63.
26. Fuhrmann AC, Bierhals CCBK, Santos NOS, Paskulin LMG. Associação entre a capacidade funcional de idosos dependentes e a sobrecarga do cuidador familiar. *Rev Gaúch Enferm*. 2015;36(1):14-20.
27. Dias ED, Andrade FB, Duarte YAO, Santos JL, Santos JLF, Lebrão ML. Atividades avançadas de vida diária e incidência de declínio cognitivo em idosos: Estudo SABE. *Cad Saúde Pública*. 2015;31(8):1623-35.
28. Liposcki DB, Andreis LM, Silva SA, Neto FR. Aptidão motora de idosos longevos: implicações cognitivas e socioemocionais. *Rev Kairós*. 2016;19(22):227-39.
29. Stamm B, Leite MT, Hildebrandt LM, Kirchner RM, Girardon-Perlini NMO, Beuter M. Cognição e capacidade funcional de idosos que residem sós e com familiares. *Rev Baiana Enferm*. 2017;31(2):1-8.
30. Lima-Costa MF, Peixoto SV, Malta DC, Szwarcwald CL, Mambrini JVM. Cuidado informal e remunerado aos idosos no Brasil (Pesquisa Nacional de Saúde, 2013). *Rev Saúde Pública*. 2017;51(1):1-6.
31. Pereira JK. Evidências da influência da rede de apoio social na saúde de idosos brasileiros: revisão integrativa de leitura [monografia]. Brasília: Universidade de Brasília; 2015.
32. Maia CML, Castro FV, Fonseca AMG, Fernández IR. Redes de apoio social e de suporte social e envelhecimento ativo. *Rev INFAD Psychol*. 2016;1(1):293-304.
33. Nunes WA, Dias FA, Nascimento JS, Gomes NC, Tavares DMS. Cognição, funcionalidade e indicativo de depressão entre idosos. *Rev Rene*. 2016;17(1):103-11.
34. Casemiro FG, Rodrigues IA, Dias JC, Alves LCS, Inouye K, Gratão ACM. Impacto da estimulação cognitiva sobre depressão, ansiedade, cognição e capacidade funcional em adultos e idosos de uma universidade aberta da terceira idade. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2016;19(4):683-94.
35. Jiang S, Qu C, Wang F, Liu Y, Qiao Z, Qiu X, et al. Using event-related potential P300 as an electrophysiological marker for differential diagnosis and to predict the progression of mild cognitive impairment: a meta-analysis. *Neurol Sci*. 2015;36(7):1105-12.

Recebido: 06/06/2018

Revisado: 17/09/2018

Aprovado: 25/09/2018



Satisfação com a imagem corporal, estado nutricional, indicadores antropométricos e qualidade de vida em idosos

Body image satisfaction, nutritional status, anthropometric indicators and quality of life among the elderly

Renata Breda Martins¹
Raquel Rousselet Farias¹
Douglas Nunes Stahnke¹
Raquel Milani El Kik¹
Carla Helena Augustin Schwanke²
Thais de Lima Resende¹

Resumo

Objetivo: determinar a prevalência da satisfação com a imagem corporal em idosos, bem como a sua relação com o estado nutricional, indicadores antropométricos e qualidade de vida. **Método:** estudo transversal, descritivo e analítico desenvolvido com idosos provenientes de unidades da Estratégia Saúde da Família de todos os distritos sanitários de Porto Alegre/Rio Grande do Sul. As variáveis pesquisadas foram: sociodemográficas (sexo; idade; estado civil e escolaridade), antropométricas (peso; altura; índice da massa corporal; circunferências do braço, panturrilha, cintura e quadril; razão cintura-quadril e dobra cutânea tricipital), nutricional (Mini Avaliação Nutricional), e clínicas (qualidade de vida; satisfação com a imagem corporal). Foram aplicadas a Escala de Silhuetas de Stunkard (imagem corporal), a Mini Avaliação Nutricional e a escala de qualidade de vida de Flanagan. Para análise dos dados foi realizada regressão logística (cinco etapas) com o método *Backward condicional*. **Resultados:** foram avaliados 532 usuários idosos [68,96 (7,14) anos], em sua maioria mulheres (64,8%) e insatisfeitas com sua imagem corporal (71,7%). Foram consideradas variáveis preditoras da satisfação com a imagem corporal: índice de massa corporal eutrófico/baixo peso, circunferência do braço eutrófia/insuficiente e média mais alta na qualidade de vida. **Conclusão:** identificou-se baixa prevalência da satisfação com a imagem corporal entre os idosos em geral. Aqueles com menor índice de massa corporal, menores medidas de circunferência do braço e melhor qualidade de vida apresentaram maiores chances de serem satisfeitos com a sua imagem corporal.

Palavras-chave: Imagem Corporal. Idoso. Estado Nutricional. Antropometria. Qualidade de Vida.

Abstract

Objective: to determine the prevalence of body image satisfaction in elderly subjects, as well as its relationship with nutritional status, anthropometric indicators and quality of life. **Method:** a cross-sectional, descriptive and analytical study was carried out with elderly individuals from Primary Care units (Family Health Strategy) from all the health

¹ Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Escola de Ciências da Saúde. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

² Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Escola de Medicina. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

Financiamento: FAPERGS (Fundação de Amparo à Pesquisa do Rio Grande do Sul), através do Edital 02/2009 PPSUS, processos nº 09/0075-7 e 09/0055-0.

Correspondência
Thais de Lima Resende
thaislr@puccs.br

districts of Porto Alegre, in the state of Rio Grande do Sul. The variables studied were: sociodemographic (gender; age; marital status and schooling), anthropometric (weight; height; body mass index; arm, calf, waist and hip circumference; waist-hip ratio and triceps skinfold), nutritional (Mini Nutritional Assessment), and clinical (quality of life; body image satisfaction). The Stunkard Silhouettes Scale, the Mini Nutritional Assessment and the Flanagan quality of life scale were applied. For data analysis, logistic regression (five steps) was performed with the Conditional Backward method. *Results*: a total of 532 elderly users (68.96 (7.14) years) were evaluated, mostly women (64.8%) who were dissatisfied with their body image (71.7%). The predictors of body image satisfaction were: eutrophic/underweight body mass index, eutrophy/insufficient arm circumference, and higher mean quality of life scores. *Conclusion*: in general, a low prevalence of body image satisfaction was identified among the elderly. Subjects with lower body mass index, smaller arm circumference measures and better quality of life had a greater chance of being satisfied with their body image.

Keywords: Body Image. Aged. Nutritional Status. Anthropometry. Quality of Life.

INTRODUÇÃO

A imagem corporal corresponde à representação mental do próprio corpo¹, experienciada de forma individual, que contempla os sentidos, determinando sua identidade e pensamentos, aludindo percepções de sentimentos pessoais. Entretanto, ela sofre interferência do meio social com mudanças nas relações interpessoais e de comportamento². Assim, a satisfação com a imagem corporal é constituída de maneira complexa e multidimensional, a partir de diversos fatores, como culturais, comportamentais, sociodemográficos, antropométricos e relacionados à saúde^{1,2}.

Aspectos físicos e psicológicos do envelhecimento podem afetar a percepção da imagem corporal, além da maior insatisfação com a mesma decorrente das alterações do peso e do metabolismo resultantes do envelhecimento. Ainda, as mulheres idosas sofrem maior pressão da sociedade no que tange a sua aparência física, o que impacta negativamente a sua experiência do envelhecimento³.

Além das questões relativas à imagem corporal, a população idosa é particularmente propensa a alterações nutricionais devido a modificações fisiológicas e sociais, ocorrência de doenças crônicas, polifarmácia, alterações sensoriais, depressão e alterações da mobilidade com dependência funcional⁴. A avaliação do estado nutricional pode ser realizada a partir da utilização de diferentes indicadores antropométricos, com o propósito de identificar se há alterações e demandar possíveis intervenções de saúde⁵.

Alguns estudos contemplam a influência de aspectos psicológicos e sociais nos idosos, dentre eles pode-se destacar a percepção da imagem corporal^{6,7}. Além disso, pesquisas relativas aos idosos e ao processo de envelhecimento ainda contemplam mais a doença e o processo de adoecimento, do que a saúde em si⁴.

Não obstante, cada vez mais pesquisadores de diferentes áreas estão buscando saber mais sobre e utilizar a qualidade de vida em toda sua multidimensionalidade como balizador e instrumento para a mensuração do impacto de intervenções e de serviços de saúde para os idosos^{8,9}. Dessa feita, no que se refere à avaliação da qualidade de vida do idoso, é importante ressaltar a necessidade da utilização de critérios de avaliação heterogêneos, que consideram aspectos intersubjetivos que podem ocorrer, frequentemente, mais em idosos do que em adultos jovens, tais como: doenças, perdas de papéis ocupacionais e perdas afetivas. As implicações com relação às potencialidades de saúde e de vida do idoso podem alterar a interação com o meio de convívio¹⁰.

Logo, conhecer a relação que o idoso mantém entre sua satisfação com a imagem corporal e as implicações dessa para a qualidade de vida, o estado nutricional e seus indicadores antropométricos é fundamental para que os profissionais de saúde que atuam com essa faixa etária possam melhor compreender e intervir de maneira plena¹¹.

Frente ao exposto, objetivou-se com o presente estudo determinar a prevalência da satisfação com a imagem corporal em idosos, bem como a sua relação com o estado nutricional, indicadores antropométricos e qualidade de vida.

MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal com dados obtidos do banco de dados gerado pela pesquisa denominada “Estudo epidemiológico e clínico dos idosos atendidos pela Estratégia Saúde da Família do município de Porto Alegre (EMISUS)”, desenvolvida com amostra aleatória da população de idosos, de ambos os sexos, cadastrados na Estratégia Saúde da Família (ESF) de Porto Alegre/Rio Grande do Sul (RS)¹².

Foram sorteadas 30 equipes da ESF, de forma estratificada por gerência distrital, sendo selecionadas em torno de 30% das equipes de cada gerência. A coleta de dados foi desenvolvida em três fases: (1) triagem e coleta de dados gerais por meio de visita domiciliar realizada por Agentes Comunitários

de Saúde que entrevistaram os idosos e aplicaram o questionário contendo questões relacionadas a aspectos sociodemográficos, econômicos e sociais, morbidade referida e comportamentos que interferem na saúde; (2) coleta de exames laboratoriais (sangue, fezes, urina) na unidade de Saúde, realizados por membros do grupo de pesquisa; (3) avaliações multidisciplinares realizadas no ambulatório do Hospital São Lucas (HSL) da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS) sob os aspectos clínicos, nutricionais e físicos dos idosos. Participaram das coletas os seguintes profissionais: educadores físicos, enfermeiras, fisioterapeutas, geriatras, neurologistas, nutricionistas, psicólogos, psiquiatras, entre outros. Os pesquisadores foram treinados para a aplicação dos diferentes instrumentos e testes utilizados para a coleta de dados¹². A Figura 1 apresenta o organograma do estudo.

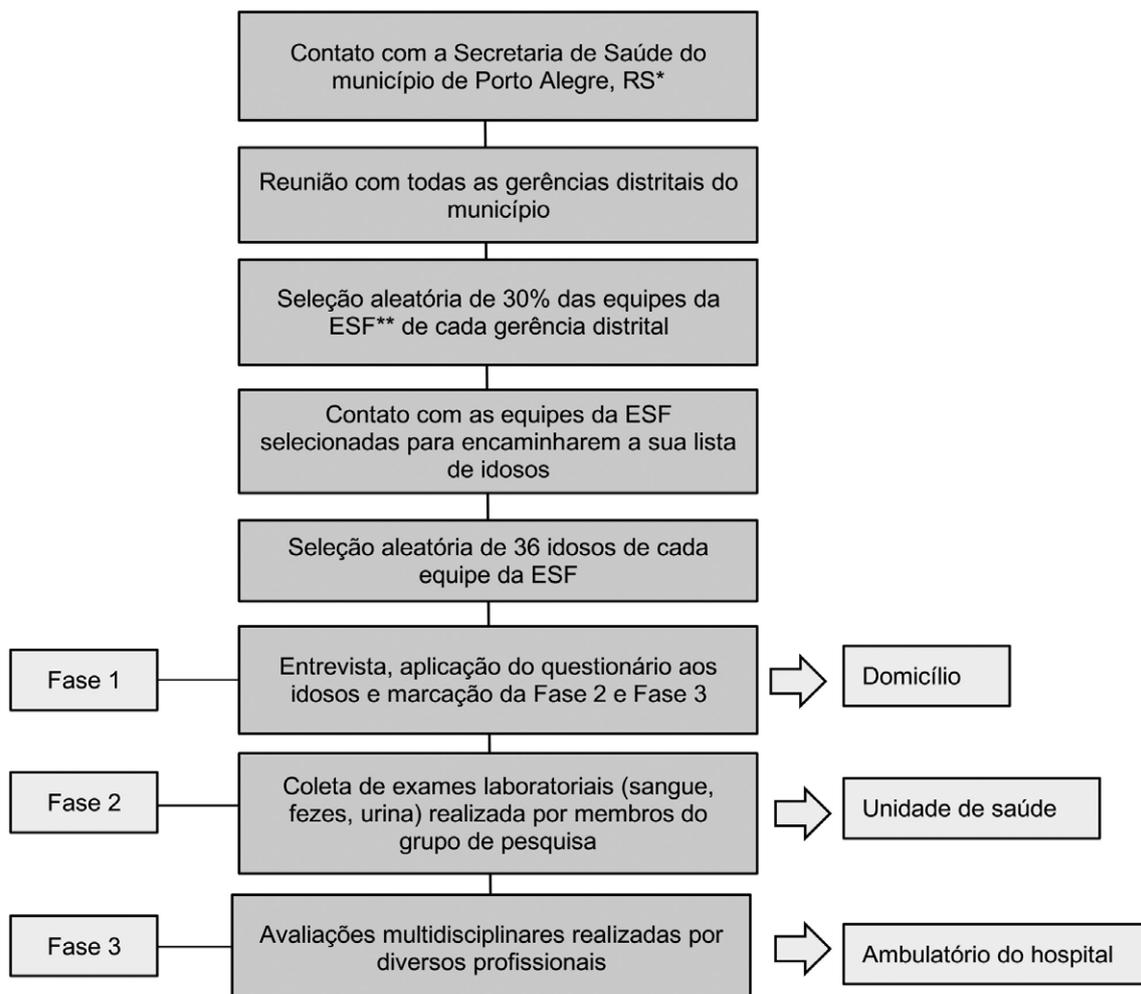


Figura 1. Organograma do estudo. Porto Alegre, RS, 2018.

*Rio Grande do Sul; **Estratégia Saúde da Família.

O período de coleta foi de março de 2011 a dezembro de 2012. Os critérios de inclusão na pesquisa foram: ter idade igual ou superior a 60 anos e estar cadastrado na ESF. Foram excluídos os indivíduos sem condições de comparecer à avaliação multiprofissional¹².

Desta maneira, do banco de dados do EMISUS foram analisadas variáveis sociodemográficas, clínicas, antropométricas, nutricional e a qualidade de vida. A descrição das variáveis, sua categorização, os instrumentos de avaliação utilizados e os locais da coleta estão descritos no Quadro 1, enquanto a descrição dos instrumentos, dos procedimentos específicos de cada mensuração e dos critérios

diagnósticos utilizados são apresentados no Quadro 2.

As variáveis sociodemográficas analisadas foram: idade, faixa etária, estado civil e escolaridade. As variáveis antropométricas e nutricionais foram: peso, altura, Índice de Massa Corporal (IMC), circunferência do braço (CB), da panturrilha (CP), dobra cutânea tricipital (DCT), circunferência da cintura (CC), do quadril (CQ), razão cintura/quadril (RCQ) e a Mini Avaliação Nutricional (MNA). As medidas antropométricas foram realizadas todas no mesmo dia para cada indivíduo, no lado direito do corpo. As circunferências foram obtidas com fita métrica graduada, flexível e inelástica e a dobra cutânea com plicômetro Cescorf.

Quadro 1. Descrição das variáveis apresentadas, sua categorização, instrumentos de avaliação e locais de coleta. Porto Alegre, RS, 2018.

Variáveis	Categorias	Coleta	
		Instrumento	Local
Sociodemográficas			
Idade	Não	QAGI	Domicílio
Faixa etária	60 a 69 anos; 70 a 79 anos; ≥ 80 anos	QAGI	Domicílio
Escolaridade	analfabetos; baixa (1-8 anos); média (9-11 anos); alta escolaridade (>11 anos)	QAGI	Domicílio
Estado civil	convive maritalmente; não convive maritalmente	QAGI	Domicílio
Antropométricas e nutricionais			
Peso (kg)	Não	Balança Welmy	HSL
Altura (m)	Não	Fita métrica	HSL
IMC	baixo peso/magreza (22 kg/m ²); eutrofia (22-27kg/m ²); sobrepeso/obesidade (27kg/m ²)	Quetelet (IMC= peso/altura ²)	HSL
CB	Faixa etária/sexo	Fita métrica	HSL
CP	<31cm; ≥ 31cm	Fita métrica	HSL
DCT	Faixa etária/sexo	Plicômetro Cescorf	HSL
RCQ	Homens: ≥1,00cm; Mulheres: ≥0,85cm	Fita métrica	HSL
MNA	desnutrição; sob risco nutricional; estado nutricional normal	Questionário da MNA	HSL
Clínicas			
Qualidade de vida	baixa (7 a 45 pontos); média (46 a 74 pontos); alta (acima de 75 pontos)	Escala de qualidade de vida de Flanagan	HSL
Satisfação com a imagem corporal	sim; não	Escala de Silhuetas de Stunkard	HSL

QAGI: Questionário de Avaliação Global do Idoso; kg: quilograma; HSL: Hospital São Lucas da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; m: metro; cm: centímetro; IMC: Índice de massa corporal; CB: Circunferência do braço; CP: Circunferência da panturrilha; DCT: Dobra cutânea tricipital; RCQ: Razão cintura quadril; MNA: Mini Avaliação Nutricional.

Quadro 2. Descrição dos instrumentos, dos procedimentos específicos de cada mensuração e dos critérios diagnósticos utilizados para a coleta das medidas antropométricas e nutricionais, satisfação com a imagem corporal e qualidade de vida. Porto Alegre, RS, 2018.

Variáveis	Instrumentos/Critérios diagnósticos
Peso	Medida (kg) na balança Welmy com idoso sem sapatos, adereços ou adornos ¹³ .
Altura	Medida (m) com o estadiômetro acoplado à balança Welmy: idoso ereto na posição ortostática com o corpo erguido em extensão máxima e a cabeça ereta, olhando para frente com os pés juntos, e os braços estendidos ao longo do corpo ¹³ .
IMC	Índice de Quetelet = Peso (kg) / Altura (m ²) Os critérios de avaliação foram ¹⁴ : - Baixo peso/magreza: 22 kg/m ² - Eutrofia: entre 22 kg/m ² e 27 kg/m ² - Sobrepeso/obesidade: acima de 27 kg/m ²
CB	Medida (cm) do ponto médio entre o acrômio e o olecrano ¹⁵ . Os valores encontrados foram classificados em: insuficiente (\leq percentil 25), eutrofia ($>$ percentil 25 e $<$ percentil 75) e excessivo (\geq percentil 75), através da distribuição por sexo e idade ¹⁵ .
CP	Medida (cm) na parte mais protuberante com o indivíduo sentado e joelho flexionado a um ângulo de 90° ¹⁶ . Foi considerada sem perda muscular a CP igual ou superior a 31 cm para homens e para mulheres ¹⁷ .
Cintura	Medida (cm) na altura da cicatriz umbilical ¹⁶ .
Quadril	Medida (cm) no nível da sínfise púbica com a fita circundando o quadril na parte mais saliente entre a cintura e a coxa ¹⁶ .
RCQ	Circunferência da cintura (cm)/circunferência do quadril (cm) ¹⁶ . A classificação utilizada para risco cardiovascular foi ¹⁶ : - Para mulheres, RCQ $\geq 0,85$ - Para homens, RCQ $\geq 1,00$
DCT	Medida (mm) na parte posterior do braço, relaxado e estendido ao longo do corpo, com a marcação do ponto médio entre o acrômio e o olecrânio com o braço flexionado junto ao corpo, formando um ângulo de 90° ¹³ . Os valores encontrados foram classificados em: insuficiente (\leq percentil 25), eutrofia ($>$ percentil 25 e $<$ percentil 75) e excessivo (\geq percentil 75), através da distribuição por sexo e idade ¹⁸ .
MNA	Classificação da MNA ¹⁹ : - Desnutrição $<$ 17 pontos - Risco de desnutrição 17-23,5 pontos - Estado nutricional normal ≥ 24 pontos
SIC	Escala de Silhuetas de Stunkard varia de magreza (silhueta 1) à obesidade severa (silhueta 9). O idoso foi orientado a escolher dentre as nove silhuetas apresentadas, a sua aparência corporal real e a outra a que acreditasse ser a ideal. A SIC foi determinada por meio da subtração da aparência corporal real da ideal. Caso o resultado fosse igual a zero, ele(a) seria satisfeito(a) com a sua imagem corporal, enquanto qualquer outro escore indicaria insatisfação com a imagem corporal ²⁰ .
Qualidade de vida	A pontuação mínima da Escala de Qualidade de Vida de Flanagan é zero e a máxima é 105, o que permite classificar a qualidade de vida em três níveis ²¹ : - Baixa (7 a 45 pontos) - Média (46 a 74 pontos) - Alta (acima de 75 pontos)

kg: quilograma; m: metro; cm: centímetro; IMC: Índice da massa corporal; CB: circunferência braço; CP: circunferência panturrilha; RCQ: razão cintura-quadril; DCT: dobra cutânea tricipital; mm: milímetro; MNA: Mini Avaliação Nutricional; SIC: satisfação com a imagem corporal.

A classificação utilizada para o IMC foi a proposta por Lipschitz¹⁴, por esta considerar as mudanças na composição corporal que ocorrem com o envelhecimento, sendo utilizados três pontos de corte: baixo peso/magreza (22 kg/m²); eutrofia (22-27kg/m²); sobrepeso/obesidade (27kg/m²).

A escala de silhuetas de Stunkard²⁰ foi utilizada para determinar a satisfação ou insatisfação com a imagem corporal, enquanto para a qualidade de vida foi utilizada a escala de Flanagan²¹.

Os dados foram analisados no programa *Statistical Package for Social Sciences* versão 20.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA, 2008) para *Windows* e adotado o nível de significância de 5%. O estudo da distribuição de dados das variáveis contínuas ocorreu pelo teste de Kolmogorov-Smirnov. Para a análise bivariada entre variáveis categóricas foi utilizado o Teste Qui-quadrado (χ^2), onde nas tabelas de contingência 2x2, foi utilizada a correção de continuidade, com estimativa da medida de efeito, o *Odds ratio* (OR) bruto, com intervalo de confiança de 95% (IC95%). Para as variáveis contínuas, quando a comparação ocorreu entre dois grupos independentes foi aplicado o teste de *t-Student*.

Como o desfecho "satisfação com a imagem corporal" apresenta distribuição binária, o procedimento de análise escolhido foi o de Regressão Logística, na qual todas as variáveis com valores de $p < 0,200$ na análise bivariada foram selecionadas para análise multivariada. Foi empregado o método *Backward condicional* a partir do modelo saturado. A associação foi avaliada com o teste da razão de máxima verossimilhança (*likelihood-ratio test* – 2LL ou -2log) e a qualidade do ajuste do modelo final com os estimadores de R² de Nagelkerk e Hosmer-Lemeshow. A probabilidade de entrada gradual das variáveis ao modelo foi de 0,05 e para a remoção de 0,10. Sobre o ponto de corte a significância foi de 0,50 para o máximo de 20 interações. Os níveis de significância inferiores a 0,01 foram considerados significativos com base no critério de Bonferroni.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS (protocolo de aprovação: 10/04967) e da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura do Município de Porto Alegre (protocolo de aprovação: 001.021434.10.7), em conformidade

com a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS

Os resultados que seguem referem-se a uma amostra de 532 casos, após serem desconsiderados 55 investigados (9,4%) do banco de dados original composto por 587 casos, em função da ausência de informação (*missing data*) sobre o desfecho primário do estudo, a satisfação com a imagem corporal. A média de idade da amostra total foi de 68,96 (7,14) anos, a qual foi composta por 64,8% de mulheres (n= 345) e 35,2% de homens (n= 187).

Na Tabela 1 são apresentadas as características sociodemográficas e de qualidade de vida da amostra, segundo a satisfação com a imagem corporal. Apenas duas variáveis apresentaram relações representativas com a satisfação com a imagem corporal, sexo e qualidade de vida. Homens apresentaram 2,5 vezes mais chances de serem satisfeitos com sua imagem corporal do que as mulheres, em sua maioria insatisfeitas com a sua imagem corporal (71,7%) (Tabela 1).

O escore médio da escala de Flanagan dos indivíduos satisfeitos com sua imagem corporal foi significativamente mais elevado ($p=0,002$) do que o dos insatisfeitos (Tabela 1), onde o aumento de uma unidade na pontuação da qualidade de vida implica em uma chance 1,03 vezes maior de satisfação com a imagem corporal.

A Tabela 2 apresenta as características antropométricas e o estado nutricional da amostra, segundo a satisfação com a imagem corporal. Outros fatores associados à satisfação com a imagem corporal foram: peso mais baixo, altura mais elevada e IMC mais baixo. Indivíduos classificados como eutróficos apresentaram 3,6 vezes mais chance de estarem satisfeitos com sua imagem corporal, quando comparados aos obesos.

De acordo com os resultados da Tabela 2, o grupo satisfeito com a imagem corporal apresentou média da CB significativamente menor do que o grupo insatisfeito. No que se refere à classificação da CB, o grupo com CB insuficiente apresentou 6,07 vezes mais chance de estar satisfeito com a

imagem corporal, quando comparados aqueles com CB *excessivo*. Do mesmo modo, os casos com CB eutrofia apresentaram 3,06 vezes mais chance de serem satisfeitos do que o grupo CB *excessivo*.

Em relação à RCQ, não houve diferença estatística significativa entre os dois grupos (Tabela 2). No entanto, na comparação entre as classificações da RCQ, o grupo dos indivíduos satisfeitos com a imagem corporal mostrou-se significativamente associado à RCQ sem risco, enquanto os insatisfeitos com a RCQ com risco.

Na comparação da CP, o grupo insatisfeito com a imagem corporal apresentou média significativamente mais elevada [37,1(3,8)] do que os satisfeitos [35,8 (3,3)] (Tabela 2). Entretanto, não foi detectada diferença significativa nas classificações da CP, indicando que, neste estudo, a satisfação com a imagem corporal independe da classificação da CP.

Na avaliação dos resultados para a DCT, a média foi significativamente mais elevada entre os insatisfeitos com a imagem corporal do que entre os satisfeitos (Tabela 2). Na comparação da satisfação com a imagem corporal de acordo com a classificação da DCT, os investigados com DCT insuficiente apresentaram 3,24 vezes mais chance e os com DCT eutrófica apresentaram 2,54 vezes mais chance de serem satisfeitos com sua imagem corporal do que o grupo com DCT *excessiva*.

A média da MNA do grupo satisfeito com a imagem corporal foi significativamente maior do que a do grupo insatisfeito, sendo que o primeiro apresentou 1,60 vezes mais chance de ser satisfeito do que o segundo (Tabela 2). Na avaliação da classificação da MNA, a diferença significativa não se configurou, indicando que ela apresentou um comportamento semelhante entre os dois grupos.

Tabela 1. Características sociodemográficas e qualidade de vida da amostra, segundo a satisfação com a imagem corporal. Porto Alegre, RS, 2018.

Variáveis	Satisfação com a imagem corporal		<i>p</i> *	Odds ratio bruto	
	Sim (n=165)	Não (n=367)		OR	IC95%
Sexo [†]			<0,001 [‡]		
Masculino	83 (50,3)	104 (28,3)		2,560	1,750-3,744
Feminino	82 (49,7)	263 (71,7)		1,0	
Idade (anos)					
Média (DP)	69,3 (±7,9)	68,7 (±6,8)			
Amplitude	60,0-103,8	58,0-95,0	0,402 [§]	1,011	0,986-1,037
Faixa etária [†]					
60-69 anos	103 (62,4)	235 (64,0)	0,840 [‡]	1,0	
70-79 anos	47 (28,5)	104 (28,3)		1,002	0,681-1,162
≥ 80 anos	15 (9,1)	28 (7,6)		1,056	0,841-1,155
Estado civil [†]			0,216 [‡]		
Convive maritalmente	70 (42,4)	135 (36,8)		1,266	0,871-1,842
Não convive maritalmente	95 (57,6)	232 (63,2)		1,0	
Escolaridade [†]			0,213 [‡]		
Analfabeto/ Baixa escolaridade	147 (89,1)	339 (92,4)		1,0	
Média escolaridade	18 (10,9)	28 (7,6)		0,675	0,362-1,258
Alta escolaridade	0 (0,0)	0 (0,0)			
Qualidade de vida					
Média (DP)	88,9 (±10,6)	85,4 (±10,6)			
Amplitude	33,0-105,0	34,0-105,0	0,002	1,03	1,01-1,05

OR: Odds Ratio; IC95%: Intervalo de confiança de 95% para o OR; DP: desvio padrão da média; *: Nível mínimo de significância para a análise bivariada; [†]: dados apresentados na forma de n(%); [‡]: Teste Qui-quadrado; [§]: Teste t-*Student* para grupos independentes assumindo heterogeneidade de variâncias; ^{||}: Teste t-*Student* para grupos independentes assumindo homogeneidade de variâncias.

Tabela 2. Características antropométricas e estado nutricional da amostra, segundo a satisfação com a imagem corporal. Porto Alegre, RS, 2018.

Variáveis	Satisfação com a imagem corporal				p	Odds ratio bruto Risco (IC95%)
	Sim (n=165)		Não (n=367)			
	n	%	n	%		
Peso (kg)						
Média (DP) [Amplitude]	66,7(±11,9)	[36,9-96,8]	71,8(±14,5)	[32,4-122,1]	<0,001*	0,973 (0,959-0,987)
Altura (cm)						
Média (DP) [Amplitude]	1,59(±0,09)	[1,38-1,80]	1,56(±0,08)	[1,32-1,78]	0,001*	1,387 (1,094-5,881)
IMC (kg/m²)						
Média (DP) [Amplitude]	26,4(±4,0)	[17,7-48,1]	29,6(±5,7)	[13,6-54,1]	<0,001*	0,879 (0,842-0,917)
Categorias do IMC						
Baixo peso	15	9,6	26	7,3	<0,001†	1,116 (0,904-1,377)
Eutrófico	86	54,8	91	25,6		3,574 (1,895-11,446)
Sobrepeso/obesidade	56	35,7	239	67,1		1,0
CB						
Média (DP) [Amplitude]	30,3(±3,5)	[20,5-45,0]	32,0(±4,3)	[17,5-29,4]	<0,001‡	0,90 (0,86-0,94)
Categorias do CB						
Insuficiente	71	43,3	86	23,6	<0,001†	6,07 (3,01-12,29)
Eutrofia	82	50,0	197	54,1		3,06 (1,55-6,05)
Excessivo	11	6,7	81	22,3		1,0
RCQ						
Média (DP) [Amplitude]	0,96(±0,07)	[0,75-1,14]	0,96(±0,07)	[0,72-0,91]	0,527*	2,26 (0,18-2,850)
Categorias do RCQ						
Com risco	113	73,4	293	84,2	0,004†	1,0
Sem risco	41	26,6	55	15,8		1,93 (1,22-3,06)
CP						
Média (DP) [Amplitude]	35,8(±3,3)	[26,8-46,6]	37,1(±3,8)	[25,0-48,1]	<0,001*	0,91 (0,86-0,96)
Categorias do CP						
Com perda muscular	6	3,7	16	4,4	0,720†	1,0
Sem perda muscular	155	96,3	347	95,6		1,19 (0,45-3,10)
DCT						
Média (DP) [Amplitude]	16,0(±6,8)	[4,0-42,0]	20,1(±7,7)	[4,0-45,0]	<0,001*	0,27 (0,90-0,95)
Categorias do DCT						
Insuficiente	68	42,0	117	32,1	0,002†	3,24 (1,63-6,43)
Eutrofia	82	50,6	180	49,5		2,54 (1,31-4,95)
Excessivo	12	7,4	67	18,4		1,0
Escore total da MNA						
Média (DP) [Amplitude]	26,1(±2,9)	[15,0-30,0]	25,4(±3,7)	[9,0-30,0]	0,042‡	1,60 (0,99-1,12)
Classificação da MNA						
Eutrófico	121	81,2	251	74,5	0,107†	1,32 (0,93-1,89)
Risco de desnutrição/ Desnutrição	28	18,8	86	25,5		1,0

n: tamanho amostral; p: probabilidade estatística; IC95%: Intervalo de Confiança 95%; DP: desvio padrão da média; IMC: índice de massa corporal; Baixo peso: IMC <22kg/m²; Eutrófico: IMC= 22-27kg/m²; Sobrepeso/obesidade: IMC >27kg/m²; CB: circunferência do braço; RCQ: razão cintura/quadril; CP: circunferência da panturrilha; DCT: dobra cutânea tricipital; MNA: Mini Avaliação Nutricional; *: Teste t-Student para grupos independentes assumindo homogeneidade de variâncias; †: Teste Qui-quadrado; ‡: Teste t-Student para grupos independentes assumindo heterogeneidade de variâncias.

A Tabela 3 apresenta os modelos de Regressão Logística Binária Multivariada para a predição da satisfação com a imagem corporal. Foram consideradas como potenciais preditoras para presença de satisfação com a imagem corporal e, portanto, compuseram o modelo inicial da regressão logística as seguintes variáveis: sexo, IMC, classificações da CB; RCQ; DCT; classificação da MNA; CP; e qualidade de vida. Deixaram de serem eleitas para o modelo, o peso e a altura, pois sua informação está contida no IMC.

Conforme os resultados da Tabela 3, o modelo final (reduzido) foi estabelecido em cinco passos/etapas, e, além de significativo, apresentou uma qualidade de ajuste representativa. Desta forma, com base nas estimativas apresentadas, verificou-se que 37,2% das variações ocorridas no *log* da razão de chance são explicadas pelo conjunto das variáveis independentes. Com significado semelhante ao coeficiente de determinação o Teste de Nagelkerke estimou que o modelo foi capaz de explicar 39,7%

das variações observadas para a presença da satisfação com a imagem corporal.

Ainda, na avaliação da qualidade do modelo (*model summary*), o teste de Hosmer e Lemeshow indicou que não houve diferenças significativas entre as estimativas do modelo e as classificações reais da amostra para a presença de satisfação com a imagem corporal. Desta forma, há evidências de que o modelo (final) apresenta uma significativa capacidade preditiva da presença de satisfação com a imagem corporal. Observou-se que o total foi de 76,3%, onde o modelo classificou corretamente 84,6% dos casos que negaram a satisfação com a imagem corporal, e 67,9% dos casos que confirmaram a satisfação com a imagem corporal.

Conforme os resultados obtidos para o modelo final (Tabela 3) se destacaram como preditores da satisfação com a imagem corporal: IMC correspondente a baixo peso ou eutrófico, CB insuficiente e eutrofia, e maior qualidade de vida.

Tabela 3. Modelos de Regressão Logística Binária Multivariada para a predição da satisfação com a imagem corporal. Porto Alegre, RS, 2018.

Variáveis independentes	Satisfação com a imagem corporal					
	Coeficiente de regressão			Odds ratio ajustado		
	Bbruto	S.E.	Sig.	Exp(B)	IC95% Inferior	Superior
Modelo inicial						
Sexo Masculino	-0,317	0,453	0,484	0,728	0,300	1,769
IMC						
Baixo peso (IMC < 22 kg/m ²)	1,121	0,548	0,041	3,069	1,049	8,983
Eutrófico (IMC= 22-27 kg/m ²)	1,220	0,292	0,000	3,387	1,912	6,001
Circunferência do braço						
Insuficiente	1,32	0,51	0,001	3,74	1,37	10,19
Eutrofia	0,65	0,42	0,133	1,92	0,84	4,39
Razão cintura/quadril						
Sem risco	0,51	0,27	0,054	1,67	0,99	2,81
Circunferência da panturrilha	-0,03	0,04	0,447	0,97	0,90	1,05
Dobra cutânea triéptica						
Insuficiente	0,45	0,47	0,336	1,57	0,63	3,92
Eutrofia	0,52	0,43	0,228	1,68	0,72	3,91
Classificação da MNA						
Eutrófico	0,392	0,244	0,108	1,48	0,92	2,39
Escore total da MNA	0,06	0,04	0,108	1,06	0,99	1,15
Qualidade de vida	0,03	0,01	0,035	1,03	1,00	1,05

continua

Continuação da Tabela 3

Variáveis independentes	Satisfação com a imagem corporal					
	Coeficiente de regressão			Odds ratio ajustado		
	Bbruto	S.E.	Sig.	Exp(B)	IC95% Inferior	Superior
Modelo final						
IMC						
Baixo peso (IMC < 22 kg/m ²)	1,099	0,531	0,038	3,002	1,061	8,492
Eutrófico (IMC= 22-27 kg/m ²)	1,210	0,283	0,000	3,353	1,926	5,839
Circunferência do braço						
Insuficiente	1,76	0,38	<0,001	5,79	2,73	12,26
Eutrofia	0,97	0,37	0,001	2,64	1,28	5,43
Qualidade de vida	0,23	0,01	0,000	1,13	1,09	1,34

IC95%: Intervalo de Confiança 95%; Bbruto: coeficiente de regressão bruto; S.E.: erro padrão para o coeficiente de regressão; Sig.: p = nível mínimo de significância para o coeficiente de regressão; Exp(B): Odds ratio; ref: referência; IMC: índice de massa corporal; MNA: Mini Avaliação Nutricional. **Modelo Inicial** - Nota: R2 de Nalgelkerke 0,311; Prova de Hosmer-Lemeshow (teste Qui-quadrado = 7,662; $p=0,529$); Cox & Snell: 0,297; Proporção geral de acerto – matriz de confusão: 62,9%; OR: Odds ratio. **Modelo Final** - Nota: R2 de Nalgelkerke 0,397; Prova de Hosmer-Lemeshow (teste Qui-quadrado = 5,812; $p=0,449$); Cox & Snell: 0,372; Proporção geral de acerto – matriz de confusão: 76,3%; OR: Odds ratio.

DISCUSSÃO

O presente estudo trata de pontos relevantes no cenário da pesquisa com idosos, ao passo que busca entender a satisfação com a imagem corporal, e sua relação com parâmetros nutricionais, medidas antropométricas, e a qualidade de vida. Além disso, as análises das relações dos diversos indicadores antropométricos, principalmente indicativos de riscos à saúde, com a satisfação com a imagem corporal, nesta faixa etária, apresentam-se na literatura de forma insipiente e desconhecida quanto ao padrão de referência a ser utilizado.

De maneira geral, identificou-se uma baixa prevalência de satisfação com a imagem corporal (31,0%) no público estudado. Achado semelhante foi encontrado em outro estudo com idosos por Pereira et al.²² - 27,4%, enquanto Coradini et al.²³ encontraram prevalência ainda menor - 12,5%. Não obstante, em sua maioria os estudos que relatam a prevalência da satisfação com a imagem corporal^{2,22,23} apresentam valores por volta de um terço ou menos entre os idosos investigados, como os achados do presente estudo.

Menezes et al.² reportaram que 56,4% dos 806 idosos por eles estudados estavam satisfeitos com a imagem corporal. É possível que a diferença encontrada entre os achados do presente estudo

e o de Menezes et al.², ambos desenvolvidos com idosos brasileiros e com a Escala de Stunkard, seja decorrente da diferença de renda e escolaridade entre as duas amostras, bem como das diferenças climáticas, geográficas e culturais entre as duas regiões onde os estudos foram realizados, o Nordeste² e o Sul, respectivamente.

Gomes et al.²⁴, ao avaliar 88 idosos quanto à satisfação com a imagem corporal concluíram que, apesar da visão negativa do envelhecer construída pela sociedade, a amostra estudada demonstrou vivenciar a velhice de forma satisfatória. No entanto, houve insatisfação quanto ao peso corporal. Achado semelhante foi encontrado entre os idosos do presente estudo, posto que 67,1% dos investigados insatisfeitos com sua imagem corporal apresentaram IMC *sobrepeso/obesidade*, e particularmente relevante entre as mulheres, posto que elas compuseram a maioria dos indivíduos insatisfeitos (71,7%), o que é apoiado por estudos que apontam que o IMC em mulheres está inversamente relacionado com a satisfação com o peso corporal^{25,26}. Não obstante, cabe ressaltar que a obesidade é mais prevalente entre as mulheres devido ao maior acúmulo de gordura visceral e subcutânea do que entre os homens¹¹, o que contribui para a insatisfação com a aparência.

Outro indício do impacto negativo do peso corporal excessivo na percepção da imagem corporal

é a significativa associação entre IMC classificado como baixo peso/eutrófico e a satisfação com imagem corporal, explicitada no fato de que os idosos eutróficos apresentaram 3,6 vezes mais chances de estarem satisfeitos, achado que permaneceu relevante ao final da regressão logística, após o controle das muitas variáveis de confusão. Isto, porém, não é consenso, posto que Menezes et al.², ao avaliar 806 idosos residentes em Campina Grande/Paraíba, observaram que, tanto entre os homens, quanto entre as mulheres, as chances de serem insatisfeitos com a imagem corporal eram semelhantes entre os indivíduos de baixo peso e os com sobrepeso/obesidade, quando comparados aos eutróficos. É possível que diferentes culturas e vivências históricas regionais expliquem os achados conflitantes no que tange a insatisfação com a imagem corporal entre os idosos de baixo peso de ambos os sexos investigados por Menezes et al.² comparados aos do presente estudo.

No presente estudo a CB foi mais um indício de que o peso excessivo impacta negativamente na satisfação com a imagem corporal, posto que os indivíduos nas categorias CB insuficiente/eutrofia apresentaram significativamente mais chances de serem satisfeitos, provavelmente um reflexo de medidas corporais menores, particularmente em face do achado de que aqueles com a CB insuficiente apresentaram 6,07 vezes mais chances de serem satisfeitos. A relevância da CB para a satisfação com a imagem corporal também foi detectada por Pereira e colaboradores²² em seu estudo com idosas praticantes regulares de hidroginástica por cinco anos ou mais. Não obstante, os pesquisadores apontaram a CC como a medida mais relacionada à boa percepção de sua imagem corporal, no que seus achados diferiram daqueles do presente estudo, posto que a CC não se configurou como preditora da satisfação com a imagem corporal.

Esses achados que se reportam ao peso excessivo corroboram na reflexão de que, principalmente para as mulheres, mesmo em face do envelhecimento, também há influência dos padrões corporais veiculados na mídia, que privilegiam um corpo jovem e magro. Apesar da menor influência da mídia sobre o padrão de beleza masculino e maior influência sobre o padrão de beleza feminino^{3,27}, tanto homens como mulheres podem apresentar

distorção na percepção da imagem corporal, seja subestimando-a ou superestimando-a.

Tão importante quanto o estado nutricional é a relação que o idoso mantém com seu corpo e sua qualidade de vida, a qual, na presente pesquisa mostrou-se como mais um desfecho relevante e uma das variáveis preditoras da satisfação com a imagem corporal, uma vez que, quanto melhor a pontuação na escala da qualidade de vida, maior a chance de estar satisfeito. Assim como no presente estudo, Skopinski et al.²⁸ também relataram melhor qualidade de vida entre as investigadas satisfeitas com sua imagem corporal, em seu estudo com 46 mulheres no período da pós-menopausa - em sua maioria idosas jovens. Eles observaram que quanto maior a insatisfação com a imagem corporal, pior foi a qualidade de vida percebida nos domínios “físico”, “psicológico” e “ambiente” do WHOQOL-*brief*, outro instrumento que mensura a qualidade de vida.

A promoção de ações voltadas ao bem-estar dos idosos e a melhoria das políticas públicas voltadas a esta faixa etária são necessárias e devem trazer consigo também o entendimento dos aspectos que influenciam a satisfação com a imagem corporal, posto que essa está associada a melhor qualidade de vida e a aspectos relevantes para a saúde, como menor IMC e CB. Algumas evidências na literatura apontam que o aumento do IMC acaba sendo um fator preditor da insatisfação com a imagem corporal, inclusive associam aqueles idosos obesos a uma maior insatisfação com sua imagem corporal, quando comparados àqueles com peso normal e sobrepeso^{29,30}, sendo a obesidade associada à morbimortalidade e ao desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis^{16,31}.

Um dos pontos fortes do estudo é a representatividade da amostra, coletada de forma aleatória em todos os distritos sanitários da cidade, junto a um grupo de idosos pouco representado nas pesquisas em geral, isto é, usuários idosos atendidos pela ESF. Outro ponto forte é o fato de que este estudo foi desenvolvido também com homens, e na mesma proporção que a encontrada na população idosa total do município estudado³².

As principais limitações do presente estudo referem-se à inexistência de classificações específicas

de vários dos indicadores antropométricos voltadas para a população idosa, bem como ao instrumento utilizado para a avaliação da satisfação da imagem corporal (escala de Stunkard) que, apesar de ser um método clássico, não possui figuras adaptadas às diferentes faixas etárias. Outra dificuldade percebida foi a escassez de estudos recentes com essa temática e população, tanto na literatura nacional como na internacional, o que dificultou a comparação com os achados deste estudo.

CONCLUSÃO

De maneira geral, identificou-se baixa prevalência da satisfação com a imagem corporal entre os idosos. Aqueles com menor índice de massa corporal, menores medidas de circunferência do braço e melhor

qualidade de vida apresentaram maiores chances de estarem satisfeitos com a sua imagem corporal.

As modificações físicas próprias do envelhecimento se apresentam contrárias às demandas veiculadas pela mídia e sociedade, as quais impõem o estereótipo da magreza e da juventude. É fundamental o desenvolvimento de ações mais direcionadas aos idosos, as quais incluam a compreensão dos aspectos relacionados à satisfação com a imagem corporal.

Desta forma, sugere-se a realização de estudos que objetivem entender como os idosos percebem a sua imagem corporal e quais fatores a influenciam. É também necessária a construção de instrumentos que utilizem imagens corporais adequadas a essa faixa etária, que possibilitem uma maior fidedignidade na avaliação.

REFERÊNCIAS

- Roy M, Payette H. The body image construct about western seniors: a systematic review of a literature. *Arch Gerontol Geriatr.* 2012;55(3):505-21.
- Holland G, Tiggemann M. A systematic review of the impact of the use of social networking sites on body image and disordered eating outcomes. *Body Image.* 2016;17:100-10.
- Hofmeier SM, Runfolo CD, Sala M, Gagne DA, Brownley KA, Bulik CM. Body Image, aging, and identity in women over 50: the Gender and Body Image (GABI). *Study J Women Aging.* 2017;29(1):3-14.
- World Health Organization. World report on ageing and health [Internet]. Luxembourg: WHO; 2015 [acesso em 15 dez. 2017]. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186463/1/9789240694811_eng.pdf
- Sass A, Marcon SS. Comparação de medidas antropométricas de idosos residentes em área urbana no sul do Brasil, segundo sexo e faixa etária. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2015;18(2):361-72.
- Menezes TN, Brito KQD, Oliveira ECT, Pedraza DF. Percepção da imagem corporal e fatores associados em idosos residentes em município do nordeste brasileiro: um estudo populacional. *Ciênc Saúde Colet.* 2014;19(8):3451-60.
- Viana HB, Santos MR. Análise de percepção da imagem corporal e satisfação com a vida em idosos praticantes de hidroginástica. *Rev Kairós.* 2015;18(2):299-309.
- Milte CM, Walker R, Luszcz MA, Lancsar E, Kaambwa B, Ratcliffe J. How important is health status in defining quality of life for older people?: an exploratory study of the views of older South Australians. *Appl Health Econ Health Policy.* 2014;12(1):73-84.
- Makai P, Brouwer WBF, Koopmanschap MA, Stolk EA, Nieboer AP. Quality of life instruments for economic evaluations in health and social care for older people: a systematic review. *Soc Sci Med.* 2014;102:83-93.
- Griffiths S, Hay P, Mitchison D, Mond JM, McLean SA, Rodgers B, et al. Sex differences in the relationships between body dissatisfaction, quality of life and psychological distress. *Aust N Z J Public Health.* 2016;40(6):518-22.
- Liang X, Chen X, Li J, Yan M, Yang Y. Study on body composition and its correlation with obesity: A Cohort Study in 5121 Chinese Han participants. *Medicine (Baltimore).* 2018;97(21):1-6.
- Gomes I, Nogueira EL, Engroff P, Ely LS, Schwanke CHA, De Carli GA, et al. The multidimensional study of the elderly in the family health strategy in Porto Alegre, Brazil (EMI-SUS). *PAJAR.* 2013;1(1):20-4.
- National Center for Health Statistics. National Health and Nutrition Examination Survey: Anthropometry procedures manual [Internet]. Hyattsville: NCHS; 2009 [acesso em 04 out. 2016]. Disponível em: https://www.cdc.gov/nchs/data/nhanes/nhanes_09_10/BodyMeasures_09.pdf

14. Lipschitz DA. Screening for nutritional status in the elderly. *Prim Care*. 1994;21(1):55-67.
15. Fryar CD, Gu Q, Ogden CL, Flegal KM. Anthropometric reference data for children and adults: United States, 2011-2014 [Internet]. Hyattsville: National Center for Health Statistics; 2016 [acesso em 04 out. 2016]. Disponível em: https://www.cdc.gov/nchs/data/series/sr_03/sr03_039.pdf
16. World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Geneva: Program of Nutrition, Family and Reproductive Health; 1998. (Technical Report Series nº 894).
17. World Health Organization. Physical status: the use and interpretation of anthropometry: Report of the WHO Expert Committee. Geneva: World Health Organization; 1995. (Technical Report Series nº 854).
18. Fryar CD, Gu Q, Ogden CL. Anthropometric reference data for children and adults: United States, 2007-2010 [Internet]. Hyattsville: National Center for Health Statistics; 2012 [acesso em 04 out. 2016]. Disponível em: https://www.cdc.gov/nchs/data/series/sr_11/sr11_252.pdf
19. Vellas B, Garry PJ, Guigoz Y. Mini Nutritional Assessment (MNA): research and practice in the elderly. In: 1º Nestle Clinical and Performance Nutrition Workshop, Mini Nutritional Assessment (MNA); October 1997; Lausanne. Switzerland: Karger; 1999.
20. Scagliusi FB, Alvarenga M, Polacow VO, Cordás TA, Queiroz GKO, Coelho D, et al. Concurrent and discriminate validity of the Stunkard's figure rating scale adapted into Portuguese. *Appetite*. 2006;47(1):77-82.
21. Flanagan JC. Measurement of quality of life: current state of the art. *Arch Phys Med Rehabil*. 1982;63(2):56-9.
22. Pereira EF, Teixeira CS, Borgatto AF, Daronco LSE. Relação entre diferentes indicadores antropométricos e a percepção da imagem corporal em idosas ativas. *Rev Psiquiatr Clín*. 2009;36(2):54-9.
23. Coradini JG, Silva JR, Comparin KA, Loth EA, Kunz RI. Satisfação da imagem corporal e visão de idosas ativas sob a influência do exercício físico na sua autoimagem. *Rev Kairós*. 2012;15(3):67-80.
24. Gomes HM, Oliveira LB, Boas DTV, Lucena ALR, Vieira KFL, Freitas FFQF. Satisfação com imagem corporal: perspectiva de idosos inseridos em um grupo de convivência. *Rev Ciênc Saúde Nova Esperança*. 2014;12(2):71-9.
25. Ferreira AA, Menezes MFG, Tavares EL, Nunes NC, Souza FP, Albuquerque NAF, et al. Estado nutricional e autopercepção da imagem corporal de idosas de uma Universidade Aberta da Terceira Idade. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2014;17(2):289-301.
26. Guedes MS, Cavalcanti Neto JL. Transtorno mental comum e imagem corporal de idosas do nordeste brasileiro. *Estud Interdiscipl Envelhec*. 2015;20(3):819-31.
27. Radwan H, Hasan HA, Najm L, Zaurub S, Jami F, Javadi F, et al. Eating disorders and body image concerns as influenced by family and media among university students in Sharjah, UAE. *Asia Pac J Clin Nutr*. 2018;27(3):695-700.
28. Skopinski F, Resende TL, Schneider RH. Imagem corporal, humor e qualidade de vida. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2015;18(1):95-105.
29. Román PAL, García-Pinillos F, Huertas Herrador JA, Cózar MB, Jiménez MM. Relationship between sex, body composition, gait speed and body satisfaction in elderly people. *Nutr Hosp*. 2014;30(4):851-57.
30. Marques RSA, Palma A, Assis M, Maranhão Neto GA. Insatisfação com a imagem corporal entre pessoas de meia-idade e idosas praticantes de atividade física. *Estud Interdiscipl Envelhec*. 2015;20(1):27-40.
31. Abdelaal M, le Roux CW, Docherty NG. Morbidity and mortality associated with obesity. *Ann Transl Med*. 2017;5(7):161.
32. Secretaria de Governança Local, Observatório da Cidade de Porto Alegre. População Idosa de Porto Alegre: Informação Demográfica e Socioeconômica [Internet]. Porto Alegre: Observa POA; 2015 [acesso em 03 dez. 2016]. Disponível em: http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/observatorio/usuario_doc/informacao_demografica_e_socioeconomica-populacao_idosa02.pdf

Recebido: 18/06/2018

Revisado: 02/11/2018

Aprovado: 07/12/2018



Prevalência e fatores associados à fragilidade em idosos usuários da Estratégia Saúde da Família

Prevalence of and factors associated with frailty in elderly users of the Family Health Strategy

704

Ádila de Queiroz Neves¹
Ageo Mário Cândido da Silva²
Juliana Fernandes Cabral³
Inês Echenique Mattos⁴
Lívia Maria Santiago⁵

Resumo

Objetivo: analisar a prevalência e fatores associados à fragilidade em idosos usuários da Estratégia Saúde da Família. **Método:** estudo epidemiológico de corte transversal com 377 idosos. A variável dependente, a fragilidade, foi investigada através do *Tilburg Frailty Indicator* (TFI). As variáveis independentes foram as sociodemográficas e as condições de saúde (avaliadas através dos instrumentos validados: Escala de Katz, Escala de Lawton, Escala de Depressão Geriátrica - GDS-15, Miniavaliação Nutricional - MAN, CIRS-G e polifarmácia). Foi realizada análise descritiva das variáveis categóricas e numéricas. Na análise bivariada calculou-se as razões de prevalência através do teste qui-quadrado de Mantel Haenszel e, na análise múltipla, utilizou-se a regressão de *Poisson*. **Resultados:** a prevalência estimada de fragilidade para a amostra foi de 65,25%. Na análise múltipla as variáveis estado civil (divorciado ou separado, viúvo ou solteiro), presença de sintomas depressivos, dependência em atividades instrumentais de vida diária, estado nutricional (desnutrição/risco de desnutrição) e presença de comorbidades se mantiveram associadas, com significância estatística, à fragilidade. **Conclusão:** o presente estudo apontou elevada prevalência de fragilidade, ressaltando a importância no conhecimento dessa temática a fim de estimular ações preventivas para minimizar desfechos adversos na população idosa, como hospitalização, quedas, fraturas e morte.

Palavras-chave: Fragilidade. Saúde do Idoso. Fatores de Risco.

¹ Universidade Federal de Mato Grosso, Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva.

² Universidade Federal de Mato Grosso, Instituto de Saúde Coletiva, Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva. Cuiabá, Mato Grosso.

³ Universidade do Estado de Mato Grosso, Departamento de Enfermagem. Tangará da Serra, Mato Grosso, Brasil.

⁴ Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública. Departamento de Epidemiologia. Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

⁵ Universidade Federal do Rio de Janeiro, Faculdade de Medicina, Departamento de Fonoaudiologia, Programa de Pós-graduação em Saúde Pública e Meio Ambiente. Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

Financiamento: Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Mato Grosso (FAPEMAT), edital universal 005/2015.

Correspondência
Juliana Fernandes Cabral
julianacabral@unemat.br

Abstract

Objective: to analyze the prevalence of and factors associated with frailty in elderly users of the Family Health Strategy. **Method:** a cross-sectional epidemiological study was carried out with 377 elderly persons. The dependent variable, frailty, was investigated through the Tilburg Frailty Indicator (TFI). The independent variables were sociodemographic variables and health conditions (assessed by the following validated instruments: the Katz scale, the Lawton scale, the GDS-15 Geriatric Depression Scale, the Mini Nutritional Assessment (MNA), comorbidities (CIRS-G) and polypharmacy). A descriptive analysis of the categorical and numerical variables was performed. In the bivariate analysis the Prevalence Ratios were calculated through the Mantel Haenszel chi-squared test and the Poisson regression was used in multiple analysis. **Results:** the estimated prevalence of frailty for the sample was 65.25%. In multiple analysis only the variables marital status (divorced or separated, widowed or single), presence of depressive symptoms and severe depression, dependence in instrumental activities of daily living, nutritional status (malnutrition/risk of malnutrition) and comorbidities maintained a statistically significant association with frailty. **Conclusion:** the results of the present study indicated a high prevalence of frailty, emphasizing the importance of knowledge about elderly groups in order to stimulate preventive actions to minimize adverse outcomes in this population, such as hospitalization, falls, fractures and death.

Keywords: Frailty. Health of the Elderly. Risk Factors.

INTRODUÇÃO

O termo envelhecimento tem sido usualmente utilizado para descrever diferentes alterações que ocorrem ao longo da vida. No nível biológico o envelhecimento é associado ao acúmulo de uma variedade de danos moleculares e celulares. Neste contexto, ocorre perda gradual nas reservas fisiológicas, aumento do risco de desenvolver diversas doenças e declínio geral da capacidade intrínseca do indivíduo. Esse processo não ocorre de forma linear, mas de maneira dinâmica e progressiva¹.

As pesquisas demográficas mais recentes apontam que o Brasil, assim como muitos países em desenvolvimento, enfrenta rápido processo de envelhecimento populacional levando a um grande aumento na demanda pelos serviços de atenção à saúde².

No Brasil, a porta de entrada e atendimento da demanda espontânea da saúde do idoso é realizada pela Estratégia Saúde da Família (ESF), através de ações programáticas específicas, definidas pelo Ministério da Saúde³. Contudo, o serviço de saúde, por vezes, tem dificuldade em identificar e interferir em todos os fatores complicadores do processo de envelhecimento.

Neste contexto, a fragilidade vem ganhando importância como mais uma condição de saúde para a identificação de problemas de saúde do idoso^{4,5}. Existem vários conceitos de fragilidade, porém, um dos mais atuais é o definido por Gobbens⁴, onde esta é considerada uma síndrome multidimensional envolvendo uma interação complexa de fatores biológicos, psicológicos e sociais no curso de vida individual, que culmina com um estado de maior vulnerabilidade, associado a maior risco de ocorrência de desfechos adversos, como declínio funcional, quedas, hospitalização, institucionalização e morte.

O *Tilburg Frailty Indicator* (TFI)^{6,7}, instrumento adaptado transculturalmente e validado para avaliação de fragilidade no Brasil se demonstrou adequado para as condições socioeconômicas e culturais da população brasileira. A literatura tem demonstrado a importância da síndrome da fragilidade entre os idosos e sua relação com os efeitos adversos como quedas, incapacidade, hospitalização e morte. Portanto, a identificação de idosos frágeis na atenção primária à saúde pelo TFI possibilita a elaboração de políticas de saúde adequadas para a prevenção desses eventos adversos e tratamento das incapacidades já instaladas, como instrumento de triagem.

O presente estudo utilizou-se de um instrumento simples, que pode ser aplicado por qualquer profissional de saúde treinado, que abarca não somente características biológicas, mas também dimensões psicológicas e sociais. O estudo vem ao encontro dos objetivos do campo da geriatria e gerontologia, quando busca estudar aspectos biológicos, psicológicos e sociais conjuntamente para melhorar a assistência prestada ao idoso.

Assim, o objetivo do presente estudo foi analisar a prevalência e fatores associados à fragilidade em idosos usuários da Estratégia Saúde da Família.

MÉTODO

Estudo epidemiológico de corte transversal, com indivíduos idosos residentes em Várzea Grande, Mato Grosso, segunda cidade mais populosa do Estado e com fronteira junto à capital do estado, Cuiabá. Sua população é estimada em 282.009 habitantes, sendo 18.030 indivíduos com 60 anos ou mais⁸.

A amostra foi determinada a partir do cálculo para populações finitas, considerando intervalo de confiança de 95%, erro de amostragem de 5% e prevalência assumida de fragilidade de 50%. Optou-se pela adição de 10% do total da amostra para a realização dos testes de associação. Utilizando-se do modelo de amostragem por conglomerados, foram selecionadas nove ESF das 15 existentes no município à época da coleta de dados. O tamanho da amostra foi dividido proporcionalmente pelas mesmas, de acordo com a população dos 4364 idosos cadastrados nas 15 ESF de Várzea Grande⁹, 43 idosos na ESF Água Vermelha, 36 idosos na ESF Capão Grande, 52 idosos na ESF Jardim Glória I, 18 idosos na ESF Jardim União, 27 idosos na ESF Manaíra, 29 idosos na ESF Manga, 93 idosos na ESF São Matheus, 55 idosos na ESF Unipark e 24 idosos na ESF Vila Arthur, perfazendo um total de 377 idosos. Caso o idoso apresentasse déficit cognitivo, se recusasse ou estivesse ausente no domicílio no momento da entrevista este era substituído pelo idoso que morava na residência mais próxima. As entrevistas ocorreram no período de março a junho de 2016 no próprio domicílio do idoso e foram aplicadas por três estudantes de medicina e duas enfermeiras, após treinamento e padronização da coleta de dados entre os entrevistadores.

Foram elegíveis para este estudo todos os indivíduos de 60 anos ou mais, tendo como critério de inclusão ser residente permanente no domicílio, foram excluídos indivíduos que apresentavam déficit cognitivo, condições como demência, distúrbios psiquiátricos, deficiência mental, seqüela de AVC com comprometimento da linguagem, cegueira e surdez. O déficit cognitivo foi avaliado pelo Miniexame do Estado Mental (MEEM), sendo utilizada a versão adaptada para a população brasileira que considera dois pontos de corte diferentes de acordo com o nível de escolaridade¹⁰.

A variável dependente do estudo foi a presença de fragilidade, avaliada por meio do Instrumento *Tilburg Frailty Indicator* (TFI)^{6,7}. Esse instrumento é constituído por 15 questões objetivas, autorreferidas, distribuídas em três domínios: físico, psicológico e social. A maioria das questões é respondida com sim ou não, excetuando-se quatro questões que incluem a opção às vezes. O resultado final é um escore que varia de zero a 15 pontos. Maior pontuação significa maior nível de fragilidade ou, alternativamente, escores \geq cinco pontos indicam que o indivíduo é frágil⁶.

Como variáveis independentes, foram avaliadas características sociodemográficas: idade; sexo; raça/cor autorreferida; estado conjugal; escolaridade; número de moradores ou arranjo familiar (vive sozinho ou acompanhado); e renda per capita (calculada pela divisão da renda familiar total em reais pelo número de pessoas residentes no domicílio). A dependência funcional nas atividades de vida diária (AVD) e nas atividades instrumentais de vida diária (AIVD) foram avaliadas, respectivamente, pelas escalas de Katz e Lawton^{11,12}. Os sintomas depressivos foram investigados pela Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15)¹³; o risco nutricional foi avaliado pela Mini Avaliação Nutricional (MAN)¹⁴; a classificação de comorbidade foi realizada através do instrumento *Cumulative Illness Rating Scale* (CIRS-G)¹⁵, onde neste estudo foram contempladas as catorze morbidades de maior prevalência entre os idosos, sendo posteriormente reagrupadas em até duas e três ou mais morbidades. A polifarmácia foi incluída utilizando-se, como referência, o uso de cinco ou mais medicações regulares¹⁶.

Os dados coletados foram digitados duplamente para a comparação entre os bancos, detecção e correção dos erros de digitação.

As variáveis foram descritas em frequências absoluta (n) e relativa (%). Na análise bivariada, foram identificadas as associações entre a variável resposta (fragilidade) e as demais variáveis de exposição. Para o cálculo de significância estatística da associação, utilizou-se o Teste de Qui-Quadrado pelo método de Mantel-Haenszel (IC 95%). Ainda na análise bivariada utilizou-se o Teste Exato de Fisher para as análises onde a frequência esperada era menor do que cinco. As variáveis que apresentaram $p \leq 0,20$ foram selecionadas para análise múltipla através da Regressão de *Poisson*. Após a retirada progressiva das variáveis (*stepwise backward*), foram mantidas no modelo final aquelas cujo nível de significância manteve-se menor ou igual a 0,05. Optou-se pela Regressão de *Poisson* como modelo múltiplo em vez da Regressão Logística devido ao fato de que o *odds ratio*, medida utilizada neste último método, hiperestimar a magnitude da associação quando o evento estudado for comum (não raro). Outro motivo é que na Regressão de *Poisson* reporta como medida de associação a própria Razão de Prevalência, mesma medida utilizada na análise bivariada.

Este estudo é parte da pesquisa “Vulnerabilidade e fragilidade: proposta de indicadores epidemiológicos para o monitoramento em saúde do idoso na atenção básica de saúde” do Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde Coletiva (ISC) da Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT).

Este trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Júlio Muller (HUJM) sob número do parecer 1.243.299. A estruturação e o planejamento deste projeto seguem as normas dispostas na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

A média de idade da população de estudo foi de 69,6 anos, com mediana de 68,0 anos ($\pm 7,48$). A maioria dos indivíduos era do sexo feminino (60,21%), cor parda (58,89%); possuíam companheiro (56,24%) e alfabetizados (71,62%) (Tabela 1).

Tabela 1. Aspectos sociodemográficos dos idosos de Várzea Grande, MT, 2016.

Variáveis	n (%)
Sexo	
Feminino	227 (60,21)
Masculino	150 (39,79)
Cor	
Pardo (a)	222 (58,89)
Branco (a)	73 (19,36)
Preto (a)	71 (18,83)
Amarelo (a)	8 (2,12)
Indígena	1 (0,80)
Estado civil	
Casado	186 (49,34)
Vive com companheiro (a)	26 (6,90)
Divorciado ou separado	47 (12,47)
Viúvo	95 (25,20)
Solteiro	23 (6,09)
Escolaridade	
Alfabetizado	270 (71,62)
Não alfabetizado	107 (28,38)

Na distribuição dos idosos de acordo com a fragilidade, segundo o ponto de corte proposto pelo TFI, a prevalência estimada para amostra foi de 65,25%. A média do *score* total deste instrumento na população avaliada foi de 5,93 pontos (valores não descritos em tabela).

Na análise bivariada as variáveis sociodemográficas que se mostraram associadas à fragilidade nesta população foram: ausência de união estável (RP= 1,20 IC 95% 1,04-1,39) e, em relação à escolaridade, não ser alfabetizado (RP= 1,21 IC95% 1,05-1,40) (Tabela 2). As variáveis referentes às condições de saúde com associação à fragilidade foram apresentar dependência para as atividades básicas de vida diária (AVD) (RP= 1,35 IC95% 1,18-1,55); dependência nas AIVD (RP= 1,83 IC95% 1,49-2,24); presença de sintomas depressivos

(RP= 1,59 IC95% 1,38-1,82) ou de depressão severa (RP= 1,83 IC95% 1,64-2,05); presença de condição nutricional em risco de desnutrição (RP= 1,44 IC95% 1,23-1,70); ser classificado como desnutrido (RP= 1,91 IC95% 1,68-2,18); ter três ou mais comorbidades (RP= 1,18 IC95% 1,02-1,36) e uso de cinco ou mais medicamentos (RP= 1,23 IC95% 1,05-1,44) (Tabela 3).

Na análise múltipla através da Regressão de *Poisson*, permaneceram no modelo as variáveis estado civil (ausência de união estável); apresentar sintomas depressivos ou sintomas de depressão severa, apresentar condição nutricional em risco ou desnutrição propriamente dita, dependência em AIVD e presença de comorbidades que mantiveram associação estatisticamente significativa com fragilidade (Tabela 4).

Tabela 2. Prevalência e Razão de prevalência de fragilidade segundo características sociodemográficas. Várzea Grande, MT, 2016.

Variáveis	Prevalência de Fragilidade			
	n (377)	Frágil (%)	RP* bruta (IC95%)	p valor
Sexo				
Masculino	150	91 (60,67)	1	0,129
Feminino	227	155 (68,28)	1,12 (0,96-1,31)	
Arranjo familiar				
Mora acompanhado	319	198 (62,07)	1	0,002
Mora sozinho	58	48 (82,76)	1,33 (1,15-1,54)	
Faixa etária				
60 a 69 anos	214	141 (65,89)	1	0,274
70 a 79 anos	117	79 (59,83)	0,91 (0,76-1,08)	
80 anos ou mais	46	35 (76,09)	1,15 (0,96-1,39)	
Raça/cor				
Branco	73	43 (58,90)	1	0,198
Demais	302	202 (66,89)	1,13 (0,92-1,39)	
Estado civil				
Vive com companheiro	212	127 (59,91)	1	0,013
Vive sem companheiro	165	119 (72,12)	1,20 (1,04-1,39)	
Renda per capita				
Até 1 SM**	333	219(65,77)	1	0,564
Acima de 1SM	44	27 (61,33)	1,07 (0,84-1,37)	
Escolaridade				
Alfabetizado	270	166 (61,48)	1	0,014
Não alfabetizado	107	80 (74,77)	1,21 (1,05-1,40)	

*Razão de Prevalência; **Salário mínimo vigente no período (R\$ 880,00).

Tabela 3. Prevalência e Razão de prevalência de fragilidade segundo, dimensões da saúde global dos idosos de Várzea Grande, MT, 2016.

Variáveis	Prevalência de Fragilidade			p valor
	n (377)	Frágil (%)	RP bruta (IC95%)	
Atividades básicas de vida diária				
Independente	274	163 (59,49)	1	<0,001
Dependente	103	83 (80,58)	1,35 (1,18-1,55)	
Atividades Instrumentais de vida diária				
Independente	142	61 (42,96)	1	<0,001
Dependente	235	185 (78,72)	1,83 (1,49-2,24)	
Condição emocional				
Sem depressão	259	141 (54,44)	1	<0,001
Sintomas de Depressão	97	84 (86,60)	1,59 (1,38-1,82)	
Sintomas de Depressão severa	21	21 (100,00)	1,83 (1,64-2,05)	
Avaliação nutricional				
Sem risco	205	107 (52,20)	1	<0,001
Em risco nutricional	135	102 (75,56)	1,44 (1,23-1,70)	
Desnutrição	37	37 (100,00)	1,91 (1,68-2,18)	
Comorbidades				
Até duas	315	198 (62,86)	1	0,030
Três ou mais	62	48 (77,42)	1,18 (1,02-1,36)	
Polifarmácia				
Não	295	187 (63,39)	1	0,027
Sim	82	59 (71,95)	1,23 (1,05-1,44)	

RP: Razão de Prevalência; IC2 95%: intervalo de confiança para a proporção de 95%.

Tabela 4 - Análise do modelo final da regressão de *Poisson* para variáveis associadas à fragilidade dos idosos do município de Várzea Grande, MT, 2016.

Variáveis	RP* (IC 95%)	p valor
Estado civil		
Divorciado ou separado/viúvo/solteiro	1,17 (1,033-1,336)	0,014
Estado de depressão		
Sintomas de depressão	1,17 (1,001-1,363)	0,050
Depressão severa	1,19 (1,034-1,355)	0,014
Atividades instrumentais de vida diária		
Dependente	1,54 (1,261-1,885)	<0,001
Avaliação nutricional		
Em risco nutricional	1,18 (1,071-1,307)	0,001
Desnutrido	1,72(1,400-2,100)	<0,001
Comorbidades		
3 ou mais	1,23 (1,055-1,434)	0,008

* Razão de Prevalência.

DISCUSSÃO

A prevalência de fragilidade encontrada neste estudo foi de 65,25%, corroborando com a literatura nacional que tem encontrado grandes prevalências de fragilidade em idosos. Em estudo desenvolvido na Bahia, com 139 idosos residentes na comunidade, cujo método de avaliação para fragilidade utilizado foi o de Fried¹⁷, 61,8% eram pré-frágeis e 18,6% eram frágeis. Estudo longitudinal sobre as condições de vida e saúde em países da América Latina e Caribe, que no Brasil envolve os idosos no município de São Paulo, apontou que 40,6% dos idosos eram frágeis¹⁸. Contudo, trata-se também de estudo com conceitos de fragilidade e instrumento diferentes, sendo que o TFI contempla além do domínio físico, o psicológico e social. Em estudo com idosos holandeses de 75 anos ou mais que residiam em comunidades, utilizando o instrumento TFI, foi detectado menor prevalência de fragilidade (47%)¹⁹.

Importante considerar que instrumentos que avaliam apenas o domínio físico para fragilidade tendem a estimar prevalências de fragilidade menores em populações semelhantes, comparados aos instrumentos que incluem a avaliação de outros domínios, como o psicológico e social. Além disso, existe certa complexidade na padronização do significado de fragilidade. Diferentes instrumentos têm sido experimentados com o objetivo de melhor operacionalizar a identificação da fragilidade com base em julgamento clínico, avaliação geriátrica e acúmulo de déficits²⁰. Entre estes, o TFI parece ser o mais apropriado ao conceito atual da fragilidade⁷ e um dos mais adequados para utilização na avaliação de saúde do idoso na atenção básica²¹.

No presente estudo, o TFI apresentou forte correlação com a qualidade de vida, em particular os componentes psicológicos e sociais da fragilidade, fortalecendo a definição integral da fragilidade²². Em estudo de revisão para verificar a eficiência do indicador de fragilidade pelo *Tilburg Frailty Indicator* verificaram-se evidências de sua confiabilidade e validade, além da facilidade e rapidez em sua aplicação. Contudo o próprio autor sugere haver necessidade de outros estudos para grupos específicos, tais como pacientes hospitalizados²³.

Desta maneira, existe uma necessidade de avaliação periódica por equipe multidisciplinar para detecção precoce dos sinais de fragilidade²⁴.

A associação encontrada neste estudo entre ausência de união estável e fragilidade não difere de muitos estudos que discutem essa relação. Em estudo que se utilizaram instrumentos unidimensionais, com 958 idosos da zona urbana do município de Uberaba, Minas Gerais, observou-se maior proporção de idosos em situação de fragilidade vivendo sem companheiro²⁵. Estudo que também utilizou instrumento que avaliava apenas o domínio físico identificou que a fragilidade está associada com ser mais idoso, sexo feminino, viver só, baixo peso, ser insuficientemente ativo e com o número de quedas¹⁸. Em estudo realizado no México, os autores também encontraram maiores prevalências de fragilidade entre idosos que viviam sozinhos²⁶. A presença de um companheiro pode favorecer a diminuição da instabilidade econômica, fonte de apoio e melhoria nos hábitos de saúde e a ausência de companheiro pode ser um fator estressante, com prejuízo à longevidade, exigindo mudanças e adaptações²⁷. Contudo, tem-se que grande parte dos idosos por vezes opta por morar sozinho, e, nessa condição, estes idosos podem ser menos frágeis.

No presente estudo tanto a dependência para atividades básicas quanto as atividades instrumentais de vida diária foram associadas à presença de fragilidade na análise bivariada, semelhante ao encontrado em estudo²⁸ que utilizou o TFI e avaliou indivíduos com idade de 75 anos ou mais residentes em Roosendaal, Holanda, encontrando fortes associações entre estas variáveis. A incapacidade ou dependência na realização de atividades de vida diária, tanto as básicas quanto as instrumentais, são frequentemente descritas como representativas do processo de incapacidade em estudos de fragilidade²⁵. A detecção precoce da fragilidade é importante no sentido de se prevenir o declínio da capacidade funcional, apontando para certa bidirecionalidade entre incapacidade funcional e fragilidade²⁹.

Estudo brasileiro realizado em Belo Horizonte utilizando instrumento unidimensional encontrou associação entre incapacidade em atividades

instrumentais de vida diária em ordem crescente de gravidade aos estágios de fragilidade, assim como com uma maior chance de redução na realização de atividades avançadas de vida diária³⁰. Destaca-se a inexistência de estudos brasileiros até o momento que avaliaram AIVD e fragilidade através do instrumento TFI.

Em relação ao modelo final, apenas a AIVD permaneceu associada à fragilidade, muito provavelmente devido à colinearidade existente entre os instrumentos AVD e AIVD. As incapacidades das atividades instrumentais são as que primeiro ocorrem, fazendo que as demais atividades, incluindo as básicas, não se mantenham associadas quando ambas são incluídas como variáveis explicativas no modelo múltiplo.

No presente estudo foi encontrada associação positiva entre presença de sintomas de depressão e fragilidade. Em estudo que avaliou a relação entre fragilidade, depressão e qualidade de vida em 100 pacientes idosos com insuficiência cardíaca hospitalizados em Wrocław, Polônia, também encontraram essa mesma associação²⁹. Também em estudo já referido anteriormente, utilizando os mesmos instrumentos para classificação de sintomas depressivos, encontrou uma proporção de sintomas depressivos em idosos frágeis significativamente maior quando comparados aos não frágeis²⁵.

Mesmo utilizando diferentes instrumentos para avaliação de sintomas depressivos e fragilidade, outros estudos também sugerem esta associação. Pesquisa encontrou forte associação entre sintomatologia depressiva e fragilidade, sugerindo que estas associações podem estar vinculadas à sobreposição de características coexistentes em tais condições de saúde, como exemplo, a inatividade, a perda de peso, a exaustão e nível reduzido de atividade física³¹.

A presente pesquisa identificou associação entre risco nutricional e desnutrição associadas à fragilidade. Em estudos que utilizaram instrumentos diferentes para avaliação de fragilidade e estado nutricional, avaliando 143 idosos em hospitais de Viena, Áustria, encontraram prevalência 3 vezes maior em idosos com risco nutricional e 12 vezes maior naqueles com desnutrição já instalada³². Parece que a concomitância destas duas condições de saúde são fatores complicadores para outros desfechos.

Em um estudo longitudinal de 143 pacientes com câncer colorretal na Holanda, avaliados antes da quimioterapia através de um instrumento multidimensional GFI (*Groningen Frailty Indicator*) para classificação da fragilidade e a Mini Avaliação Nutricional encontraram que a desnutrição junto com a fragilidade foi fortemente associada a um aumento do risco de mortalidade desses pacientes³³.

A comorbidade foi associada à fragilidade em nossa pesquisa. Estudo para avaliar fatores preditores de fragilidade em idosos vivendo em comunidade na cidade de Roosendaal, Holanda, utilizando o instrumento TFI, encontrou que a presença de comorbidade explicou um adicional de 2,4% na variância da fragilidade, concluindo que a inclusão da avaliação de comorbidades na análise de dados é importante para a completude do modelo explicativo¹⁹. Estudo brasileiro avaliando o perfil de idosos frágeis assistidos em ambulatório de referência de Campinas, São Paulo, encontrou associação entre fragilidade e referência de doenças respiratórias, utilizando, este último, instrumento diferente de nosso estudo para avaliação de fragilidade. O envelhecimento traz maior carga de morbimortalidade, como causa ou consequência da fragilidade. Idosos apresentam um número maior de enfermidades crônicas, em especial as doenças cardiovasculares, hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, doenças pulmonares, câncer e derrame cerebral, doenças essas referenciadas como sendo as que mais se associam às piores condições de saúde nessa população³⁴.

A polifarmácia foi associada à maior prevalência de fragilidade apenas na análise bivariada. Sabe-se que há uma linha tênue entre o risco e o benefício do uso de polimedicação por idosos, onde uma elevada utilização de medicamentos pode afetar negativamente a qualidade de vida do idoso devido à maior ocorrência de efeitos adversos e interações medicamentosas e, por outro lado, estes mesmos medicamentos são os que ajudam a prolongar a vida, em sua maioria³⁵. Não se deve também desconsiderar o efeito conjunto entre presença de comorbidades e polifarmácia, justificando assim a perda de significância da polifarmácia na análise final.

Apontam-se como limitações do estudo o fato desta pesquisa se caracterizar como sendo do tipo transversal, na qual não há possibilidade de se estabelecer relação de causa e efeito, bem como

que alguns instrumentos utilizaram informações subjetivas ou de autorrelato, o que pode levar a viés de memória. Investigações longitudinais são necessárias para tornar robustas as inferências quanto aos indicadores preditivos da fragilidade. Entretanto, a utilização da razão de prevalência como medida de efeito tanto na análise bivariada quanto no modelo múltiplo de *Poisson*, permitem um bom ajuste das medidas de efeito e impedem a hiperestimação das medidas de associação.

Tem-se como alguns dos aspectos positivos do presente estudo o fato deste ser um dos primeiros a utilizar o instrumento “*Tilburg Frailty Indicator*” (TFI) em população de idosos da comunidade no Brasil. O TFI possui uma configuração apropriada, tanto em relação ao conceito atual de fragilidade, como ao contexto sociocultural dos idosos brasileiros¹¹. Além disso, entre os demais instrumentos multidimensionais que avaliam fragilidade, o TFI parece ser o que apresenta melhor acurácia e um dos mais adequados na avaliação conjunta dos domínios físico, psicológico e social dos idosos⁴.

A identificação de situações de fragilidade deve ser prioridade na atenção primária no sentido de propiciar intervenções precoces, e mitigação do dano através da prevenção primária e secundária em saúde. Assim, é importante conhecer os fatores associados à fragilidade em grupos de idosos na saúde pública.

Os resultados mostraram a diversidade de fatores que estão diretamente relacionados à fragilidade e que diferentes aspectos, tanto do cotidiano como

do próprio processo fisiológico do envelhecimento, podem influenciar na autonomia e qualidade de vida do idoso.

CONCLUSÃO

A prevalência de fragilidade em idosos da comunidade neste estudo foi elevada. As principais variáveis associadas à fragilidade foram ser divorciado, separado, viúvo ou solteiro, apresentar sintomas de depressão, dependência em atividades de vida diária, estar em risco nutricional e apresentar comorbidades.

A compreensão dos fatores associados à fragilidade, considerando sua natureza multifatorial, são ferramentas primordiais para a elaboração e implementação de ações e de estratégias de prevenção, reabilitação e promoção da saúde.

O *Tilburg Frailty Indicator*, por avaliar os domínios físico, psicológico e social, tende a detectar idosos com fragilidade nessas dimensões, sendo um importante instrumento para orientar o planejamento do cuidado nas unidades básicas de saúde. Desta maneira, recomenda-se a inclusão deste instrumento para identificação e monitoramento dos idosos frágeis nas Estratégias de Saúde da Família a fim de aprimorar os benefícios à saúde da população idosa.

Além disso, sugere-se outros estudos longitudinais que avaliem a associação de fragilidade com outras condições de saúde em idosos da comunidade e possibilitem a diminuição da ocorrência de desfechos adversos nesta população.

REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial de Saúde. Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde. Genebra: OMS; 2015.
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico. Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios. Rio de Janeiro: IBGE; 2013.
3. Universidade Federal do Maranhão; Universidade Aberta do SUS. Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa: políticas, programas e rede de atenção à saúde do idoso. São Luís: UFMA; 2014.
4. Gobbens RJ, Luijckx KG, Wijnen-Sponselee MT, Schols JMGA. In search of an integral conceptual definition of frailty: opinions of experts. *J Am Med Dir Assoc* [Internet]. 2010 [acesso em 23 jan. 2015];11(5):338-43. Disponível em: [https://www.jamda.com/article/S1525-8610\(09\)00348-X/fulltext](https://www.jamda.com/article/S1525-8610(09)00348-X/fulltext)
5. Graham JE, Snih SA, Berges IM, Ray LA, Markides KS, Ottenbacher KJ. Frailty and 10-year mortality in community-living Mexican American older adults. *Gerontology* [Internet]. 2009 [acesso em 13 fev. 2015];55(6):644-51. Disponível em: <https://www.karger.com/Article/Abstract/235653>

6. Santiago LM, Luz LL, Mattos IE, Gobbens RJ. Cross-cultural adaptation of the Tilburg Frailty Indicator (TFI) for use in the Brazilian population. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2012 [acesso em 22 mar.2015];28(9):1795-1801. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2012000900018&script=sci_abstract
7. Santiago LM, Luz LL, Mattos IE, Gobbens RJ, van Assen MA. Psychometric properties of the Brazilian version of the Tilburg frailty indicator (TFI). *Arch Gerontol Geriatrics* [Internet]. 2013 [acesso em 20 mar.2015];57(1):39-45. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0167494313000332?via%3Dihub>
8. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Coordenação de população e indicadores sociais. População estimada. Rio de Janeiro: IBGE; 2018.
9. DATASUS, Departamento de Atenção Básica do SUS. Rol de diretrizes, objetivos, metas e indicadores 2013-2015. Indicadores Municipais: Ministério da Saúde. Brasília, DF: DATASUS; 2015.
10. Lourenço RA, Veras RP. Mini-Exame do Estado Mental: características psicométricas em idosos ambulatoriais. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2006 [acesso em 20 out. 2018];40(4):712-19. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102006000500023
11. Lino VTS, Pereira SRM, Camacho LAB, Ribeiro Filho ST, Buskman S. Adaptação transcultural da Escala de Independência em Atividades da Vida Diária (Escala de Katz). *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2008 [acesso em 12 jun. 2016];24(1):103-12. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2008000100010&script=sci_abstract
12. Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist* [Internet]. 1969 [acesso em 24 jun. 2016];9(3):179-86. Disponível em: https://academic.oup.com/gerontologist/article-abstract/9/3/Part_1/179/552574?redirectedFrom=fulltext
13. Almeida OP, Almeida SA. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão Geriátrica (GDS) versão reduzida. *Arq Neuropsiquiatr* [Internet]. 1999 [acesso em 05 ago. 2016];57(2B):421-26. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0004-282X1999000300013&script=sci_abstract&tlng=pt
14. Rubenstein LZ, Harker JO, 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* [Internet]. 2001 [acesso em 05 ago. 2016];56(6):366-72. Disponível em: <https://academic.oup.com/biomedgerontology/article/56/6/M366/526432>
15. Miller MD, Paradis CF, Houck PR, Mazumdar S, Stack JA, Rifai AH, et al. Rating chronic medical illness burden in geropsychiatric practice and research: application of the Cumulative Illness Rating Scale. *Psychiatry Res* [Internet] 1992 [acesso em 15 set. 2016];41(3):237-48. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/016517819290005N>
16. Payne RA, Abel GA, Avery AI, Mercer SW, Roland MO. Is polypharmacy always hazardous?: a retrospective cohort analysis using linked electronic health records from primary and secondary care. *Br J Clin Pharmacol* [Internet]. 2014 [acesso em 18 set. 2016];77(6):1073-82. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4093932/>
17. Santos PHS, Fernandes MH, Casotti CA, Coqueiro RS, Carneiro JAO. Perfil de fragilidade e fatores associados em idosos cadastrados em uma Unidade de Saúde da Família. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2015 [acesso em 12 out. 2016]; 20(6):1917-24. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000601917
18. Alvarado BE, Zunzunegui MV, Béland F, Bamvita JM. Life course social and health conditions linked to frailty in Latin American older men and women. *J Gerontol Ser A Biol Sci Med Sci* [Internet]. 2008 [acesso em 15 out. 2016]; 63(12):1399-1406. Disponível em: <https://academic.oup.com/biomedgerontology/article/63/12/1399/620755>
19. Gobbens RJ, van Assen MA, Luijckx KG, Wijnen-Sponselee MT, Schols JM. Determinants of frailty. *J Am Med Dir Assoc* [Internet]. 2010 [acesso em 23 mar. 2016];11(5):356-64. Disponível em: [https://www.jamda.com/article/S1525-8610\(09\)00411-3/abstract](https://www.jamda.com/article/S1525-8610(09)00411-3/abstract)
20. Tribess S, Oliveira RJ. Síndrome da fragilidade biológica em idosos: revisão sistemática. *Rev Salud Pública* [Internet]. 2011 [acesso em 12 nov. 2015];13(5):853-64. Disponível em: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/revsaludpublica/article/view/17817/37995>
21. Gobbens RJJ, van Assen MALM. Frailty and its prediction of disability and health care utilization: the added value of interviews and physical measures following a self-report questionnaire. *Arch Gerontol Geriatr* [Internet]. 2012 [acesso em 10 dez. 2015];55(2):369-79. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0167494312000945?via%3Dihub>
22. Caldas CP, Veras RP, Motta LB, Lima KC, Kisse CBS, Trocavado CVM, et al. Rastreamento do risco de perda funcional: uma estratégia fundamental para a organização da Rede de Atenção ao Idoso. *Ciênc Saúde Colet* [Internet]. 2013 [acesso em 20 set. 2018];18(12):3495-3506. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232013001200006&script=sci_abstract&tlng=pt

23. Gobbens RJJ, Schols JM, van Assen MA. Exploring the efficiency of the Tilburg Frailty Indicator: a review. *Clin Interv Aging* [Internet]. 2017 [acesso em 20 set. 2018];12:1739-52. Disponível em: <https://www.dovepress.com/exploring-the-efficiency-of-the-tilburg-frailty-indicator-a-review-peer-reviewed-article-CIA>
24. August ACV, Falsarella GR, Coimbra AMV. Análise da síndrome da fragilidade em idosos na atenção primária: Estudo transversal. *Rev Bras Med Fam Comunidade* [Internet]. 2017 [acesso em 18 out. 2018];12(39):1-9. Disponível em: <https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/1353>
25. Pegorari MS, Tavares DMS. Fatores associados à síndrome de fragilidade em idosos residentes em área urbana. *Rev Latinoam Enferm* [Internet]. 2014 [acesso em 13 jan. 2016];22(5):874-82. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n5/pt_0104-1169-rlae-22-05-00874.pdf
26. Sánchez-García S, Sánchez-Arenas R, Garcia-Peña C, Rosas-Carrasco O, Avilas-Funes JA, Ruiz-Arreque L, et al. Frailty among community-dwelling elderly Mexican people: prevalence and association with sociodemographic characteristics, health state and the use of health services. *Geriatr Gerontol Int* [Internet]. 2014 [acesso em 25 set. 2016];14(2):395-402. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23809887>
27. Gomes MMF, Turra CM, Fígoli MGB, Duarte YAO, Lebrão ML. Associação entre mortalidade e estado marital: uma análise para idosos residentes no Município de São Paulo, Brasil, Estudo SABE, 2000 e 2006. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2013 [acesso em 12 nov. 2016];29(3):566-78. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0102-311X2013000300014&lng=en&nrm=iso
28. Gobbens RJJ, van Assen MALM. The Prediction of ADL and IADL Disability Using Six Physical Indicators of Frailty: a Longitudinal Study in the Netherlands. *Curr Gerontol Geriatric Res* [Internet]. 2014 [acesso em 12 dez. 2016];2014:1-7. Disponível em: <https://www.hindawi.com/journals/cggr/2014/358137/>
29. Uchmanowicz I, Gobbens RJ. The relationship between frailty, anxiety and depression, and health-related quality of life in elderly patients with heart failure. *Clin Interv Aging* [Internet]. 2015 [acesso em 14 jan. 2016];10:1595-1600. Disponível em: <https://www.dovepress.com/the-relationship-between-frailty-anxiety-and-depression-and-health-rel-peer-reviewed-article-CIA>
30. 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* [Internet]. 2013 [acesso em 14 jan. 2016];29(8):1631-43. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2013000800015&script=sci_abstract&tlng=pt
31. Lakey SL, LaCroix AZ, Gray SL, Borson S, Williams CD, Calhoun D, et al. Antidepressant use, depressive symptoms, and incident frailty in women aged 65 and older from the Women's Health Initiative Observational Study. *J Am Geriatr Soc* [Internet]. 2012 [acesso em 14 jul. 2016];60(5):854-6. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22568404>
32. Dorner TE, Luger E, Tschinderle J, Stein KV, Haider S, Kapan A, et al. Association between nutritional status (MNA®-SF) and frailty (SHARE-FI) in acute hospitalised elderly patients. *J Nutr Health Aging* [Internet]. 2014 [acesso em 16 ago. 2016];18(3):264-9. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s12603-013-0406-z>
33. Aaldriks AA, van der Geest LGM, Giltay EJ, le Cessie S, Portielje JEA, Tanis BC, et al. Frailty and malnutrition predictive of mortality risk in older patients with advanced colorectal cancer receiving chemotherapy. *J Geriatr Oncol* [Internet]. 2013 [acesso em 22 ago. 2016];4(3):218-26. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24070460>
34. Mello AC, Engstrom EM, Alves LC. Health-related and socio-demographic factors associated with frailty in the elderly: a systematic literature review. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2014 [acesso em 11 set. 2016];30(6):1143-68. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2014000601143&script=sci_abstract
35. Ramos LR, Tavares NUL, Bertoldi AD, Farias MR, Oliveira MA, Luiza VL, et al. Polifarmácia e polimorbidade em idosos no Brasil: um desafio em saúde pública. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2016 [acesso em 25 nov. 2016];50(2):1-13. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102016000300308

Recebido: 06/04/2018

Revisado: 05/10/2018

Aprovado: 17/10/2018



Automedicação e adesão ao tratamento medicamentoso: avaliação dos participantes do programa Universidade do Envelhecer

Self-medication and adherence to drug treatment: assessment of participants of the Universidade do Envelhecer (the University of Aging) program

Antonio Leonardo de Freitas Garcia¹
Andréia Naomi Madoz Kaya²
Eduardo Antonio Ferreira³
Eliana Fortes Gris⁴
Dayani Galato⁵

Resumo

Objetivo: avaliar o uso de medicamentos de forma contínua e por automedicação e a adesão ao tratamento entre os participantes idosos e não idosos da Universidade do Envelhecer (UniSer). **Método:** estudo observacional, quantitativo e transversal, com emprego da técnica de entrevista, realizado na UniSer com 215 sujeitos. Foi utilizado um instrumento estruturado que permitiu a coleta de variáveis sociodemográficas e automedicação. Foram utilizados a Escala de Morisky-Green-Levine (MGL), de 1986, e o *Brief Medication Questionnaire* (BMQ) domínio regime na análise de adesão. Foram realizadas análises descritivas dos dados, além do teste qui-quadrado e do exato de Fisher para avaliar associação entre as variáveis de interesse. **Resultados:** dos entrevistados, 127 (59,1%) foram idosos (>60 anos), sendo 81,9% mulheres. Em relação à automedicação, 22,9% dos idosos e 21,7% dos não idosos a praticaram nos últimos sete dias ($p=0,848$), mesmo que considerem perigosa ($p=0,472$). Entre estes, 45,8% dos idosos e 55,6% dos não idosos realizaram automedicação irracional dentro do período analisado. Tem-se que 76,4% dos idosos e 64,8% dos não idosos utilizavam medicamentos de uso contínuo ($p=0,063$). Ao analisar a adesão ao tratamento medicamentoso, 78,8% dos idosos e 76,1% dos não idosos não eram aderentes ao tratamento ($p=0,719$) segundo a escala MGL; já pelo BMQ domínio Regime 36,7% dos idosos e 41,1% dos não idosos não eram aderentes ($p=0,595$). **Conclusão:** estes achados demonstram que não houve diferenças significativas entre os grupos estudados e as ações de educação em saúde devem ser realizadas com ênfase nas orientações sobre adesão e uso racional de medicamentos.

Palavras-chave:

Envelhecimento. Uso de Medicamentos. Automedicação. Cooperação e Adesão ao Tratamento. Doenças Crônicas.

¹ Universidade de Brasília, Faculdade de Ceilândia, Programa de Pós-graduação em Ciências e Tecnologias em Saúde. Grupo de Pesquisa em Acesso aos Medicamentos e Uso Responsável - AMUR, Ceilândia, Brasília, Brasil.

² Universidade de Brasília, Faculdade de Ceilândia, Curso de Farmácia - AMUR. Ceilândia, Brasília, Brasil.

³ Universidade de Brasília, Faculdade de Ceilândia, Curso de Farmácia. Ceilândia, Brasília, Brasil.

⁴ Universidade de Brasília, Faculdade de Ceilândia, Curso de Farmácia e Programa de Pós-Graduação em Ciências e Tecnologias em Saúde. Ceilândia, Brasília, Brasil.

⁵ Universidade de Brasília, Faculdade de Ceilândia, Curso de Farmácia e Programa de Pós-Graduação em Ciências e Tecnologias em Saúde - AMUR. Ceilândia, Brasília, Brasil.

Abstract

Objectives: to evaluate the use of medication (for continuous use and self-medication) and adherence to treatment among elderly and non-elderly participants of the Universidade do Envelhecer (UniSer). **Method:** an observational, quantitative and cross-sectional study, using the interview technique, was carried out at UniSer with 215 subjects. A structured instrument was used for the collection of sociodemographic variables and self-medication data. The 1986 Morisky-Green-Levine Scale (MGL) and the Brief Medication Questionnaire (BMQ) regimen screening tool were used to assess adherence. Descriptive analyzes of the data were performed, and the chi-squared Test and Fisher's Exact Test were applied to evaluate the association between variables of interest. **Results:** of the participants, 127 (59.1%) were elderly (< 60 years old), of whom 81.9% were women. Regarding self-medication, 22.9% of elderly and 21.7% of non-elderly persons practiced it in the previous seven days ($p=0.848$), even if they considered it dangerous ($p=0.472$). A total of 45.8% of the elderly and 55.6% of the non-elderly irrationally self-medicated within the analyzed period, while 76.4% of the elderly and 64.8% of the non-elderly used medications of continuous use ($p=0.063$). A total of 78.8% of the elderly and 76.1% of the non-elderly were not adherent to treatment ($p=0.719$) according to the MGL scale, while the BMQ Regimen Screen found that 36.7% of the elderly and 41.1% of the non-elderly were not adherent ($p=0.595$). **Conclusion:** these findings demonstrate that there were no significant differences between the groups studied and health education actions should be carried out with an emphasis on guidelines on adherence and the rational use of medicines.

Keywords: Aging. Drug Utilization. Self Medication. Treatment Adherence and Compliance. Chronic Disease.

INTRODUÇÃO

Com o envelhecimento há um aumento da prevalência de doenças crônicas e de utilização de medicamentos, principalmente daqueles de uso contínuo¹⁻³. Além destes medicamentos, adultos e idosos praticam a automedicação como uma forma de autocuidado. A automedicação é definida como a seleção e uso de medicamentos para o tratamento de doenças e sintomas que acometem o usuário, sem prescrição ou acompanhamento de um profissional habilitado (médico ou dentista)⁴⁻⁶.

Alguns fatores podem influenciar essa prática, desde os diferentes tipos de acesso aos serviços de saúde, bem como o grau de informação sobre os medicamentos, além de amigos, familiares, propagandas de medicamentos e sobras de tratamentos anteriores⁷. Desvantagens devem ser observadas em relação à automedicação em todos os estratos da população, mas em especial quanto aos idosos. Entre elas, podem-se citar os gastos desnecessários, atrasos diagnósticos, potenciais riscos de intoxicação e interações medicamentosas, além de resistência bacteriana⁷.

Já para os medicamentos de uso contínuo é importante avaliar a adesão ao tratamento

medicamentoso, que é considerada um dos principais determinantes para a efetividade da farmacoterapia e é definida como o grau de concordância entre o comportamento do usuário do medicamento em relação às orientações do médico ou outro profissional da saúde^{8,9}.

Muitas vezes a baixa efetividade dos tratamentos pode ser explicada por diversos fatores, como barreiras de acesso ao sistema de saúde, dificuldades financeiras, efeitos adversos e, também, pela não adesão. Essa pode variar dentro de grupos populacionais, além de que, a localização geográfica (distância que os indivíduos têm que percorrer para ter acesso aos serviços de saúde), estilo de vida (como hábitos alimentares e atividade física) e condições de saúde podem interferir diretamente na adesão¹⁰.

Ações interdisciplinares são importantes e podem contribuir para o uso racional de medicamentos. Neste sentido, estratégias que foquem o cuidado na saúde podem ser benéficas para melhorar a qualidade de vida da população idosa. Entre essas estratégias podem-se citar os projetos vinculados às secretarias de saúde e de assistência social, como é o caso dos grupos de idosos, e aqueles vinculados às Universidades como o caso das Universidades Abertas à Terceira Idade (UnATI) e outros programas de extensão como a Universidade do

Envelhecer (UniSer). Sendo assim, conhecer o perfil de saúde e de uso de medicamentos dos participantes de estratégias como essas é importante para a definição de ações educativas que promovam o uso racional de medicamentos.

Neste contexto, o presente estudo buscou avaliar o uso de medicamentos de forma contínua e por automedicação entre os participantes idosos e não idosos da Universidade do Envelhecer (UniSer), além de avaliar a adesão ao tratamento com medicamentos de uso contínuo entre estes dois grupos.

MÉTODO

Estudo observacional de abordagem quantitativa do tipo transversal, com emprego da técnica de entrevista. A pesquisa foi realizada no Distrito Federal (DF), em um programa de extensão da Universidade de Brasília (UnB), denominado Universidade do Envelhecer (UniSer). Esse programa propõe ações que estimulam a cidadania e a promoção da saúde em idosos e adultos com mais de 45 anos. A intenção desse programa é promover uma educação que amplie o sentido de qualidade de vida, agregando conhecimento, experiência e a participação constante do discente na promoção de um envelhecimento saudável¹¹.

Para o cálculo amostral foi utilizado a totalidade de discentes registrados no programa de extensão no ano de 2017 (420 discentes). O cálculo do tamanho da amostra considerou a prevalência de desfecho de 50%, intervalo de confiança de 95%, erro amostral de 5%, chegando-se a uma amostra mínima de 201 sujeitos. A amostra foi selecionada por conveniência, incluindo participantes de todos os polos do programa de extensão até alcançar ao menos o mínimo da amostra estimada. Como critério de inclusão, considerou-se a participação no programa de extensão. Como critérios de exclusão, adotou-se a incapacidade do participante em responder as questões relacionadas ao uso de medicamentos ou a interrupção da entrevista antes da sua finalização. Foram considerados não idosos aqueles participantes com idade entre 45 e 59 anos, e idosos, aqueles com 60 anos ou mais.

A coleta de dados foi realizada no período de abril a dezembro de 2017, nos polos onde ocorriam as aulas do programa de extensão em Brasília (nas Regiões Administrativas de Ceilândia, Taguatinga,

Candangolândia, Riacho Fundo I, Estrutural e Plano Piloto). As entrevistas foram conduzidas por grupos de entrevistadores calibrados, que passaram por treinamento por meio de um manual do colaborador e reuniões periódicas para dirimir quaisquer dúvidas durante o procedimento. Todos os roteiros de entrevistas respondidos foram conferidos e posteriormente houve o lançamento em banco de dados. No caso da identificação de alguma inconsistência ou dado incompleto o entrevistado era contatado por telefone.

O roteiro de entrevista desenvolvido permitiu a coleta de diferentes variáveis. Dentre as sociodemográficas obteve-se: sexo, idade, local de procedência, raça/cor (autodeclarada pelos entrevistados), estado civil, escolaridade, profissão, e renda familiar. Já entre as variáveis relacionadas à saúde foram: problemas de saúde relatados, possuir plano de saúde e se algum familiar do participante era profissional da área da saúde. Também foram consideradas as variáveis relacionadas aos medicamentos: uso contínuo, adoção da automedicação, adesão ao tratamento e acesso aos medicamentos (forma de aquisição de medicamentos de uso contínuo).

Para a análise de racionalidade da automedicação, neste caso compreendida como adequação, foram adotados os seguintes critérios: o medicamento utilizado na prática deveria ser isento de prescrição médica (MIP); o problema de saúde ser autolimitado (agudo); e o tempo de persistência dos sintomas menor do que 15 dias. Neste caso, foi considerada racional a prática que atendeu a todos os critérios citados anteriormente.

Quanto ao resultado da automedicação, solicitou-se aos entrevistados que relatassem se o problema de saúde havia sido resolvido após a adoção desta prática. Foi considerado resolvido quando o entrevistado assim o percebeu e relacionou a melhora ao tratamento adotado por automedicação.

Não foram considerados no trabalho os medicamentos caseiros, chás, fitoterápicos e homeopáticos para a análise da automedicação. Durante as entrevistas explicou-se aos participantes o significado de automedicação e suas variações, desde ir a um estabelecimento de saúde e comprar um medicamento sem prescrição médica, como também

tomar algum medicamento por recomendação de amigos ou familiares, além de utilizar sobras de tratamentos anteriores. Todos os entrevistados foram esclarecidos sobre tal conceito antes de responder as questões relacionadas a essa prática. Para a análise da automedicação foi utilizado como período recordatório os sete dias anteriores à entrevista como forma de minimizar o viés de memória.

Para análise dos medicamentos de uso contínuo foi definido que os mesmos são aqueles que os participantes utilizavam todos os dias, ou quase todos os dias, sem data de previsão para término do tratamento. No caso de esquecimento dos medicamentos utilizados, sejam eles de uso contínuo ou por automedicação, os participantes eram informados sobre o contato telefônico que seria realizado posteriormente para coleta dessa informação.

Para a obtenção dos dados referentes à adesão ao tratamento foram utilizados dois questionários previamente validados em outros estudos: a Escala de Adesão de Morisky-Green-Levine (MGL), de 1986¹², e o *Brief Medication Questionnaire* (BMQ) domínio regime¹³.

A Escala MGL utilizada foi traduzida daquela publicada em 1986, cuja recomendação foi realizada pelo prof. Dr. Donald Morisky. Ela é caracterizada pela simplicidade de aplicação (por ser constituída de apenas quatro perguntas)¹⁰. A escala indica que o uso inadequado de medicamentos ocorre por um ou todos os motivos seguintes: descuido, esquecimento e interrupção do tratamento quando se sente melhor ou pior. No trabalho foi considerado pontuações para as respostas, sendo SIM = 1 ponto e NÃO = 0 ponto. Se as respostas para as quatro perguntas forem NÃO, a pontuação será 0 e assim o participante será considerado “aderente ao tratamento medicamentos”. Foram considerados “não aderente ao tratamento” aqueles participantes que tiveram pontuação entre 1 e 4¹².

O BMQ é constituído por três domínios: Regime, Crença e Recordação. Para o presente trabalho foi adotado o domínio Regime como instrumento de avaliação da adesão, pois é o domínio que avalia o comportamento dos participantes em relação ao tratamento^{13,14}.

Previamente à coleta de dados, o instrumento utilizado na pesquisa foi testado em um estudo piloto com 50 participantes para se verificar a adequação das perguntas e para fazer o treinamento dos entrevistadores. Foram necessários apenas pequenos ajustes na ordem das questões e na forma de abordagem, o que não inviabilizou a inclusão dos dados do piloto no estudo.

O banco de dados foi construído no programa EpiData 3.0 e posteriormente analisado no programa SPSS 23.0 e EpiInfo 7.0. Foram realizadas análises descritivas dos dados, e as prevalências relacionadas ao perfil dos participantes foram estimadas com um intervalo de confiança (IC) de 95%. Também foi realizada análise bivariada utilizando-se teste qui-quadrado para avaliar a associação entre variáveis categóricas e foram apresentadas razões de prevalência. Quando necessário foi utilizado o teste exato de Fisher. Foi considerado um nível de significância de 5% ($p < 0,05$).

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ceilândia (FCE/UnB), com parecer número 1.985.490 atendendo as exigências para pesquisas envolvendo seres humanos da Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, e da Declaração de Helsinki. Os participantes da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

RESULTADOS

Dos 420 participantes do projeto, 215 foram incluídos neste estudo e não houve exclusões. Observou-se que os mesmos eram majoritariamente do sexo feminino (189; 87,9%), com média de idade de 61,3 anos ($\pm 8,6$); não brancos (139; 65,6%), com menor escolaridade (<12 anos de estudos) (150; 69,9%) e possuíam renda familiar acima de três salários mínimos (121; 56,3%). A maior parte dos entrevistados era aposentada (121; 56,3%). Da amostra total, 88 (40,9%) eram não idosos, com média de idade de 53,6 anos ($\pm 4,95$) e 127 (59,1%) eram idosos, com média de idade de 66,7 anos ($\pm 6,23$). A Tabela 1 apresenta os dados relacionados às variáveis sociodemográficas dos participantes da UniSer.

Tabela 1. Perfil sociodemográfico dos participantes da UniSer. Brasília, DF, 2017.

Variáveis	n (%)	IC95%***
Sexo (n=215)		
Feminino	189 (87,9)	82,9-91,6
Masculino	26 (12,1)	8,4-17,1
Raça/Cor (autodeclarada) (n=211)		
Não brancos	139 (65,8)	59,2-71,9
Branco	72 (34,2)	28,1-40,7
Situação conjugal (n=213)		
Não possui companheiro	123 (57,7)	51,0-64,2
Vive com companheiro	90 (42,3)	35,8-49,0
Escolaridade (n=215)		
Menor escolaridade (<12 anos)	150 (69,9)	63,3-75,5
Maior escolaridade (>12 anos)	65 (30,1)	24,5-36,7
Local de Procedência (n=215)		
Centro (Plano Piloto e regiões vizinhas)*	20 (9,3)	6,1-13,9
Periferia (Longe do Plano Piloto)	195 (90,7)	86,1-93,9
Renda Familiar** (n=215)		
Até três salários mínimos	94 (43,7)	37,2-50,4
Acima de três salários mínimos	121 (56,3)	49,6-62,7
Ocupação (n=215)		
Aposentado	121 (56,3)	49,6-62,7
Não possui aposentadoria	94 (43,7)	37,2-50,4
Possuir plano de Saúde		
Sim	111 (51,6)	45,0-58,2
Não	104 (48,4)	41,8-55,0
Possuir familiar com formação na área da saúde		
Sim	135 (62,8)	56,2-69,0
Não	80 (37,2)	31,0-43,8

*A região do Plano Piloto e regiões próximas como *Park Way*, Lago Sul e Norte e Sudoeste são reconhecidas como regiões mais nobres no DF;

Salário mínimo correspondente ao período de 2017 (R\$ 937,00=US\$ 282,22); *IC95%: Intervalo de confiança.

Foi relatado por 154 (71,6%, IC:65,3%-77,2%) entrevistados a utilização de medicamentos de uso contínuo, sendo que destes 83 (53,9%, IC:46,0%-61,6%) adquirem seus medicamentos com recursos próprios, 52 (33,8%, IC:26,8%-41,5%) em Unidades de Saúde do sistema público do DF e 19 (12,3%, IC:8,0%-18,5%) em Farmácia Popular.

Em relação à automedicação, a prevalência no grupo entrevistado foi de 188 alunos (87,4%, IC:82,3%-91,2%) para aqueles que realizaram a prática alguma vez na vida. Dentre esses, 42 (22,3%, IC:17,0%-28,8%) realizaram automedicação nos sete dias anteriores à entrevista. As variáveis analisadas na comparação entre idosos e não idosos da UniSer para automedicação estão apresentadas na Tabela 2.

Não foram observadas diferenças significativas entre as idades, verificando-se uma tendência de aumento no uso de medicamentos de uso contínuo e relatos de problemas de saúde entre os idosos, como pode ser observado na Tabela 3.

Em relação à adesão, não houve diferença significativa entre os grupos etários. Ou seja, ambos são poucos aderentes aos tratamentos com medicamentos de uso contínuo. Segundo a Escala MGL, 67 idosos (n=85; 78,8%) e 35 não idosos (n=46; 76,1%) foram considerados não aderentes ao tratamento. Pelo BMQ domínio regime, 33 idosos (n=90, 36,7%) e 23 não idosos (n=56; 41,1%) também foram considerados não aderentes ao tratamento (Tabela 3).

Tabela 2. Análise da prática de automedicação entre idosos e não idosos participantes da UniSer. Brasília, DF, 2017.

Variáveis	Não idosos n (%)	Idosos n (%)	RP*(IC95%)	p**
Consideram perigosa a automedicação (n=215)				0,472
Sim	85 (96,6)	120 (94,5)	1,022 (0,965-1,83)	
Não	3 (3,4)	7 (5,5)	1,000	
Automedicação (n=188)				0,848
Sim	18 (21,7)	24 (22,9)	0,949 (0,553-1,627)	
Não	65 (78,3)	81 (77,1)	1,000	
Resultado da automedicação (n=42)				0,122***
Resolução do problema de saúde	18 (100,0)	20 (83,3)	1,200 (1,003-1,435)	
Não resolução/manutenção do problema de saúde	0 (0,0)	4 (16,7)	1,000	
Adequação da prática de automedicação (n=42)				0,533
Automedicação Racional	8 (44,4)	13 (54,2)	0,821 (0,425-1,547)	
Automedicação Irracional	10 (55,6)	11 (45,8)	1,000	

*Razão de prevalência; ** $p < 0,05$: Qui-quadrado; ***Calculado pelo Teste Exato de Fisher.

Tabela 3. Comparação do relato de problemas de saúde e de uso contínuo de medicamentos entre idosos e não idosos participantes da UniSer. Brasília, DF, 2017.

Variáveis	Não idosos n (%)	Idosos n(%)	RP* (IC95%)	p**
Relatos de problemas de saúde (n=215)				0,064
Sim	61 (69,3)	102 (80,3)	0,863 (0,733-1,016)	
Não	27 (30,7)	25 (19,7)	1,000	
Utilização de medicamentos de uso contínuo (n=215)				0,063
Sim	57 (64,8)	97 (76,4)	0,848 (0,707-1,017)	
Não	31 (35,2)	30 (23,6)	1,000	
Adesão ao tratamento medicamentoso				0,719
Escala MGL (1986) (n=131)				
Aderente	11 (23,9)	18 (21,2)	1,129 (0,584-2,182)	
Não aderente	35 (76,1)	67 (78,8)	1,000	
BMQ (Domínio Regime) (n=146)				0,595
Aderente	33 (58,9)	57 (63,3)	0,930 (0,711-1,128)	
Não aderente	23 (41,1)	33 (36,7)	1,000	

*Razão de prevalência; ** $p < 0,05$: Qui-quadrado.

DISCUSSÃO

É cada vez mais comum começar os estudos (e o seu retorno) na fase adulta, e são escassas as informações a respeito da saúde nesse público. A Universidade do Envelhecer (UniSer), apesar de não ser de fato uma Universidade e sim um curso de extensão (com carga horária de 720 horas), possui objetivo diferente de outros projetos no país, como é o caso das Universidades Abertas à Terceira Idade (UnATI), pois busca a formação na fase adulta, em especial entre os idosos. Neste contexto, a realização do presente estudo torna-se relevante para conhecer o

comportamento relacionado ao uso de medicamentos desse público.

Ao identificar que os frequentadores da UniSer são majoritariamente do sexo feminino, não brancos (englobando pardos, negros, amarelos, indígenas, entre outros), com baixa escolaridade e aposentados, nossos dados são condizentes com alguns estudos nacionais¹⁵⁻¹⁹.

No Brasil, 38,3% dos idosos possuem renda familiar entre meio e um salário mínimo²⁰, e o resultado deste trabalho mostrou-se diferente. Uma

das possíveis explicações seria que o Distrito Federal apresenta o maior Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) entre todas as Unidades da Federação, e a maior diferença entre o IDH do DF e o de outros Estados está no componente Renda²¹.

Além disso, mais da metade dos participantes não possuem companheiro, assim como apontam outros estudos^{17,19}. Ter um companheiro se torna importante no cuidado da saúde, sendo que muitas vezes esse cuidador é o próprio cônjuge e seu envolvimento poderá contribuir, principalmente, por meio do auxílio na administração de medicamentos e também no acompanhamento aos serviços de saúde^{1,22}.

Em relação à aquisição de medicamentos de uso contínuo, observou-se que a maior parte dos entrevistados adquirem os mesmos com recursos próprios. Isto pode ser reflexo da qualidade da atenção primária do DF, uma das mais problemáticas do país considerando apenas as capitais²³, bem como pela necessidade de prescrições médicas atualizadas tanto para aquisição nas unidades públicas, quanto no programa Farmácia Popular. Além disso, cabe salientar que nestes dois últimos locais de acesso o elenco de medicamentos é restrito.

Não foram encontradas diferenças significativas entre o grupo de idosos e não idosos participantes do programa para as variáveis utilizadas na comparação da prática de automedicação, isto é, ambos estão utilizando medicamentos de forma inadequada, o que é um risco para a saúde dos adultos e, principalmente, dos idosos da UniSer. A baixa escolaridade pode ser um dos fatores encontrados que interfere no autocuidado. Idosos mais escolarizados tendem a compreender melhor as informações passadas pelos profissionais da saúde, além da importância relacionada ao uso racional de medicamentos²⁴, mesmo que isto não tenha sido observado no presente estudo.

Dentre os participantes da UniSer, 76,4% dos idosos utilizam medicamentos de uso contínuo. Segundo a Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos (PNAUM), esse valor chega a 95,0% na população idosa²⁵. Outros estudos de caráter local demonstram que esses valores podem variar entre 75,7% até 85,5%^{17,26}, sendo compatíveis com o resultado obtido pela pesquisa. A vulnerabilidade dos idosos a efeitos adversos é muito alta, principalmente

devido à necessidade de utilização de mais de um medicamento para tratamento de seus problemas de saúde, além de alterações farmacocinéticas e farmacodinâmicas que ocorrem com o próprio envelhecimento²⁶. No caso da UniSer, estima-se que idosos mais saudáveis busquem o programa, o que explicaria a diferenças entre as prevalências de uso de medicamentos. Discussões sobre educação em saúde mostram-se necessárias, principalmente em relação à automedicação, ajudando assim a prevenir ou minimizar os efeitos adversos que o uso inadequado de medicamentos pode causar na população idosa e também o mascaramento de doenças²⁶.

A prevalência de automedicação realizada alguma vez na vida para os participantes da UniSer foi de 87,4%, e quando analisado a prática apenas nos últimos sete dias reduziu para 22,3%. Na literatura são encontrados valores de 14,9% a 35,0%^{6,7,27}. A prevalência obtida no presente trabalho encontra-se entre aquelas obtidas em outros estudos brasileiros. Contudo, destaca-se que há algumas diferenças metodológicas como, por exemplo, o período recordatório de sete dias enquanto alguns estudos utilizam 15 dias, como também as características da população investigada (idade e renda). Também cabe salientar que a automedicação pode aumentar com uma maior escolaridade e melhor nível socioeconômico^{7,28}. Quanto mais o indivíduo adquire conhecimento ao longo da vida e melhora sua situação financeira, mais acesso e confiança para se automedicar ele tem. Entretanto, é importante que este processo ocorra baseado nos critérios do uso racional de medicamentos, não devendo ser adotada, por exemplo, para problemas crônicos ou com medicamentos de venda sob prescrição médica^{6,25}.

Quando considerada apenas a população idosa, foi encontrada uma prevalência de 22,9% para a automedicação nos últimos sete dias, o que se mostra dentro dos valores apresentados em estudos específicos para idosos, com resultados que podem variar de 8,9% até 70,8%^{16,29}. Esta variação pode ser explicada também pelas características da população investigada, do conceito de automedicação adotado e do período recordatório.

Em relação à racionalidade da prática de automedicação, 45,8% dos idosos que a realizaram nos últimos sete dias não atenderam aos critérios definidos como racionais pelo estudo, mesmo que

94,5% a considerem perigosa para a sua saúde. A automedicação quando praticada de forma racional pode evitar danos à saúde, bem como gastos desnecessários com doenças autolimitadas. Entretanto, é importante estar atento às desvantagens que possam surgir da automedicação, em especial na população idosa, desde o mascaramento de doenças graves como o surgimento de reações adversas (consequentemente aumentando os gastos com saúde). Além disso, existe o risco de interações medicamentosas e intoxicações^{4,6}. Sendo assim, a automedicação deve ser realizada de forma racional, sobretudo na população idosa, e precisa ser auxiliada por profissionais da saúde capacitados, pois o risco da prática também está relacionado ao grau de instrução e informação dos usuários sobre medicamentos³⁰.

No presente estudo, a prevalência de idosos não aderentes ao tratamento com medicamentos de uso contínuo foi alta. Quando utilizado a escala MGL, 78,8% dos entrevistados foram considerados não aderentes, compatível com outros resultados encontrados em estudos anteriores^{14,31,32}. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), em países desenvolvidos a adesão ao tratamento com medicamentos de uso contínuo é geralmente por volta de 50,0%. Já em países em desenvolvimento esse valor pode ser muito menor³³.

A adesão também foi avaliada por meio do BMQ domínio regime, onde 36,7% dos idosos não foram aderentes ao tratamento. O resultado obtido foi diferente daquele mostrado pela escala MGL. Alguns fatores podem explicar essa variação de taxas de não adesão, como por exemplo, diferenças culturais, estado de saúde, origem da população estudada¹⁰ e, em especial, o fato de que os instrumentos de coleta de dados possuem diferenças em suas perguntas e contextos como, por exemplo, o tempo de avaliação em relação ao uso de medicamentos. A escala MGL considera um tempo mais longo; já o BMQ considera os dados da última semana, o que restringe o período de tempo investigado, o que poderia minimizar o viés de memória. Além disso, foi utilizada no estudo uma versão do BMQ simplificada no quesito dosagem. Uma pesquisa realizada em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, mostrou em seu estudo piloto que os participantes da pesquisa não conseguiam relatar as concentrações dos medicamentos utilizados, sugerindo assim a simplificação do BMQ domínio Regime¹³. A falha

neste quesito já seria considerada não aderência ao tratamento. Este detalhe pode ter contribuído para a diferença nos resultados entre os instrumentos.

Por outro lado, a utilização de dois questionários permitiu a identificação de diferentes comportamentos relacionados com a não adesão ao tratamento, possibilitando uma melhor compreensão do fenômeno investigado, e desta forma será possível o desenvolvimento de ações de educação em saúde junto a esta população, no sentido de melhorar a utilização de medicamentos de uso contínuo.

Como consequência da não adesão ao tratamento medicamentoso podemos citar a falta de controle das enfermidades, risco aumentado de hospitalizações e aumento na mortalidade^{8,10,14,31,34}. Ou seja, essa prática acarreta consequências clínicas, sociais e econômicas, e ainda recebe pouca atenção. Sendo assim, sua avaliação é essencial para que diminua a progressão das doenças e evite o surgimento de efeitos colaterais. Neste contexto, independentemente do questionário aplicado não foi encontrada diferença significativa entre o grupo de idosos e não idosos.

Cabe destacar que a educação em saúde, incluindo tópicos que envolvam o uso de medicamentos e o autocuidado, deveria ser inclusa na formação de adultos, bem como de todas as profissões da saúde independente da sua relação com esta tecnologia.

Quanto à limitação deste estudo cita-se o fato de que a maioria das informações obtidas foram autorreferidas, e assim há possibilidade de viés de memória dos participantes por se tratar de avaliação recordatória. Contudo, cabe destacar que os instrumentos adotados para avaliação da adesão são reconhecidos pela sua validade, bem como, a forma e recordatório adotados para a determinação da automedicação, assim como seu contexto (conceito adotado) estão coerentes com outros trabalhos descritos na literatura para esta faixa etária.

CONCLUSÃO

Não foram identificadas diferenças significativas entre o uso de medicamentos por automedicação ou de forma contínua entre o grupo de idosos e não idosos participantes do programa Universidade do Envelhecer. Da mesma forma, quando avaliada

a racionalidade da automedicação ou a adesão ao tratamento não foram encontradas diferenças entre os grupos. Neste contexto, a prática da automedicação realizada nos últimos sete dias foi considerada irracional. Esse dado é importante, considerando-se que mais da metade dos participantes da Universidade do Envelhecer são idosos, e mais suscetíveis aos efeitos negativos que a automedicação pode provocar.

Os dados relacionados à adesão não foram adequados, mesmo utilizando dois questionários diferentes para avaliação. Ambos os grupos apresentaram baixa adesão ao tratamento

com medicamentos de uso contínuo, o que consequentemente traz riscos à saúde, devido principalmente à ineficácia da utilização do medicamento prescrito para as doenças relatadas.

Desta forma, os achados do estudo reforçam a necessidade de se educar tanto adultos quanto idosos para o autocuidado, seja por meio de conteúdos relacionados com a prática de automedicação como sobre o uso de medicamentos de forma contínua, com vistas a incentivar a adesão ao tratamento medicamentoso e melhorar o perfil de saúde desse público.

REFERÊNCIAS

- Almeida NA, Reiners AAO, Azevedo RCS, Silva AMC, Cardoso JDC, Souza LC. Prevalência e fatores associados à polifarmácia entre os idosos residentes na comunidade. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2017;20(1):143-53.
- Miranda GMD, Mendes ACG, Silva ALA. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2016;19(3):507-19.
- World Health Organization. *World report on ageing and health.* Geneva: WHO; 2015.
- Fernandes WS, Cembranelli JC. Automedicação e o uso racional de medicamentos: o papel do profissional farmacêutico no combate a essas práticas. *Rev Univap.* 2015;21(37):5-12.
- World Health Organization. *The role of the pharmacist in self-care and self-medication.* Geneva: WHO; 1998.
- Domingues PHF, Galvão TF, Andrade KRC, Silva MT, Pereira MG. Prevalência e fatores associados à automedicação em adultos no Distrito Federal: estudo transversal de base populacional. *Epidemiol Serv Saúde* 2017;26(2):319-30.
- Arrais PSD, Fernandes MEP, Dal Pizzol TS, Ramos LR, Mengue SS, Luiza VL, et al. Prevalência da automedicação no Brasil e fatores associados. *Rev Saúde Pública.* 2016;50(supl 2):1-11.
- Tavares NIL, Bertoldi AD, Mengue SS, Arrais PSD, Luiza VL, Oliveira MA, et al. Fatores associados à baixa adesão ao tratamento farmacológico de doenças crônicas no Brasil. *Rev Saúde Pública.* 2016;50(Supl 2):1-10.
- Aquino GA, Cruz DT, Silvério MS, Vieira MT, Bastos RR, Leite ICG. Fatores associados à adesão ao tratamento farmacológico em idosos que utilizam medicamento anti-hipertensivo. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2017;20(1):116-27.
- Remondi FA, Cabrera MAS, Souza RKT. Não adesão ao tratamento medicamentoso contínuo: prevalência e determinantes em adultos de 40 anos e mais. *Cad Saúde Pública.* 2014;30(1):126-36.
- Universidade do Envelhecer da Universidade de Brasília. *Porque envelhecer é um ato de amor* [Internet]. Brasília, DF: UNISER; 2018 [acesso em 20 maio 2018]. Disponível em: <https://www.uniserunb.com/nosso-projeto>
- Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Med Care.* 1986;24(1):67-74.
- Ben AJ, Neumann CR, Mengue SS. Teste de Morisky-Green e Brief Medication Questionnaire para avaliar adesão a medicamentos. *Rev Saúde Pública.* 2012;46(2):279-89.
- Segundo AFMS. *Avaliação do grau de aderência medicamentosa em pacientes com epilepsia* [Dissertação]. Pernambuco: Universidade de Pernambuco, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Pernambuco; 2015.
- Abi-Ackel MM, Lima-Costa MF, Castro-Costa E, Filho AIL. Uso de psicofármacos entre idosos residentes em comunidade: prevalência e fatores associados. *Rev Bras Epidemiol.* 2017;20(1):57-69.
- Sales AS, Sales MGS, Casotti CA. Perfil farmacoterapêutico e fatores associados à polifarmácia entre idosos de Aiquara, Bahia, em 2014. *Epidemiol Serv Saúde.* 2017;26(1):121-32.

17. Neves SJF, Marques APO, Leal MCC, Diniz AS, Medeiros TS, Arruda IKG. Epidemiologia do uso de medicamentos entre idosos em área urbana do Nordeste do Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2013;47(4):759-68.
18. Barroso R, Telles Filho PCP, Pinheiro MLP, Bodevan EC, Pereira Júnior AC, Cambraia RP. Automedicação em idosos de estratégias de Saúde da Família. *Rev Enferm UFPE [Internet]*. 2017;11(Supl 2):890-7.
19. Ely LS, Engroff P, Guiselli SR, Cardoso GC, Morrone FB, De Carli GA. Uso de anti-inflamatórios e analgésicos por uma população de idosos atendida na estratégia Saúde da Família. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2015;18(3):475-85.
20. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro: IBGE; 2016.
21. Brasília. Secretária de Estado de Saúde do Distrito Federal. Plano distrital de saúde 2016-2019. Brasília, DF: SESDF; 2016.
22. Santos-Orlandi AA, Brito TRP, Ottaviani AC, 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. Sousa MF, Hamann EM. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta? *Ciênc Saúde Coletiva*. 2009;14(Supl 1):1325-35.
24. Neves RG, Duro SMS, Flores TR, Nunes BP, Costa CS, Wendt A, et al. Atenção oferecida aos idosos portadores de hipertensão: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Cad Saúde Pública*. 2017;33(7):1-11.
25. Ramos LR, Tavares NUL, Bertoldi AD, Farias MR, Oliveira MA, Luiza VL, et al. Polifarmácia e polimorbidades em idosos no Brasil: um desafio em saúde pública. *Rev Saúde Pública*. 2016;50(Supl 2):1-13.
26. Luz EP, Dallepiane LB, Kirchner RM, Silva LAA, Silva FP, Kohler J, et al. Perfil sociodemográfico e hábitos de vida da população idosa de um município da região norte do Rio Grande do Sul, Brasil. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2014;17(2):303-14.
27. Domingues PHF, Galvão TF, Andrade KRC, Sá PTT, Silva MT, Pereira MG. Prevalência da automedicação na população adulta do Brasil: revisão sistemática. *Rev Saúde Pública*. 2015;49:1-9.
28. Schmid B, Bernal R, Silva NN. Automedicação em adultos de baixa renda no município de São Paulo. *Rev Saúde Pública*. 2010;44(6):1039-45.
29. Araújo PL, Galato D. Risco de fragilização e uso de medicamentos em idosos residentes em uma localidade do sul de Santa Catarina. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2012;15(1):119-26.
30. Prado MAMB, Francisco PMSB, Bastos TF, Barros MBA. Uso de medicamentos prescritos e automedicação em homens. *Rev Bras Epidemiol*. 2016;19(3):594-608.
31. Giroto E, Andrade SM, Cabrera MAS, Matsuo T. Adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico e fatores associados na atenção primária da hipertensão arterial. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2013;18(6):1763-72.
32. Marchi KC, Chagas MHN, Tumas V, Míasso AI, Crippa JAS, Tirapello CR. Adesão à medicação em pacientes com doença de Parkinson atendidos em ambulatório especializado. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2013;18(3):855-62.
33. World Health Organization. Adherence to long-term therapies: evidence for action. Geneva: WHO; 2003.
34. Lutz BH, Miranda VIA, Bertoldi AD. Inadequação do uso de medicamentos entre idosos em Pelotas, RS. *Rev Saúde Pública*. 2017;51:1-12.

Recebido: 06/06/2018

Revisado: 17/09/2018

Aprovado: 26/09/2018



Percepções sobre envelhecer e adoecer: um estudo com idosos em cuidados paliativos

Perceptions of aging and falling ill: a study with elderly persons in palliative care

Mariana dos Santos Ribeiro¹
Moema da Silva Borges¹

Resumo

Objetivo: apreender as percepções de idosos, em cuidados paliativos, sobre o enfrentamento do envelhecer e adoecer. **Método:** estudo exploratório, descritivo, de natureza qualitativa. Participaram do estudo 11 idosos em cuidados paliativos, devido à doença oncológica. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas, analisadas com auxílio do *software* ALCESTE. **Resultados:** a partir da análise de conteúdo, foram identificados dois eixos. O primeiro, Resistir para Sobreviver e Viver possui duas categorias: a primeira, envelhecer com integridade retrata a percepção positiva que os participantes possuíam do processo de envelhecimento e as estratégias de enfrentamento por eles utilizadas para lidar com o envelhecer e adoecer; a outra categoria, o desenvolvimento resiliente, faz menção às trajetórias de vida dos participantes e as adversidades do processo de desenvolvimento e envelhecimento. O segundo eixo, Resistir para Morrer bem, possui uma única categoria e faz referência às percepções dos idosos acerca do estresse relacionado ao adoecimento. **Conclusão:** os resultados evidenciam que as percepções sobre envelhecer e adoecer foram de resiliência, já que os participantes focaram em ganhos em vez das perdas. Neste contexto, utilizaram estratégias de enfrentamento resilientes: o suporte espiritual, a reestruturação cognitiva e a aceitação.

Palavras-Chave:

Envelhecimento. Oncologia.
Cuidados Paliativos.
Adaptação Psicológica.
Resiliência Psicológica.

Abstract

Objective: to learn the perceptions of elderly persons in palliative care regarding coping with aging and illness. **Method:** an exploratory, descriptive, qualitative study was carried out. The study included 11 elderly persons in palliative care because of oncologic disease. Semi-structured interviews were carried out which were analyzed with the aid of the ALCESTE software. **Results:** two axes were identified from the content analysis. The first, Resist to Survive and Live, has two categories: the first, aging with integrity, portrays the positive perception of the participants regarding the aging process, and coping strategies used to deal with aging and with illness; the other category, resilient development, refers to the life trajectories of the participants and the adversities of the process of development and aging. The second axis, Resist to Die Well, has only one category and refers to the

Keywords: Aging. Medical
Oncology. Palliative Care.
Adaptation, Psychological.
Resilience, Psychological.

¹ Universidade de Brasília, Programa de Pós-graduação em Enfermagem. Brasília, Distrito Federal, Brasil.

perceptions of the elderly about the stress related to illness. *Conclusion:* the results show that the perceptions of aging and falling ill involved resilience, as the participants focused on what they had gained rather than their losses. In this context, they used resilient coping strategies: spiritual support, cognitive restructuring, and acceptance.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento é o principal fator de risco para o desenvolvimento de doenças crônicas, incluindo o câncer. As neoplasias representam mais de 45% dos óbitos em indivíduos acima de 80 anos, com tendência a um aumento gradativo de suas taxas de mortalidade¹.

O câncer afeta o corpo, a mente, o bem-estar social, as relações familiares e o espírito. Em virtude dessa complexidade, o cuidado ao paciente oncológico requer uma abordagem que extrapole as necessidades biológicas e proporcione uma terapêutica integral, com inclusão dos componentes psicológicos, sociais e espirituais².

Difícilmente as dimensões psico-sócio-espirituais ocupam lugar de destaque na assistência aos idosos portadores de doenças oncológicas que ameaçam a vida; as terapêuticas focam, sobretudo, no aumento da sobrevida e provocam sofrimento. A fim de transtornar esta perspectiva para uma visão de alívio, se insere a filosofia dos cuidados paliativos³.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define os cuidados paliativos como uma abordagem que busca proporcionar a melhor qualidade de vida possível para pacientes e familiares que enfrentam doenças que ameaçam a vida por meio do alívio do sofrimento, tratamento da dor e de outros problemas físicos, psicológicos e espirituais⁴.

Na velhice, umas das causas de sofrimento psico-sócio-espiritual consistem nas perdas sucessivas ao longo da vida que incluem: a consciência da própria finitude, perda na saúde e/ou capacidade física, perda na qualidade das relações emocionais, a morte de entes queridos, menor integração social, redução da qualidade de vida em um sentido material e redução da qualidade de vida em um sentido cognitivo^{5,6}.

Toda perda gera uma reação denominada luto que pode ser vivenciado diferentemente por cada idoso a depender de suas características prévias de

personalidade, estilo de vida, a história das perdas e dos recursos internos e externos utilizados para lidar com elas⁷.

Nesta perspectiva, pode-se dizer que a capacidade para adaptar-se às perdas decorrentes do envelhecimento e de seus desafios, incluindo o adoecimento, depende necessariamente da resiliência desenvolvida ao longo da trajetória de vida de cada pessoa^{8,9}.

A resiliência consiste na capacidade de resistir às adversidades com flexibilidade e adaptação. Quando compreendida como um processo que se desenvolve ao longo da vida, a resiliência é interpretada como uma ponte entre os processos de enfrentamento e desenvolvimento^{8,10}.

Por sua vez, o enfrentamento consiste na resposta frente a um agente estressor, sendo que, na velhice, as experiências passadas de enfrentamento funcionam como um guia para lidar com situações estressoras atuais⁹. Neste contexto, o presente estudo visa responder a seguinte questão norteadora: Como idosos em cuidados paliativos enfrentam o envelhecer e adoecer?

Espera-se sensibilizar profissionais da saúde para a importância de realizar a escuta da trajetória de vida das pessoas idosas a fim de compreender as estratégias de enfrentamento já utilizadas em situações de perdas progressivas, com a finalidade de auxiliar os profissionais a prestar um cuidado personalizado e qualificado. Diante do exposto, o objetivo desse estudo foi apreender as percepções de idosos em cuidados paliativos sobre o enfrentamento do envelhecer e adoecer.

MÉTODO

Trata-se de um estudo exploratório, transversal, descritivo, de natureza qualitativa. A escolha pelo delineamento qualitativo deveu-se ao fato de sua adequação às pesquisas que buscam compreender os participantes a partir do significado que eles

atribuem às suas experiências, assim como o objetivo do presente estudo¹¹.

Os dados foram coletados ao longo dos meses de agosto e dezembro de 2016 na Clínica Médica e no Centro de Alta Complexidade em Oncologia de um Hospital Universitário em Brasília - Distrito Federal (DF). Participaram do estudo 11 idosos em cuidados paliativos portadores de doença oncológica.

Os critérios de inclusão foram: pessoas com idade igual ou superior a 60 anos que possuíam registro de acompanhamento paliativo de doença oncológica em prontuário. Foram excluídas as pessoas com dificuldade de verbalização, de expressão e de organização das ideias.

Os dados foram coletados em três momentos distintos de encontros entre a pesquisadora e o participante: 1) Conversa inicial sobre a história de vida do participante a fim de favorecer o *rapport* entre ele e a pesquisadora, esse passo serviu como preparo para os momentos subsequentes. 2) Aplicação de questionário sociodemográfico para delineamento do perfil. 3) Entrevista com roteiro semiestruturado, elaborado após extensa revisão da literatura em sete bases de dados e que incluiu temas sobre envelhecimento, adoecimento e enfrentamento¹².

As entrevistas foram realizadas pessoalmente pela pesquisadora que, após obtenção do consentimento dos participantes, foram gravadas. Elas tiveram duração média de 30 minutos e, após cada entrevista, a pesquisadora anotou as suas impressões e aspectos relevantes do discurso; o registro contínuo constituiu um diário de campo.

As entrevistas foram realizadas até o momento em que foi identificada redundância na fala dos entrevistados, o que dispensou a necessidade de inserção de novos participantes na pesquisa e caracterizou, portanto, o ponto de saturação.

Os dados obtidos foram transcritos e submetidos à análise de conteúdo temático com o auxílio do *software* ALCESTE (*Analyse Lexicale par Contexte d'un Ensemble de Segment de text*). O *software* realiza uma análise estatística a partir da individualização do texto de cada entrevista que passam a ser chamadas

de Unidades de Contexto Inicial (UCI), quando estas são processadas dentro do programa, são elaboradas as Unidades de Contexto Elementar (UCE), organizadas em classes que são interpretadas a partir de suas significações¹³.

O *software* ALCESTE, por meio do agrupamento quantitativo, gerou um dendograma apresentado em dois eixos e três classes. A partir das palavras e verbos de maior qui-quadrado destacados no dendograma e do diário de campo, buscou-se extrair os significados dando prosseguimento à análise de conteúdo¹⁴.

A análise de conteúdo busca descrever o conteúdo emitido no processo de comunicação por meio de procedimentos sistemáticos que permitem a inferência de conhecimentos¹⁴.

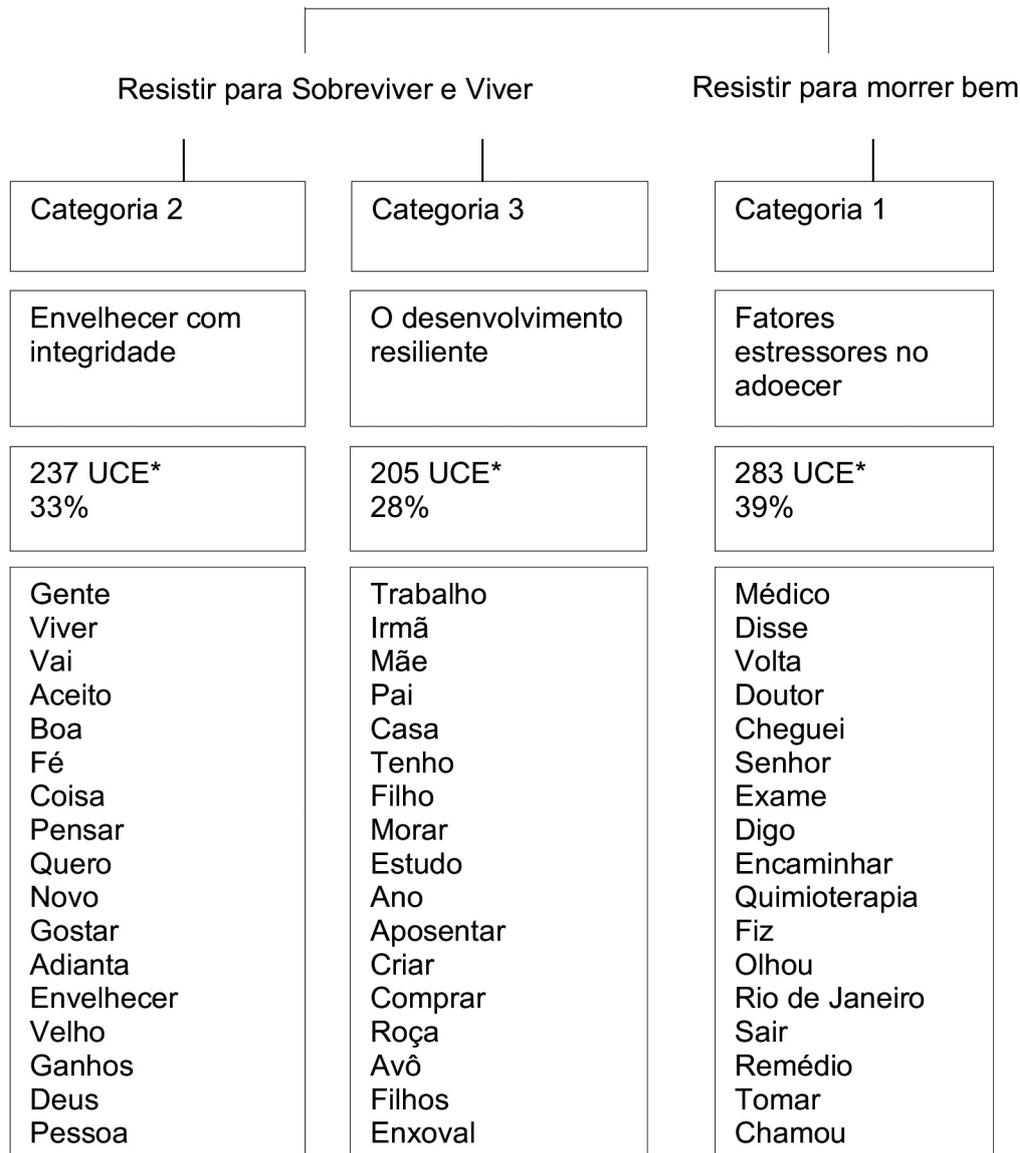
Os referenciais teóricos utilizados para embasar a análise de conteúdo foram: a classificação de enfrentamento segundo Skinner, et al. e a concepção de resiliência de acordo com Anaut^{10,15}.

O estudo foi desenvolvido em conformidade com a Resolução nº 466 do Conselho Nacional de Saúde e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília sob o parecer número 1.667.697. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e os nomes reais foram substituídos por pseudônimos.

RESULTADOS

Participaram do estudo 11 idosos: seis homens e cinco mulheres, com média de idade de 68,9 anos e média de escolaridade de 4,54 anos. Oito idosos tinham ciência do seu diagnóstico há mais de um ano, indicando certa familiaridade com a doença. Cinco deles precisaram deixar sua cidade de origem, lar e familiares para buscar tratamento na capital, evidenciando as dificuldades de acesso ao tratamento em determinados locais do país.

Quanto à análise de conteúdo emergiram três categorias distribuídas em dois eixos (Figura 1). O *software* ALCESTE evidenciou as palavras de maior qui-quadrado em cada categoria conforme Figura 1.



*UCE: Unidade de Contexto Elementar

Figura 1. Dendograma do corpus das entrevistas organizado em dois eixos e três categorias. Brasília, DF, 2016.

DISCUSSÃO

O primeiro eixo, denominado Resistir para sobreviver e viver bem, faz menção às trajetórias de vida dos participantes e às estratégias utilizadas para sobreviver aos inúmeros desafios enfrentados no processo do envelhecimento. Esse eixo foi composto pelas categorias nomeadas envelhecer com integridade e o desenvolvimento resiliente. As duas categorias juntas compreenderam 61% do discurso (Figura 1).

O segundo eixo denominado Resistir para morrer bem foi formado por uma única categoria, denominada Fatores estressores no adoecer, e explanou as dificuldades vivenciadas durante o adoecimento, causadas, sobretudo, devido ao difícil acesso ao tratamento. Essa categoria representou 39% das falas dos participantes (Figura 1).

Os percentuais que foram identificados no primeiro e segundo eixo indicam que os entrevistados estavam, durante suas narrativas, mais focados no

processo de viver que na perspectiva de morrer. Resultados semelhantes foram narrados em um estudo realizado na Noruega que descreveu a experiência de vida diária de idosos com câncer incurável e apontou a necessidade dessas pessoas de manter uma forte conexão com a vida¹⁶.

Resistir para Sobreviver e Viver

Esse eixo ressalta que o comportamento dos idosos ao longo da vida se manteve focado no enfrentamento e na superação das adversidades ao invés de esquivar-se delas.

Categoria 2: Envelhecer com integridade

Os trechos com as palavras de destaque da categoria 2 apontam para uma percepção positiva do envelhecimento ainda que os idosos mencionassem as perdas em suas trajetórias. Conforme a teoria de Erik Erikson, na velhice, as pessoas podem experimentar o sentimento de desespero quando não reconhecem um sentido em sua trajetória de vida, ou podem experimentar a integridade, quando são capazes de distinguir suas perdas e conquistas e atribuir um significado a elas¹⁷.

Pôde-se aprender que os idosos deste estudo elaboraram suas perdas de forma positiva e utilizaram, segundo a classificação de Skinner, et al., as seguintes estratégias de enfrentamento: 1) reestruturação cognitiva, 2) suporte espiritual e 3) aceitação¹⁵.

Reestruturação cognitiva

A reestruturação cognitiva é uma estratégia de enfrentamento que busca ativamente mudar a visão de uma situação estressante para enxergá-la sob uma luz positiva¹⁵. Foi nessa perspectiva que os participantes centraram-se preferencialmente nos ganhos em detrimento dos aspectos negativos do envelhecer.

“Então quer dizer que o envelhecimento trouxe ganhos para mim, eu pude sair mais, frequento as minhas coisas de igreja, porque antes não podia, porque às vezes tinha que cuidar de menino.” (Lúcia)

“As coisas que você queria ter quando era novo e não tinha, você tem quando fica velho, depois de mais velho, você vai ter.” (Fernando)

Ao se focarem nos aspectos positivos, os participantes ressaltaram as conquistas materiais que estavam sendo desfrutadas. Chamou atenção a referência à liberdade como ganho de autonomia e emancipação. Essas percepções valorizaram os aspectos positivos do envelhecer e são corroboradas pelo estudo realizado com idosos que frequentavam uma Universidade Aberta da Terceira Idade. No referido estudo, identificou-se um equilíbrio entre ganhos e perdas tanto nos aspectos biológicos como emocionais e sociais do envelhecer¹⁸.

Observou-se que eles não aludiram negação ou fuga dos problemas e restrições que advieram em decorrência do envelhecimento, retiraram o foco da dor, das restrições e das dificuldades para viver melhor.

“Com toda a atribulação, você sabendo viver, tudo vai bem. Se você não souber viver, você vai mal.” (Alexandre)

Ao reconhecer, no processo de envelhecer, os aspectos que foram benéficos buscando manter o bem-estar apesar das atribulações, a estratégia cognitiva configurou-se como uma importante tática de enfrentamento.

Suporte Espiritual

A espiritualidade busca uma conexão com Deus ou com um poder maior, com aquilo que dá sentido à vida e transcende o tangível em busca por algo maior que si próprio e que pode ou não incluir filiação religiosa^{19,20}.

Na fala dos idosos pôde-se aprender que o suporte espiritual se configurou como estratégia de enfrentamento que contribuiu para manejar o estresse do envelhecimento e adoecimento, favorecendo a atribuição de significado ao processo de viver.

Nos discursos, identificou-se que as bases do suporte espiritual, foram ancoradas na fé, na leitura dos livros sagrados e na prática da oração²⁰.

A fé contribui na atribuição de sentido à existência, ela constitui uma preocupação humana universal que permite seguir caminhos religiosos em prol de uma vida organizada e orientada por valores¹⁹. A partir da fé, os idosos buscaram a aproximação à forma divina que tudo rege.

“É a fé que vai tirando a gente, você vai pensando que tudo está nas mãos de Deus e que não adianta, não adianta você se preocupar, porque o que tiver de ser vai ser.” (Lúcia)

Os livros religiosos constituíram a base dos valores de suas vidas e argumentação para o enfrentamento das dificuldades vivenciadas.

“A bíblia nos fala que quando chegar à velhice, você vê, vem fadiga da vida alheia, angústia.” (Alexandre)

E a oração constitui um importante meio de aproximação com o sagrado visando proteção e apoio frente às situações adversas no processo de envelhecer e adoecer.

“Apega com Deus e vai rezando, e eu rezo muito, vai rezando, ai parece que vai amenizando as coisas.” (Lúcia)

A prática religiosa pautada na leitura de livros sagrados, associada ao ato de rezar, teceu as bases do suporte espiritual. Estudo realizado na Croácia encontrou que as crenças religiosas aliadas ao ato de rezar contribuíram para uma melhor aceitação da doença e para a confrontação de adversidades psicológicas que ocorreram com o diagnóstico do câncer²¹.

Aceitação

Os idosos perceberam a velhice como um processo natural e como parte integrante da vida. Apesar de reconhecerem as evidências de alguma limitação, eles aceitaram a velhice de maneira serena e natural ao invés de se opor à situação vivenciada e tentar modificá-la.

“Aceito a velhice assim sem me incomodar. E tem esse ditado: se não quer ficar velho, morra com trinta, mais ou menos a metade. Não quer envelhecer, morra novo [...] Desde que você aceite que isso é um ciclo natural, desde que você aceite, tem perda não.” (Fernando)

Pôde-se inferir que a doença, foi percebida como parte do processo de envelhecer. A aceitação é a última fase dos estágios da morte e do morrer, quando a pessoa teve o tempo necessário para elaborar a sua situação²². Parece que os idosos despojaram-se dos seus medos e angústias, sendo capazes de manifestar sentimentos de paz e tranquilidade.

“Agora recuperei mesmo. É bom morrer feliz, melhor do que morrer triste, agora não estou com medo mais não, morrer feliz em vez de morrer triste, pior coisa; morrer feliz é a melhor coisa. Sente segurança, a morte feliz sabe? É assim, sente mais segurança, aqui eu estou seguro.” (Samuel)

Na narrativa de Samuel foi possível estabelecer a comparação entre a “morte feliz” com a “morte triste”; denotou-se que os sentimentos de segurança, ausência de medo e sentir-se bem cuidado no ambiente hospitalar conformaram a expressão da “morte feliz”. Discurso semelhante foi evidenciado em um estudo conduzido na Austrália com 40 pacientes internados em uma unidade de cuidados paliativos, em que os participantes relataram um sentimento de alívio ao encontrarem um lugar que poderia ajudá-los no final de suas vidas²³.

Categoria 3: O desenvolvimento resiliente

Nessa categoria, emergiu da narrativa dos idosos a luta pela vida que foi permeada por inúmeros desafios: poucas oportunidades de acesso aos estudos, dificuldades financeiras, necessidade de trabalhar ainda na infância para complementar a renda familiar, precárias condições de moradia, ausência de saneamento básico e a perda dos genitores e cônjuges.

Dos 11 participantes, apenas dois conseguiram finalizar o ensino fundamental.

“Não tivemos oportunidade de estudar, meu pai morava na roça, e em roça nós andávamos léguas para ir para uma escola, naquele tempo, não tinha escola gratuita, era pago e só para aqueles que podiam pagar.” (Maria)

O depoimento de Maria evidencia as barreiras para o acesso à educação por dificuldades financeiras. No contexto de escassez, as crianças precisaram trabalhar para contribuir com a renda familiar.

“Todo mundo tinha que trabalhar para ajudar em casa, era pobre, não tinha [...] só o pai e a mãe para sustentar tanto filho, aí tinha que trabalhar todo mundo, já ia pegando uma idadezinha, já tinha que correr para trabalhar, para ajudar.” (Lúcia)

A realidade descrita pelos participantes corrobora o resultado de um estudo brasileiro que relaciona a renda familiar com o trabalho infantil, indicando que essa situação se mantém ainda nos dias atuais. Sabe-se que quando a renda familiar é baixa, os pais não têm alternativa e optam que seus filhos trabalhem ao invés de estudarem. Essa escolha tem uma consequência significativa no futuro, porque impacta na qualificação profissional com consequente dificuldade para aumentar a renda, perpetuando, assim, o ciclo da pobreza²⁴.

No Brasil, em 2015, 17,6% das crianças de zero a quatro anos de idade e 18,0% das crianças e adolescentes de cinco a 14 anos viviam em domicílios cujo rendimento mensal máximo per capita era um quarto do salário mínimo²⁵.

Os entrevistados mencionaram as condições precárias de habitação e a falta de acesso ao saneamento básico que vivenciaram durante a infância.

“Minha vida foi de luta! Naquele tempo, lá em Formosa, tinha muita casa de palha, de pau a pique, minha mãe morou em casa assim... era pau a pique, não tenho vergonha de falar não, era pau a pique, chão puro.” (Maria)

Entretanto, frente a todos os desafios, a perda da morte dos pais na infância e a viuvez configuraram os episódios mais difíceis de superar.

“Outra perda foi que eu não conheci pai, meu pai largou minha mãe no interior da Bahia, foi em cinquenta e dois, quando eu nasci eles vieram para Goiás, ele e mais dois irmãos meus, para mim, foi uma perda também.” (Alexandre)

Na infância, as necessidades primárias de afeto são satisfeitas pelos pais. A sensação de segurança, reconhecimento, autoestima e o desenvolvimento emocional da pessoa são influenciados pela presença ativa dos pais. Nessa perspectiva, a perda do genitor, quando se é jovem, produz um vazio que pode gerar repercussões, inclusive, em situações da vida adulta, como construir uma família e na criação de seus próprios filhos⁷.

Nessa mesma perspectiva, a viuvez sobrecarrega a velhice com o peso da solidão contínua. Perde-se o companheiro de muitos anos e de uma vida construída a dois, permanecendo uma sensação de vazio⁷.

“Aí perdi o segundo marido, porque eu sou viúva duas vezes. Eu perdi o pai dela, eu tinha dezenove anos, com um tempo depois eu me casei de novo, aí faz dezessete anos que eu perdi o segundo.” (Regina)

Entretanto, apesar das inúmeras dificuldades e perdas, os participantes relataram enfrentar cada adversidade que surgiu em suas vidas com força e determinação; imprimiram na trajetória da vida, uma marca de luta e jamais de esquiva. Manifestaram orgulho de seus valores e de suas origens humildes.

“Nunca roubei, nunca herdei, tudo pelo suor; desde criança, lutando até o fim.” (Marcelo)

A luta pela sobrevivência conferiu sentido à vida; apesar das adversidades, o orgulho pelo vivido e valores aprendidos fizeram parte do conceito de integridade. A narrativa dos idosos confirma que a integridade descrita por Erikson permite a pessoa ser capaz de vivenciar a velhice reconhecendo suas realizações e conquistas¹⁷.

Nesse contexto, percebe-se que a resiliência construída ao longo da vida se sobressaiu para lidar com as adversidades vivenciadas, assim, os participantes puderam lidar com o estresse a partir de uma perspectiva positiva¹⁰.

Resistir para Morrer bem

Esse eixo relata os principais estressores do adoecimento e a percepção dos idosos sobre a sua condição de saúde.

Categoria 1: Fatores estressores no adoecer

Na narrativa dos idosos, chamou atenção que a doença e o tratamento constituíram fatores estressores, eles destacaram: os sinais e sintomas da doença, o diagnóstico e, sobretudo, a falta de acesso ao tratamento.

O câncer consiste em um crescimento de células que invadem os tecidos e órgãos, criando massas que alteram a estrutura inicial de um órgão e que podem, inclusive, espalhar-se para outras regiões do corpo²⁶. A descoberta de massas no próprio corpo foi o primeiro sinal e estressor percebido pelos participantes.

“Ela disse: doutor tem um caroço debaixo da língua, bem aqui, ela meteu o dedo, caroço duro é esse.” (Alexandre)

Além de massas, os participantes referiram a dor e a anorexia como sintomas que os fizeram suspeitar de uma doença grave.

“O que eu estou sentindo mesmo, vou falar aqui para você, essa dor aqui não pára.” (Eduardo)

“E cortava meu apetite, minha fome, eu não suportava ver a comida mesmo, eu cheguei para cá com sessenta quilos.” (Samuel)

As queixas dos entrevistados corroboram um estudo que apontou os sintomas prevalentes nos portadores de câncer avançado: dor (78,4%), anorexia (64,4%) e constipação (63,5%)²⁷.

A dor é um dos sintomas mais comuns vivenciados por pessoas idosas com câncer e é difícil de ser avaliado e manejado por sua natureza subjetiva. As consequências de um mau manejo da dor incluem: depressão, ansiedade, abuso de substâncias, problemas cardiovasculares, delirium, insônia, comprometimento funcional e redução

do apetite que geralmente vem acompanhado de perda de peso²⁸.

Em processo de adoecimento oncológico, a anorexia também se faz presente e se associa ao aumento da atividade inflamatória, com reduzida capacidade de absorção intestinal e perda de massa muscular por estados hipercatabólicos, caracterizando uma perda de peso acentuada^{28,29}.

Além disso, em pessoas idosas, associam-se outros fatores que contribuem para a perda de apetite: fatores sociais, físicos, psicológicos e médicos. Nesse contexto, o contato próximo com familiares que os estimule a comer constitui um dos fatores que pode contribuir para evitar que a anorexia se agrave³⁰.

A partir dos sinais físicos em seus corpos, iniciou-se a suspeita de uma doença grave que culminou em elevação do nível de estresse. Apesar de já suspeitarem da doença, a má notícia não deixou de causar impacto significativo na vida deles.

A má notícia pode levar os pacientes a experimentarem dor antecipatória relacionada a todas as perdas que tiveram e que ainda irão ter no futuro: perda de funcionalidade, do seu papel social e possível morte. Em função disso, uma parte das pessoas com doenças graves preferem não saber toda a verdade sobre o seu diagnóstico³¹.

Ainda que a literatura descreva a hesitação no momento do diagnóstico, os idosos do presente estudo foram unânimes em afirmar que gostariam de ter acesso à verdade e receber a informação completa acerca de sua condição de saúde.

“Eu disse: qual é a notícia ruim doutor? Se amarrando né? Uma conversinha para aqui para acolá, eu digo: eu já sei, pode abrir a boca e falar a verdade!” (João)

Apesar dos sentimentos negativos derivados do recebimento do diagnóstico de câncer, o maior fator estressor foi o acesso penoso ao tratamento, descrito como angustiante. Alguns avaliaram que o atendimento em suas cidades de origem era inadequado e, por esse motivo, optaram pela mudança para a capital do país em busca de diagnóstico assertivo e de tratamento adequado.

“Vim para aqui, porque as coisas estavam meio embaraçadas da vida, mas o cara constatou lá diabetes, eu vim para cá fazer esse tratamento. Quando eu cheguei, o médico falou: rapaz, eu vou te encaminhar; me encaminhou, fazer um exame numa clínica lá...” (João)

Além da dificuldade em iniciar o tratamento, os participantes também referiram a necessidade de interrompê-lo, devido à falha dos recursos técnicos:

“Muita gente saiu né? Procurar outro estado, diz que a máquina quebrou, uns fala que sim, uns fala não, aí tive que sair, nessa saída custou mais um mês, atrasou, porque lá foi perdição, lá no Rio de Janeiro.” (Samuel)

O relato dos entrevistados valida outro estudo que encontrou como as principais barreiras nos casos de doenças oncológicas: a descoberta da doença e as dificuldades de acesso ao tratamento; incluindo a demora no diagnóstico, dificuldades no acesso aos exames, os efeitos colaterais e as barreiras para se realizar o tratamento³².

É preciso reconhecer que o presente estudo apresenta limitações que residem no fato da pesquisa ter sido realizada em uma única instituição pública de cuidados oncológicos, o que impede a comparação com outros cenários. Futuros estudos podem expandir os cenários de pesquisa a fim de identificar estratégias de enfrentamento em outros contextos.

CONCLUSÃO

Os resultados evidenciam que, ao longo da trajetória de vida do grupo estudado, o enfrentamento das adversidades forjou a capacidade de manejar de forma positiva os fatores estressores identificados em suas narrativas.

As percepções sobre o processo do envelhecer e adoecer denotaram que, para eles, envelhecer constituiu um privilégio e, apesar das dificuldades, estavam gratos pela vida, por isso experimentaram integridade em vez de desesperança.

Não obstante, o adoecimento e o acesso ao tratamento foram percebidos como eventos geradores de estresse, constituindo fonte de angústia e sofrimento. Para fazer frente às perdas e adversidades do envelhecer e adoecer utilizaram, sobretudo, as estratégias de enfrentamento características de um processo resiliente, destacando-se: o suporte espiritual, a reestruturação cognitiva e a aceitação.

Entende-se que a compreensão, pela equipe de saúde, das estratégias de enfrentamento dos doentes pode agregar qualidade no cuidado prestado a eles. Logo, sugere-se que essa temática seja difundida principalmente entre os profissionais que prestam cuidados aos idosos em cuidados paliativos por meio de discussões em grupo e atividades de educação continuada nas instituições de saúde.

REFERÊNCIAS

- Oliveira TC, Medeiros WR, Lima KC. Diferenciais de mortalidade por causas nas faixas etárias limítrofes de idosos. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2015;18(1):85-94.
- Best M, Aldridge L, Butow P, Olver I, Webster F. Conceptual analysis of suffering in cancer: a systematic Review. *Psychooncology.* 2015;24(9):977-86.
- Gawande A. *Mortais: nós, a medicina e o que realmente importa no final.* Rio de Janeiro: Objetiva; 2015.
- World Health Organization. *Global Atlas of Palliative Care at the End of Life.* Inglaterra: Worldwide Palliative Care Alliance; 2014.
- Farber SS. Envelhecimento e elaboração das perdas. *Terceira Idade Estud Envelhec.* 2012;23(53):7-17.
- Dockendorff DCT. Healthy ways of coping with losses related to the aging process. *Educ Gerontol.* 2014;40(5):363-84.
- Jaramillo IF, Fonnegra LJ. *Los duelos en la vida.* Colômbia: Grijalbo; 2015.
- Fontes AP, Neri AL. Resilience in aging: literature review. *Ciênc Saúde Colet.* 2015;20(5):1475-95.
- Cavanaugh JC, Blanchard-Fields F. *Adult development and aging.* 6ª ed. USA: Cengage Learning; 2011.

10. Anaut M. *Lá resilience: surmonter les traumatismes*. Lion: Armand Colin; 2005.
11. Sutton J, Austin Z. Qualitative Research: data collection, analysis, and management. *Can J Hosp Pharm*. 2015;68(3):226-31.
12. Ribeiro MS, Borges MS, Araújo TCCF, Souza MCS. Estratégias de enfrentamento de idosos frente ao envelhecimento e à morte: revisão integrativa. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2017;20(6):880-8.
13. Azevedo DM, Costa RKS, Miranda FAN. Use of the ALCESTE in the analysis of qualitative data: contributions to researches in nursing. *J Nus UFPE on line*. 2013;7(7):5015-22.
14. Cavalcante RB, Calixto P, Pinheiro MMK. Análise de Conteúdo: considerações gerais, relações com a pergunta de pesquisa, possibilidades e limitações do estudo. *Inf Soc Estud*. 2014;24(1):13-8.
15. Skinner EA, Edge K, Altman J, Sherwood H. Searching for the Structure of Coping: a review and critique of category systems for Classifying Ways of Coping. *Psychol Bull*. 2003;129(2):216-69.
16. Haug SH, Danbolt LJ, Kvigne K, Demarinis V. How older people with incurable cancer experience daily living: a qualitative study from Norway. *Palliat Support Care*. 2015;13(4):1037-48.
17. Erikson J. *The life cycle completed: extended version*. London: W. W. Norton Company; 1998.
18. Dátilo GMPA, Marin MJS. O Envelhecimento na percepção de idosos que frequentam uma Universidade Aberta da Terceira Idade. *Estud Interdiscip Envelhec*. 2015;20(2):597-609.
19. Gutz L, Camargo BV. Spirituality among older elderly: a study of social representations. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2013;16(4):793-804.
20. Nejat N, Whitehead L, Crowe M. The use of spirituality and religiosity in coping with colorectal cancer. *Contemp Nurse*. 2017;53(1):48-59.
21. Haguigui F. Correlations between religious coping and depression in cancer patients. *Psychiatr Danub*. 2013;25(3):236-40.
22. Kübler-Ross E. *On Death and dying: what the dying have to teach doctors, nurses, clergy and their own families*. United Kingdom: Taylor & Francis; 2009.
23. MacArtney JI, Broom A, Kirby E, Good P, Wootton J, Yates PM, et al. On resilience and acceptance in the transition to palliative care at the end of life. *Health (London)*. 2015;19(3):263-79.
24. Ramalho HMB, Mesquita SP. Determinantes do trabalho infantil no Brasil urbano: uma análise por dados em Painel 2001-2009. *Econ Apl*. 2013;17(2):193-225.
25. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira*. Rio de Janeiro: IIBGE; 2016.
26. World Health Organization. *Guide to cancer early diagnosis*. Geneva: WHO; 2017.
27. Tai SY, Lee CY, Wu CY, Hsieh HY, Huang, JJ, Huang CT, et al. Symptom severity of patients with advanced cancer in palliative care unit: longitudinal assessments of symptoms improvement. *BMC Palliat Care*. 2016;11:15-32.
28. Alexander K, Jessica G, Korc-Grodzicki B. Palliative care and symptom management In older cancer patients. *Clin Geriatr Med*. 2016;32(1):45-62.
29. Academia Nacional de Cuidados Paliativos. *Manual de cuidados paliativos*. 2ª ed. São Paulo: ANCP; 2012.
30. Soenen S, Chapman IM. Body weight, anorexia, and undernutrition in older people. *J Am Med Dir Assoc*. 2013;14(9): 642-8.
31. Prado AJF, Silva EA, Almeida VA, Fráguas Júnior R. Medical environment: bad news' impact on patients and doctors: towards an effective modelo of communication. *Rev Med (São Paulo)*. 2013;92(1):13-24.
32. Batista DRR, Mattos M, Silva SF. Convivendo com o câncer: do diagnóstico ao tratamento. *Rev Enferm UFSM*. 2015;5(3):499-510.

Recebido: 06/08/2018

Revisado: 05/11/2018

Aprovado: 26/11/2018



Risco de desnutrição e os fatores associados em idosos institucionalizados

Risk of malnutrition and associated factors in institutionalized elderly persons

Cássia Cassol Damo¹
Marlene Doring²
Ana Luisa Sant'Anna Alves³
Marilene Rodrigues Portella²

Resumo

Objetivo: avaliar o risco de desnutrição e os fatores associados em idosos institucionalizados. **Método:** trata-se de um estudo transversal, com idosos residentes em instituições de longa permanência para idosos nos municípios de Passo Fundo e Carazinho - Rio Grande do Sul, em 2017. Utilizou-se um questionário padronizado e pré-codificado com as seguintes variáveis: sociodemográficas, relacionadas a antropometria, mini avaliação nutricional, declínio cognitivo e perda de peso não intencional. As variáveis qualitativas foram apresentadas através de frequências univariadas e as variáveis quantitativas foram descritas mediante medidas de tendência central e dispersão. Para verificar associação entre as variáveis categóricas, aplicaram-se o Teste Qui-quadrado, Coeficiente de Correlação de Pearson e Teste Exato de Fisher e na análise bruta e ajustada utilizou-se a Regressão de Poisson com variância robusta. O nível de significância adotado foi de 5%. **Resultados:** foram avaliados 399 idosos, 69,9% do sexo feminino, 54,5% eram idosos com 80 anos ou mais e 88,4% eram de cor de pele branca. Destes idosos, 61,7% são moradores de instituições filantrópicas. Na avaliação do estado nutricional, foram identificados que 26,6% dos idosos encontravam-se em desnutrição, 48,1% sob risco de desnutrição e 25,3% com estado nutricional normal. A maior razão de prevalência de estado nutricional sob risco/desnutrição foi entre idosos com declínio cognitivo e perda de peso não intencional ($p < 0,001$). **Conclusão:** através dos resultados, conhecer o estado nutricional e as características associadas ao risco de desnutrição contribuem para uma adequada avaliação e acompanhamento nutricional colaborando na prevenção de agravos relacionados a esta condição e melhora na qualidade de vida.

Palavras-chave: Estado Nutricional. Idoso. Instituição de Longa Permanência para Idosos. Desnutrição. Envelhecimento.

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, Departamento de Enfermagem. Passo Fundo, Rio Grande do Sul, Brasil.

³ Universidade de Passo Fundo, Instituto de Ciências Biológicas, Departamento de Nutrição. Passo Fundo, Rio Grande do Sul, Brasil.

Financiamento: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), edital do Programa Nacional de Cooperação Acadêmica (PROCAD) nº 71/2013.

Abstract

Objective: to evaluate the risk of malnutrition and associated factors in institutionalized elderly persons. **Method:** a cross-sectional study was carried out with elderly persons living in long-term care facilities in the municipal regions of Passo Fundo (Rio Grande do Sul) and Carazinho (Rio Grande do Sul) in 2017. A standardized, pre-codified questionnaire with sociodemographic variables was used, along with anthropometric data and the Mini Nutritional Assessment. Cognitive decline and non-intentional weight loss were also evaluated. The qualitative variables were presented in terms of univariate frequencies and the quantitative variables were described through measures of central tendency and dispersion. In order to verify the association between the categorical variables, the Pearson's correlation coefficient, Chi-Squared test and the Fisher Exact test were applied, and in the crude and adjusted analysis the Poisson regression was used with robust variance. The level of significance was 5%. **Results:** a total of 399 elderly people were included, of whom 69.9% were female, 54.5% were aged 80 years or older and 88.4% were white. Of these elderly people, 61.7% lived in non-profit facilities. In the evaluation of nutritional status, 26.6% of the elderly were found to be malnourished, 48.1% were at risk of malnutrition and 25.3% had normal nutritional status. The highest prevalence ratio of at risk of malnutrition/malnourished was with cognitive decline and unintentional weight loss ($p < 0.001$). **Conclusion:** through the results, identifying nutritional status and the characteristics associated with the risk of malnutrition contribute to effective evaluation and nutritional monitoring, assisting in the prevention of diseases related to this condition.

Keywords: Nutritional Status. Elderly. Homes for the Aged. Malnutrition. Aging.

INTRODUÇÃO

A desnutrição, a nível mundial, é considerada um dos problemas mais comuns na população idosa, podendo interferir significativamente na evolução da saúde desses indivíduos. A desnutrição proteico-calórica contribui para o aumento da mortalidade e susceptibilidade às infecções e a redução da qualidade de vida, com agravos ainda mais importantes quando se trata de idosos residentes em instituições de longa permanência para idosos (ILPI)¹.

As características da institucionalização tornam essa população mais vulnerável ao comprometimento do estado nutricional. Os números mostram que, na maioria das vezes, grande parte da população encontra-se na condição de risco de desnutrição/desnutrição, obtendo prevalências de mais de 60% de idosos em estado nutricional comprometido^{2,3}.

O processo de envelhecimento traz consigo modificações fisiológicas, tais como alterações no paladar, alterações digestivas, polimedicação, redução da massa magra e aumento da massa gorda que contribuem para um estado nutricional de desnutrição. Aliado a isso, tem-se as condições ambientais entre elas uma alimentação e estilo de

vida inadequados que tornam esse idoso ainda mais suscetível⁴. No idoso que reside em ILPI a presença de depressão, comprometimento cognitivo e funcional e dificuldade de deglutição muitas vezes aumentam a possibilidade de desenvolver estado de mal nutrição, tendo a mortalidade como principal consequência⁵.

Esses aspectos mostram, portanto, a vulnerabilidade dos idosos que residem em ILPI para risco nutricional, sugerindo a implementação precoce e sistemática de avaliação nutricional e ações que visem a prevenção. Diferentes métodos de avaliação nutricional podem gerar subsídios para os profissionais de saúde no monitoramento de riscos nutricionais e dessa forma direcionar recursos para a atenção nutricional visando a promoção da qualidade de vida e à autonomia desta população. Diante do exposto, este estudo tem como objetivo avaliar o risco de desnutrição e os fatores associados em idosos institucionalizados.

MÉTODO

Estudo de corte transversal com idosos residentes em ILPI nos municípios de Passo Fundo e Carazinho

- Rio Grande do Sul (RS) - em 2017. Trata-se de um recorte da pesquisa “Padrões de envelhecimento e longevidade: aspectos biológicos, educacionais e psicossociais”, desenvolvido pelo Programa de Pós-graduação em Envelhecimento Humano da Universidade de Passo Fundo (UPF).

Foram incluídas no estudo 15 ILPI dos municípios de Passo Fundo e Carazinho (RS). Todos os idosos residentes foram investigados, obedecendo aos seguintes critérios de inclusão: idade igual ou superior a 60 anos, de ambos os sexos e possibilidade de avaliar o estado nutricional. Os critérios de exclusão foram: impossibilidade de realizar a avaliação antropométrica e responder as perguntas do questionário. Optou-se por incluir no estudo, idosos residentes em ILPI nos dois municípios, por apresentarem semelhanças na população geral quanto a proporção de idosos, distribuição por sexo e faixa etária.

O município de Passo Fundo localiza-se ao norte do estado do Rio Grande do Sul e sua população está estimada em 196.741 mil habitantes, destes, 26.729 mil são idosos com 60 anos ou mais, correspondendo, portanto, a 13,5% da população total. O município de Carazinho, também localiza-se ao norte do estado e tem sua população estimada em 62.037 mil habitantes, destes, 10.007 mil são idosos com 60 anos ou mais, correspondendo a 16,1% da população⁶.

Para o cálculo amostral considerou-se a prevalência do desfecho de 20% (prevalência de risco nutricional em idosos institucionalizados), razão de não exposto:exposto de 1:2, nível de confiança de 95% e poder estatístico de 80%, totalizando 209 idosos. Foram incluídos, no entanto, todos os idosos que preenchiam os critérios de inclusão, pois no cálculo amostral do estudo original haviam outros desfechos de interesse de tamanho amostral maior.

A coleta de dados foi realizada nas dependências das ILPI pela equipe de pesquisa. Fizeram parte da equipe de entrevistadores: professores/pesquisadores, mestrandos, acadêmicos da área da saúde, bolsistas de iniciação científica, todos submetidos a treinamento.

Utilizou-se um questionário padronizado e pré-codificado. As variáveis foram: sociodemográficas (tipo de ILPI, idade, sexo, cor da pele), relacionadas a antropometria [peso, altura, Índice de Massa

Corporal (IMC)], Mini Avaliação Nutricional (MAN), declínio cognitivo avaliado pelo Miniexame do Estado Mental⁷ através de questões relacionadas a aritmética, memória e orientação, e, perda de peso não intencional autoreferida nos últimos 12 meses.

O desfecho foi avaliado por meio da MAN que é composta de seis questões que abordam dados de diminuição da ingestão alimentar, perda de peso nos últimos três meses, mobilidade, estresse psicológico ou doença aguda nos últimos três meses, problemas neuropsicológicos e IMC. Após realiza-se um somatório variando de 0 a 14 pontos e classifica-se de acordo com o ponto de corte: 0 a 7 “desnutrido”, 8 a 11 “sob risco de desnutrição” e 12 a 14 “estado nutricional normal”⁸.

Para os idosos impossibilitados de pesar e medir a estatura, estas medidas foram estimadas. A altura foi estimada por meio de equação de Chumlea et al.⁹, de acordo com o sexo e utilizando a idade e altura do joelho (AJ). O peso também foi estimado por meio de equação de Chumlea et al.⁹ de acordo com o sexo e utilizando as medidas de circunferência da panturrilha (CP), AJ, circunferência do braço (CB) e dobra cutânea subescapular (DCSE). Todas as medidas antropométricas seguiram os protocolos estabelecidos pelo *International Standards for Anthropometric Assessment* (ISAK)¹⁰.

Depois de revisados e codificados, os questionários foram digitados em software de estatística. As variáveis qualitativas foram apresentadas através de frequências univariadas (absolutas e relativas). As variáveis quantitativas foram descritas mediante medidas de tendência central e dispersão. Para verificar associação entre as variáveis categóricas aplicaram-se o Teste Qui-quadrado, Coeficiente de Correlação de Pearson e Exato de Fisher e na análise bruta e ajustada utilizou-se a Regressão de Poisson com variância robusta. O nível de significância adotado foi de 5%.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UPF por meio do parecer número 2.097.278. Todos os idosos foram preservados de acordo com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O estudo seguiu as normas da Resolução nº 466/2012 e a Resolução nº 510/2016 que trata de pesquisas envolvendo seres humanos.

RESULTADOS

Foram avaliados 399 idosos, 69,9% do sexo feminino, 54,5% eram idosos com 80 anos ou mais e 45,5% não longevos, 88,4% eram de cor de pele branca e 11,6% não branca. Destes idosos, 38,3% são moradores de instituições privadas e 61,7% de instituições filantrópicas.

Na avaliação do estado nutricional de acordo com a MAN, foram identificados que 26,6% dos idosos encontravam-se em desnutrição, 48,1% sob risco de desnutrição e 25,3% com estado nutricional normal. O valor médio do escore da MAN foi de 9,25 ($\pm 2,93$).

A Tabela 1 apresenta a análise bruta entre o estado nutricional segundo a MAN (normal *versus*

sob risco/desnutrição) e variáveis sociodemográficas, declínio cognitivo e perda de peso não intencional. A maior prevalência de sob risco/desnutrição foi entre os idosos residentes em instituições privadas, longevos, do sexo feminino e de cor da pele branca, no entanto, não houve associação significativa entre as variáveis. Foi possível identificar maior prevalência de sob risco/desnutrição entre os idosos com declínio cognitivo e perda de peso não intencional ($p < 0,001$).

Na análise ajustada optou-se em incluir todas as variáveis sociodemográficas além das variáveis com valor de $p \leq 0,20$. Na Tabela 2 observa-se que se manteve a maior razão de prevalência de estado nutricional sob risco/desnutrição entre idosos com declínio cognitivo e com perda de peso não intencional ($p < 0,001$).

Tabela 1. Estado nutricional de idosos institucionalizados segundo variáveis de exposição (análise bruta). Passo Fundo, RS, 2018 (N=399).

Variáveis	Estado nutricional				Análise bruta		
	Normal		Sob risco/ desnutrição		RP	IC95%	p-valor
n	%	n	%				
Tipo de ILPI*							
Privada	38	24,8	115	75,2	1,004	0,955-1,056	0,862
Filantrópica	63	25,6	183	74,4	1		
Longevidade							
Longevos	52	24,0	165	76,0	1,018	0,969-1,070	0,480
Não longevos	49	27,1	132	72,9	1		
Sexo							
Masculino	32	26,7	88	73,3	0,989	0,937-1,044	0,687
Feminino	69	24,7	210	75,3	1		
Cor da pele							
Branca	87	24,9	262	75,1	1,032	0,957-1,121	0,448
Não branca	14	30,4	32	69,6	1		
Declínio cognitivo							
Sim	52	18,7	223	81,3	1,149	1,080-1,223	<0,001
Não	49	42,2	67	57,8	1		
Perda de peso não intencional							
Sim	17	14,5	100	85,5	1,102	1,048-1,158	<0,001
Não	71	31,7	153	68,3	1		

*Instituição de Longa Permanência para Idosos

Tabela 2. Estado nutricional de idosos institucionalizados segundo variáveis de exposição (análise ajustada). Passo Fundo, RS, 2018 (N=399).

Variáveis	Análise ajustada		
	RP	IC95%	p-valor
Tipo de ILPI*			
Privada	1,018	0,900-1,151	0,776
Filantropica	1		
Longevidade			
Longevos	1,013	0,889-1,154	0,848
Não longevos	1		
Sexo			
Masculino	1,045	0,908-1,203	0,539
Feminino	1		
Cor da pele			
Branca	1,152	0,904-1,467	0,253
Não branca	1		
Declínio cognitivo			
Sim	1,406	1,189-1,664	0,000
Não	1		
Perda de peso não intencional			
Sim	1,228	1,092-1,380	0,001
Não	1		

*Instituição de Longa Permanência para Idosos

DISCUSSÃO

O presente estudo mostrou que a maioria da população se encontra numa condição de risco de desnutrição (48,1%) ou desnutridos (26,6%) já instalada. Esse resultado é bastante comum ao se tratar de idosos, particularmente os que residem em ILPI. A taxa de risco nutricional nesses ambientes varia podendo chegar até 95% dos indivíduos nessas condições¹¹.

Estudos que utilizam a MAN para avaliação do estado nutricional de idosos institucionalizados são amplamente utilizado na literatura. Geralmente, a prevalência de indivíduos com estado nutricional comprometido supera aqueles com bom estado nutricional. Vandewoude e Van Gossum¹² realizaram uma pesquisa na Bélgica abordando idosos da comunidade e institucionalizados e perceberam que o risco geral de desnutrição foi de 57% sendo significativamente maior entre os institucionalizados ($p < 0,001$).

Corroborando com essa informação, Senior et al.³ em estudo realizado na Austrália percebeu que do total de idosos institucionalizados, 14,9% encontravam-se desnutridos, 48,5% em risco de desnutrição e 36,6% com estado nutricional normal. Os resultados de estudo de Souza et al.¹³ realizado em Uberlândia – Minas Gerais também corroboram com o presente estudo, ao avaliar um grupo de idosos institucionalizados, em que a maioria encontrava-se desnutrido ou em risco nutricional, com taxas de 26,2% e 41,6%, respectivamente.

Divergindo do estudo atual, pesquisa de Saka et al.¹⁴ realizada na Turquia com idosos residentes em instituições mostrou que apenas 18,7% dos indivíduos estavam desnutridos, 24,8% apresentavam risco de desnutrição e 56,5% estavam bem nutridos. Ainda, pesquisa de Serrano-Urrea e García-Meseguer¹⁵ realizada na Espanha mostrou que 2,8% dos residentes estavam desnutridos, 37,3% em risco de desnutrição e 59,9% com estado nutricional normal. Características culturais, políticas públicas e de

desenvolvimento econômico desses países podem ser determinantes para um desfecho positivo no processo de envelhecimento humano. Percebe-se no entanto, que apesar de a maioria dos idosos estarem com bom estado nutricional, as prevalências de risco de desnutrição/desnutrição são pertinentes.

Não foi encontrada associação significativa com as variáveis sociodemográficas, porém foi observado que idosos residentes em instituições privadas, longevos, do sexo feminino e de cor da pele branca possuem maiores prevalências de risco de desnutrição. No entanto, é possível observar na literatura que algumas condições demográficas predisõem o indivíduo a um aumento da chance de desenvolver desnutrição.

A idade avançada traz modificações na composição corporal, sendo crescente as taxas de desnutrição conforme aumento da idade. Vandewoude e Van Gossum¹² em sua pesquisa com idosos da comunidade e institucionalizados constataram que o risco de desnutrição foi mais frequente no grupo de idade mais velhos ($p < 0,001$), além disso, a frequência desse agravo foi maior entre as mulheres ($p < 0,001$). Stange et al.¹⁶, ao avaliar idosos residentes em instituições, também observaram que aqueles em risco nutricional eram mais frequentemente mulheres ($p < 0,05$).

Divergindo do presente estudo, Pereira et al.² em pesquisa com idosos residentes em instituições observou que o risco nutricional esteve mais prevalente entre os homens ($p = 0,012$). Outro dado observado nessa pesquisa é que indivíduos com baixa escolaridade possuíam maiores índices de risco nutricional ($p = 0,042$).

Em relação ao declínio cognitivo, esta condição interfere diretamente no horário das refeições, pois se trata de indivíduos, que na maior parte, apresentam dificuldades e dependência no ato de alimentar-se. Percebeu-se no presente estudo, que dentre a população nessa condição, 81,3% também se encontram em risco nutricional. Os números mostram que idosos com declínio cognitivo tem prevalência 1,4 vezes maior de risco nutricional. Através da análise ajustada, identificamos que essa condição mostrou-se significativamente associada a condição de risco de desnutrição/desnutrição.

A literatura sustenta o fato de que idosos com problemas neurológicos são mais propensos a desenvolver um estado de desnutrição. De Rouvray et al.¹⁷ em seu estudo com idosos com e sem demência observaram que pacientes com demência foram mais desnutridos do que aqueles sem demência ($p < 0,001$) possivelmente devido à baixa ingestão alimentar e isolamento durante as refeições.

Do mesmo modo, dados da pesquisa de Pereira et al.² com idosos residentes em ILPI mostram que a prevalência de risco nutricional foi maior entre aqueles com declínio cognitivo ($p = 0,006$). Carlsson et al.¹⁸ em estudo com idosos portadores de deficiências físicas e cognitivas, notaram também que a condição de risco nutricional foi maior entre os indivíduos com problemas de cognição ($p = 0,024$). Essa condição foi superior também entre os indivíduos dependentes para a alimentação ($p = 0,014$).

Vandewoude e Van Gossum¹² também perceberam em sua pesquisa com idosos da comunidade e institucionalizados que o risco de desnutrição foi significativamente maior entre aqueles com problemas neuropsicológicos, incluindo demência ou depressão ($p < 0,001$). Ainda, essa condição foi maior entre idosos com dificuldades de deglutição, problemas de mobilidade e em isolamento social ($p < 0,001$).

Ainda, diretamente relacionada à condição nutricional do idoso, a perda de peso não intencional é comum na população institucionalizada, podendo estar relacionada a baixa ingestão alimentar, evento comum conforme mostram os dados. O estudo mostra que entre os entrevistados que apresentaram essa condição, 85,5% encontrava-se em risco nutricional. Idosos com perda de peso não intencional tem prevalência 1,2 vezes maior de risco nutricional. Após análise ajustada, identificamos que essa condição também permaneceu significativamente associada a condição de risco de desnutrição/desnutrição.

Corroborando com o presente estudo, Rambousková et al.¹⁹, em pesquisa com idosos residentes em ILPI, verificaram que a desnutrição foi positivamente correlacionada com perda de peso nos últimos 3 meses ($r = 0,45$; $p < 0,001$). Também houve correlação positiva entre a MAN e IMC

($r=0,57$; $p<0,001$), imobilidade ($r=0,63$; $p<0,001$), circunferência do braço ($r=0,56$; $p<0,001$) e circunferência da panturrilha ($r=0,28$; $p<0,001$).

Como sustentam os dados acima, as taxas de idosos institucionalizados em risco nutricional são elevadas. As condições de vida desses idosos, incluindo condições de alimentação e presença de doenças estão intimamente relacionadas ao desfecho nutricional. Como consequência de um estado nutricional comprometido está uma baixa na qualidade de vida e maior probabilidade de mortalidade. Estudos confirmam essa hipótese ao associar os *scores* da MAN com mortalidade sendo percebida associação significativa, ou seja, o risco nutricional contribuiu para maiores casos de mortalidade (desnutrição: 28,0%, risco nutricional: 20,0%, normal: 10,6%, $p<0,001$)¹⁴. Dessa forma, reforça-se a importância da avaliação nutricional com detecção precoce do déficit nutricional entre essa população.

Os resultados encontrados no presente estudo são determinantes para remodelar a assistência

nutricional de idosos institucionalizados e estão de acordo com a literatura. Entretanto, as interpretações devem ser realizadas com cautela, pois trata-se de estudo transversal, havendo possibilidade de causalidade reversa e viés de memória uma vez que as variáveis investigadas ocorreram no passado.

CONCLUSÃO

A maioria dos idosos encontra-se na condição de risco de desnutrição e desnutrição (74,7%) sendo que a maior razão de prevalência dessa condição foi entre aqueles com declínio cognitivo e perda de peso não intencional. Através dos resultados, conhecer o estado nutricional e as características associadas ao risco de desnutrição contribuem para a compreensão deste fenômeno e adequada avaliação e acompanhamento nutricional com detecção precoce dos indivíduos em risco de desnutrição e tratamento daqueles já desnutridos. Tais medidas podem significar a prevenção de agravos relacionados à esta condição e melhora na qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

- Oliveira LP, Cabral NLA, Vale D, Lyra CO, Lima KC. Prevalência de desnutrição em idosos institucionalizados: uma revisão crítica sistemática. *J Health Biol Sci.* 2014;2(3):135-41.
- Pereira MLAS, Moreira PA, Oliveira CC, Roriz AKC, Amaral MTR, Lima AL, et al. Nutritional status of institutionalized elderly Brazilians: a study with the Mini Nutritional Assessment. *Nutr Hosp.* 2015;31(3):1198-204.
- Senior HE, Henwood TR, Beller EM, Mitchell GK, Keogh JW. Prevalence and risk factors of sarcopenia among adults living in nursing homes. *Maturitas.* 2015;82:418-23.
- Silva SCM, Aires CN, Figueira YLV, Bogéa MRJ, Mendonça MJ. Alterações fisiológicas do idoso e seu impacto na ingestão alimentar: uma revisão de literatura. *Rev Eletr Acervo Saúde.* 2017;6:288-95.
- Bell CL, Lee ASW, Tamura BK. Malnutrition in the nursing home. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care.* 2015;18(1):17-23.
- Brasil. Departamento de Informática do SUS. Estudo de estimativas populacionais por município, idade e sexo 2000-2015 – Brasil [Internet]. Rio de Janeiro: DATASUS; [2016?-] [acesso em 28 fev. 2018]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?novapop/cnv/popbr.def>
- Brucki SMD, Nitrini R, Caramelli P, Bertolucci PHF, Okamoto IH. Sugestões para o uso do Mini-exame do Estado Mental no Brasil. *Arq Neuro-psiquiatr.* 2003;61(3B):777-81.
- Rubenstein LZ, Harker JO, Salvà 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.
- Chumlea WC, Roche AF, Steinbaugh ML. Estimating stature from knee height for persons 60 to 90 years of age. *J Am Geriatr Soc.* 1985;33(2):116-20.
- Sociedad Internacional para el Avance de la Cineantropometría (ISAK). Normas Internacionales para la Valoración Antropométrica. [s.l.]: ISAK; 2001.

11. Aung KT, Zulkifli S. Nutritional status of institutionalized elderly. *Sch J App Med Sci.* 2016;4(10A):3608-11.
12. Vandewoude M, Van Gossum A. Nutritional screening strategy in nonagenarians: the value of the MNA-SF (Mini Nutritional Assessment Short Form) in nutriAction. *J Nutr Health Aging.* 2013;17(4):310-4.
13. Souza KT, Mesquita LAS, Pereira LA, Azeredo CM. Baixo peso e dependência funcional em idosos institucionalizados de Uberlândia (MG), Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva* 2014;19(8):3513-20.
14. Saka B, Ozkaya H, Karisik E, Akin S, Akpınar TS, Tufan F, et al. Malnutrition and sarcopenia are associated with increased mortality rate in nursing home residents: a prospective study. *Eur Geriatr Med.* 2013;7(3):232-8.
15. Serrano-Urrea R, García-Mesguera MJ. Relationships between nutritional screening and functional impairment in institutionalized Spanish older people. *Maturitas.* 2014;78:323-8.
16. Stange I, Poeschl K, Stehle P, Sieber CC, Volkert D. Screening for malnutrition in nursing home residents: comparison of different risk markers and their association to functional impairment. *J Nutr Health Aging.* 2013;17(4):357-63.
17. De Rouvray C, Jésus P, Guerchet M, Fayemendy P, Mouanga AM, Mbelesso P, et al. The nutritional status of older people with and without dementia living in an urban setting in central Africa: the EDAC study. *J Nutr Health Aging.* 2014;18(10):868-75.
18. Carlsson M, Haglin L, Rosendahl E, Gustafson Y. Poor nutritional status is associated with urinary tract infection among older people living in residential care facilities. *J Nutr Health Aging.* 2013;17(2):186-91.
19. Rambousková J, Slavíková M, Krsková A, Procházka B, Anděl M, Dlouhý P. Nutritional status assessment of institutionalized elderly in Prague, Czech Republic. *Ann Nutr Metab.* 2013;62(3):199-204.

Recebido: 21/08/2018

Revisado: 29/10/2018

Aprovado: 07/11/2018



Análise de concordância entre métodos para estimativa da estatura de idosos atendidos em ambulatório de nutrição

Agreement among methods for study estimation of elderly taken at the nutrition ambulatory

Bruna Calixto Sant'Anna¹
Gisella Meireles de Castro Lage²
Sílvia Maria Custódio das Dores¹
Luis Guillermo Coca Velarde³
Sérgio Girão Barroso¹
Gabrielle de Souza Rocha¹

Resumo

Objetivo: avaliar a concordância entre os métodos de estimativa de estatura com a estatura aferida de idosos atendidos em ambulatório de nutrição. **Método:** foram avaliados 43 idosos, de ambos os sexos, durante as consultas de nutrição, tendo sido coletados dados sociodemográficos dos prontuários e aferidas a estatura, altura do joelho, envergadura e semi-envergadura dos braços. A análise estatística dos dados foi feita pelo teste de Bland-Altman para avaliar a concordância entre as estaturas estimadas pelas fórmulas preditivas e a estatura aferida. **Resultados:** os valores encontrados foram: estatura aferida em metros 1,53 ($\pm 0,08$), estatura estimada pela envergadura 1,60 ($\pm 0,10$), pela semi-envergadura 1,61 ($\pm 0,11$) e pela altura do joelho 1,56 ($\pm 0,10$). De acordo com o gráfico de Bland-Altman a estatura estimada pela altura do joelho apresentou melhor concordância com a estatura aferida. **Conclusão:** com os resultados encontrados neste trabalho, observamos que as fórmulas preditivas para estimativa de estatura em idosos, que utilizam envergadura e semi-envergadura dos braços não apresentaram boa concordância com a estatura aferida. Já a altura do joelho, utilizando a fórmula de Chumlea, apresentou a melhor concordância com a estatura aferida e parece ser a uma boa maneira para estimar a estatura da população estudada.

Palavras-chave: Saúde do Idoso, Avaliação Nutricional, Estatura.

Abstract

Objective: to evaluate methods of elderly height estimation attended at the Nutrition ambulatory. **Method:** a total of 43 elderly individuals of both genders were evaluated during nutrition consultations. Sociodemographic data were collected from charts and height, knee height, arms wingspan and semi-span were measured. Statistical analysis were made through Bland-Altman test to evaluate concordance among statures estimated by predictive formulas and the height measured. **Results:** the values found were: height measured in meters 1.53 (± 0.08), height estimated by the wingspan 1.60 (± 0.10), by the

Keywords: Health of the Elderly. Nutrition Assessment. Body Height.

¹ Universidade Federal Fluminense, Faculdade de Nutrição Emília de Jesus Ferreiro, Departamento de Nutrição e Dietética, Programa de Pós-graduação em Saúde do Idoso. Niterói, Rio de Janeiro, Brasil.

² Universidade Federal Fluminense, Faculdade de Nutrição Emília de Jesus Ferreiro, Departamento de Nutrição e Dietética, Programa de Graduação em Nutrição. Niterói, Rio de Janeiro, Brasil.

³ Universidade Federal Fluminense, Instituto de Matemática e Estatística, Departamento de Estatística. Niterói, Rio de Janeiro, Brasil.

semi-span 1.61 (± 0.11) and by the knee height 1.56 (± 0.10). According to the Bland-Altman graph, the height estimated by knee height showed a better agreement with the measured height. *Conclusion:* according to this study results, poor predictive formulas concordance in height estimation in elderly, using the measures: arms wingspan and semi-span with real stature measured were observed. Knee height, using Chumlea formula, presented the best concordance with measured stature and seems to be a good way for stature estimation at the studied population.

INTRODUÇÃO

As mudanças fisiológicas ocasionadas pelo tempo repercutem no estado nutricional e de saúde dos idosos¹. Dentre elas, há diminuição da água corporal, causando alterações na elasticidade da pele e modificação na composição corporal em decorrência da diminuição da taxa metabólica basal, resultando no aumento da gordura corpórea principalmente na região abdominal². Além disso, a depleção de tecido muscular esquelético associada à diminuição de força e funcionalidade caracteriza a sarcopenia no idoso³.

Alterações no estado nutricional em idosos também se associam às modificações sensoriais, como alteração do paladar e redução da sensibilidade, sendo um dos fatores mais relevantes na diminuição do consumo alimentar dos idosos. A utilização de medicamentos também pode interferir na ingestão, na digestão e na absorção de certos alimentos⁴.

Desta forma, é importante utilizar ferramentas de avaliação nutricional que considerem as alterações fisiológicas do idoso. A avaliação do estado nutricional abrange vários métodos e técnicas, dentre os quais se destacam as medidas antropométricas, em que o peso corporal e estatura são as mais utilizadas. Ambas as medidas são indispensáveis para estabelecer o diagnóstico nutricional e cálculo das necessidades nutricionais^{5,6}.

Na população idosa é comum encontrar indivíduos que não são capazes de se manter em pé, o que dificulta a aferição de peso e estatura. Outro fator importante é que existem evidências de que após 40 anos de idade, a estatura dos indivíduos pode diminuir de um a dois centímetros e meio por década. Essa redução de estatura é decorrente das modificações da coluna vertebral que ocorrem com o envelhecimento⁷.

Nestes casos, existem vários métodos para estimativa de peso e estatura, dentre eles temos as fórmulas preditivas, que utilizam medidas como: altura do joelho (AJ), envergadura e semienvergadura para estimar estatura⁸. Já o peso pode ser estimado, dentre outras maneiras, utilizando a estatura estimada e o Índice de Massa Corporal (IMC), utilizando a faixa de referência da Organização Mundial de Saúde (OMS)⁹.

Essas fórmulas são rotineiramente utilizadas na prática clínica para a avaliação antropométrica e cálculo das necessidades nutricionais, entretanto, a acurácia e a precisão delas são pouco conhecidas para idosos brasileiros¹⁰. Diante disso, o estudo tem como objetivo avaliar a concordância entre os métodos de estimativas de estatura com a estatura aferida de idosos atendidos em ambulatório.

MÉTODO

Foi realizado um estudo observacional transversal, composto por 43 pacientes idosos, com idade ≥ 60 anos, atendidos no ambulatório de Nutrição localizado no Centro de Referência em Atenção à Saúde do Idoso (CRASI /Mequinho), da Universidade Federal Fluminense (UFF).

Para determinação do tamanho da amostra foi utilizado o procedimento baseado nas curvas características de operação. Esse procedimento limita o erro a ser cometido quando não se rejeita H_0 (Erro tipo II), baseado na relação entre o desvio da variável analisada em função do seu desvio-padrão. Foi definida uma probabilidade de 20% para ocorrência do Erro Tipo II (risco β). Foi definido, também, que o Desvio "D" entre as variáveis analisadas no estudo e sua variabilidade seria de, no máximo, 45%, onde:

$$D = \frac{(X - \mu_0)}{\delta}$$

Com esses valores, foi retirado da curva característica de operação para testes bilaterais com $\alpha=5\%$, o valor de $N=40$, sendo N o número mínimo de pacientes que deveriam entrar na pesquisa¹¹.

O CRASI atende idosos que residem nas cidades de Niterói, Itaboraí, Maricá, Rio Bonito, São Gonçalo, Silva Jardim e Tanguá, oferece atendimento ambulatorial de geriatria, nutrição e psicologia, além de grupos de convivência com estímulo cognitivo e prática de exercício físico.

Os pacientes são encaminhados para o ambulatório de nutrição pelo geriatra ou por algum profissional do grupo de convivência. Durante a consulta são coletados dados sociodemográficos e é feita avaliação nutricional através da anamnese clínica e medidas antropométricas, que fazem parte do protocolo de atendimento do ambulatório. Essas medidas são feitas por duas nutricionistas treinadas para realizar antropometria.

Os indivíduos ao chegarem ao ambulatório para atendimento nutricional passaram pelas avaliações conforme o protocolo do ambulatório. Ao final do atendimento, eles eram informados sobre a proposta do estudo e convidados a participar. Todos que aceitaram, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Foram utilizados como critérios de inclusão: pacientes idosos, idade ≥ 60 anos, de ambos os gêneros, com autonomia decisória e que fossem capazes de realizar todas as medidas antropométricas. Como critério de exclusão: pacientes que apresentavam alguma condição clínica que interferiria na aferição das medidas antropométricas, como pacientes que não deambulam, com amputações, edema e ascite.

Foram avaliadas as seguintes medidas antropométricas: estatura, AJ, envergadura e semi-envergadura. A estatura foi aferida conforme descrito por Guedes e Guedes¹².

Para medir a AJ foi utilizada fita métrica flexível e não elástica, com o paciente sentado, curvando o joelho para formar um ângulo de 90° . A fita métrica era posicionada da base do calcanhar até a cabeça da fíbula. Para estimar a altura foi utilizada a fórmula de Chumlea^{13, 14}, e para mensurar a envergadura e

semi-envergadura utilizou-se o protocolo descrito por Rosa et al.⁸

As análises estatísticas foram realizadas através de programa estatístico. Utilizou-se o gráfico proposto por Bland-Altman, com as medidas estimadas e aferidas, para análise de concordância entre as mesmas¹⁵. Os limites de concordância são estimados pela diferença média ($\pm 1,96$), assumindo que as diferenças estão normalmente distribuídas¹⁶. Também, determinou-se o coeficiente de correlação de Pearson entre as variáveis.

Os dados que foram coletados neste estudo já fazem parte do protocolo de consulta do Ambulatório de Nutrição (CRASI-UFF). O projeto foi submetido ao comitê de ética da Universidade Federal Fluminense e aprovado sob o número de parecer 1.836.802.

RESULTADOS

Participaram do estudo 43 pacientes, 88,37% do sexo feminino, a média de idade foi de 74 anos ($\pm 7,1$), 55,8% dos participantes residiam no município de Niterói e 31,53% em outros municípios (Tabela 1).

A média de estatura aferida em metros foi 1,53 ($\pm 0,08$), para estatura estimada pela envergadura 1,60 ($\pm 0,10$), pela semi-envergadura 1,61 ($\pm 0,11$) e pela altura do joelho 1,56 ($\pm 0,10$).

Segundo a correlação de Pearson, a estatura aferida e as estimadas pela envergadura ($r=0,89$; $p<0,0001$), semi-envergadura ($r=0,86$, $p<0,0001$) e altura do joelho ($r=0,69$, $p<0,0001$) apresentaram forte correlação positiva (Figura 1).

Na Figura 2, são apresentados os gráficos de Bland-Altman. Este gráfico demonstra boa concordância somente quando os pontos do gráfico se situam próximos à linha contínua horizontal, com limites de concordância de 95% representados pelas linhas pontilhadas horizontais externas. Foi observado que a estatura aferida e a estimada com envergadura, bem como com a semi-envergadura não apresentaram boa concordância. Já a estatura aferida e a estimada pela altura do joelho apresentaram boa concordância.

Tabela 1. Características sociodemográficas dos pacientes atendidos no ambulatório de Nutrição do Centro de Referência e Atenção à Saúde do Idoso (N=43). Niterói, RJ, 2016.

Variáveis	n (%)
Sexo	
Feminino	38 (88,37)
Masculino	5 (11,63)
Idade (anos)	
74,51 ($\pm 7,09$)	43 (100)
Município	
Niterói	24 (55,81)
São Gonçalo	17 (39,53)
Itaboraí	1 (2,32)
Rio Bonito	1 (2,32)

Correlação de Pearson

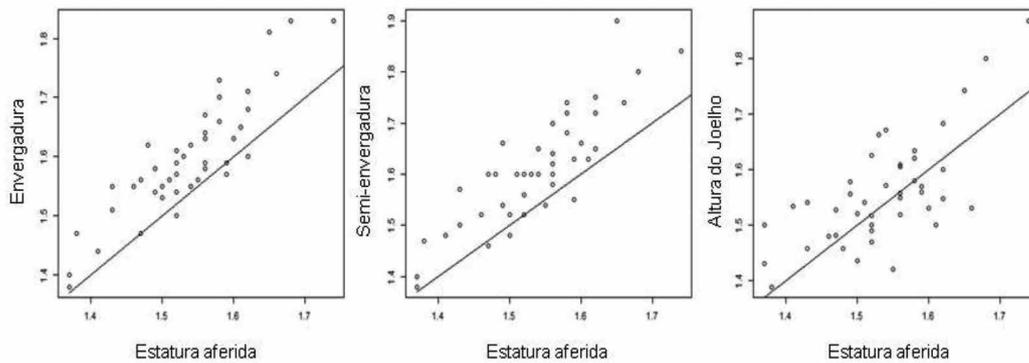


Figura 1. Estatura aferida e envergadura, estatura aferida e semi-envergadura, estatura aferida e altura do joelho. Niterói, RJ, 2016.

Gráficos de Bland Altman

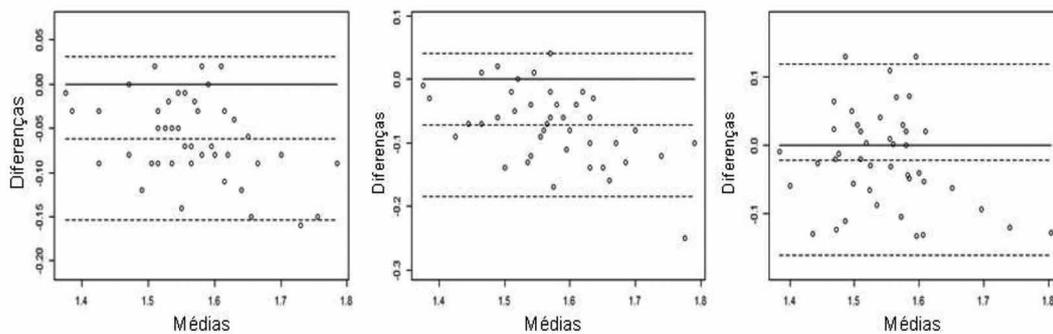


Figura 2. Análise de concordância entre estatura aferida e envergadura, estatura aferida e semi-envergadura, estatura aferida e altura do joelho. Niterói, RJ, 2016.

DISCUSSÃO

O presente estudo avaliou idosos atendidos no ambulatório de nutrição CRASI/UFF. A maior proporção de mulheres já foi descrita em outros trabalhos e pode ser explicada pela diferença de mortalidade entre os sexos, onde homens tendem a falecer mais cedo, já que as mulheres apresentam menor exposição a fatores de riscos, como tabagismo e etilismo e procuram mais os serviços de saúde, apresentando maior expectativa de vida^{17, 18}.

Com relação aos métodos de estimativa de estatura em idosos, após aplicação dos testes estatísticos, os resultados mostraram que a estatura aferida não apresentou boa concordância com a estimada pela envergadura dos braços, com variação de aproximadamente 10 cm, o que é relevante na prática clínica, pois se a fórmula preditiva superestima estatura, temos impacto no peso estimado e conseqüentemente nos cálculos das necessidades nutricionais¹⁹. Analisando a estatura aferida e a estimada pela semi-envergadura dos braços, observou-se que esta medida também superestimou a estatura, porém, com variação menor quando comparada a envergadura, aproximadamente dois centímetros.

Um trabalho encontrou dados que corroboram com o presente estudo. Os autores avaliaram a aplicabilidade de fórmulas preditivas para peso e estatura em 98 homens adultos. Os resultados também mostraram que as medidas de envergadura e semi-envergadura superestimaram a estatura dos indivíduos²⁰.

Melo et al.⁶, ao avaliarem a estatura estimada pela semi-envergadura em uma amostra de 142 adultos, de ambos os sexos, utilizando o Teste de Comparação de Médias, observaram diferença significativa entre estatura aferida e estatura estimada pela semi-envergadura. Porém, estes Testes não parecem ser os mais adequados neste tipo de avaliação¹⁴.

Em estudo realizado com 30 pacientes adultos e idosos, internados na Unidade de Terapia Intensiva em Hospital Universitário no Rio de Janeiro, os autores avaliaram a concordância entre estatura recumbente e a estimada pela fórmula de Chumlea, pela semi-envergadura e a relatada pelo paciente

ou familiar. A semi-envergadura apresentou concordância inferior quando comparada as outras medidas, sugerindo que na prática clínica a semi-envergadura não seria uma boa opção²⁰.

Quando avaliadas estatura aferida e a estimada pela altura do joelho utilizando a fórmula de Chumlea, foi observada boa concordância, com a menor variação da estatura, aproximadamente um centímetro.

No estudo de Souza et al.¹⁰, também foram avaliadas estatura aferida e a estimada pela fórmula de Chumlea, em uma amostra de 131 idosos. Os resultados mostraram variação entre as medidas de aproximadamente dois centímetros, o que pode não ser algo relevante clinicamente, quando se leva em consideração os cálculos subsequentes (estimativa de peso e necessidades nutricionais).

Melo et al.⁶ avaliaram métodos para estimar a estatura, dentre eles a fórmula de Chumlea, com uma amostra composta por 142 adultos, de ambos os sexos. Esta fórmula foi a única que não apresentou diferença significativa com a estatura aferida. Os autores sugerem essa fórmula como uma medida de fácil aplicação na prática clínica.

Santos²¹ também, ao comparar métodos de estimativa de estatura, observou a fórmula de Chumlea como melhor opção em relação à estimada pela semi-envergadura, assim como observado no presente trabalho, onde a altura do joelho usando a fórmula de Chumlea foi a melhor alternativa para estimativa de estatura em indivíduos idosos.

Neste estudo não foi possível fazer a avaliação de todos os idosos atendidos no ambulatório de nutrição e, por essa razão, o tamanho amostral foi composto por somente 43 idosos, sendo a maioria do sexo feminino, não permitindo, desta forma, a avaliação da adequação do uso das fórmulas preditivas para homens idosos e mulheres idosas.

CONCLUSÃO

De acordo com os resultados apresentados neste trabalho, observamos que as fórmulas preditivas para estimativa de estatura em idosos, que utilizam

envergadura e semienvergadura, não apresentaram boa concordância com a estatura aferida. Já a altura do joelho, utilizando a fórmula de Chumlea,

apresentou a melhor concordância com a estatura aferida e parece ser a uma boa maneira para estimar a estatura da população estudada.

REFERÊNCIAS

1. Brandão JM, Fernandes CS, Barroso SG, Rocha GS. Associação do consumo de fibras e risco cardiovascular em pacientes idosos. *Int J Cardiovasc Sci.* 2015;28(6):464-71.
2. Silva JL, Marques APO, Leal MCC, Alencar DL, Melo EMA. Fatores associados à desnutrição em idosos institucionalizados. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2015;18(2):443-51.
3. Cruz-Jentoft AJ, Baeyens JP, Bauer JM, Boirie Y. 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.
4. Souza LC, Queiroz PT, Burgos MGPA. Aplicabilidade da MAN- Mini avaliação nutricional em idosos. *Nutr clin diet hosp.* 2017;37(1):67-74.
5. Silva ALSC, Silva BS, Brandão JM, Barroso SG, Rocha GS. Avaliação antropométrica de idosos atendidos no Ambulatório de Nutrição do Centro de Referência em Assistência à Saúde do Idoso da Universidade Federal Fluminense, no município de Niterói-RJ. *Demetra.* 2015;10(2):361-74.
6. Melo APF, Sales RKS, Vieira FGK, Ferreira MG. Métodos de estimativa de peso corporal e altura em adultos hospitalizados: uma análise comparativa. *Rev Bras Cineantropom Desempenho Hum.* 2014;16(4):475-84.
7. Freitas AMP, Philippi ST, Ribeiro SML. Listas de alimentos relacionadas ao consumo alimentar de um grupo de idosos: análises e perspectivas. *Rev Bras Epidemiol.* 2011;14(1):161-77.
8. Rosa G, Pereira AF, Bento CT, Rosado EL, Lopes MSM, Peres WAF. Avaliação nutricional do paciente hospitalizado: uma abordagem teórico-prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2012.
9. Organização das Nações Unidas no Brasil [Internet]. Rio de Janeiro: UNIC Rio; 2014. Envelhecer bem deve ser prioridade mundial. O mundo terá 2 bilhões de idosos em 2050 [...]; 2014 [acesso em 26 out. 2016];1 tela. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/mundo-tera-2-bilhoes-de-idosos-em-2050-oms-diz-que-envelhecer-bem-deve-ser-prioridade-global/>
10. Souza R, Fraga JS, Gotschall CBA, Busnello FM, Rabito EI. Avaliação antropométrica em idosos: estimativas de peso e altura e concordância entre classificações de IMC. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2013;16(1):81-90.
11. Montgomery DC, Runger GC. *Applied statistics and probability for engineers* New Jersey: John Wiley & Sons; 2014.
12. Guedes DP, Guedes JERP. *Manual prático para avaliação em Educação Física.* São Paulo: Manole; 2006.
13. Chumlea WC, Roche AF, Steinbaugh ML. Estimating stature from knee height for persons 60 to 90 years age. *J Am Geriatr Soc.* 1985;33(2):116-20.
14. Chumlea WMC, GUO SS. Equations for predicting stature in white and black elderly individuals. *J Gerontol.* 1992;47(6):197-203.
15. Miot HA. Análise de concordância em estudos clínicos e experimentais. *J Vasc Bras.* 2016;15(2):89-92.
16. Lucca A. Validade e confiabilidade do peso, estatura e IMC auto-referidos obtidos em entrevistas telefônicas [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2006.
17. Closs E, Feoli AMP, Schwanke CHA. Altura do joelho como medida alternativa confiável na avaliação nutricional de idosos. *Rev Nutr.* 2015;28(5):475-84.
18. Amorim TC, Burgos MGPA, Cabral PC. Perfil Clínico e antropométrico de pacientes idosos com diabetes mellitus tipo 2 atendidos em ambulatório. *Sci Med.* 2017;27(3):1-5.
19. Merhi VA, Morete JL, Oliveira MRM. Avaliação do estado nutricional precedente ao uso de nutrição enteral. *Arq Gastroenterol.* 2009;46(3):219-24.
20. Rezende AC, Rosado LEF, Franceschinn SCC, Rosado GP, Ribeiro RCL. Avaliação da aplicabilidade de fórmulas preditivas de peso e estatura em homens adultos. *Rev Nutr.* 2009;22(4):443-51.
21. Santos JGC. Comparação entre métodos de estimativa de peso, estatura e necessidades nutricionais em pacientes críticos hospitalizados no centro de terapia intensiva de um hospital universitário no Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Universidade Estadual do Rio de Janeiro; 2016.

Recebido: 18/06/2018

Revisado: 09/10/2018

Aprovado: 21/10/2018



Análise do comportamento sexual de idosas atendidas em um ambulatório de ginecologia

Analysis of the sexual behavior of elderly women treated at a gynecological outpatient clinic

Luara Ramos Rodrigues¹
Patrícia Portilho¹
Alessandra Tieppo²
Antônio Chambo Filho¹

Resumo

Objetivo: analisar o comportamento sexual de pacientes idosas atendidas em um ambulatório de ginecologia, durante um ano, estimando, dentre outros, a proporção das sexualmente ativas, das que possuem interesse sexual e das que consideram o sexo importante para a qualidade de vida. **Método:** o estudo é transversal, descritivo e exploratório. Foi realizado um estudo piloto para ajustes e validação do instrumento de coleta de dados. A amostra foi composta por 100 mulheres para avaliação de características sociodemográficas e do comportamento sexual, incluindo questões sobre a prática sexual, e fatores interferentes. Após realizar a análise descritiva, as associações foram verificadas pelo teste Qui-quadrado de Pearson, considerando uma significância de 5,0%. **Resultados:** observou-se que 60,0% das idosas sentem desejo sexual, porém 26,0% são sexualmente ativas; Apesar de 75,5% relatarem que o envelhecimento não melhora a qualidade sexual, 83,0% acreditam ser importante para a qualidade de vida e 78,0% afirmam não haver idade para o fim das relações. A visão cultural sobre o idoso pode interferir na manutenção da vida sexual, uma vez que 51,0% afirmam se sentirem vítimas de preconceito sexual devido à idade. **Conclusão:** a sexualidade está diretamente relacionada à percepção de qualidade de vida e, por ser uma função vital humana, pode interferir no desempenho social, profissional, físico e psíquico do indivíduo. A prática e o desejo sexual não são extintos com o envelhecimento, contrariando o mito de que a pessoa idosa é um ser assexuado.

Palavras-chaves:
Sexualidade. Idoso.
Envelhecimento.

Abstract

Objective: to analyze the sexual behavior of the elderly women treated at the gynecological outpatient clinic over a period of one year, estimating the proportion of sexually active women, those with an interest in sex, and those who considered the activity of sex important for quality of life, among other findings. **Method:** a cross-sectional, descriptive, and exploratory study was performed. A pilot study was carried out in order to adjust and validate the data collection instrument. A convenience sample of 100 women was considered for the evaluation of socio-demographic characteristics and sexual behavior,

Keywords: Sexuality. Elderly.
Aging.

¹ Santa Casa de Misericórdia, Departamento de Ginecologia e Obstetrícia, Programa de Residência Médica. Vitória, Espírito Santo, Brasil.

² Santa Casa de Misericórdia, Programa de Pós-graduação em Geriatria. Vitória, Espírito Santo, Brasil.

including questions relating to sexual practice and interfering factors. The data were analyzed using frequencies and percentages, and the associations were verified by Pearson's Chi-squared test, considering a significance of 5%. *Results:* it was observed that 60.0% of the elderly women felt sexual desire, although 26.0% were sexually active. While 75.5% reported that aging does not improve the quality of sex, 83.0% believed that it is important for quality of life and 78.0% affirmed that there is no age limit for sexual activity. The cultural view of the elderly may interfere with the maintenance of a sexual life, since 51.0% reported feeling sexual prejudice due to their age. *Conclusion:* sexuality is directly related to the perception of quality of life and as it is a vital human function, can interfere in the social, professional, physical and psychic performance of the individual. The practice of and the desire for sex are not extinguished with aging, which contradicts the myth that the elderly person is an asexual being.

INTRODUÇÃO

A população mundial presencia um aumento na expectativa de vida. Por consequência, levantam-se várias questões de saúde, inclusive a necessidade de manutenção da qualidade de vida, que engloba a percepção da sexualidade como um elemento fundamental, por incluir domínios físicos, psicológicos e sociais¹, mas ainda vista como um tabu^{2,3}.

Os idosos sofrem inúmeras repressões culturais e preconceitos, porém a discussão é ainda maior quando se aborda a sexualidade^{4,5}. A sociedade designa os idosos como incapazes de exercerem sua sexualidade, ainda que, independentemente disso, o desejo sexual se mantenha presente em todas as fases da vida^{6,7}. Embora o processo de envelhecimento passe por mudanças físicas, bioquímicas e funcionais que podem exercer influência no sentido de reduzir a atividade sexual, muitos idosos ainda apresentam importante interesse sexual com o avançar da idade, refutando o preconceito social⁸. Deve-se considerar que existem diversas formas de exercer a sexualidade, como o toque, o abraço ou carícias⁷. As diversas interações possíveis permitem que necessidade em atrair outra pessoa, possa estar mais relacionada à necessidade de conviver a dois do que propriamente com o ato sexual⁸. Assim, as pessoas idosas podem exercer sua sexualidade por mais tempo e com maior satisfação, fortalecendo sua autoestima, confiança e melhorando sua qualidade de vida.

A consulta ginecológica aborda assuntos íntimos e regiões que envolvem pudor e, nesta oportunidade, o médico poderia aproveitar o momento para a abordagem de assuntos relacionados à sexualidade,

ao meio psicossocial da mulher idosa e possíveis diagnósticos de alterações que dificultem o ato sexual. O presente estudo pode contribuir para difundir conhecimentos quanto à necessidade dessa abordagem diante da percepção sexual dessas pacientes⁹. É preciso ressaltar que a sexualidade não se restringe a um ato genital isolado, constituindo-se de um processo biopsicossocial, fazendo-se necessário então, compreender os pacientes em sua totalidade e complexidade a fim de uma melhor abordagem e auxílio ao seu bem-estar^{10,11}.

O presente estudo teve por objetivo avaliar o comportamento sexual de pacientes idosas atendidas em um ambulatório de ginecologia, identificando os fatores que interferem na satisfação e prática sexual, estimando, dentre outros, a proporção das sexualmente ativas, das que possuem interesse sexual e das que consideram o sexo importante para a qualidade de vida.

METÓDO

O estudo é transversal, descritivo e exploratório, de natureza quantitativa, realizado no período de maio 2017 a abril 2018, com a aprovação ética da Plataforma Brasil sob o nº 2142370. Os participantes do estudo foram esclarecidos sobre a pesquisa e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) como garantia da confidencialidade e privacidade das respostas.

O cálculo amostral foi realizado no *G*Power* para verificar associação entre presença do desejo e a percepção sexual, considerando um nível de

confiança de 95%, um poder de 85%, um tamanho de efeito de 0,3 e 1 grau de liberdade. O tamanho amostral obtido foi de 100 pacientes. A amostra foi selecionada sem distinção de raça e status socioeconômico, considerando como critérios de inclusão pacientes do sexo feminino, com idade igual ou superior a sessenta anos e que procuraram espontaneamente a consulta do ambulatório de ginecologia geral do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória, Espírito Santo. Foram excluídas pacientes em tratamento de neoplasias, transtornos neuropsiquiátricos e idosas acamadas.

Foi utilizado como instrumento de coleta de dados um questionário, baseado numa revisão da literatura, composto por questões estruturadas sobre atividade sexual, presença de desejo e interesse sexual, comorbidades e à percepção de qualidade de vida em relação ao sexo⁷. Para validação e identificação de possíveis fatores de confusão ou má compreensão foi realizado um estudo piloto com 20 pacientes, as quais foram desconsideradas no estudo final.

O instrumento de coleta de dados foi apreciado e julgado também por cinco médicos ginecologistas, com o objetivo de verificar a relevância dos itens para avaliação do comportamento sexual. A versão final do instrumento validado, não publicado, foi aplicada em ambiente privativo, consultório médico, guiado por um único médico ginecologista assistente, sendo este um dos pesquisadores envolvidos no estudo.

Os dados foram inicialmente analisados por métodos da estatística descritiva como frequências e percentuais. Associações entre variáveis categóricas foram verificadas por meio do teste qui-quadrado de Pearson, considerando um nível de significância de 5%.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Identificou-se uma prevalência de idosas casadas, com ensino fundamental completo, católicas e com comorbidades (Tabela 1).

Tabela 1. Características sociodemográficas das pacientes (N=100). Vitória, ES, 2018.

Características	N	%
Estado civil		
Casada	36	36,0
Viúva	31	31,0
Divorciada	19	19,0
Solteira	13	13,0
Outros	1	1,0
Escolaridade		
Analfabeto	14	14,0
Ensino fundamental	69	69,0
Ensino médio	14	14,0
Universitário	3	3,0
Religião		
Católica	51	51,0
Evangélica	46	46,0
Outras	2	2,0
Ateu	1	1,0
Comorbidades		
Sim	78	78,0
Não	22	22,0

A maioria das pacientes estudadas são sexualmente inativas (74,0%), sendo que 40,5% delas gostariam de mudar essa realidade, demonstrando que o interesse sexual permanece com a idade. Das 26 pacientes que mantêm relações sexuais, 61,5% dizem estar satisfeitas com a qualidade das relações, podendo demonstrar ser esse um fator importante na vida das pacientes⁹. Diferente do que se imaginava, em vista do tabu em torno à sexualidade de mulheres idosas, observou-se que 60,0% das idosas sentem desejo sexual (Tabela 2).

Apesar de 75,5% relatarem que o avançar da idade não melhora a qualidade do sexo, os resultados desta pesquisa apontaram que a sexualidade é um elemento fundamental para uma boa qualidade de vida na velhice, uma vez que 83,0% das pacientes corroboram essa hipótese, além de 78,0% acreditarem que não há idade para o fim das relações sexuais, contrariando-se a visão de que a sexualidade é incompatível com o avançar da idade⁷.

Das entrevistadas, 78,0% tem comorbidades e 64,4% das pacientes relatam que seus parceiros têm algum fator que limita a atividade sexual, como a falta de desejo, a limitação física e a impotência sexual. De maneira fisiológica ou em decorrência de doenças e uso de medicações, espera-se que ocorra redução global na prática sexual quando comparado a pacientes não idosas¹², porém o aumento da expectativa de vida e aporte da medicina tem facilitado o tratamento multidisciplinar das comorbidades, disfunções e alterações que dificultam a prática sexual¹¹.

Observa-se que diante dessas dificuldades o idoso aborda a sexualidade de formas diferenciadas da penetração, obtendo satisfação através de outros comportamentos. Apesar de 58,0% das pacientes afirmarem que a relação sexual depende de penetração, foram consideradas também outras formas de exercer a sexualidade, como autoerotismo (24,0%) e carícias e beijos (41,0%), estando a capacidade de manter a vida sexual ativa muitas vezes independente de limitações físicas ou comorbidades⁷. Além disso, a presença de parceiro romântico pode estar associada com maior atividade sexual¹³. A sexualidade vai além do sexo, o companheirismo nessa fase da vida revela facetas importantes como a existência de sentimentos, amor, respeito e cumplicidade⁹.

Para ser capaz de compreender a sexualidade no idoso é necessário considerar vários fatores, como cultura, educação e o meio social em que está inserido⁷. Alguns desses fatores que influenciam a não manutenção ou plenitude da vida sexual foram relatados, como mudanças corporais (37,1%), falta de privacidade (11,3%), sentimento de culpa (7,2%), ansiedade (5,2%), e principalmente a visão cultural sobre o idoso, visto que 51,0% afirmam se sentirem vítimas de preconceito sexual devido à idade e por sentirem-se menos valorizadas.

Mesmo que 63,0% afirmem não sentir vergonha em falar de sexo e 81,0% acreditarem que a medicina pode ajudar a melhorar a relação sexual, somente 25,0% já conversaram sobre esse assunto com o seu médico. Nota-se grande dificuldade na abordagem do assunto por parte da paciente^{14,15}, fato esse que pode servir de incentivo a melhorias da relação médico-paciente durante as consultas, melhor abordagem médica e consequente melhor assistência aos problemas relatados.

Houve associação entre a presença do desejo e alguns fatores da percepção sexual (Tabela 3). Observa-se que a maior parte das pacientes mantém desejo sexual. Das sexualmente ativas, 80,8% mantém desejo sexual, mas infelizmente, devido ao desconhecimento e pressão cultural, muitos idosos que sentem desejo sexual experimentam sentimento de culpa ou vergonha por simplesmente se perceberem com vontade de procurar obtenção do prazer¹⁶.

Há uma proporção maior de mulheres que acreditam que o sexo melhora a qualidade de vida e mantém desejo sexual (68,7%). Os resultados apontam que a sexualidade é um fator importante para uma boa qualidade de vida na velhice, sendo fundamental a compreensão da forma como os idosos a percebem e vivenciam¹⁶.

Nesta perspectiva, são também reconhecidos efeitos potencializadores das vivências sexuais, sendo que, das pacientes que acreditam que já tiveram orgasmo, a maioria ainda sente desejo (70,7%) bem como as que creem na melhoria da qualidade do sexo com o progredir da idade (79,2%) e que não há prazo para o fim das relações sexuais.

Tabela 2. Características do comportamento sexual das pacientes (N = 100). Vitória, ES, 2018.

Comportamento sexual		n	%
Mantém relações sexuais	Sim	26	26,0
	Não	74	74,0
Caso tenha respondido não, gostaria de manter?	Não	44	59,5
	Sim	30	40,5
Você está satisfeita com a qualidade das relações sexuais?	Não	10	38,5
	Sim	16	61,5
Você sente desejo sexual	Não	40	40,0
	Sim	60	60,0
Você sente vergonha em falar de sexo?	Não	63	63,0
	Sim	37	37,0
Acredita que já teve orgasmo?	Não	25	25,0
	Sim	75	75,0
Acredita que o sexo é importante para a qualidade de vida?	Não	17	17,0
	Sim	83	83,0
Acredita haver idade para o fim das relações sexuais?	Não	78	78,0
	Sim	22	22,0
Acredita que o avançar da idade melhora a qualidade do sexo?	Não	74	75,5
	Sim	24	24,5
Se sente vítima de preconceito sexual devida a idade?	Não	49	49,0
	Sim	51	51,0
Acredita que a medicina pode ajudar a melhorar as relações sexuais?	Não	19	19,0
	Sim	81	81,0
Você já conversou sobre esse assunto com o seu médico?	Não	75	75,0
	Sim	25	25,0
Ao envelhecer, como se sente?	Mais valorizada	39	39,0
	Menos valorizada	48	48,0
	Não sabe	13	13,0
Fatores que interferem na prática sexual	Corpo	36	37,1
	Ansiedade	5	5,2
	Privacidade	11	11,3
	Culpa	7	7,2
	Nenhuma	22	22,7
	Outras	36	37,1
Seu parceiro tem alguma limitação em relação ao sexo?	Impotência	16	35,6
	Falta de desejo	5	11,1
	Limitação física	8	17,8
	Não possui	16	35,6
Percepção do ato sexual	Masturbação	24	24,0
	Depende da penetração	58	58,0
	Independente da penetração (carícias, beijos...)	41	41,0

Tabela 3. Associação entre a presença do desejo e a percepção sexual. Vitória, ES, 2018.

Percepção sexual	Presença de desejo sexual				p
	Não		Sim		
	n	%	n	%	
Você mantém relações sexuais?	35	47,3	39	52,7	0,012
	5	19,2	21	80,8	
Acredita que já teve orgasmo?	18	72,0	7	28,0	0,000
	22	29,3	53	70,7	
Acredita haver idade para o fim das relações sexuais?	26	33,3	52	66,7	0,010
	14	63,6	8	36,4	
Acredita que o avançar da idade melhora a qualidade do sexo?	34	45,9	40	54,1	0,029
	5	20,8	19	79,2	
Acredita que o sexo é importante para a qualidade de vida?	14	82,4	3	17,6	0,000
	26	31,3	57	68,7	

Os resultados apresentados não têm objetivo de encerrar essa discussão. Os dados não devem ser generalizados, uma vez que os resultados e conclusões desta pesquisa podem não se relacionar a outras populações devido à amostra. Desta forma, este estudo pressupõe a realidade da temática dentro do contexto de saúde do idoso e instiga a realização de novas pesquisas e a validação de instrumentos que envolvam todos os aspectos da sexualidade do indivíduo.

CONCLUSÃO

A sexualidade está diretamente relacionada com a percepção da qualidade de vida, sendo esta um conceito amplo e que contempla não apenas a situação de saúde, mas também a imagética do idoso sob aspectos físicos, psicológicos e sociais. A prática sexual não é extinta com o envelhecimento, contrariando o mito de que a pessoa idosa é um ser assexuado.

A maioria das pacientes pesquisadas são sexualmente inativas, porém com interesse na mudança desse fato, refletindo a permanência do interesse sexual com o avançar da idade. Entretanto, fatores foram apontados como causas da redução global da prática sexual, como presença de comorbidades, mudanças corporais, impotência sexual e visão social deturpada da sexualidade que

faz com que o idoso não se sinta à vontade ou até mesmo culpado ao expressar seus desejos. Apesar disso, observa-se que as pacientes encontram outras formas de obter satisfação e que dentre as próprias pacientes não foi observado o preconceito cultural relacionado a sexo e idade, em que a maioria afirma acreditar não haver idade para o fim da prática sexual.

Estudos que explorem e identifiquem os fatores envolvidos e as dificuldades encontradas por essas pacientes são fundamentais para contribuir para o auxílio integral ao paciente e, embora considerado de grande importância na vida de pessoas de todas as idades, estudos brasileiros sobre o assunto são escassos. Aprofundar o conhecimento sobre esse tema torna-se cada vez mais necessário, uma vez que vem ocorrendo uma revolução na prática da sexualidade, refletindo de forma indiscutível na terceira idade.

Desta forma, nota-se a importância de mais estudos sobre o tema, aprimorando o campo da geriatria/gerontologia e facilitando a relação médico-paciente, momento esse que deve ser oportuno para oferecer informações de qualidade e, se necessário, tratamento de disfunções específicas. Mostra-se importante, ainda, o apoio psicossocial e o planejamento de ações de saúde pública, a fim de proporcionar maior discussão do tema e desmistificação da sexualidade do idoso com consequente naturalidade do assunto o que iria repercutir no bem-estar e qualidade de vida do paciente.

REFERÊNCIAS

1. Castro e Silva IM, Andrade KL. Avaliação da qualidade de vida de idosos atendidos em um ambulatório de Geriatria da região nordeste do Brasil. *Rev Bras Clin Med.* 2013;11(2):129-34.
2. Moura I, Leite MT, Hildebrandt LM. Idosos e sua percepção acerca da sexualidade na velhice. *Rev Bras Ciênc Envelhec Hum.* 2008;5(2):132-40.
3. Viana HB, Madruga VA, Guirardello EB, Silva D. Adaptação e validação da ASKAS – Aging Sexual Knowledge and Attitudes Scale em idosos brasileiros. *Rev Kairós.* 2012;15(8):99-125.
4. Vieira KFL, Nóbrega RPM, Arruda MVS, Veiga PMM. Representação social das relações sexuais: um estudo transgeracional entre mulheres. *Psicol Ciênc Prof.* 2016;36(2):329-40.
5. Souza M, Marcon SS, Bueno SMV, Carreira L, Baldissera VDA. A vivência da sexualidade por idosos viúvas e suas percepções quanto à opinião dos familiares a respeito. *Saúde Soc.* 2015;24(3):936-44.
6. Laurentino NRS, Barboza D, Chaves G, Besutti J, Bervian AS, et al. Namoro na terceira idade e o processo de ser saudável na velhice: recorte ilustrativo de um grupo de mulheres. *Rev Bras Ciênc Envelhec Hum.* 2006;3(1):51-63.
7. Alencar LD, Marques APO, Leal MCC, Vieira JCM. Exercício da sexualidade em pessoas idosas e os fatores relacionados. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2016;19(5):861-9.
8. Bastos CC, Closs VE, Pereira AMVB, Batista C, Idalêncio FA, de Carli GA, et al. Importância atribuída ao sexo por idosos do município de Porto Alegre e associação com a autopercepção de saúde e o sentimento de felicidade. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2012;15(1):87-95.
9. Dantas TWSS, Silva AS, Farias AM. “Toda idade tem prazer e medo”: idoso e sexualidade [Internet]. In: *Anais do 5º Congresso Internacional de Envelhecimento Humano*; 22-24 nov. 2017; Maceió. Maceió: Realize; 2017 [acesso em 21 ago. 2018]. Disponível em: http://www.editorarealize.com.br/revistas/cieh/trabalhos/TRABALHO_EV075_MD2_SA9_ID1779_23102017155946.pdf
10. Alencar DL, Marques APO, Leal MCC, Vieira JCM. Fatores que interferem na sexualidade de idosos: uma revisão integrativa. *Ciênc Saúde Colet.* 2014;19(8):3533-42.
11. Hughes AK, Rostant OS, Pelon S. Sexual problems among older women by age and race. *J Womens Health.* 2015;24:663-9.
12. Appa AA, Creasman J, Brown JS, Van Den Eeden SK, Thom DH, Subak LL, et al. The impact of multimorbidity on sexual function in middle-aged and older women: beyond the single disease perspective. *J Sex Med.* 2014;11(11):2744-55.
13. Thomas HN, Hess R, Thurston RC. Correlates of sexual activity and satisfaction in midlife and older women. *Ann Fam Med.* 2015;13(4):336-42.
14. Olatayo AA, Zubwa OO, Adekunle AE. Sexuality in Nigerian older adults. *Pan Afr Med J.* 2015;22:315.
15. Uchôa YS, Costa DCA, Silva Junior IAP, Silva STS, Freitas WMTM, Soares SCS. A sexualidade sob o olhar da pessoa idosa. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2016;19(6):939-49.
16. Vieira KFL, Coutinho MPL, Saraiva ERA. A Sexualidade na velhice: representações sociais de idosos frequentadores de um grupo de convivência. *Psicol Ciênc Prof.* 2016;36(1):196-209.

Recebido: 08/05/2018

Revisado: 17/09/2018

Aprovado: 20/09/2018



Padrões alimentares de indivíduos idosos do município de São Paulo: evidências do estudo SABE (Saúde, Bem-estar e Envelhecimento)

Dietary patterns of elderly persons from the city of São Paulo: evidence from the SABE (Health, Wellbeing and Aging) survey

Daiana Aparecida Quintiliano Scarpelli Dourado^{1,2}
Maria de Fátima Nunes Marucci³
Manuela de Almeida Roediger¹
Yeda Aparecida de Oliveira Duarte⁴

Resumo

Objetivo: determinar os padrões alimentares da população idosa, considerando aspectos sociodemográficos, de estilo de vida e clínicos. **Método:** foi realizada uma análise transversal nas coortes do Estudo SABE (Saúde, Bem-estar e Envelhecimento). Estudo de caráter epidemiológico, de base domiciliar, representativo do município de São Paulo. A população deste estudo incluiu 1.304 idosos (≥ 60 anos), de ambos os sexos, selecionados por amostragem probabilística estratificada, entrevistados em 2010. Os dados sobre alimentação foram obtidos por meio de questionário de frequência alimentar qualitativo. Os padrões alimentares foram determinados pela análise fatorial exploratória por componentes principais. Foram utilizados Teste de Wald para amostragem complexa. **Resultados:** quatro padrões alimentares foram identificados: padrão inadequado, composto por: frituras, embutidos, enlatados, doces, tubérculos, temperos e molhos industrializados e ovos; padrão modificado: laticínios desnatados, cereais e pães integrais e alimentos *light/diet/zero*; padrão benéfico: frutas, verduras e legumes e tubérculos; e padrão tradicional brasileiro: óleos vegetais, arroz, cereais refinados e pão branco, carnes e leguminosas. O perfil sociodemográfico e de estilo de vida dos idosos que adotam cada padrão alimentar é distinto. **Conclusão:** os padrões alimentares compostos por alimentos saudáveis estiveram associados ao sexo feminino, idosos com mais de 2 doenças crônicas, mais longevos, com maior escolaridade, melhor estilo de vida e autopercepção de saúde. Importante considerar estes aspectos, pois são determinantes no tipo de dieta adotado por esta população.

Palavras-chave: Saúde do Idoso. Dieta. Análise Fatorial. Condições Sociais. Estilo de Vida.

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

² Universidad del Desarrollo, Facultad de Medicina, Escuela de Nutrición y Dietética. Santiago de Chile, Chile.

³ Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, Departamento de Nutrição. São Paulo, São Paulo, Brasil.

⁴ Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem, Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica. São Paulo, São Paulo, Brasil.

Correspondência

Daiana Aparecida Quintiliano Scarpelli Dourado
daiananutri@yahoo.com.br

Abstract

Objective: to determine the dietary patterns of elderly persons in terms of sociodemographic, lifestyle and clinical aspects. **Method:** a cross-sectional study was conducted using the cohorts of the SABE (Health, Wellbeing and Aging) study. An epidemiological, home-based study representative of the city of São Paulo was carried out. The population of this study included 1,304 elderly persons (≥ 60 years), of both genders, selected by probabilistic stratified sampling, interviewed in 2010. Food intake data were obtained through a qualitative food frequency questionnaire. Dietary patterns were determined by exploratory factorial analysis by principal components. The Wald test was used for complex sampling. **Results:** four dietary patterns were identified: inadequate patterns, consisting of fried and canned food, sausages, sweets, tubers, industrialized sauces and eggs; modified pattern, skimmed milk, whole grain breads and cereals, light/diet/zero foods; beneficial pattern, fruits, vegetables and tubers; and traditional Brazilian pattern, vegetable oils, rice, refined cereals and white bread, meats and legumes (beans). The sociodemographic and lifestyle profile of the elderly persons who adopted each dietary pattern was different. **Conclusion:** healthier dietary patterns were associated with the female gender, older elderly persons, two or more chronic diseases, higher levels of schooling, a better lifestyle and a better self-perception of health. It is important to consider all these aspects as they are determinant in the type of diet adopted by this population.

Key words: Health of the Elderly. Diet. Factor Analysis, Statistical. Social Conditions. Life Style.

INTRODUÇÃO

A epidemiologia nutricional, tradicionalmente, foca a relação entre o efeito de nutrientes ou de um alimento específico sobre desfechos em saúde¹⁻³. Entretanto, esse tipo de análise tem sido considerado limitado, já que a alimentação humana é complexa e possui diferentes componentes (químicos, combinação de alimentos, características do solo, água, uso de fármacos, entre outros) que podem alterar a biodisponibilidade de um determinado nutriente. Por isso, muitos pesquisadores têm proposto o estudo do padrão alimentar, pois consideram que os alimentos não são ingeridos isoladamente na dieta^{4,5}.

Segundo a *Dietary Guidelines for Americans* o padrão de consumo alimentar é definido como “a descrição dos tipos e quantidades de alimentos e bebidas ingeridas, em média, ao longo do tempo”, ou seja, a descrição pode ser de um hábito alimentar ou de uma combinação de alimentos recomendados para a ingestão⁶. O padrão alimentar expressa situações reais de disponibilidade de alimentos, envolve seleções, escolhas, ocasiões e rituais, e varia de acordo com o grupo etário, étnico, condição socioeconômica e cultura^{3,7}. As escolhas alimentares não se fazem apenas com os alimentos mais nutritivos, ou com

os mais acessíveis e ofertados pelo mercado, mas também pela cultura que define as permissões ou interdições alimentares, e isso desempenha uma função fundamental na formação e manutenção dos hábitos alimentares⁸.

A dieta brasileira típica atual está passando por transformações, especialmente nas faixas etárias mais jovens, mas também com impacto em idosos^{9,10}. Freitas et al.¹⁰ constataram que houve redução na compra de alimentos tradicionais básicos, como arroz, feijão e hortaliças, e aumentos expressivos (de até 400%) na compra de alimentos processados, como bolachas e biscoitos, refrigerantes, carnes processadas e pratos prontos, no padrão de alimentação de idosos brasileiros. Isso pode ser reflexo das mudanças reportadas nos estudos que analisaram as compras de alimentos pelas famílias brasileiras, da década de 1970 a meados da década de 2000.

Souza et al.¹¹ analisaram por meio de registro alimentar os dados de uma subamostra de 25% dos domicílios brasileiros, que compunham a amostra original da Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009, perfazendo um total de 34.003 indivíduos, com idade acima de dez anos, incluindo idosos. Os alimentos mais consumidos por toda a população brasileira foram: arroz (84,0%), café (79,0%), feijão (72,8%), pão de sal (63,0%) e carne bovina (48,7%).

A estratificação por idade mostrou que o café é o mais consumido pelos idosos, além disso, quando comparados com os grupos etários observa-se que os idosos são os únicos que incluíram maior número de frutas e hortaliças entre os alimentos mais prevalentes (banana e laranja; salada crua e alface).

Padrões alimentares saudáveis caracterizados por maior ingestão de frutas e vegetais têm sido relacionados a menores riscos de câncer, diabetes, doenças cardiovasculares e doença de Alzheimer, enquanto os padrões alimentares ocidentais (açúcar, gordura, alimentos processados e grãos refinados) podem promover efeito inverso. Há estudos indicando que os padrões alimentares podem ser influenciados não somente pela idade, mas também por sexo, estado socioeconômico, civil, arranjo familiar, estilo de vida e condições clínicas como presença de doenças e mastigação¹²⁻¹⁵.

A análise fatorial para determinação dos padrões alimentares vem sendo sugerido na literatura pois, examina a dieta global bem como efeitos interativos dos alimentos e respectivos nutrientes, não focalizando somente em um alimento ou nutriente específico. Este tipo de abordagem pode melhorar a compreensão das práticas alimentares atuais, oferecer uma maneira de avaliar os resultados da saúde das pessoas que aderem a determinado padrão, e produzem resultados que podem ser diretamente aplicáveis uma vez que, as recomendações para populações baseadas em alimentos são mais compreensíveis que baseada em nutrientes^{4,16}.

Embora pareça óbvio que padrões alimentares menos adequados podem estar associados negativamente a saúde, em idosos esta relação ainda necessita ser melhor compreendida, visto que a alimentação inadequada nesta idade parece estar relacionada a idosos com menor número de doenças crônicas e complicações, sendo necessário o seguimento desses indivíduos para identificar os determinantes e o momento das mudanças dietéticas. O presente estudo teve como objetivos identificar os padrões alimentares da população idosa do município de São Paulo, participantes da coorte de idosos do Estudo SABE (Saúde, Bem-estar e Envelhecimento), e verificar associação com variáveis sociodemográficas, de estilo de vida e clínicas.

MÉTODOS

Delineamento do estudo

Trata-se de uma abordagem transversal dos idosos pertencentes a três coortes do estudo SABE, Brasil.

O estudo SABE teve o objetivo de conhecer as condições de vida e saúde de idosos (≥ 60 anos) da América Latina e Caribe. A Organização Pan Americana de Saúde (OPAS) coordenou um estudo multicêntrico, epidemiológico e de base domiciliar no período de 2000 a 2001, em sete países: Argentina (Buenos Aires); Barbados (Bridgetown); Brasil (São Paulo); Chile (Santiago); Cuba (Havana); México (Cidade do México) e Uruguai (Montevideú)¹⁷.

No Brasil, o estudo foi realizado no município de São Paulo (SP), sendo coordenado pela Faculdade de Saúde Pública (FSP) da Universidade de São Paulo (USP), apoiado pela OPAS e financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP) e Ministério da Saúde¹⁷.

Todos os procedimentos do processo de amostragem (idosos e domicílios), coleta, elaboração do banco de dados foram publicados anteriormente^{17,18}. O questionário utilizado para o estudo foi o proposto pela OPAS, traduzido e adaptado para utilização no Brasil.

Os procedimentos para a coleta de dados e o questionário utilizado para registro dos dados foram iguais nas três coortes consideradas neste estudo. Os idosos sobreviventes de 2000 e 2006 foram entrevistados em 2010, excluindo os que morreram, mudaram, não localizados, que foram hospitalizados/institucionalizados ou que se recusaram a participar.

População de estudo

A população deste estudo foi composta 1.304 indivíduos obtidos pela combinação de dados dos idosos (≥ 60 anos), de ambos os sexos, participantes do Estudo SABE em 2010, sendo pertencentes a três coortes: **coorte A** - iniciada em 2000, com idosos ≥ 60 anos ($n=738$); **coorte B** - iniciada em 2006, com idosos de 60 a 64 anos ($n=239$); e, **coorte C** - iniciada em 2010, com idosos de 60 a 64 anos ($n=327$).

Foram incluídos todos os indivíduos entrevistados em 2010 com dados completos das variáveis de estudo, sendo excluídos das análises os indivíduos que não sabiam ou não responderam alguma das perguntas.

Variáveis de estudo

As variáveis de estudo se subdividiram em:

- Ingestão alimentar

A alimentação habitual foi investigada por meio de um questionário de frequência alimentar (QFA) qualitativo validado por comitê de especialistas na área de alimentação e envelhecimento que considerou a ingestão habitual do último mês. O mesmo foi composto por 107 alimentos, subdivididos em 18 grupos de alimentos conforme apresentado no quadro 1.

As possibilidades de respostas das frequências de ingestão foram: 1. não come ou come de vez em quando; 2. come uma vez por semana; 3. come de duas a três vezes por semana, 4. come de quatro a seis vezes por semana; 5. come uma vez por dia; 6. come de duas a três vezes por dia; 7 não sabe; 8. não respondeu. Os indivíduos que não sabiam ou não responderam o QFA foram excluídos desta análise.

- Sociodemográficas:

Sexo (masculino e feminino); grupo etário (60 a 74 anos e ≥ 75 anos, em 2010). Escolaridade, categorizada em anos de estudo (analfabeto, um a quatro anos, cinco a oito anos, > oito anos). Condição de companhia no domicílio que reside (sozinho, acompanhado). Estado marital (casado, viúvo e não casado – solteiro, divorciado, desquitado). Trabalha atualmente (sim, não); e, considerava a renda que recebe suficiente para as despesas do lar (sim, não).

Quadro 1. Lista dos alimentos pertencentes a cada grupo de alimento do questionário de frequência alimentar utilizado no Estudo SABE. Município de São Paulo, SP, 2010.

Grupo de alimentos	Alimentos pertencentes
Frutas	banana, laranja, maçã, mamão, melancia, uva.
Legumes e Verduras	abobrinha, cenoura, chuchu, pepino, tomate, alface, agrião, couve, repolho, rúcula.
Laticínios desnatados	leite desnatado ou semidesnatado, iogurte desnatado, queijos brancos e queijos <i>lights</i> .
Laticínios integrais	leite integral, iogurte integral, queijo muçarela e prato.
Carnes	vaca, frango, peixe ou porco.
Ovos	ovos de galinha e codorna.
Leguminosas	feijão (branco, preto, carioca), lentilha, grão de bico, ervilha seca e soja.
Embutidos	salsicha, salame, linguiça, mortadela, presunto, peito de peru, <i>blanquet</i> .
Arroz, pães e massas refinados	pão, arroz branco, macarrão, bolo, aveia, biscoitos sem recheio, fubá, farinha de milho e farinha de mandioca.
Cereais e pães integrais	pão, arroz, bolo, macarrão, biscoitos.
Tubérculos	batata inglesa, inhame, cará, mandioca, mandioquinha, batata doce.
Doces	balas, bombom, pirulito, chocolate, bolacha recheada, geleia, pudim, mousse, sorvete, doce de leite, de abóbora, cocada, caldo de cana e refrigerantes não dietéticos.
Alimentos <i>light</i> , <i>diet</i> ou zero	refrigerantes, sucos, gelatina, balas e chocolates.
Óleos vegetais e derivados	óleo de soja, milho, girassol, canola, azeite de oliva, margarina e maionese.
Gordura animal	manteiga, creme de leite, nata, banha de porco e toucinho.
Frituras	pastel, batatinha frita, coxinha, quibe e rissole.
Enlatados	ervilha, milho, azeitona, massa ou molho de tomate.
Temperos ou molhos Industrializados	molhos para saladas, caldos em tablete ou em pó, sopa industrializada, macarrão instantâneo e salgadinhos de pacote.

- *Estilo de Vida*

Ingestão de bebida alcoólica: obtida pela resposta à seguinte pergunta: “nos últimos três meses, em média, quantos dias por semana tomou bebidas alcoólicas?” Categorizada em nenhum dia, e um-sete dias (não, sim). Tabagismo (fuma atualmente, já fumou e nunca fumou). Nível de atividade física, identificada pelo *International Physical Activity Questionnaire* (IPAQ), versão curta, classificados em ativo, indivíduos que praticaram ≥ 150 minutos de atividades físicas moderada por semana em diferentes domínios (lazer, transporte, trabalho e tarefas domésticas); e, não ativo aqueles indivíduos que praticavam < 150 minutos por semana em diferentes domínios (lazer, transporte, trabalho e tarefas domésticas).

- *Clinicas*

Dificuldade para mastigar alimentos duros como carne ou maçã nos últimos 12 meses, categorizada em frequentemente (três a sete vezes por semana), às vezes (uma a duas vezes por semana), e nunca (não ocorre em nenhum momento). Autopercepção de saúde, categorizada em boa (muito boa e boa), regular, e ruim (muito ruim e ruim); e número Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) - autorreferência das seguintes doenças: hipertensão arterial sistêmica, diabetes *mellitus*, câncer, doença crônica do pulmão, doença cardíaca, acidente vascular cerebral, doença osteoarticular e osteoporose, categorizadas em zero, uma, duas ou mais DCNT.

Análise estatística

As variáveis de estudo foram apresentadas por meio de frequência absoluta e relativa, essa última, ponderada pelo peso amostral do setor censitário ao qual o indivíduo pertence, com base no censo de 2010.

Os padrões alimentares foram obtidos pela análise fatorial exploratória por componentes principais. A adequação da amostra foi verificada pelo Teste Kaiser-Meyer-Olkin (KMO). Adicionalmente, a

adequação da aplicabilidade da análise fatorial pelo Teste de Esfericidade de Bartlett. Para a identificação do número de fatores (padrões) a serem retidos, utilizou-se como critério inicial, o da raiz latente de Kaiser, no qual autovalores (“*eigenvalues*”) superiores a 1,0 devem ser extraídos. Posteriormente, análise do Gráfico de Cattell (*scree test*).

Realizou-se a rotação ortogonal Varimax e foram considerados significantes os grupos de alimentos com cargas fatoriais rotacionadas acima de 0,30. Escores foram derivados de cada padrão obtido; o escore médio de cada padrão foi calculado e analisado segundo as variáveis independentes. As diferenças entre as médias de escores foram estimadas utilizando o Teste Generalizado de Igualdade Entre Médias de Wald e foram considerados aderentes ao padrão alimentar aqueles que apresentaram maior média positiva. As variáveis com $p < 0,05$ foram consideradas significativas. O efeito de delineamento amostral foi considerado em todas as análises. O programa estatístico STATA 13.1 foi utilizado para os cálculos estatísticos.

Todos os idosos participantes assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O presente estudo foi aprovado através da Plataforma Brasil, sob número de parecer 128.945.

RESULTADOS

Dos 1.304 idosos avaliados 60,2% eram mulheres, e 71,4% tinham entre 60 a 74 anos, 51,0% possuíam de um a quatro anos de estudo, destacando que 13,1% eram analfabetos. Com relação a situação de companhia a maioria morava acompanhado (84,6%), eram casados (54,9%), não trabalhavam atualmente (67,5%) e consideravam a renda mensal suficiente para todas as despesas do lar (56,9%). Considerando as variáveis de estilo de vida estudadas, 67,5% eram inativos, 51,6% nunca fumaram e 78,9% não ingeriam bebidas alcoólicas. Já com relação à mastigação no último ano somente 53,1% não apresentavam dificuldades para mastigar alimentos duros, ademais 49,6% referiram ter saúde boa e muito boa e 52,7% apresentavam 2 ou mais DCNT (Tabela 1).

Tabela 1. Características da população de estudo. Estudo SABE*. Município de São Paulo, SP, 2010.

Variáveis	n (%)
Sexo	
Masculino	463 (39,8)
Feminino	841 (60,2)
Idade	
60 a 74 anos	783 (71,4)
≥ 75 anos	521 (28,6)
Escolaridade	
Analfabeto	200(13,1)
1 a 4 anos	696 (51,0)
5 a 8 anos	179 (15,3)
> 8 anos	229 (20,6)
Companhia no domicílio	
Sozinho	218 (15,4)
Acompanhado	1.086 (84,6)
Estado marital	
Casado	644 (54,9)
Não casado	163 (13,2)
Viúvo	485 (31,9)
Trabalho atual	
Sim	360 (32,5)
Não	938 (67,5)
Renda suficiente para todas as despesas	
Sim	728 (56,9)
Não	547 (43,1)
Atividade física	
Ativo	421 (32,5)
Não ativo	883 (67,5)
Tabagismo	
Nunca fumou	694 (51,6)
Já fumou	473 (36,6)
Fuma atualmente	136 (11,8)
Ingestão de bebidas alcoólicas	
Sim	270 (21,1)
Não	1.033 (78,9)
Dificuldade para mastigar alimentos duros	
Nunca	645 (53,2)
Às vezes	298 (23,1)
Frequentemente	329 (23,7)
Dificuldade de comer sozinho	
Sim	51 (2,7)
Não	1.253 (97,3)
Autopercepção de saúde	
Muito boa e boa	584 (49,6)
Regular	566 (42,6)
Muito ruim e ruim	108 (7,8)
Número de doenças crônicas referidas	
Nenhuma	209 (16,3)
1	390 (31,0)
≥ 2	705 (52,7)

*Saúde, Bem Estar e Envelhecimento.

Neste estudo, quatro padrões alimentares foram encontrados por meio da análise fatorial exploratória, que juntos explicaram 38,5% da variância total de ingestão (Tabela 2).

O primeiro padrão a ser extraído foi denominado *inadequado*, pois está composto por alimentos como frituras, embutidos, alimentos enlatados, doces, temperos e molhos industrializados, tubérculos e ovos. O segundo padrão encontrado foi denominado *modificado*, visto que está constituído de alimentos que tradicionalmente são indicados para consumo na dietoterapia das principais DCNT que acometem esta população (laticínios desnatados, arroz, pão, cereais e massas integrais e alimentos *light, diet* ou zero). O terceiro padrão por ser composto preferencialmente por alimentos *in natura* (legumes, verduras, frutas e tubérculos) foi denominado *benéfico* e, por fim o quarto padrão se caracterizou por alimentos que

compõem a dieta brasileira típica (óleos vegetais, margarina, arroz, pão, massas refinados, carnes e leguminosas – feijão), assim foi denominado *tradicional brasileiro* (Tabela 2).

A comparação de médias entre os escores de adesão aos padrões alimentares e as variáveis sociodemográficas, de estilo de vida e clínicas mostrou que o *padrão inadequado* foi relacionado aos indivíduos do sexo masculino, aqueles com maior escolaridade, não ativos fisicamente, que ingeriam bebidas alcoólicas, que às vezes tinham dificuldades de mastigar alimentos duros, entretanto que consideravam sua saúde boa e não referiram ou referiram apenas uma DCNT ($p > 0,05$). Por sua vez, o *padrão modificado* esteve estatisticamente associado ao sexo feminino, aos idosos mais velhos, com mais anos de estudo, que já fumaram ou fumam atualmente e que apresentavam maior número de DCNT (Tabela 3).

Tabela 2. Distribuição das cargas fatoriais dos componentes dos padrões alimentares, segundo grupos de alimentos, dos idosos do Estudo SABE, Município de São Paulo, SP, 2010.

Grupos de alimentos	Padrões alimentares			
	Inadequado	Modificado	Benéfico	Tradicional*
Alimentos <i>light, diet</i> ou zero	0,113	0,499	0,105	-0,065
Arroz, pães e massas integrais	-0,029	0,585	0,229	-0,173
Arroz, pães e massas refinados	0,031	-0,207	-0,009	0,655
Carnes	-0,019	0,093	0,005	0,576
Doces	0,491	-0,145	0,182	0,096
Embutidos	0,594	-0,059	-0,007	0,140
Enlatados	0,557	0,115	0,023	0,102
Frituras	0,644	-0,052	-0,260	0,028
Frutas	-0,074	0,079	0,741	-0,028
Gorduras animais	0,259	-0,123	0,099	-0,117
Laticínios desnatados	0,007	0,754	0,173	0,060
Laticínios integrais	0,122	-0,689	0,186	0,032
Leguminosas	0,043	-0,089	0,015	0,465
Molhos/temperos industrializados	0,383	0,069	-0,228	0,115
Óleos vegetais	0,125	0,065	0,108	0,681
Ovos	0,396	-0,129	0,133	-0,155
Tubérculos e raízes	0,400	-0,039	0,445	-0,155
Verduras e legumes	-0,035	0,085	0,742	0,147
% Variância explicada	12,1	10,3	8,4	7,7
% Acumulado	12,1	22,4	30,8	38,5
<i>Eigenvalue</i>	2,18	1,86	1,50	1,38

*Tradicional brasileiro; negrito: cargas fatoriais significativas; *Kaiser-Meyer-Olkin test* = 0,61.

Tabela 3. Distribuição das médias de escores dos padrões alimentares segundo variáveis sociodemográficas, de estilo de vida e clínicas. Estudo SABE. Município de São Paulo, SP, 2010.

Variáveis	Padrões Alimentares			
	Inadequado Média (EP*)	Modificado Média (EP)	Benéfico Média (EP)	Tradicional Brasileiro Média (EP)
Sexo				
Feminino	-0,05 (0,04) [‡]	0,13 (0,04) [§]	0,06 (0,04) [§]	-0,02 (0,04) [‡]
Masculino	0,09 (0,05)	-0,07 (0,05)	-0,14 (0,06)	0,10 (0,05)
Idade				
60 a 74 anos	-0,01 (0,04)	0,12 (0,04) [§]	-0,09 (0,04) [§]	0,10 (0,04) [§]
≥ 75 anos	0,05 (0,07)	-0,12 (0,05)	0,15(0,04)	-0,16 (0,05)
Escolaridade				
Analfabeto	-0,08 (0,08) [§]	-0,26 (0,07) [§]	-0,28 (0,08) [§]	0,04 (0,07) [‡]
1 a 4 anos	-0,07 (0,04) [§]	-0,06 (0,04) [§]	-0,11 (0,04) [§]	0,12 (0,04) [§]
5-8 anos	0,04 (0,08)	0,19 (0,08) [‡]	0,09 (0,08)	-0,05 (0,09)
>8 anos	0,22 (0,07)	0,41 (0,07)	0,28 (0,08)	-0,15 (0,07)
Companhia domicílio				
Sozinho	-0,11 (0,07)	0,10 (0,07)	-0,07 (0,08)	-0,20 (0,08) [§]
Acompanhado	0,03 (0,03)	0,04 (0,03)	-0,01 (0,04)	0,07 (0,03)
Estado marital				
Casado	0,01 (0,04)	0,06 (0,04)	-0,06 (0,05)	0,09 (0,04)
Não casado	-0,01 (0,08)	0,08 (0,08)	0,01 (0,09)	-0,07 (0,09)
Viúvo	0,02 (0,05)	0,02 (0,05)	0,06 (0,05)	-0,04 (0,05) [‡]
Trabalho atual				
Sim	0,06 (0,06)	0,09 (0,06)	-0,09 (0,06)	0,07 (0,06)
Não	-0,02 (0,03)	0,03 (0,04)	0,01 (0,04)	0,01 (0,03)
Renda atual suficiente				
Sim	0,05 (0,04)	0,09 (0,04)	0,09 (0,04) [§]	-0,12 (0,04) [§]
Não	-0,04 (0,04)	-0,01 (0,04)	-0,18 (0,05)	0,24 (0,04)
Atividade física				
Ativo	-0,20 (0,05) [§]	0,03 (0,05)	0,07 (0,05) [‡]	-0,01 (0,05)
Não ativo	0,10 (0,04)	0,06 (0,04)	-0,07 (0,04)	0,04 (0,04)
Tabagismo				
Nunca fumou	-0,04 (0,04)	0,10 (0,04)	0,12 (0,04) [§]	-0,03 (0,04) [‡]
Já fumou	0,03 (0,05)	0,05 (0,05) [‡]	-0,08 (0,06) [§]	0,10 (0,05)
Fuma	0,12 (0,09)	-0,15 (0,09) [‡]	-0,47 (0,11) [§]	0,05 (0,10)
Ingere bebida alcoólica				
Sim	0,27 (0,07) [§]	0,02 (0,03)	0,18 (0,06) [§]	-0,06 (0,06)
Não	-0,07 (0,03)	0,16 (0,07)	-0,08 (0,04)	0,05 (0,03)
Dificuldade de mastigação				
Nunca	-0,06 (0,04) [§]	0,10 (0,04)	0,04 (0,04)	0,11 (0,04) [§]
Às vezes	0,27 (0,06) [§]	0,00 (0,06)	-0,09 (0,06)	-0,17 (0,05) [§]
Frequentemente	-0,12 (0,05)	0,02 (0,06)	-0,13 (0,06) [‡]	0,06 (0,06)
Autopercepção de saúde				
Muito boa e boa	0,08 (0,05) [‡]	0,12 (0,05)	0,04 (0,05)	-0,01 (0,04) [‡]
Regular	-0,06 (0,04)	-0,00 (0,04)	-0,07 (0,05) [‡]	0,11 (0,04) [‡]
Muito ruim e ruim	-0,07 (0,10)	0,06 (0,11)	-0,32 (0,11) [§]	-0,18 (0,11)
Número de DCNT**				
Nenhuma	0,15 (0,07)	-0,23 (0,06) [§]	0,04 (0,07)	0,12 (0,06)
Uma	0,07 (0,06) [‡]	0,07 (0,06)	-0,01(0,06)	0,08 (0,05)
Dois ou mais	-0,08 (0,04) [§]	0,12 (0,04) [§]	-0,05 (0,04)	-0,03 (0,04) [‡]

*Erro padrão; **Doenças crônicas não transmissíveis; [‡]Teste de Wald $p < 0,05$; [§]Teste de Wald $p < 0,01$.

Ao *padrão benéfico* tiveram maior adesão às mulheres, idosos com mais de 75 anos, com maior escolaridade e que consideraram a renda atual suficiente para as despesas do lar, que eram ativos fisicamente, nunca fumaram e que ingeriam bebidas alcoólicas, além de não apresentarem dificuldades de mastigar alimentos duros e que consideravam sua saúde como boa e muito boa ($p>0,05$) (Tabela 3).

O perfil dos adeptos ao *padrão tradicional brasileiro* foi composto por indivíduos do sexo masculino, de 60 a 74 anos, com menos anos de estudo, que viviam acompanhados e eram casados, que a renda não era suficiente para as despesas, já fumaram, entretanto que não apresentavam dificuldades de mastigar alimentos duros, não referiram DCNT e consideravam sua saúde como regular ($p>0,05$) (Tabela 3).

DISCUSSÃO

Neste estudo foram identificados quatro padrões alimentares respectivos aos idosos do Estudo SABE, do município de São Paulo-SP, Brasil. As distintas variáveis sociodemográficas, de estilo de vida e clínicas foram associadas aos padrões alimentares deste estudo mostrando que muitas vezes essas são as determinantes das escolhas e da ingestão alimentar nesta fase da vida.

Os padrões foram identificados pelo uso da análise fatorial. Este tipo de análise integra os métodos estatísticos multivariados, que utilizam informações reportadas em questionários de frequência alimentar ou em registros alimentares para identificar padrões comuns de ingestão de alimentos. Análise fatorial é considerada abordagem *posteriori* porque os padrões dietéticos são derivados através de modelagem estatística dos dados dietéticos existentes. Geram padrões com base nos dados disponíveis, sem qualquer hipótese *a priori*, portanto, não necessariamente representam padrões ótimo ou aceitáveis de acordo com a literatura, mas refletem a realidade de ingestão dos indivíduos estudados^{19,20}.

Quatro padrões alimentares foram identificados, explicando 38,5% da variabilidade. Esta proporção, apesar de ser considerada abaixo do preconizado por Hair et al.²¹ (sugerem 60% como recomendado) é aceitável, pois estudos com dados alimentares

apresentam, na maioria, grande quantidade de grupos e/ou alimentos diminuindo a possibilidade de alta explicação da variabilidade na composição dos fatores. Na literatura observa-se proporções variáveis dependendo do tamanho da amostra, Ferreira et al.²², por exemplo, estudaram 355 idosos de Botucatu, e usando método de identificação dos padrões semelhantes ao presente estudo, obtiveram explicação de 25,9% da variabilidade, com 6 padrões extraídos.

A análise de padrão alimentar pode melhorar a compreensão das práticas alimentares atuais, oferecem uma maneira de avaliar os resultados da saúde das pessoas que adotam determinado padrão, e produzem resultados que podem ser diretamente aplicáveis uma vez que, as recomendações para populações baseadas em alimentos são mais compreensíveis, que as baseada em nutrientes²³.

Como padrões alimentares são culturalmente determinados, os estudos nacionais são os mais adequados para comparação. Contudo na literatura internacional, muito se discute dos padrões menos saudáveis denominados “ocidental ou moderno”; e mais saudáveis nomeados como “prudentes ou de estilo mediterrâneo”, influenciando muitas vezes a literatura nacional a utilizar essas nomenclaturas para padrões com alimentos similares. Neste estudo a nomenclatura dos padrões esteve relacionada com o efeito na saúde e à composição dos alimentos que o caracterizaram. Souza et al.⁵ em amostra representativa de idosos de Viçosa (N=402) também identificaram quatro padrões, sendo um caracterizado pela presença de alimentos não saudáveis (padrão gordura e açúcar) e outros caracterizados pela presença de frutas, folhosos e peixes, todos associados com aspectos socioeconômicos, mostrando que aqueles com menor escolaridade têm maior adesão aos padrões menos saudáveis.

De maneira geral, estudos mostram que as mulheres têm dieta de melhor qualidade que os homens, tanto em adultos quanto idosos^{24,25}. Baker e Wardle²⁴ estudaram 1.054 idosos e mostraram que as mulheres ingerem significativamente mais fruta e mais legumes do que os homens, com um total de 3,5 porções por dia para as mulheres, em comparação com 2,5 porções para os homens. Apenas 16% dos homens contra 34% das mulheres consumiram as cinco porções recomendadas de frutas e legumes por

dia. O cerne dessa diferença de gênero pode ser o conhecimento, homens têm menos informações sobre recomendações dietéticas atualizadas e estão menos conscientes da inter-relação entre dieta e morbidades.

Níveis mais elevados de educação estão relacionados com maior renda e impactam a aquisição de alimentos²⁴. No presente estudo, a escolaridade apresentou associação com alimentos mais saudáveis (frutas, legumes e verduras; cereais e pães integrais, e leguminosas). Quanto maior o grau de escolaridade maior a frequência de ingestão de alimentos elevados em fibras e baixos em gorduras. Resultados semelhantes foram encontrados por Nascimento et al.²⁶ no qual nível socioeconômico mais elevado teve fraca associação com alimentos como arroz e feijão, mas também teve forte associação com vegetais, frutas, oleaginosas, etc.

Os indivíduos ativos referiram menor frequência de ingestão de alimentos ultraprocessados e ricos em sódio que os não ativos. Chan et al.²⁷ estudaram idosos chineses domiciliados (N=3.707) e verificaram que idosos mais ativos estavam mais associados a um padrão de alimentação com frutas, legumes e verduras e menos associado a um padrão de carnes e alimentos processados. Aqueles com duas ou mais DCNT têm menor frequência de ingestão de alimentos elevados em carboidratos e baixos em fibras. Isso pode ser pelo fato de que o diagnóstico de doenças, paralelo ao avanço da idade, tende a modificar e melhorar a qualidade da alimentação devido às orientações e cuidados nutricionais transmitidos no aconselhamento dos profissionais de saúde.

Muitas são as alterações fisiológicas e psicossociais que ocorrem no processo de envelhecimento com impacto na qualidade e quantidade da ingestão alimentar. As mais comuns estão relacionadas a alterações nos hormônios periféricos, no controle do sistema nervoso central e nos órgãos diretamente envolvidos na digestão, como o esvaziamento gástrico lento, xerostomia e diminuição da sensibilidade dos sentidos, como o paladar^{5,14}. A depressão, alterações do humor, solidão, viuvez, falta de suporte social, isolamento e pobreza completam os fatores que devem ser considerados na abordagem holística dessa população²⁸. Todas essas condições se associam a consequências relacionadas à saúde, incluindo declínio do estado funcional, função muscular prejudicada, diminuição da massa óssea, deficiências

de micronutrientes, redução das funções cognitivas, aumento da internação e morte prematura²⁸.

Gomes et al.²⁹ semelhantemente investigaram a dificuldade de mastigação e encontraram que os indivíduos com maiores dificuldades de mastigação apresentaram menor qualidade de ingestão alimentar, isso é frequentemente visto pois há menor consumo de alimentos como carnes, frutas e vegetais crus, considerados importantes à saúde, podendo levar a um aporte inadequado de proteínas e micronutrientes³⁰.

A literatura internacional enfatiza a importância do padrão de dieta do mediterrâneo para prevenção das DCNT neste grupo etário^{31,32}. Todavia, apesar dessa evidência científica, convém destacar que o padrão alimentar de uma população é fruto de múltiplos aspectos que incluem fatores individuais, culturais e sociais. Adotar um padrão dietético de outra região geográfica faz com que os alimentos que devem ser ingeridos tenham maior custo e menor disponibilidade. Na população idosa, o fator econômico de muitos idosos, dificulta ou impossibilita a prática de uma alimentação saudável que inclua diariamente e nas quantidades recomendadas a ingestão de frutas, hortaliças, cereais integrais, oleaginosas, leguminosas, bem como de carnes, leite e derivados, pois representam gasto significativo, frente a outras despesas e às necessidades individuais e familiares. Portanto, o desafio é adaptar o padrão dietético da região na qual o indivíduo reside, com mudanças exequíveis e factíveis à realidade social e de saúde de cada um, sempre buscando o melhor arranjo de alimentos aliado ao prazer que somente uma boa comida proporciona^{31,32}.

Entre as limitações do estudo, destaca-se o delineamento transversal, que não permite afirmar se houve mudanças no padrão alimentar durante o processo de envelhecimento. Entretanto, não foi objetivo deste estudo analisar essas mudanças em função do tempo, apesar de estudos mostrarem que o padrão alimentar de idosos pode ser influenciado com avançar da idade, pela diminuição da ingestão alimentar, dificuldades na mastigação e deglutição, renda insuficiente, uso abusivo de medicamentos, presença de doenças, entre outros fatores²⁸.

Como pontos fortes destacam-se ser um estudo de base populacional com representatividade da amostra de idosos do município de São Paulo considerando

o último censo (2010), e ter rigor metodológico na coleta e processamento dos dados, com extensos treinamentos, padronização e supervisão dos diferentes entrevistadores e digitadores.

CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo contribuem para o entendimento acerca da associação entre a ingestão alimentar dos idosos atuais com os aspectos sociais, clínicos e de estilo de vida numa população que cresce progressivamente no Brasil. Foram identificados quatro padrões alimentares predominantes neste estudo: inadequado, modificado, benéfico e tradicional brasileiro, nominados de acordo aos alimentos que o integram.

O padrão alimentar *inadequado* foi o adotado por idosos do sexo masculino, que possuíam maior escolaridade, apresentavam condições clínicas favoráveis, entretanto com estilo de vida precário. Por outro lado, o padrão *modificado* foi o

característico das mulheres, idosos mais jovens, com maior escolaridade, com estilo de vida mais adequado, porém com maior complicação clínica. O perfil dos idosos do padrão *benéfico* foi composto pelas mulheres, mais longevos, com melhor situação econômica, de escolaridade e de estilo de vida. Por fim, o padrão *tradicional brasileiro* foi o adotado pelos homens, mais jovens, que não vivem sozinhos com melhores condições clínicas, todavia tinham menor escolaridade e suficiência de renda.

Essas evidências devem ser consideradas para auxiliar na abordagem nutricional holística do idoso, compreendendo que, nesse grupo populacional, a situação socioeconômica e clínica atual incidem diretamente nas escolhas alimentares e estilo de vida adotados. Estudos longitudinais nacionais são necessários para elucidar as motivações de adotar um determinado padrão alimentar e o momento em que este é modificado; e assim, auxiliar no direcionamento de políticas públicas efetivas de mudanças e promoção de estilos de vida saudáveis para os idosos brasileiros.

REFERÊNCIAS

1. Devlin UM, McNulty BA, Nugent AP, Gibney MJ. The use of cluster analysis to derive dietary patterns: methodological considerations, reproducibility, validity and the effect of energy mis-reporting. *Proc Nutr Soc.* 2012;71(4):599-609.
2. Moreira PRS, Rocha NP, Milagres LC, Novaes JF. Análise crítica da qualidade da dieta da população brasileira segundo o Índice de Alimentação Saudável: uma revisão sistemática. *Ciênc Saúde Colet.* 2015;20(12):3907-23.
3. Chan R, Leung J, Woo J. Dietary patterns and risk of frailty in chinese community-dwelling older people in Hong Kong: a prospective cohort study. *Nutrients.* 2015;7(8):7070-84.
4. Olinto MTA. Padrões Alimentares: análise de componentes principais. In: Kac G, Sichieri R, Gigante DP, organizadores. *Epidemiologia nutricional.* Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007. p. 213-25.
5. Souza JD, Martins MV, Franco FS, Martinho KO, Tinôco AL. Padrão alimentar de idosos: caracterização e associação com aspectos socioeconômicos. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2016;19(6):970-7.
6. US Department of Agriculture (USDA) and Health and Human Services (HHS). Report of the Dietary Guidelines, Advisory Committee on the Dietary Guidelines for Americans [Internet]. Alexandria, VA: USDA; 2010 [acesso em 15 ago. 2016]. Disponível em: <http://www.cnpp.usda.gov/DGAs2010-DGACReport.htm>
7. Sichieri R, Castro JFG, Moura AS. Fatores associados ao padrão de consumo alimentar da população brasileira urbana. *Cad Saúde Pública.* 2003;19(1):47-53.
8. Canesqui AM, Garcia RWD. Uma introdução à reflexão sobre a abordagem sociocultural da alimentação. In: Canesqui AM, Garcia RWD, organizadores. *Antropologia e Nutrição: um diálogo possível.* Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005.
9. Levy-Costa RB, Sichieri R, Pontes NS, Monteiro CA. Disponibilidade domiciliar de alimentos no Brasil: distribuição e evolução (1974-2003). *Rev Saúde Pública.* 2005;39(4):530-40.
10. Freitas AMP, Philippi ST, Ribeiro SML. Listas de alimentos relacionadas ao consumo alimentar de um grupo de idosos: análises e perspectivas. *Rev Bras Epidemiol.* 2011;14(1):161-77.

11. Souza AM, Pereira RA, Yokoo EM, Levy RB, Sichieri R. Alimentos mais consumidos no Brasil: Inquérito Nacional de Alimentação 2008-2009. *Rev Saúde Pública*. 2013;47(1Supl):190-9.
12. Allès B, Samieri C, Lorrain S, Jutand MA, Carmichale PH, Shatenstein B, et al. Nutrient patterns and their food sources in older persons from France and Quebec: dietary and lifestyle characteristics. *Nutrients*. 2016;8(4):1-15.
13. Gimeno SGA, Mondini L, Moraes SA, Freitas ICM. Padrões de consumo de alimentos e fatores associados em adultos de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil: Projeto OBEDIARP. *Cad Saúde Pública*. 2011;27(3):533-45.
14. Oliveira BS, Delgado SL, Brescovici SM. Alterações das funções de mastigação e deglutição no processo de alimentação de idosos institucionalizados. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2014;17(3):575-87.
15. Moreira PL, Corrente JE, Villas PJFB, Ferreira ALA. Dietary patterns are associated with general and central obesity in elderly living in a Brazilian city. *Rev Assoc Med Bras*. 2014;60(5):457-64.
16. Ferrand C, Féart C, Martinent G, Albinet C, André N, Audiffren M. Dietary patterns in french home-living older adults: results from the PRAUSE study. *Arch Gerontol Geriatr*. 2018;74:88-93.
17. Lebrão ML, Laurenti R. Saúde, Bem-estar e envelhecimento: o estudo SABE no Município de São Paulo. *Rev Bras Epidemiol*. 2005;8(2):127-41.
18. Bueno DR, Marucci MFN, Gobbo LA, de Almeida-Roediger M, Duarte YAO, Lebrão ML. Expenditures of medicine use in hypertensive/diabetic elderly and physical activity and engagement in walking: cross sectional analysis of SABE Survey. *BMC Geriatrics*. 2017;17(1):1-9.
19. Nicklett EJ, Kadell AR. Fruit and vegetable intake among older adults: a scoping review. *Maturitas*. 2013;75:305-12.
20. Chan R, Chan D, Wool J. Associations between dietary patterns and demographics, lifestyle, anthropometry and blood pressure in Chinese community-dwelling older men and women. *J Nutr Sci*. 2012;20(1):1-10.
21. Hair JF, Black WC, Babin BJ, Anderson RE, Tatham RL. *Análise Multivariada de Dados*. 6ª ed. Porto Alegre: Bookman; 2009.
22. Hsiao PY, Jensen GL, Hartman TJ, Mitchell DC, Nickols-Richardson SM, Coffman DL. Food intake patterns and body mass index in older adults: a review of the epidemiological evidence. *J Nutr Gerontol Geriatr*. 2011;30(3):204-24.
23. Martínez-González MA, Martín-Calvo N. The major European dietary patterns and metabolic syndrome. *Rev Endocr Metab Disord*. 2013;14(3):265-71.
24. Assumpção D, Domene SMA, Fisberg RM, Barros MBA. Qualidade da dieta e fatores associados entre idosos: estudo de base populacional em Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2014;30(8):1680-94.
25. Yuan YQ, Li F, Meng P, You J, Wu M, Li SG, et al. Gender difference on the association between dietary patterns and obesity in chinese middle-aged and elderly populations. *Nutrients*. 2016;8(8):2-16.
26. Nascimento S, Barbosa FS, Sichieri R, Pereira RA. Dietary availability patterns of the brazilian macro-regions. *Nutr J*. 2011;10:1-8.
27. Chan R, Chan D, Wool J. Associations between dietary patterns and demographics, lifestyle, anthropometry and blood pressure in Chinese community-dwelling older men and women. *J Nutr Sci*. 2012;20(1):1-10.
28. Boer A, Horst G, Lorist M. Physiological and psychosocial age-related changes associated with reduced food intake in older persons. *Ageing Res Rev*. 2013;12(1):316-28.
29. Gomes AP, Soares ALG, Gonçalves H. Baixa qualidade da dieta de idosos: estudo de base populacional no sul do Brasil. *Ciênc Saúde Colet*. 2016;21(11):3417-28.
30. Emami E, de Souza RF, Kabawat M, Feine JS. The impact of edentulism on oral and general health. *Int J Dent*. 2013;2013:1-7.
31. Kastorini CM, Milionis HJ, Esposito K, Giugliano D, Goudevenos JA, Panagiotakos DB. The effect of mediterranean diet on metabolic syndrome and its components: a meta-analysis of 50 studies and 534,906 individuals. *J Am Coll Cardiol*. 2011;57(11):1299-313.
32. Sureda A, Bibiloni MM, Julibert A, Bouzas C, Argelich E, Llopart I, et al. Adherence to the mediterranean diet and inflammatory markers. *Nutrients*. 2018;10(1):1-13.

Recebido: 14/05/2018

Revisado: 31/08/2018

Aprovado: 14/09/2018



A percepção de familiares cuidadores frente às mudanças ocorridas após um diagnóstico de demência

The perception of family caregivers regarding the changes that occur after the diagnosis of dementia

Luciana Maria Santos Cesário¹
Isabelle Patrícia Freitas Soares Chariglione¹

Resumo

Objetivos: evidenciar as percepções de familiares cuidadores, frente às mudanças ocorridas na família, após um parente idoso receber diagnóstico de demência, mensurando as alterações no nível de sobrecarga e analisando o discurso desse familiar. **Método:** a pesquisa foi realizada por meio de entrevista e questionário sociodemográfico, além da aplicação de escala que mede sobrecarga de cuidador - *Zarit Burden Interview*. Esses procedimentos foram aplicados em dois momentos: no acolhimento multidisciplinar do ambulatório de geriatria e após três meses de atendimento. Para análise qualitativa, foi utilizado o *software IRaMuTeQ*, onde, no primeiro momento, os resultados foram os seguintes: na Classificação Hierárquica Descendente (CHD) apresentou quatro classes, Tempo (25,00%), Conhecimento (33,00%), Consequências (22,00%) e Causas (19,40%); Na Nuvem de Palavras (NP), prevaleceu a palavra 'Não'. No segundo momento, na CHD, apresentou seis classes, Tempo atual (13,70%), Causas gerais (15,70%), Tempo futuro (13,70%), Ações (17,60%), Consequências (23,50%) e Causas imediatas (15,70%). A NP permaneceu referindo com maior frequência a palavra 'Não'. Para as análises quantitativas, utilizou-se o *Statistical Package for the Social Sciences*. **Resultados:** os cuidadores são, em maioria, mulheres (75,00%), esposas (62,00%), cuidadoras principais (87,50%), na faixa etária de idosos (60-75 anos). A avaliação da sobrecarga pontuou a fase moderada à grave (75,00%). **Conclusão:** cuidar de um parente com diagnóstico de demência traz implicações diretas aos familiares cuidadores, especialmente aos familiares cuidadores que enfrentam o processo de envelhecimento. As demandas exigidas pela ação de cuidar modificam a rotina familiar e elevam sobremaneira a sobrecarga do cuidador.

Palavras-chave:

Acolhimento. Cuidadores.
Demência. Família.

Abstract

Objectives: to identify the perceptions of family caregivers regarding the changes that occurred in the family after an elderly relative received a diagnosis of dementia, measuring the changes in the level of burden and analyzing the discourse of such caregivers. **Method:** the research was conducted through an interview and sociodemographic questionnaire, in addition to the application of a scale that measures caregiver burden, the *Zarit Burden Interview*. These procedures were applied in two stages, in the multidisciplinary reception

Keywords:

User
Embracement. Caregivers.
Dementia. Family.

¹ Universidade Católica de Brasília, Pós-graduação em Gerontologia. Taguatinga, Brasília, Brasil.

of a geriatric clinic, and after three months of care. For the qualitative analysis, the *IRaMuTeQ* software was used, where, in the first stage, the results were as follows: in the Descending Hierarchical Classification (DHC) four classes were identified: Time (25.00%), Knowledge (33.00%), Consequences and Causes (19.40%); In the Word Cloud (WC), the word 'No' prevailed. In the second stage, DHC presented six classes, Current Time (13.70%), General Causes (15.70%), Future Time (13.70%), Actions (17.60%), Consequences (23.50%) and Immediate Causes (15.70%). The WC continued to refer most frequently to the word 'No'. For quantitative analyzes, the SPSS software was used. *Results:* in most cases, the profile of caregivers was women (75.00%), wives (62.00%), primary caregivers (87.50%), and the elderly (60-75 years). The assessment of burden was moderate to severe (75.00%). *Conclusion:* caring for a relative with a diagnosis of dementia has direct implications for family caregivers, especially family caregivers facing the aging process. The demands of caring modify the family routine and greatly increase the burden of caregivers.

INTRODUÇÃO

É inerente à população idosa a alta prevalência de doenças crônicas, um exemplo são as síndromes demenciais. O número de pessoas idosas com quadro demencial tende a crescer. O envelhecimento da população e o aumento da expectativa de vida trazem, como consequências, o aparecimento de doenças crônico-degenerativas, entre as quais se sobressaem as demências¹⁻³. De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5)⁴, o transtorno neurocognitivo maior é uma síndrome clínica, que cursa com deterioração dos domínios cognitivos, alterações de comportamento e prejuízo em uma ou mais das seguintes áreas: atenção; funcionamento executivo; aprendizado e memória; linguagem; percepção motora; cognição social. Interfere no funcionamento social e ocupacional. Essa situação tem como consequência a dependência de cuidados, inexoravelmente. Exige, portanto, a necessidade de um cuidador.

A demência do tipo Alzheimer e outras doenças que têm um grande impacto psicossocial são consideradas doenças também familiares^{1,5,6}, destacando-se, especialmente, as síndromes demenciais, consideradas a epidemia do século XXI, pois exigem cuidados prolongados e específicos².

O desenvolvimento de quadros demenciais traz implicações sobre a vida do paciente e de sua rede de apoio social⁷. No Brasil, os cuidados a pessoas idosas portadoras de algum tipo de transtorno neurocognitivo maior são oferecidos, basicamente, pelas famílias, com pouco ou nenhum

apoio institucional ou mesmo políticas específicas para esse fim⁸.

Estudos têm apresentado o impacto social sobre a saúde e bem-estar de cuidadores formais e informais^{5,9,10}. Quem sofre imediata e diretamente as consequências negativas de ter que lidar com um parente com Doença de Alzheimer são os cuidadores¹¹.

É importante destacar que a construção do processo de cuidar perpassa pela experiência de vida do cuidador familiar e vai sendo norteadada pela realidade familiar, assim como por orientações fornecidas pela equipe multiprofissional e pelos grupos e associações de apoio^{1,12}.

No Brasil, as pesquisas prevalecem quanto aos dados epidemiológicos. Ainda são incipientes, na literatura de gerontologia, estudos relacionados aos custos financeiros de idosos com demência¹³⁻¹⁵.

De acordo com a Portaria nº 2.528, de 2006, do Ministério da Saúde, que aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) e revoga a Portaria nº 1.395, de 1999, o cuidador é toda pessoa, membro ou não da família, que, com ou sem remuneração, formal ou informal, presta cuidados ao idoso que depende de auxílio em suas atividades diárias, como: alimentação, higiene pessoal, medicação, companhia aos serviços de saúde, serviços de banco ou farmácias, entre outros¹⁶.

Outra maneira para interpretar o cuidador foi dada pelo Ministério da Saúde no Caderno de Atenção Básica, a qual cuidador é a pessoa da

família ou não que presta cuidados à pessoa idosa que apresenta dependência. Suas tarefas envolvem o acompanhamento nas atividades diárias, como auxílio na alimentação, higiene pessoal, medicação de rotina, entre outros; auxiliando na recuperação e na qualidade de vida dessa pessoa¹⁷.

Portanto, idosos portadores de síndrome demencial necessitam de cuidados permanentes e, geralmente, recebem esses cuidados de seus familiares. A construção do processo de cuidar é dirigida pela realidade familiar, com recursos internos e externos para prover os cuidados. Conhecer o cabedal de recursos dos cuidadores pode auxiliar a traçar intervenções psicoeducativas e mudanças nas políticas de saúde. Diante deste contexto, o estudo ora relatado tem por objetivo evidenciar as percepções de familiares cuidadores após um parente idoso receber diagnóstico de demência, mensurando as alterações no nível de sobrecarga e analisando o discurso desse familiar.

MÉTODO

Trata-se de um estudo qualitativo, constituído por amostra de conveniência, não intencional, de acordo com a demanda atendida, entre setembro e dezembro de 2017, considerando a dificuldade de seleção aleatória. A amostra foi composta inicialmente por 19 cuidadores participantes do serviço de geriatria do Centro Multidisciplinar do Idoso (CMI) do Hospital Universitário de Brasília (HUB).

Destaca-se aqui que o CMI possui uma média de entrada no serviço de acolhimento de cerca de 20 idosos/mês, assim, havendo a expectativa de pelo menos 50 idosos para a amostra a ser estudada. Porém, os meses avaliados foram atípicos devido aos feriados e atividades internas, conseqüentemente, com o fechamento dos ambulatórios para o acolhimento.

Destaca-se também que por ser um estudo qualitativo, não havia uma expectativa mínima da amostra, pois a validade da pesquisa não se dá pelo tamanho da amostra, como na pesquisa quantitativa, mas, sim, pela profundidade com que o estudo é realizado. Trivinõs¹⁸ afirma que na pesquisa qualitativa recursos aleatórios podem ser usados para fixar a amostra. Nesse caso, pode-se decidir intencionalmente o tamanho da amostra,

considerando uma série de condições, como sujeitos que sejam essenciais para o esclarecimento do assunto em foco, segundo o ponto de vista do investigador, facilidade para se encontrar com as pessoas, tempo dos indivíduos para a entrevista e assim por diante.

Para os critérios de inclusão foram selecionados familiares cuidadores com idade mínima de dezoito anos, sendo homem ou mulher, alfabetizados, tendo os níveis de parentesco: esposo(a), filho(a), irmão(ã), neto(a), sobrinho(a), genro, nora. Foram excluídos os cuidadores formais, contratados pela família e que cuidassem de parentes sem diagnóstico de síndrome demencial.

Após aplicados os critérios de inclusão e exclusão, e mesmo depois do início da pesquisa, quatro idosos não deram continuidade ao estudo pelos seguintes fatos: uma paciente, que se apresentou como familiar (pela proximidade com o idoso), na verdade referia-se a uma cuidadora formal (critério de exclusão); em uma paciente, após retorno de consulta médica, constatou-se declínio cognitivo, e não síndrome demencial; uma paciente foi institucionalizada, não podendo dar seqüência ao atendimento e não sendo mais objetivo desse estudo; e uma familiar desistiu e parecia não motivada para os demais encontros.

Assim, ao final, foram avaliados oito cuidadores familiares, com mediana de idade igual a 67,00 anos (33-75 anos), de idosos com mediana de idade igual a 73,00 anos (67-84 anos), selecionados no acolhimento, atendimento multidisciplinar composto por: médicos e residentes de medicina, fisioterapeuta, odontóloga, farmacêutica e residentes de farmácia e assistente social, sendo esta última a responsável pelo recebimento dos idosos dentro do serviço sendo a única responsável pelos procedimentos que serão apresentados no procedimento metodológico.

No que se refere ao atendimento inicial de acolhimento, este é realizado uma vez por semana, pela manhã, onde cada profissional faz a abordagem inicial específica da área por cerca de 30 a 50 minutos. Após os atendimentos, realiza-se a reunião de equipe multidisciplinar para discussão dos casos e elaboração do plano terapêutico de cuidados.

Quanto aos materiais utilizados, esses foram divididos em três, conforme descritos a seguir:
a) Avaliação sociodemográfica, a qual pretendia

avaliar a realidade socioeconômica e demográfica em que estão inseridos o familiar e o idoso, sendo composta por 21 itens objetivos nas dimensões família, situação financeira e rede de apoio; b) Entrevista sobre a percepção do cuidador, sendo composta por cinco perguntas abertas que permitiam a livre expressão dos entrevistados nas dimensões diagnóstico, dificuldades e perspectivas; c) Escala *Zarit Burden Interview*.

A Escala *Zarit* foi utilizada para avaliar a sobrecarga do cuidador, em sua versão brasileira, sendo um instrumento padronizado e válido utilizado no estudo do impacto de doenças mentais e físicas nos cuidadores informais. É um instrumento que permite avaliar a sobrecarga do cuidador informal e que inclui informações sobre saúde, vida social, vida pessoal, situação financeira, situação emocional e tipo de relacionamento. A *Zarit* é multidimensional, avalia fatores de impacto da prestação de cuidados, relação interpessoal, expectativas com o cuidar e percepção de autoeficácia. Nessa escala, a pontuação varia de zero a 88, quanto maior a pontuação, maior a sobrecarga do cuidador familiar¹⁴.

No que se refere a procedimentos, esses foram divididos em dois tipos: procedimento metodológico e procedimento de análise de dados.

Quanto ao procedimento metodológico, foram adotadas três etapas para a realização da pesquisa:

1 - Seleção, realizada durante o atendimento do serviço social, no acolhimento do ambulatório de geriatria. Após, houve a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, o qual foi assinado por todos os cuidadores, depois de receberem informações sobre os objetivos, o conteúdo, a duração da entrevista, as condições da participação em dois momentos de coleta e os direitos dos participantes.

2 - Avaliação no acolhimento, onde foram aplicados os seguintes instrumentos: avaliação sociodemográfica, a fim de elaborar o perfil do familiar cuidador; a Escala *Zarit*, para mensurar o nível de sobrecarga do cuidador informal; e uma entrevista gravada em aparelho digital e transcrita na íntegra pela pesquisadora, para conhecer a percepção do cuidador familiar frente a realidade de cuidar do

parente idoso com demência. Esse momento teve duração média de 40 minutos para cada participante e foi realizada individualmente. A pré-intervenção foi efetuada no período de setembro a dezembro de 2017. Os instrumentos foram aplicados pela pesquisadora, assistente social do serviço de geriatria/CMI/HUB.

3 - Avaliação após acolhimento, em que foram aplicados, novamente, aos oito participantes que permaneceram na pesquisa, os seguintes instrumentos: a Escala *Zarit* e a entrevista gravada em aparelho digital e transcrita na íntegra pela pesquisadora, para percepção do cuidador. A pesquisadora realizou essa segunda avaliação no serviço de geriatria/CMI/HUB em dias e horários previamente agendados com os participantes. O momento após o acolhimento, foi realizado no período de fevereiro a março de 2018. Nessa ocasião, os participantes já haviam retornado a, pelo menos, uma consulta médica após o acolhimento e ao menos uma orientação prestada pelo serviço social. A intervenção do serviço social tem como finalidade conhecer outros familiares que estão inseridos ou não no contexto de cuidados do idoso, para acolhê-los e informá-los sobre como lidar com o familiar que recebeu o diagnóstico de demência, quais as situações de risco que devem ser evitadas, quais as providências do ponto de vista jurídico devem ser tomadas, por exemplo, a interdição do idoso e a cessação para conduzir veículo, e também sobre as atividades disponíveis no serviço de geriatria.

Quanto aos procedimentos de análise de dados, esses foram realizados para os dados quantitativos e qualitativos. Para os dados quantitativos, foi utilizado o *software Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), na sua versão mais recente, levando em consideração os pressupostos estatísticos fundamentais para o uso correto das diversas técnicas estatísticas, sendo a normalidade de distribuição das variáveis (*kolmogorov smirnov*) e a homocedasticidade (Teste de Levene). Todas as análises foram realizadas com um nível de significância adotado de $p < 0,05$.

Algumas medidas descritivas foram geradas para a caracterização da amostra e, por referir-se a uma distribuição não paramétrica com o objetivo de comparar se as medidas de posição de dois momentos seriam iguais no caso em que as amostras são dependentes, foi utilizado o Teste de Wilcoxon. Essa análise foi utilizada para a avaliação da Escala

Zarit, comparando as duas fases em que foram aplicados esses testes aos cuidadores.

Para os dados qualitativos, as entrevistas sobre a percepção do cuidador foram analisadas utilizando-se o *software* IRaMuTeQ (*Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*), o qual permite fazer análises estatísticas sobre corpus textuais. O *software* utilizado é licenciado e gratuito, o qual viabiliza diferentes tipos de análise de dados textuais. Com essa análise, foi possível explorar as entrevistas, uma vez que foram gravadas e literalmente transcritas. Cada entrevista gerou um texto e o conjunto desses textos constituiu o *corpus* de análise. O *software* requer que, previamente, os dados textuais brutos sejam formatados nos moldes que o programa ler (txt) e, após isso, se processa a análise. No Brasil, seu uso iniciou a partir de 2013 e a área da saúde tem se apropriado dessa ferramenta¹⁹ que utiliza Bardin²⁰ para a análise de conteúdo.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica de Brasília (Parecer nº 2.233.802/2017) e da Faculdade de Medicina da Universidade de Brasília (Parecer nº 2.306.606/2017), os quais aprovaram, também, o Termo de Consentimento Livre Esclarecido. Todos os procedimentos metodológicos previamente apresentados só foram realizados após a submissão e aceite pelos referentes Comitês.

RESULTADOS

Os dados serão apresentados sempre em relação aos cuidadores, visto que esses foram objetos deste estudo. Os dados quantitativos serão apresentados para a caracterização da amostra (Tabela 1) e para a comparação entre as medidas da Escala Zarit de sobrecarga do cuidador.

Tabela 1. Descrição sociodemográfica do familiar cuidador do Centro Multidisciplinar do Idoso do Hospital Universitário de Brasília. Brasília, DF, 2017.

Variáveis	n	%
Parentesco		
Cônjuge	5	62,50
Filho	3	37,50
Renda		
Sem renda	1	12,50
De um a quatro salários mínimo	6	75,00
Acima de cinco salários mínimo	1	12,50
Colabora financeiramente		
Sim	6	75,00
Não	2	25,00
Estado civil		
Casado	8	100,00
Filhos		
Sim	8	100,00
Idade		
Entre 30 e 59	2	25,00
Entre 60 e 75	6	75,00
Sexo		
Masculino	2	25,00
Feminino	6	75,00
Sobrecarga		
Sim	6	75,00
Não	2	25,00

O perfil, realizado com base na avaliação social, apresenta o cuidado majoritariamente realizado por cônjuges (62,50%), com filhos (100,00%), idosos (65,00%), do sexo feminino (75,00%) e que afirmam ter sobrecarga nessa atividade (75,00%). É importante ressaltar que desses oito cuidadores, quatro deles, idosos, passaram a ser pacientes do CMI, um esposo e três esposas, com quadros de ansiedade e depressão. Quanto à posição na constelação familiar e estado civil, são filhas e esposas responsáveis pela assistência de cuidador principal.

A informação sobre sentimento de sobrecarga da Tabela 1 pode ser corroborada pela análise do nível de sobrecarga no momento do acolhimento e no pós-acolhimento. Depois de realizado o Teste de Wilcoxon, não foi verificada diferença significativa entre as medidas no acolhimento e dois meses após esse primeiro encontro com $p=0,40$. Porém, pôde ser verificada uma tendência de aumento da mediana da sobrecarga do cuidador com aumento de 26,00 (19-48) para 28,00 (14-58).

Quanto às alterações no nível de sobrecarga do cuidador, considerando a pontuação da Escala Zarit: leve de 0 a 20, moderada de 21 a 40, moderada/grave de 41 a 60 e grave de 61 a 88, os cuidadores pontuaram entre 19 a 48 e 14 a 58, no primeiro e segundo momento da pesquisa, respectivamente. Na primeira aplicação da escala, dois filhos pontuaram no nível leve, quatro esposas e um esposo pontuaram no nível moderado, sendo o esposo no menor nível, e uma filha teve a medida entre moderada e grave.

Na medida pós-acolhimento da aplicação da Escala Zarit, os dois filhos que pontuaram no nível leve permaneceram no mesmo nível, no entanto, a filha aumentou a pontuação (23 pontos) e o filho diminuiu (14 pontos). As quatro esposas e o esposo, que pontuaram moderado na primeira fase, modificaram o nível da seguinte forma: uma

permaneceu moderado, embora em um nível maior (33 pontos), duas passaram para moderado a grave (41 e 43 pontos), uma esposa modificou para fase leve (15 pontos), e o esposo permaneceu na leve em um nível menor (19 pontos). A outra filha permaneceu no nível de moderado a grave em um nível maior (58 pontos).

Quanto às avaliações qualitativas referentes à percepção do familiar cuidador, em face da realidade de cuidar, o *corpus* textual foi analisado pelo *IRaMuTeQ* nos dois momentos (acolhimento e pós-acolhimento) em três medidas: a) Método da Classificação Hierárquica Descendente (CHD), a partir de um dendograma em classes de palavras; b) Nuvem de palavras, que é uma análise lexical em função da frequência; c) *corpus* textuais (exemplificando a fala de filhas, esposas e um esposo), para uma maior compreensão para a discussão em termos das alterações após as intervenções multiprofissionais.

Momento do Acolhimento

A CHD apresenta os vocábulos semelhantes entre si. A Figura 1 divide-se em quatro classes, onde a classe quatro, categorizada como “conhecer”, é a base para formação das outras classes, abrangendo 33,30% do total do conteúdo analisado.

A análise por CHD apresenta quatro classes que aqui são categorizadas como Tempo (25,00%), Conhecimento (33,30%), Consequências (22,20%) e Causas (19,40%).

A nuvem de palavras (Figura 2) possibilitou a identificação da palavra-chave. A palavra mais frequente: “Não” compatibilizou-se com a análise de similitude. Esse tipo de análise permite empregar cálculos estatísticos sobre dados qualitativos, os textos²¹.

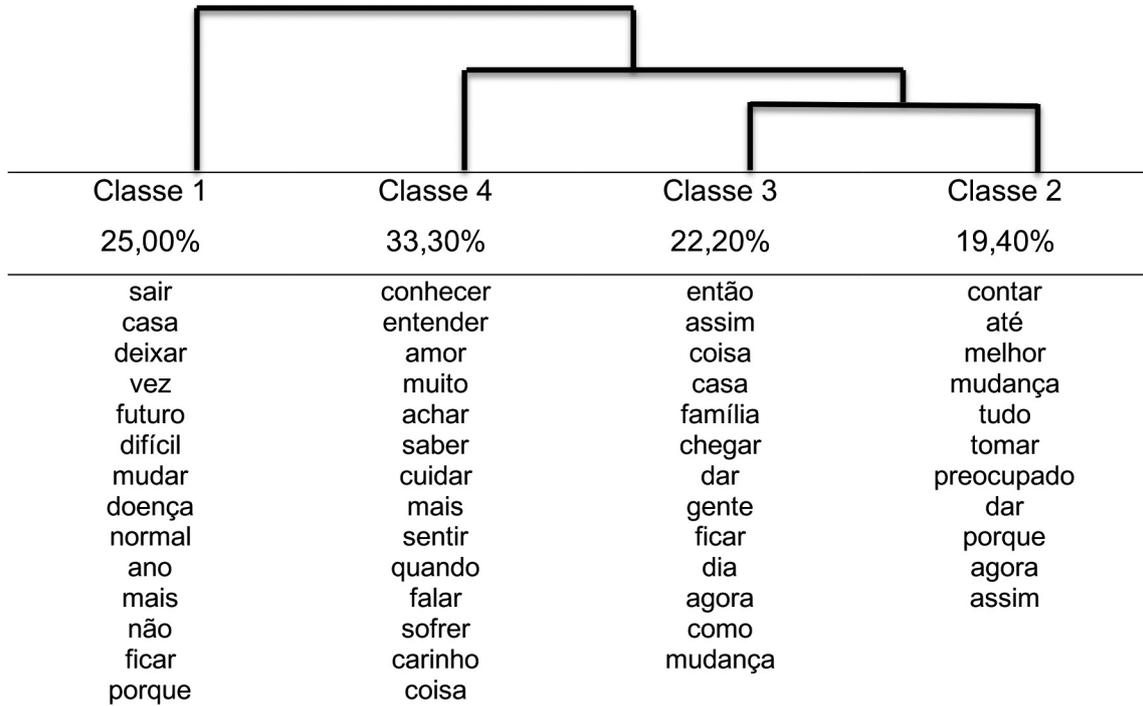


Figura 1. Dendrograma das classes das palavras dos familiares cuidadores do Centro Multidisciplinar do Idoso do Hospital Universitário de Brasília. Brasília, DF, 2018.



Figura 2. Frequência de palavras analisadas no conteúdo dos familiares cuidadores do Centro Multidisciplinar do Idoso do Hospital Universitário de Brasília. Brasília, DF, 2018.

Os corpus textuais que podem exemplificar o momento pré-intervenção são apresentados a seguir:

“Eu acho que eu não sou uma boa cuidadora, eu aprendi com minha mãe a não ser delicada. O mais difícil é, todo dia ter aquela obrigação, não tenho nenhum dia liberado. Por exemplo, eu me aposentei tem um ano, minha vida ficou pior do que quando eu trabalhava porque eu não saio mais de casa” (Filha, 61 anos)

“Eu sinto que é uma coisa que eu tenho que fazer em relação a ele, mesmo porque não fosse meu marido. Mesmo porque, e se fosse eu, não é? O mais difícil, é porque eu trabalho, no dia a dia, mas ainda não está sendo difícil para mim. A rotina da família, na verdade eu acho que a gente contava com ele por muitas coisas e a gente parou de contar. A mudança foi essa e a família que ficou surpresa de ver o tanto que ele estava esquecendo das coisas e perdeu a autonomia” (Esposa, 65 anos).

“Eu acho até prazeroso sabe, digo assim que a gente fica triste por um lado, mas Deus me der saúde e que eu tenho muita força pra ter um pouco de conhecimento suficiente para cuidar com qualidade, o cuidado, oferecendo qualidade de vida. Até o presente momento, não tem mudanças, porque só me sobrecarrega. Porque a gente não abriu mão de deixar ele resolvendo grande parte com acompanhamento da gente, mas botando ele na frente, então não tem ainda essa mudança não, me sobrecarrega, só” (Esposa, 69 anos).

Percebem-se, nesses familiares cuidadores idosos, as dificuldades de enfrentamento às mudanças existentes. Ainda que tais mudanças sejam negadas.

Momento Pós-Acolhimento

A CHD teve o corpus dividido em dois grupos e quatro subgrupos. Nesta segunda etapa do *corpus*, destacou-se a palavra demência (23,50%), como pode ser observado na Figura 3.

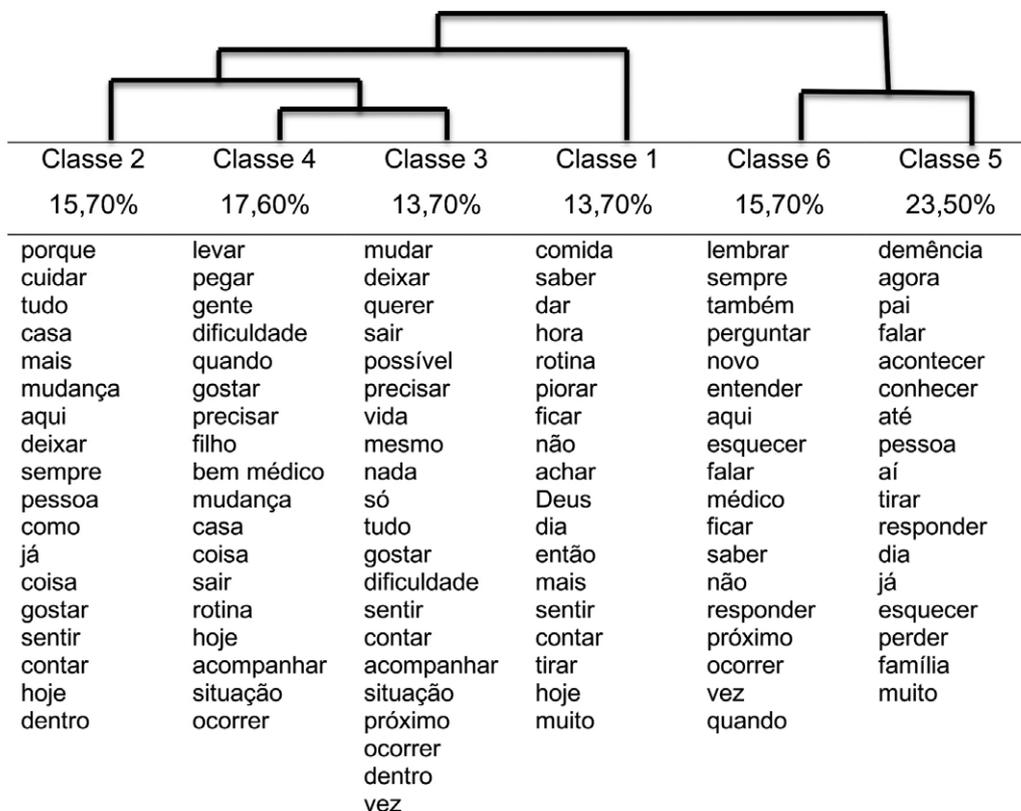


Figura 3. Dendrograma das classes e frequência das palavras dos familiares cuidadores do Centro Multidisciplinar do Idoso do Hospital Universitário de Brasília. Brasília, DF, 2018.

DISCUSSÃO

No presente estudo, embora não tenha encontrado diferenças significativas nas medidas da Escala *Zarit* entre o acolhimento e o pós-acolhimento, esse dado revelou presença de sobrecarga em 75,00% dos familiares.

Os resultados observados neste estudo muito se identificam com estudos anteriores já relatados na literatura, como o estudo de Enrique Ramon²², no qual se verificou que o cuidado cotidiano de um familiar com demência gera mudanças na família, além de sobrecarregar o cuidador principal, o qual, geralmente são filhas e esposas.

O perfil do cuidador de idoso encontrado no estudo ora relatado, da amostra de oito, seis são mulheres (duas filhas e quatro esposas), assemelhando-se aos resultados de outros estudos, incorre a questão de gênero na função do cuidar, onde historicamente, até os dias atuais, tem sido atribuído à mulher, filhas e esposas que tomam para si a condição de cuidadoras principais, o que parece intrínseco à questão de gênero no desempenho de seu papel de cuidar^{23,24}. Os cuidadores familiares desempenham seu papel em um contexto caracterizado pela mudança pessoal, tanto na pessoa que recebe o cuidado (pessoas com demência sofrem alterações cognitivas, alterações de comportamento, e provocam alterações nos papéis sociais), quanto no contexto social e cultural²⁵.

No presente estudo ficou evidente a sobrecarga moderada a moderada grave em cinco familiares aplicando-se a Escala *Zarit*. Esse achado aponta para o nível considerável de esforço exigido dos cuidadores que disponibilizam ajuda para o autocuidado e atividades domésticas rotineiras para idosos com demência^{26,27}.

Verificou-se que os cuidadores idosos, na ocasião deste estudo (um esposo e três esposas), foram diagnosticados com depressão e ansiedade, fato que revela fragilidade nesse perfil de cuidador^{27,28}. Essa realidade de cuidador idoso tem se tornado cada vez mais comum e influencia na qualidade de vida, sobrecarga adquirida, além de vivenciarem as mudanças decorrentes do envelhecimento²⁹⁻³¹. Com os estressores próprios dessa faixa etária, constatou-

se que a sobrecarga da tarefa de cuidar envolve problemas físicos, psicológicos, sociais e financeiros.

Procurando compreender como os familiares se percebem enquanto cuidadores e as dificuldades que enfrentam nesse papel, verifica-se que existe uma realidade caracterizada pela mudança no contexto em que estão inseridos²⁵.

Por meio dos relatos, foi possível constatar o grau de dificuldade diante das situações inesperadas do comportamento dos idosos com demência, as quais precisam ser enfrentadas pelos familiares cuidadores. O desafio de cuidar precisa ser percebido pelos cuidadores³².

No presente estudo foi possível compreender que, apesar das dificuldades existentes em lidar com um idoso com demência, os familiares se percebem enquanto cuidadores com sentimentos diversos, com apreensão, sobrecarga física, emocional e financeira. No entanto, enfrentam tal condição com afetividade, espiritualidade e em alguns casos, com apoio dos membros da família.

Além disso, pessoas idosas vivenciando o processo de envelhecimento e sendo cuidadores de seus familiares são tomadas por uma preocupação de reconhecer o próprio envelhecimento e de necessitarem de cuidados^{31,33}. Parte-se aqui do pressuposto de que o cuidador e a família precisam de apoio psicossocial, a fim de receberem sugestões para enfrentamento da situação. Percebe-se, neste estudo, a importância de um ambulatório de gerontologia que ao acolher o paciente e família pense em um programa com plano terapêutico de longa duração.

A importância deste trabalho reflete-se no momento em que se dá continuidade a um assunto tão importante e urgente na atualidade, especialmente a sobrecarga e o fato de idosos estarem cuidando de idosos. Algumas limitações, possivelmente, podem estar atreladas ao número reduzido de familiares cuidadores de idosos, ao tempo curto das medidas após acolhimento e na falta de comparação com o grupo de familiares cuidadores que estão em acompanhamento no CMI há mais tempo (seis meses, um ano), verificando se o fator tempo seria importante dentro da variável intervenção multidisciplinar.

CONCLUSÃO

Os dados deste estudo mostram que cuidar de um parente com diagnóstico de demência traz implicações diretas aos familiares cuidadores. Então, diante dessa realidade acerca do envelhecimento, que demanda cuidados aos idosos, é importante repensar e expandir o avanço do Sistema Único de Saúde quanto à criação de Centros de Referência em Assistência à Saúde do Idoso. Serviços referentes ao diagnóstico, tratamento, acompanhamento aos pacientes, orientação a familiares e cuidadores, com equipe multidisciplinar de atendimento, devem dar suporte sistematizado às demandas dos pacientes com demência e familiares, não só no âmbito ambulatorial e hospitalar, mas também no domicílio.

Pois o familiar, embora apresentando sobrecarga, é percebido como o cuidador principal e, muitas vezes, assumindo essa condição sozinho, encontra-se

despreparado para esta súbita mudanças de papéis, ou seja, onde os filhos passam a cuidar dos pais.

Em virtude desses fatos, faz-se importante a realização de estudos que investiguem o perfil de cuidadores familiares e as implicações desse cuidado, principalmente, no cenário crescente de cuidadores idosos, conhecer o fenômeno em sua realidade, a fim de possibilitar subsídios teóricos na formulação de políticas públicas que garantam uma rede de suporte a esses cuidadores.

AGRADECIMENTOS

A equipe do Centro Multidisciplinar do Idoso (CMI) da Universidade de Brasília, a professora da Universidade de Brasília (UnB) Dayde Lane Mendonça da Silva, e aos professores da Universidade Católica de Brasília (UCB), Gislane Ferreira de Melo, Alexander Hochdorn e Henrique Salmazo da Silva.

REFERÊNCIAS

- Machado JCB. Doença de Alzheimer. In: Freitas EV, Xavier FA. Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2000.
- Burlá C, Camarano AA, Kanso S, Fernandes D, Nunes R. Panorama prospectivo das demências no Brasil: um enfoque demográfico. *Ciênc Saúde Colet* [Internet]. 2013 [acesso em 11 abr. 2018];18(10):2949-56. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013001000019&lng=pt
- Baker DJ, Petersen RC. Cellular senescence in brain aging and neurodegenerative diseases: evidence and perspectives. *J Clin Invest*. [Internet]. 2018 [acesso em 19 mar. 2018];128(4):1208-16. Disponível em: <https://www.jci.org/articles/view/95145>
- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Press; 2013.
- Cerquera CAM, Granados LFJ, Buitrago MAM. Sobrecarga en cuidadores de pacientes con demencia tipo Alzheimer. *Psychol Av Discip*. 2012;6(1):35-45.
- Cornelia RK. Emotional experience in patients with advanced Alzheimer's disease from the perspective of families, professional caregivers, physicians, and scientists. *Aging Ment Health* [Internet]. 2018 [acesso em 19 mar. 2018];22(3):316-22. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27936862>
- Rabins PV, Rovner BW, Rummans T, Schneider LS, Tariot PN. Guideline watch: practice guideline for the treatment of patients with Alzheimer's Disease and other dementias. Washington, DC: American Psychiatric Press; 2014.
- Camarano AA. Política de cuidados para a população idosa: necessidades, contradições e resistências. In: 1º Seminário internacional sobre políticas de cuidado de longa duração para pessoas idosas no Brasil; 22-23 nov. 2015; Brasília. Brasília, DF: OPAS/OMS; 2015.
- Lopes LO, Cachioni M. Cuidadores familiares de idosos com doença de Alzheimer em uma intervenção psicoeducacional. *Rev Bras Geriatr Gerontol* [Internet]. 2013 [acesso em 10 abr. 2018];16(3):443-60. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232013000300004&lng=en
- Folle AD, Shimizu HE, Naves JOS. Social representation of Alzheimer's disease for family caregivers: stressful and rewarding. *Rev Esc Enferm USP*. 2016;50(1):79-85.
- Tomomitsu MRSV, Perracini MR, Neri AL. Fatores associados à satisfação com a vida em idosos cuidadores e não cuidadores. *Ciênc Saúde Colet* [Internet]. 2014 [acesso em 10 abr. 2018];19(8):3429-40. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000803429&lng=en

12. Ferreira DPC, Coriolano MGWS, Lins CCSA. The perspective of caregivers of people with Parkinson's: an integrative review. *Rev Bras Geriatr Gerontol* [Internet]. 2017 [acesso em 28 mar. 2018];20(1):99-109. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232017000100099&lng=en
13. Smith R, Drennan V, Mackenzie A, Greenwood N. The impact of befriending and peer support on family carers of people living with dementia: a mixed methods study. *Arch Gerontol Geriatr*. 2018;76:188-95.
14. Scazufca M, Cerqueira ATAR, Menezes PR, Prince M, Vallada HP, Miyazaki MCOS, et al. Investigações epidemiológicas sobre demência nos países em desenvolvimento. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2002 [acesso em 10 abr. 2018];36(6):773-8. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102002000700018&lng=en
15. Lopes MA, Bottino CMC. Prevalência de demência em diversas regiões do mundo: análise dos estudos epidemiológicos de 1994 a 2000. *Arq Neuropsiquiatr* [Internet]. 2002 [acesso em 10 abr. 2018];60(1):61-9. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X2002000100012&lng=en
16. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº. 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. *Diário Oficial da União*. 20 out. 2006; Seção 1.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília, DF: MS; 2006. (Cadernos de Atenção Básica, n. 19); (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
18. Triviños ANS. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas; 2008.
19. Camargo BV, Justo AM. IRaMuTeQ: um software gratuito para análise de dados textuais. *Temas Psicol* [internet]. 2013 [acesso em 20 mar. 2015];21(2):513-8. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v21n2/v21n2a16.pdf>
20. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70;1975.
21. Lahlou S. Text mining methods: an answer to Chartier and Meunier. *Pap Soc Representat* [Internet]. 2012 [acesso em 20 dez. 2015];20(38):1-7. Disponível em: http://www.psych.lse.ac.uk/psr/PSR2011/20_39.pdf
22. Ramón-Arhués E, Martínez-Abadía B, Martín-Gómez Susana. Factores determinantes de la sobrecarga del cuidador. Estudio de las diferencias de género. *Aten Prim*. 2017;49(5):308-9.
23. Cardoso CCL, Rosalini MHP, Pereira MTML. O Cuidar na concepção dos cuidadores: um estudo com familiares de doentes crônicos em duas unidades de saúde da família de São Carlos-SP. *Serv Soc Rev*. 2010;13(1):24-42.
24. Faleiros VP. Desafio de cuidar em Serviço Social: uma perspectiva crítica. *Rev Katálysis* [Internet]. 2013 [acesso em 19 mar. 2018];16(esp):83-91. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-49802013000300006>
25. Moreno-Cámara S, Palomino-Moral PA, Moral-Fernández L, Frias-Osuna A, Del-Pino-Casado R. Problemas en el proceso de adaptación a los cambios en personas cuidadoras familiares de mayores con demencia. *Gac Sanit*. 2016;30(3):201-7.
26. Custodio N, Lira D, Herrera-Pérez E, Prado LN, Parodi J, Guevara-Silva E, et al. Informal caregiver burden in middle-income countries Results from Memory Centers in Lima - Peru. *Dement Neuropsychol* [Internet]. 2014 [acesso em 24 abr. 2018];8(4):376-83. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1980-57642014000400376
27. Leite BS, Camacho ACLF, Joaquim FL, Gurgel JL, Lima TR, Queiroz RS. Vulnerabilidade de cuidadores de idosos com demência: estudo descritivo transversal. *Rev Bras Enferm*. 2017;70(4):682-8.
28. Caldeira RB, Neri AL, Batistoni SST, Cachioni M. Variáveis associadas à satisfação com a vida em cuidadores idosos de parentes também idosos cronicamente doentes e dependentes. *Rev Bras Geriatr Gerontol* [Internet]. 2017 [acesso em 31 mar. 2018];20(4):502-15. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232017000400502&lng=pt
29. Muniz EA, Freitas CASL, Oliveira EN, Lacerda MR. Grau de sobrecarga dos cuidadores de idosos atendidos em domicílio pela Estratégia Saúde da Família. *Saúde Debate* [Internet]. 2016 [acesso em 31 mar. 2018];40(110):172-82. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042016000300172&lng=en
30. Rabelo DF, Neri AL. Tipos de configuração familiar e condições de saúde física e psicológica em idosos. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2015 [acesso em 31 mar. 2018];31(4):874-84. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2015000400874&lng=en
31. Bom F, Sá S, Cardoso R. Overload in caregivers of the elderly. *J Nurs UFPE online* [Internet]. 2016 [acesso em 05 abr. 2018];11(1):160-4. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11889>

32. Cordeiro FDP, Sales CMW, Accioly LCCS. A perspectiva do cuidador da pessoa com Parkinson: revisão integrativa. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* [Internet]. 2017 [acesso em 05 abr. 2018];20(1):99-109. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232017000100099&lng=en
33. McLaughlin D, Hasson F, Kernohan WG, Waldron M, McLaughlin M, Cochrane B, et al. Living and coping with Parkinson's disease: perceptions of informal carers. *Palliat Med* [Internet]. 2011 [acesso em 22 ago. 2015];25(2):177-82. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20952448>

Recebido: 03/07/2018

Revisado: 05/11/2018

Aprovado: 09/11/2018



Quais fatores estão associados à sarcopenia e à fragilidade em idosos residentes na comunidade?

Which factors are associated with sarcopenia and frailty in elderly persons residing in the community?

Ana Paula Pillatt¹
Rutiana Silva Patias²
Evelise Moraes Berlezi³
Rodolfo Herberto Schneider¹

Resumo

Objetivo: aprofundar os conhecimentos sobre os fatores associados à sarcopenia e à fragilidade em idosos residentes na comunidade. **Método:** trata-se de uma revisão sistemática integrativa realizada a partir das recomendações do PRISMA, de artigos publicados no período de 2012 a março de 2017 nas bases eletrônicas PubMed, SciELO, Biblioteca Virtual em Saúde, CINAHL e Springer com os seguintes descritores *frail elderly* (idoso fragilizado), *sarcopenia* (sarcopenia) e *etiology* (etiologia) e seus respectivos sinônimos. Os artigos identificados pela estratégia de busca inicial foram avaliados independentemente por dois pesquisadores, conforme os critérios de elegibilidade e os artigos selecionados foram avaliados quanto à qualidade metodológica. **Resultados:** os resultados desta pesquisa evidenciam que a fragilidade pode estar associada à sarcopenia, ao baixo nível sérico de vitamina D, à anemia, ao hipertireoidismo subclínico em homens e a maior evolução para osteoporose em mulheres. Também foi observada a associação da sarcopenia com a idade avançada e piora nos aspectos qualidade de vida, capacidade física-funcional, estado nutricional e comorbidades, assim como aumento do risco de morte em idosos sarcopênicos. **Conclusão:** esta revisão sistemática evidenciou que os baixos níveis séricos de vitamina D estão associados à fragilidade e aos fatores que predispõe esta condição. Portanto salienta-se a importância do acompanhamento dos níveis séricos desta vitamina na população idosa e sugere-se a realização de novos estudos relacionados à suplementação da mesma em idosos frágeis.

Palavras-chave: Idoso
Fragilizado. Sarcopenia.
Etiologia. Vitamina D.

¹ Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Instituto de Geriatria e Gerontologia, Escola de Medicina, Programa de Pós-graduação em Gerontologia Biomédica. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

² Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, Programa de graduação em Fisioterapia. Ijuí, Rio Grande do Sul, Brasil.

³ Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, Programa de Pós-graduação em Atenção Integral a Saúde. Ijuí, Rio Grande do Sul, Brasil.

Financiamento: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), Número do Edital: 88882.164931-2014-01, Bolsa PROEX.

Correspondência
Ana Paula Pillatt
anapillatt@hotmail.com

Abstract

Objective: to broaden knowledge about the factors associated with sarcopenia and frailty in elderly persons residing in the community. **Method:** an integrative systematic review based on the PRISMA recommendations was carried out, using articles published from 2012 to March 2017 in the PubMed, SciELO, Virtual Health Library, CINAHL and Springer electronic databases with the following descriptors: frail elderly, sarcopenia and etiology and their synonyms. The articles identified by the initial search strategy were independently assessed by two researchers, according to the eligibility criteria, and the articles selected were evaluated for methodological quality. **Results:** the results of this survey show that frailty may be associated with sarcopenia, low serum vitamin D levels, anemia, subclinical hyperthyroidism in men, while the greatest evolution in women was for osteoporosis. An association between sarcopenia and advanced age was also observed, with worsening quality of life, physical-functional capacity, nutritional status and comorbidities, as well as an increased risk of death in sarcopenic elderly persons. **Conclusion:** this systematic review showed that low serum levels of vitamin D are associated with frailty and factors that predispose this condition. It is therefore important to monitor the serum levels of this vitamin in the elderly population, and it is suggested that new studies are carried out related to supplements of this vitamin in frail elderly persons.

Keywords: Frail Elderly.
Sarcopenia. Etiology.
Vitamin D.

INTRODUÇÃO

Durante o processo do envelhecimento ocorrem simultaneamente diversas alterações fisiológicas nos diferentes sistemas do corpo humano, associadas ao acúmulo de uma grande variedade de danos moleculares e celulares¹. Em relação ao sistema musculoesquelético, o envelhecimento acarreta degeneração neuronal central e periférica, atrofia muscular e o aumento do tecido adiposo no músculo, estas mudanças aumentam o risco de dependência e incapacidades² e favorecem o desenvolvimento do quadro de sarcopenia.

A sarcopenia foi descrita inicialmente por Rosenberg³, como uma redução da massa muscular global, que ocorre ao longo do envelhecimento. Atualmente, esta definição abrange a redução de força muscular e de desempenho físico, de acordo com o consenso publicado pelo Grupo Europeu de Trabalho sobre Sarcopenia em Pessoas Idosas⁴. A sarcopenia acarreta diminuição da qualidade da contração muscular, força e coordenação dos movimentos, predispondo ao declínio funcional, gerando incapacidades e o aumento do risco para quedas e de mortalidade⁵.

A sarcopenia pode estar associada à fragilidade, como o observado no estudo de Mijnders et al⁶

que evidenciaram risco aumentado de 60% para sarcopenia entre idosos frágeis na faixa etária de 60 a 70 anos, sendo que entre os idosos não frágeis esse risco foi de 10%. Este mesmo estudo mostrou que em idosos com idades entre 80 e 90 anos há também um risco aumentado de 60% para sarcopenia; no entanto, não foi observada diferença entre os idosos frágeis e não frágeis.

A fragilidade vem sendo amplamente estudada nas últimas décadas, fazendo com que seus conceitos sofram modificações. As definições mais aceitas atualmente são as sugeridas por Rockwood *et al*⁷ que combinam fragilidade com deficiências e por Fried et al⁸ que definiram a síndrome da fragilidade como um declínio de energia que ocorre em espiral, embasado por um tripé de alterações relacionadas ao envelhecimento; composto por sarcopenia, desregulação neuroendócrina e disfunção imunológica⁹. Por se tratar de uma síndrome física, o fenótipo de fragilidade inclui perda de peso não intencional, fraqueza, baixa resistência e energia, lentidão e baixo nível de atividade física⁸. Assim como a sarcopenia, a fragilidade também é um fator preditivo para maior dependência e morte¹⁰.

A sarcopenia e a fragilidade são condições decorrentes de múltiplos fatores que desencadeiam eventos interligados numa relação de causa e efeito,

o que dificulta a abordagem terapêutica adequada e eficaz. Portanto, justifica-se a busca de evidências científicas sobre o tema que possam elucidar os fatores associados à sarcopenia e fragilidade e instigar hipóteses de causa e efeito, na perspectiva de guiar novas pesquisas que tenham como objetivo a proposição de tratamentos de maior resolutividade para essas condições. Neste contexto, o presente estudo teve por objetivo aprofundar os conhecimentos sobre os fatores associados à sarcopenia e à fragilidade em idosos residentes na comunidade.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão sistemática integrativa, realizada a partir das recomendações do PRISMA¹¹, a qual foi registrada no *International prospective register of systematic reviews* através do código CRD42017079102. A questão norteadora para busca foi: quais fatores estão associados à sarcopenia e à fragilidade em idosos na comunidade? A busca foi realizada em abril de 2017, a partir de artigos publicados no período de 2012 a março de 2017 nas seguintes bases eletrônicas: PubMed, SciELO, Biblioteca Virtual em Saúde, CINAHL e Springer. Para a busca dos artigos foram utilizadas como descritores *frail elderly* (idoso fragilizado), *sarcopenia* (sarcopenia) e *etiology* (etiologia) e seus respectivos sinônimos, conforme o Quadro 1.

Os artigos identificados pela estratégia de busca foram avaliados por dois pesquisadores de forma independente. A primeira etapa da seleção dos artigos foi pela leitura dos títulos e resumos. Os critérios de inclusão foram: artigos originais, população idosa e textos que abordassem a etiologia da sarcopenia

ou fragilidade. Não houve restrição quanto ao idioma de publicação dos artigos. Os critérios de exclusão foram: artigos de revisão narrativa, com intervenções terapêuticas, populações com condições ou doenças específicas e idosos hospitalizados ou institucionalizados. Após a primeira seleção e exclusão dos artigos duplicados, os pesquisadores leram os artigos na íntegra para extração de dados e análise da qualidade metodológica. Quando houve divergência na seleção, os avaliadores discutiram até chegar ao consenso.

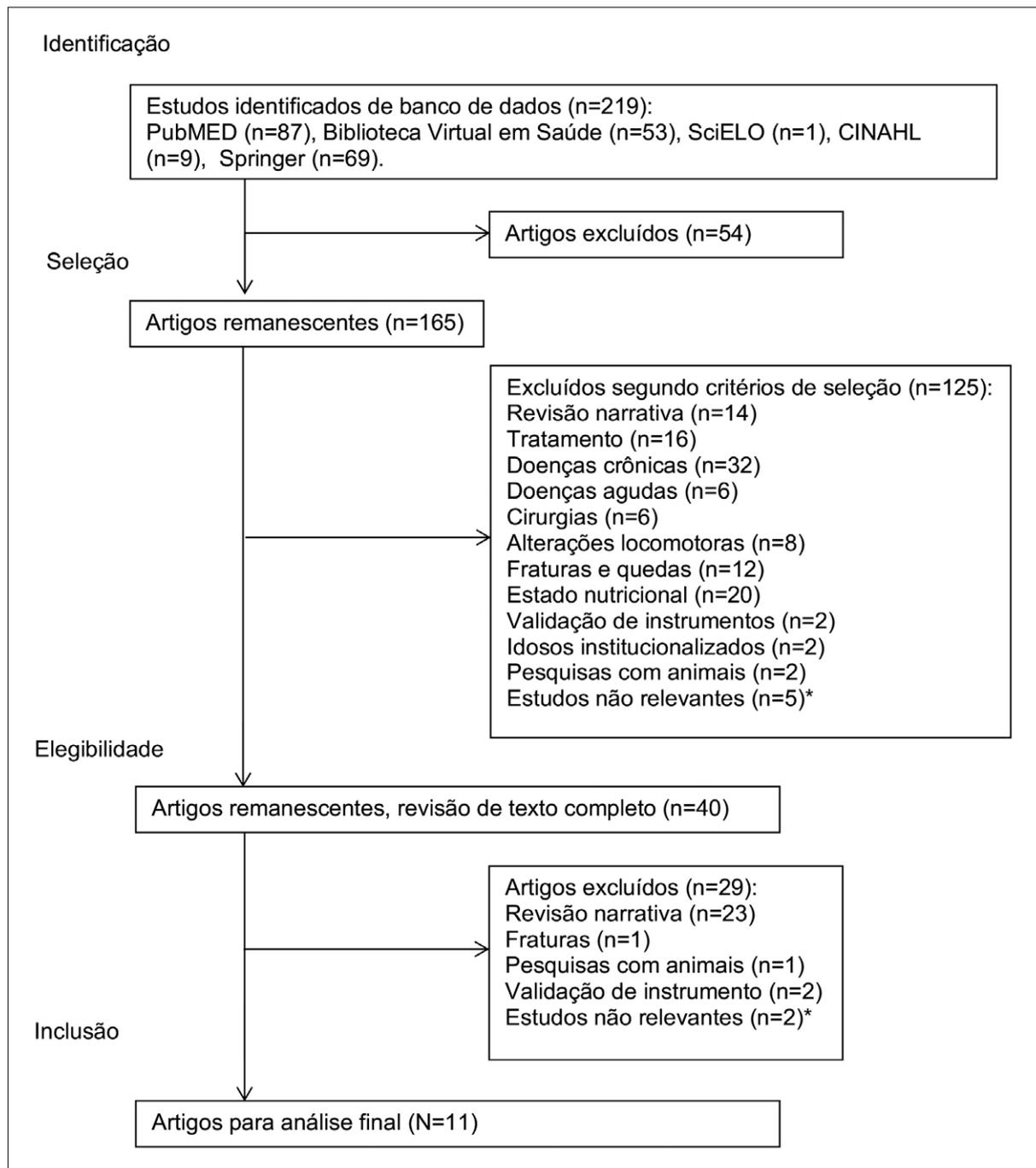
Na extração de dados dos artigos foi enfatizada a busca pelas seguintes informações: objetivo do estudo, tipo de estudo, amostra, local onde foi realizada a pesquisa; e analisados os principais resultados apresentados. Os artigos incluídos foram avaliados quanto à qualidade metodológica através da escala de Loney et al¹² para estudos transversais avaliando aspectos referentes a validade do método, interpretação e aplicabilidade dos resultados; e pela Escala Newcastle-Ottawa¹³ para estudos de coorte através da avaliação da seleção da amostra, comparabilidade e desfecho dos resultados. As duas escalas possuem um escore máximo de oito pontos e valores maiores significam maior qualidade metodológica.

RESULTADOS

Foram selecionados 219 artigos nas bases eletrônicas PubMed, SciELO, Biblioteca Virtual em Saúde, CINAHL e Springer. Após leitura inicial, foram selecionados 11 artigos para análise final. Os processos realizados na seleção dos artigos e os motivos de exclusão estão descritos na Figura 1.

Quadro 1. Estratégia de busca. Porto Alegre, RS, 2017.

	"Frail Elderly"[Mesh] OR "Elderly, Frail" OR "Frail Elders" OR "Elder, Frail" OR "Elders, Frail" OR "Frail Elder" OR "Functionally-Impaired Elderly" OR "Elderly, Functionally-Impaired" OR "Functionally Impaired Elderly" OR "Frail Older Adults" OR "Adult, Frail Older" OR "Adults, Frail Older" OR "Frail Older Adult" OR "Older Adult, Frail" OR "Older Adults, Frail"
AND	"Sarcopenia"[Mesh] OR "Sarcopenias"
AND	"Etiology" [Mesh] OR "Causality" OR "Causes" OR "Pathogenesis"



* Estudos que não traziam relação de causalidades com sarcopenia e fragilidade.

Figura 1. Fluxograma de seleção dos artigos. Porto Alegre, RS, 2017.

Na extração dos dados dos artigos selecionados realizada pelos pesquisadores, priorizou-se a busca pelos objetivos dos estudos, metodologias utilizadas, tamanho das amostras e sexo dos indivíduos, país

de realização das pesquisas (Quadro 2) e principais resultados de cada estudo, com maior relevância para aqueles dados estatisticamente significativos (Quadro 3).

Quadro 2. Descrição dos artigos selecionados para revisão integrativa. Porto Alegre, RS, 2017.

Autores (Ano) Referência	Objetivo	Tipo de estudo	Amostra	Local da pesquisa	Qualidade Metodológica
He, Liu, Tian, Papasiano, Hu, Deng (2016) ¹⁴	Investigar a relação entre sarcopenia e composição corporal e osteoporose em coortes de três raças diferentes.	Estudo transversal	17.891 indivíduos de ambos os sexos	EUA e China	5/8**
Virgini, Rodondi, Cawthon, Harrison, Hoffman, Orwoll, Ensrud, Bauer (2015) ¹⁵	Avaliar as associações entre disfunção subclínica da tireóide e fragilidade e os cinco subdomínios de fragilidade.	Estudo de coorte	1455 homens	Estados Unidos	6/8*
Beaudart, Reginster, Petermans, Gillain, Quabron, Locquet, Slomian, Buckinx, Bruyère (2015) ¹⁶	Avaliar a prevalência de sarcopenia e a relação entre sarcopenia e componentes sociodemográficos, clínicos e físicos.	Estudo transversal	534 indivíduos de ambos os sexos	Bélgica	5/8**
Corona, Andrade, Duarte, Lebrao (2015) ¹⁷	Explorar a relação entre anemia, concentração de hemoglobina e síndrome da fragilidade em idosos.	Estudo transversal	1256 indivíduos de ambos os sexos	Brasil	7/8**
Serra-Prat, Papiol, Monteis, Palomera, Cabré (2015) ¹⁸	Investigar a relação entre os níveis plasmáticos de grelina e a sarcopenia em idosos.	Estudo transversal	88 indivíduos de ambos os sexos	Espanha	4/8**
Sternberg, Levin, Dkaidek, Edelman, Resnick, Menczel (2014) ¹⁹	Examinar a relação entre fragilidade e osteoporose em mulheres idosas que vivem na comunidade.	Estudo de coorte	235 mulheres	Israel	6/8*
Chen, Yang, Chan, Lee, Lu, Huang (2014) ²⁰	Investigar a relação entre o nível sérico de selênio e a massa muscular esquelética em idosos da comunidade.	Estudo transversal	327 indivíduos de ambos os sexos	Taiwan	4/8**
Silva, Duarte, Santos, Wong, Lebrão (2014) ²¹	Examinar a prevalência e os fatores associados à sarcopenia em idosos residentes em São Paulo, Brasil.	Estudo transversal	1.149 indivíduos de ambos os sexos	Brasil	8/8**
Tieland, Brolsma, Rousseau, Loon, Groot (2013) ²²	Explorar a associação entre a ingestão de vitamina D e o estado sérico 25(OH)D com massa muscular, força e desempenho físico em uma população idosa pré-frágil e frágil.	Estudo transversal	127 indivíduos de ambos os sexos	Holanda	5/8**
Landi, Jentoft, Liperoti, Russo, Giovannini, Tosato, Capoluongo, Bernabei, Onder (2013) ²³	Avaliar o impacto da sarcopenia sobre o risco de morte por todas as causas em uma população de idosos frágeis que vivem em comunidade.	Estudo de coorte	197 indivíduos de ambos os sexos	Itália	6/8*
Arango-Lopera, Arroyo, Gutierrez-Robledo, Perez-Zepeda, Cesari (2013) ²⁴	Determinar a associação de sarcopenia e mortalidade em um grupo de idosos mexicanos.	Estudo de coorte	345 indivíduos de ambos os sexos	México	7/8*

* pontuação do artigo/pontuação total através da escala de Newcastle-Ottawa; ** pontuação do artigo/pontuação total através da escala de Loney.

Quadro 3. Principais resultados dos artigos selecionados para revisão integrativa. Porto Alegre, RS, 2017.

RESULTADOS			
Autores (Ano) Referência	Relações	Prevalência	OR/RR (IC95%)
He, Liu, Tian, Papiasiano, Hu, Deng (2016) ¹⁴		Com base na baixa massa muscular esquelética apendicular relativa como definição de sarcopenia, a prevalência de sarcopenia em indivíduos afro-americanos, caucasianos e chineses foi de 1,82, 3,87 e 1%, respectivamente. De acordo com a definição do Grupo de Trabalho Europeu sobre Sarcopenia em Pessoas Idosas (EWGSOP), a prevalência de sarcopenia em indivíduos afro-americanos, caucasianos e chineses é de 1,40, 3,23 e 0,8%, respectivamente.	Indivíduos com sarcopenia definidos pela massa muscular esquelética apendicular relativa foram duas vezes mais propensos a ter osteopenia / osteoporose em comparação com os indivíduos normais (OR = 2,04; IC 95% 1,61-2,60). Da mesma forma, indivíduos com sarcopenia definido pelo EWGSOP foram 1,87 vezes mais propensos a ter osteopenia / osteoporose do que indivíduos normais (OR = 1,87; IC 95% 1,09- 3,20).
Virgini, Rodondi, Cawthon, Harrison, Hoffman, Orvoll, Ensrud, Brauer (2015) ¹⁵	A interação entre idade e função da tireóide subclínica foi sugestiva para significância nos critérios de exaustão ($p = 0,07$) e lentidão ($p = 0,09$). Após cinco anos de seguimento, o hipotireoidismo subclínico e o hipertireoidismo não estavam consistentemente associados ao estado geral de fragilidade ou aos componentes de fragilidade.		No início do estudo, os homens com hipertireoidismo subclínico apresentaram maior risco de fragilidade (OR = 2,48; IC 95% 1,15- 5,34). Homens com hipertireoidismo e com idade <74 anos tiveram maior risco para fragilidade e para diminuição de força. Não havia risco aumentado para os critérios de fragilidade separadamente.
Beaudart, Reginster, Petermans, Gillain, Quabron, Locquet, Slomian, Buckinx, Bruyère (2015) ¹⁶	Na comparação de indivíduos sarcopênicos com não sarcopênicos observou-se uma média maior de uso de fármacos regulares ($6,79 \pm 3,14$ versus $5,66 \pm 3,50$, $p = 0,01$), maior número de comorbidades ($5,14 \pm 2,72$ versus $4,21 \pm 2,44$, $p = 0,003$), mais problemas respiratórios ($p = 0,01$), problemas renais ($p = 0,025$) e tonturas ($p = 0,018$), maior taxa de hospitalização no ano anterior à visita ($31,5\%$ versus $27,9\%$, $p = 0,03$), maior quadro de mal nutrição ($p < 0,001$) e maior risco de desnutrição ($p < 0,001$), menor capacidade cognitiva ($p < 0,001$), pior qualidade de vida física relacionada à saúde ($p = 0,001$), maior risco de quedas, eram mais frágeis, apresentaram mais frequentemente cansaço para a realização de atividades diárias, menor massa de gordura e menor massa magra ($p < 0,001$).	Na população sarcopênica, 34,2% dos indivíduos também foram diagnosticados como frágeis e 47,9% como pré-frágeis versus respectivamente 12,6% e 47,9% na população não sarcopênica ($p = 0,03$ e $p = 0,81$, respectivamente).	

continua

Continuação do Quadro 3

RESULTADOS			
Autores (Ano) Referência	Relações	Prevalência	OR/RR (IC95%)
Corona, Andrade, Duarte, Lebrão (2015) ¹⁷	A concentração média de hemoglobina foi significativamente menor nos idosos frágeis (13,3g / dL versus 14,3g / dL nos não frágeis; $p < 0,001$).	A prevalência de anemia foi significativamente maior nos idosos frágeis (24,2% e 3,8%; $p < 0,001$).	Nos modelos de regressão totalmente ajustados, a anemia esteve fortemente associada à fragilidade (OR = 3,27, IC 95% 1,89-5,65; $p < 0,001$), e níveis mais baixos de hemoglobina foram associados a maior número de critérios de fragilidade.
Serra-Prat, Papiol, Montois, Palomera, Cabré (2015) ¹⁸	No grupo de idosos, os indivíduos com sarcopenia apresentaram níveis significativamente mais baixos de grelina do que aqueles sem sarcopenia (650 versus 899 pg mL ⁻¹ , $p = 0,036$), mas essas diferenças desapareceram ao estratificar por sexo. Indivíduos idosos sem sarcopenia apresentaram os mesmos níveis de grelina que os adultos jovens (899,3 vs. 899,6 pg mL ⁻¹).		
Sternberg, Levin, Dkaidek, Edelman, Resnick, Menczel (2014) ¹⁹	Não foi encontrada correlação entre Densidade Mineral Óssea e as escalas de fragilidade na linha de base. Uma associação foi encontrada entre a fragilidade na linha de base e osteoporose no seguimento em indivíduos que não apresentaram osteoporose na linha de base ($p = 0,0459$).	Após um ano 63,9% das mulheres que apresentaram fragilidade na linha de base apresentaram uma Densidade Mineral Óssea do quadril ($p = 0,0393$) e da coluna ($p = 0,0069$) menor do que as mulheres que não eram frágeis na linha de base.	
Chen, Yang, Chan, Lee, Lu, Huang (2014) ²⁰	A média estimada do nível sérico de selênio foi significativamente menor no grupo com baixa massa muscular comparado com o grupo normal após ajuste para confundidores (1,01 ± 0,03 μmol / L vs 1,14 ± 0,02 μmol / L, $p < 0,001$).		Os participantes com o selênio sérico no quartil mais baixo apresentaram risco de 4,62 vezes maior de possuir baixa massa muscular em comparação àqueles no quartil mais alto (OR= 4,62; IC 95% 2,11-10,10; $p < 0,001$).
Silva, Duarte, Santos, Wong, Lebrão (2014) ²¹	Idade avançada ($p < 0,001$), comprometimento cognitivo ($p < 0,014$), menor renda ($p < 0,036$), tabagismo ($p < 0,022$), desnutrição ($p < 0,001$) e risco para desnutrição ($p < 0,001$) foram fatores associados à sarcopenia.	A prevalência de sarcopenia foi de 16,1% nas mulheres e de 14,4% nos homens.	

continua

Continuação do Quadro 3

RESULTADOS			
Autores (Ano) Referência	Relações	Prevalência	OR/RR (IC95%)
Tieland, Brolsma, Rousseau, Loon, Groot (2013) ²²	O estado sérico de 25(OH)D foi associado com massa magra apendicular ($p = 0,05$) e com desempenho físico ($p = 0,035$) e mostrou uma tendência para uma associação positiva com massa magra da perna ($p = 0,08$). A velocidade da marcha (4,8 vs 6,3 s, $p = 0,01$) e a capacidade de levantar-se de uma cadeira (13,6 vs 16,6 s, $p = 0,02$) foram realizadas mais rapidamente e as pontuações de equilíbrio (3,5 vs 2,8 pontos, $p = 0,01$) foram maiores entre aqueles com níveis suficientes de 25(OH)D quando comparado aos indivíduos com níveis insuficientes.	53% dos participantes frágeis apresentaram um nível sérico de 25(OH)D abaixo de 50 nmol/L.	
Landi, Jentoft, Liperoi, Russo, Giovannini, Tosato, Capoluongo, Bernabei, Onder (2013) ²³	Em comparação com os indivíduos sem sarcopenia, aqueles com diagnóstico de sarcopenia apresentaram maior probabilidade de deterioração funcional (1,3 versus 0,5, $p < 0,001$), menor índice de massa corporal (24,3 versus 26,7, $p < 0,001$), maior nível sérico de TNF- α (2,4 versus 1,5 pg/ml, $p = 0,01$).	Durante o seguimento de sete anos, 67,4% (29) dos participantes com sarcopenia morreram em comparação com 41,2% (63) dos indivíduos sem sarcopenia ($p < 0,001$).	Os participantes com sarcopenia apresentaram maior risco de morte em comparação com indivíduos não sarcopênicos, ajustado para idade, sexo, educação, atividades da vida diária, índice de massa corporal, hipertensão, insuficiência cardíaca congestiva, doença pulmonar obstrutiva crônica, número de doenças e nível de TNF- α (RR = 2,32; IC 95% 1,01–5,43).
Arango-Lopera, Arroyo, Gutierrez-Robledo, Perez-Zepeda, Cesari (2013) ²⁴		A sarcopenia estava presente em um número total de 116 (33,6%) indivíduos. Durante os três anos de acompanhamento, um total de 43 (12,4%) sujeitos morreram. O valor preditivo negativo para sarcopenia em relação à mortalidade foi de 90%.	Indivíduos que foram diagnosticados como sarcopênicos tiveram mais risco de morrer independentemente de outros fatores de risco conhecidos, como Doença Cardíaca Isquêmica, Atividades da vida diária, idade ou sexo (RR = 2,39; IC 95% 1,05–5,43; $p = 0,037$)

Na avaliação da qualidade metodológica dos artigos selecionados realizada pelos dois pesquisadores (Quadro 2) os artigos obtiveram uma pontuação igual ou acima da média, o que representa uma boa qualidade metodológica de nível de evidência científica.

Os resultados mostram que a fragilidade está associada a diversos fatores como: sarcopenia¹⁶, baixo nível de vitamina D²², à anemia¹⁷, ao hipertireoidismo subclínico em homens¹⁵ e a maior evolução para osteoporose em mulheres¹⁹. Além disso, observa-se que a sarcopenia está associada a pior qualidade de vida¹⁶, a idade avançada²¹, a diminuição da capacidade física-funcional^{16,23} (maior risco de quedas, cansaço para a realização de atividades diárias e maior probabilidade de deterioração funcional), ao pior estado nutricional^{16,21,23} (má nutrição, risco de desnutrição, menor massa de gordura, menor massa magra e menor índice de massa corporal), ao aumento de comorbidades^{14,16,18,20,21,23} (problemas respiratórios, renais e tonturas, osteopenia e osteoporose, uso de fármacos, maior número de hospitalização, pior capacidade cognitiva, maior nível sérico de TNF- α , menor nível sérico de selênio e menor nível sérico de grelina); também a sarcopenia aumenta o risco de mortalidade^{23,24} -

DISCUSSÃO

As evidências dos artigos analisados mostram que os fatores que predispõem a fragilidade estão relacionados à disfunção imunológica, à desregulação neuroendócrina e às disfunções no sistema musculoesquelético. Dentre os distúrbios que ocorrem com estas disfunções, a vitamina D parece constituir-se em fator de risco para a fragilidade. Essa relação entre vitamina D e fragilidade pode ser explicada por três vias diferentes²⁵ relacionadas aos três pilares da fragilidade.

A primeira via é explicada através da regulação negativa entre os níveis de vitamina D e os marcadores inflamatórios²⁵ e sabe-se que a inflamação crônica e a ativação imune estão também relacionadas com a condição de fragilidade²⁶. Além disso, o déficit de vitamina D está associado à anemia inflamatória crônica, através da desregulação de liberação de citocinas pró-inflamatórias e da síntese de hepcidina²⁷, a qual é responsável pela absorção de ferro no

duodeno e sua liberação das células de estoque²⁸. Estudos comprovam a relação da fragilidade com elevados níveis séricos de Interleucina-6 associados a baixos níveis de hemoglobina e hematócrito²⁹ e um aumento de chance de idosos anêmicos desenvolverem fragilidade de 3,27 vezes¹⁷.

A segunda via está relacionada ao declínio de vitamina D e o hiperparatireoidismo secundário, uma vez que este distúrbio da tireóide aumenta os níveis de paratormônio (PTH) que tem sido associado à baixa função física e fragilidade^{30,31}. Além disso, a relação da deficiência de vitamina D e o PTH elevado também parece estar associada com a prevalência de sarcopenia. Pesquisas mostram que 41,2% das pessoas que apresentam níveis alterados de PTH apresentam sarcopenia; enquanto que esta prevalência diminui para 16,2% para populações com níveis normais ($p=0,046$)³². O estudo de Virgini et al¹⁵ também mostra a relação entre a fragilidade com outros hormônios como o Hormônio Estimulante da Tireoide (TSH) e a Tiroxina livre circulante no sangue (T4), sendo que os autores observaram que há um aumento de chance de ocorrência de fragilidade em homens com hipertireoidismo subclínico de 2,48 vezes quando comparado com indivíduos sem alteração hormonal. Além dos hormônios já citados, um dos estudos selecionados salienta a relação do hormônio grelina com a sarcopenia, visto que os idosos sarcopênicos apresentaram níveis significativamente mais baixos de grelina do que aqueles sem sarcopenia¹⁸. A grelina é um estimulador de apetite e indutor do hormônio de crescimento (GH), os baixos níveis desse hormônio associado à anorexia do envelhecimento desencadeiam uma cascata de eventos que predispõem a chance de desenvolvimento de sarcopenia³³.

A terceira via explica os efeitos moleculares que a vitamina D pode exercer sobre o músculo esquelético³⁴, influenciando no fluxo de cálcio, na regulação interna de minerais e nas vias de sinalização de rotas anabólicas de proteínas^{35,36}. Desta forma, interfere na massa, na força e na qualidade da contração muscular em idosos²⁵ e ocasiona a presença de sarcopenia nesta população. A partir de regressões multivariadas, estudos têm mostrado que em idosos sarcopênicos o risco de morte é 2,39 vezes maior quando comparado a idosos não sarcopênicos, ajustado para doença cardíaca isquêmica, atividades

da vida diária, idade ou sexo²⁴; e 2,32 vezes maior quando ajustado para idade, sexo, educação, atividades da vida diária, índice de massa corporal, hipertensão, insuficiência cardíaca congestiva, doença pulmonar obstrutiva crônica, número de doenças e nível de TNF- α ²³. Além disso, o estudo de Beaudart et al¹⁶ mostra uma associação significativa entre fragilidade e sarcopenia; uma vez que, na população sarcopênica 34,2% dos indivíduos foram diagnosticados como frágeis enquanto apenas 12,6% encontravam-se nesta condição na população não sarcopênica ($p=0,03$).

Ainda, nesta revisão, pode-se observar que os estudos têm demonstrado relação entre fragilidade e osteoporose em mulheres¹⁹. Esta relação pode ser explicada por vias biológicas comuns para as duas condições, como o compartilhamento de marcadores inflamatórios através do aumento de proteína C reativa e da interleucina-6 associadas com fragilidade, osteoporose e sarcopenia^{37,38}. A outra via compartilhada pelos músculos e pelos ossos, corresponde a relação entre o PTH e o fator de crescimento semelhante a insulina 1 (IGF-1)³⁹, os quais interferem na remodelação óssea⁴⁰ e na diminuição da massa muscular e força³⁸, e ambas interagem com a regulação de cálcio circulante. A vitamina D tem o papel modulador das bombas de cálcio no retículo sarcoplasmático e no sarcolema, regulando, dessa forma, as concentrações de cálcio muscular⁴¹, auxiliando na absorção intestinal de cálcio e interferindo na reabsorção óssea⁴². Ainda, salienta-se que idosos sarcopênicos estão 1,8 vezes mais propensos a desenvolver osteopenia e osteoporose¹⁴.

Com evidências científicas que mostram a relação entre vitamina D e fragilidade pode-se compreender que os níveis séricos de 25-hidroxivitamina D (25(OH)D) constituísse em um importante marcador biológico para fragilidade e deve ser considerado no acompanhamento de idosos. Para esta população considera-se como deficientes valores abaixo de 50 nmol/L⁴³; estudos mostram que níveis séricos abaixo deste valor estão associados ao declínio de massa magra apendicular e de desempenho físico²². Quanto à suplementação com vitamina D, como forma de prevenção ou de tratamento para fragilidade ainda não existem estudos intervencionistas com evidências sólidas neste foco, como constatado por uma revisão sistemática atual²⁵, apenas mostrou-se eficaz no ganho de força muscular⁴⁴. Desta forma

ainda são necessárias pesquisas estudem os efeitos da suplementação com vitamina D em idosos e as repercussões na fragilidade e sarcopenia, assim como estudos que busquem definir as modalidades de tratamento ideais, incluindo dose, modo de administração e duração.

A atenção primária é porta de entrada do Sistema Único de Saúde e tem como objetivo a prevenção de incapacidades que ocorrem no envelhecimento, melhorando, desta forma, os indicadores de saúde e promovendo o envelhecimento ativo⁴⁵. Portanto, salienta-se a importância da proposição de protocolos de avaliação das condições associadas ao quadro de fragilidade no idoso para o planejamento das ações em saúde, individual e coletiva, e detecção precoce de fragilidade; que pode evoluir para dependência e perda da autonomia.

Esta revisão sistemática traz como limitação a busca de artigos dos últimos cinco anos, visto que os temas sarcopenia e fragilidade são discutidos nos jornais científicos há mais tempo. Entretanto, através dos artigos selecionados reuniu evidências científicas que poderão subsidiar as equipes de saúde da atenção primária na prevenção da fragilidade da população idosa. Além disso, demonstra a importância de estudos epidemiológicos com o intuito de avaliar a prevalência, identificar fatores casuais de fragilidade; e, acompanhar a evolução e desfechos dessa condição na população brasileira; considerando que a maioria dos estudos é com idosos europeus e norte-americanos.

CONCLUSÃO

A fragilidade vem sendo associada a diversos fatores, sendo que nesta revisão destacaram-se a sarcopenia, o baixo nível de vitamina D, a anemia, o hipertireoidismo subclínico em homens e a maior evolução para osteoporose em mulheres. Também foi observada associação da sarcopenia com a idade avançada e piores nos aspectos: qualidade de vida, capacidade física-funcional, estado nutricional e comorbidades; e aumento do risco de mortalidade em idosos sarcopênicos.

Esta revisão sistemática evidenciou que os baixos níveis séricos de vitamina D estão associados à fragilidade e também interferem em fatores que

predispõe esta condição, portanto salienta-se a importância do acompanhamento dos níveis séricos desta vitamina na população idosa e sugerem-se novos estudos relacionados à suplementação da mesma em idosos frágeis. Ao nível de atenção primária, enfatiza-

se a relevância da avaliação das condições associadas ao quadro de fragilidade no idoso com o intuito de prevenir à instalação e evolução da fragilidade e suas repercussões na qualidade de vida do idoso e da sua família.

REFERÊNCIAS

- Chaves MM, Rodrigues ALP, Reis AP, Gerzstein, NC, Nogueira-Machado JA. Correlation between NADPH Oxidase and Protein Kinase C in the ROS Production by Human Granulocytes Related to Age. *Gerontology*. 2002;48(6):354-9.
- Izquierdo M, Cadore EL. Muscle power training in the institutionalized frail: a new approach to counteracting functional declines and very late-life disability. *Curr Med Res Opin*. 2014;30(7):1385-90.
- Rosenberg IH. Summary comments. *Am J Clin Nutr*. 1989;50(5):1231-33.
- 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.
- Calvani R, Miccheli A, Landi F, Bossola M, Cesari M, Leeuwenburgh C, et al. Current nutritional recommendations and novel dietary strategies to manage sarcopenia. *J Frailty Aging*. 2013;2(1):38-53.
- Mijnarends DM, Schols JM, Meijers JM, Tan FE, Verlaan S, Luiking YC, et al. Instruments to assess sarcopenia and physical frailty in older people living in a community (care) setting: similarities and discrepancies. *J Am Med Dir Assoc*. 2015;16(4):301-8.
- Rockwood K, Stadnyk K, MacKnight C, McDowell I, Hebert R, Hogan DB. A brief clinical instrument to classify frailty in elderly people. *Lancet*. 1999;353(9148):205-6.
- 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.
- Fried LP, Walston J. Frailty and failure to thrive. In: Hazzard WR, Blass JP, Halter JB, Ouslander JG, Tinetti ME, org. *Principles of geriatric medicine and gerontology*. New York: McGraw-Hill; 2003. p. 1487-502.
- 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.
- Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG; PRISMA Group. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *Int J Surg*. 2010;8(5):336-41.
- Loney PL, Chambers LW, Bennett KJ, Roberts JG, Stratford PW. Critical appraisal of the health research literature: prevalence or incidence of a health problem. *Chronic Dis Can*. 1998;19(4):170-6.
- Wells GA, Shea B, O'Connell D, Peterson J, Welch V, Losos M, et al. The Newcastle-ottawa Quality Assessment Scale (NOS) for assessing the quality of nonrandomised studies in meta-analyses. *Clin Epidemiol [Internet]*. 2017 [acesso em 22 set. 2017]:1-2. Disponível em: http://www.ohri.ca/programs/clinical_epidemiology/nosgen.pdf
- He H, Liu Y, Tian Q, Papiasian CJ, Hu T, Deng HW. Relationship of sarcopenia and body composition with osteoporosis. *Osteoporos Int*. 2016;27(2):473-82.
- Virgini VS, Rodondi N, Cawthon PM, Harrison SL, Hoffman AR, Orwoll ES, et al. Subclinical thyroid dysfunction and frailty among older men. *J Clin Endocrinol Metab*. 2015;100(12):4524-32.
- Beudart C, Reginster JY, Petermans J, Gillain S, Quabron A, Locquet M, et al. Quality of life and physical components linked to sarcopenia: The SarcoPhAge study. *Exp Gerontol*. 2015;69:103-10.
- Corona LP, Andrade FCD, Duarte YAO, Lebrao ML. The Relationship between anemia, hemoglobin concentration and frailty in Brazilian older adults. *J Nutr Health Aging*. 2015;19(9):935-40.
- Serra-Prat M, Papiol M, Monteis R, Palomera E, Cabré M. Relationship between Plasma Ghrelin Levels and Sarcopenia in elderly subjects: a cross-sectional study. *J Nutr Health Aging*. 2015;19(6):669-72.
- Sternberg SA, Levin R, Dkaidek S, Edelman S, Resnick T, Menczel J. Frailty and osteoporosis in older women: a prospective study. *Osteoporos Int*. 2014;25(2):763-8.
- Chen YL, Yang KC, Chang HH, Lee LT, Lu CW, Huang KC. Low serum selenium level is associated with low muscle mass in the community-dwelling elderly. *J Am Med Dir Assoc*. 2014;15(11):807-11.

21. Silva AT, Duarte YA, Santos JL, Wong R, Lebrão ML. Prevalence and associated factors of sarcopenia among elderly in Brazil: findings from the SABE study. *J Nutr Health Aging*. 2014;18(3):284-90.
22. Tieland M, Brouwer-Brolsma EM, Nienaber-Rousseau C, van Loon LJ, de Groot LC. Low vitamin D status is associated with reduced muscle mass and impaired physical performance in frail elderly people. *Eur J Clin Nutr*. 2013;67(10):1050-5.
23. Landi F, Cruz-Jentoft AJ, Liperoti R, Russo A, Giovannini S, Tosato M, et al. Sarcopenia and mortality risk in frail older persons aged 80 years and older: results from the SIRENTE study. *Age Ageing*. 2013;42(2):203-9.
24. Arango-Lopera VE, Arroyo P, Gutierrez-Robledo LM, Perez-Zepeda MU, Cesari M. Mortality as an adverse outcome of sarcopenia. *J Nutr Health Aging*. 2013;17(3):259-62.
25. Bruyère O, Cavalier E, Buckinx F, Reginster JY. Relevance of vitamin D in the pathogenesis and therapy of frailty. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care*. 2017;20(1):26-9.
26. Chen X, Mao G, Leng SX. Frailty syndrome: an overview. *Clin Interv Aging*. 2014;9:433-41.
27. Monlezun DJ, Camargo Jr CA, Mullen JT, Quraishi SA. Vitamin D status and the risk of anemia in community-dwelling adults: results from the National Health and Nutrition Examination Survey 2001-2006. *Medicine (Baltimore)*. 2015;94(50):1-6.
28. Antunes AS, Canziani MEF. Hepcidina: um importante regulador do metabolismo de ferro na doença renal crônica. *J Bras Nefrol*. 2016;38(3):351-5.
29. Leng S, Chaves P, Koenig K, Walston J. Serum interleukin-6 and hemoglobin as physiological correlates in the geriatric syndrome of frailty: a pilot study. *J Am Geriatr Soc*. 2002;50(7):1268-71.
30. Tajar A, Lee DM, Pye SR, O'Connell MD, Ravindrarajah R, Gielen E, et al. The association of frailty with serum 25-hydroxyvitamin D and parathyroid hormone levels in older European men. *Age Ageing*. 2013;42(3):352-9.
31. Visser M, Deeg DJ, Lips P; Longitudinal Aging Study Amsterdam. Longitudinal Aging Study Amsterdam. Low vitamin D and high parathyroid hormone levels as determinants of loss of muscle strength and muscle mass (sarcopenia): the Longitudinal Aging Study Amsterdam. *J Clin Endocrinol Metab*. 2003;88(12):5766-72.
32. Genaro PS, Pinheiro MM, Szejnfeld VL, Martini LA. Secondary hyperparathyroidism and its relationship with sarcopenia in elderly women. *Arch Gerontol Geriatr*. 2015;60(2):349-53.
33. Correa-Silva SR, Sá LBPC, Lengyel AJ. Ghrelina e secretagogos do hormônio de crescimento (GHS): modulação da secreção do hormônio de crescimento e perspectivas terapêuticas. *Arq Bras Endocrinol Metab*. 2008;52(5):726-33.
34. Walrand S. Effect of vitamin D on skeletal muscle. *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil*. 2016;14(2):127-34.
35. Anagnostis P, Dimopoulou C, Karras S, Lambrinoukaki I, Goulis DG. Sarcopenia in postmenopausal women: is there any role for vitamin D? *Maturitas*. 2015;82(1):56-64.
36. Sanders KM, Scott D, Ebeling PR. Vitamin D deficiency and its role in muscle-bone interactions in the elderly. *Curr Osteoporos Rep*. 2014;12(1):74-81.
37. Ershler WB, Keller ET. Age-associated increased interleukin-6 gene expression, late-life diseases, and frailty. *Ann Rev Med*. 2000; 51:245-70.
38. Espinoza S, Walston JD. Frailty in older adults: insights and interventions. *Cleveland Clin J Med*. 2005;72(12):1105-12.
39. Datta NS. Muscle-bone and fat-bone interactions in regulating bone mass: do PTH and PTHrP play any role? *Endocrine*. 2014;47(2):389-400.
40. Cherian J, Kenny AM, Taxel P, Lorenzo JA, Dugue G, Kuchel GA. Role of endocrine-immune dysregulation in osteoporosis, sarcopenia, frailty and fracture risk. *Mol Aspects Med*. 2005;26(3):181-201.
41. Ceglia L. Vitamin D and skeletal muscle tissue and function. *Mol Aspects Med*. 2008;29(6):407-14.
42. Santos ML, Borges GF. Exercício físico no tratamento e prevenção de idosos com osteoporose: uma revisão sistemática. *Fisioter Mov*. 2010;23(2):289-99.
43. Institute of Medicine; Ross AC, Taylor CL, Yaktine AL, Del Valle HB (editors). *Dietary Reference Intakes for Calcium and Vitamin D*. Washington: National Academies Press; 2011.
44. Beudart C, Buckinx F, Rabenda V, Gillain S, Cavalier E, Slomian J, et al. The effects of vitamin D on skeletal muscle strength, muscle mass, and muscle power: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *J Clin Endocrinol Metab*. 2014;99(11):4336-45.
45. Martins AB, D'Avila OP, Hilgert JB, Hugo FN. Atenção primária a saúde voltada aos idosos: da teoria à prática. *Ciênc Saúde Colet*. 2014;19(8):3403-16.

Recebido: 06/09/2018

Revisado: 02/11/2018

Aprovado: 14/11/2018



Abordagens da psicanálise no atendimento ao idoso: uma revisão integrativa

Approaches of psychoanalysis in the care of the elderly: an integrative review

Álvaro da Silva Santos¹
Araceli Albino²
Vitória de Ávila Santos³
Gabriela Souza Granero³
Maria Teresa Mendonça de Barros²
Marta Regina Farinelli³

Resumo

Objetivo: mapear as publicações e suas especificidades acerca da clínica psicanalítica com idosos. **Método:** revisão integrativa que considerou o período de 2008 a 2017, nas bases de dados: Index-Psicologia, LILACS, MedLine, PubMed, SciELO e, RedALyC, independente da língua. Utilizaram-se os termos: *Aged* (Idoso), *Elderly* (Envelhecimento) e *Psychoanalysis* (Psicanálise). A questão norteadora foi: *qual a produção científica acerca do idoso e a clínica psicanalítica?* **Resultados:** na seleção 33 artigos foram considerados. Isto feito, cinco categorias foram construídas: “Clínica de idosos com abordagem psicanalítica” (15), “Abordagens psicanalíticas da velhice” (9), “Intervenções psicanalíticas em instituições de longa permanência para idosos” (6), “Representação da velhice para profissionais de saúde à luz da psicanálise” (2) e, “Geracionalidade e psiquismo” (1)”. Há uma incipiente preocupação da psicanálise com o idoso, que precede a questões epistemológicas, de modo que a prática clínica aparece com maior produção; por sua vez, há carência de pesquisas, pois a maioria dos artigos era de reflexão. **Conclusão:** os estudos publicados apontam a possibilidade da psicanálise com o idoso, uma vez que, o inconsciente não envelhece e o sintoma o atualiza. Critica-se a timidez da psicanálise em contraste ao aumento de idosos. E, enfatiza-se que as perdas, os efeitos no corpo e a redução de laços sociais pedem ajustes na clínica; como a inclusão de atividades em grupo e, atuação para além do *setting* analítico, notadamente hospitais, domicílios e instituições de longa permanência.

Palavras Chaves: Idoso.
Psicanálise. Saúde do Idoso.
Velhice.

Abstract

Objective: to map publications about the clinical psychoanalytical care of the elderly and describe their characteristics. **Method:** an integrative review was carried out, considering the period 2008 to 2017 using the following databases: Index-Psychology, LILACS, MedLine, PubMed, SciELO and RedALyC, irrespective of language. The terms *Elderly* (*Idoso*), *Aging* (*Envelhecimento*) and *Psychoanalysis* (*Psicanálise*) were used. The guiding question

Keywords: Aged.
Psychoanalysis. Health of the
Elderly. Old Age.

¹ Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Instituto de Ciências da Saúde, Programa de Pós-graduação em Atenção à Saúde. Uberaba, Minas Gerais, Brasil.

² Núcleo Brasileiro de Pesquisas Psicanalíticas, Programa de Pós-graduação em Psicanálise. Vila Mariana, São Paulo, Brasil.

³ Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Instituto de Educação, Letras, Artes Ciências Humanas e Sociais, Programa de Pós-graduação em Psicologia. Uberaba, Minas Gerais, Brasil.

was: what scientific literature exists about the elderly and psychoanalytical clinical care? A total of 33 articles were considered. *Results*: five categories were constructed: "Elderly clinical care with a psychoanalytical approach" (15), "Psychoanalytical Approaches in old age" (9), "Psychoanalytical Interventions in long-term care facilities" (6), "Representations of old age for health professionals in the light of psychoanalysis" (2) and "Generationality and psyche" (1). The concern of psychoanalysis for the elderly is incipient and precedes epistemological issues, meaning that production regarding clinical practice is greater; in turn, there are fewer research studies, as most of the articles are reflective in nature. *Conclusion*: the published studies indicate the possibility of employing psychoanalysis with the elderly, as the unconscious does not age and symptoms are continuously updated. The timidity of psychoanalysis in contrast to the increase in the numbers of elderly persons may be criticized. It is also emphasized that the losses, the effects on the body and the reduction of social ties require adjustments in clinical care, such as the inclusion of group activities and activities beyond the analytical setting, especially hospitals, homes and LTCFs.

INTRODUÇÃO

O Fundo das Nações Unidas para a População estima que o número de idosos no mundo em 2010 foi de 15 milhões e será de 20 milhões no ano de 2051¹. Isto não pode passar despercebido pela psicanálise, mesmo que no seu início se tenha questionado a eficácia desta para pessoas acima de 50 anos, ideia não mais aplicável².

A psicanálise introduziu uma nova forma de apreender o humano. O psiquismo humano é formado pelos sistemas pré-consciente/consciência e inconsciente que é compreendido pela subjetividade. Também, quando se fala do aparelho psíquico, logo há a referência aos representantes pulsionais que constituem esse aparelho, em sua articulação ao registro do simbólico e, portanto, à linguagem³.

Os idosos estão propensos a viverem perdas de toda a natureza: mudanças corporais, aposentadoria, perda do status social, morte de entes queridos e os fantasmas da morte⁴ que podem ser elaboradas pela prática psicanalítica.

A finitude ressalta a sensação de desamparo e angústia. A rememoração pode surgir como forma de lidar com essa angústia, a partir da resignificação e reconstrução da identidade⁵.

Uma das principais questões da clínica psicanalítica com idosos é o fato de que a atemporalidade do inconsciente entremeia-se com o tempo cronológico, na qual a presença de alterações corporais⁶ (seja pela senilidade ou senescência) é frequente. A isso se

acresce certo distanciamento do campo psicanalítico que precede as orientações freudianas do passado acerca da psicanálise com pessoas acima de 50 anos².

A considerar a contemporaneidade e o rápido processo de envelhecimento, há aspectos a serem considerados no atendimento ao idoso por parte da psicanálise. Assim, este estudo tem como objetivo mapear as publicações e suas especificidades acerca da clínica psicanalítica com idosos.

MÉTODO

Esta é uma revisão integrativa, que sintetiza o conhecimento e possibilita a incorporação de estudos significativos na prática, considerada um instrumento da Prática Baseada em Evidências⁷. A questão norteadora foi: *Qual a produção científica acerca do idoso e a clínica psicanalítica?*

A busca ocorreu em fevereiro de 2018 considerando o período de 2008 a 2017, nas bases de dados: Index-Psicologia, LILACS, MedLine, PubMed, SciELO e, RedALyC, em qualquer idioma. Consideraram-se os descritores: *aged* (idoso), *elderly* (envelhecimento), *psychoanalysis* (Psicanálise), na composição: (*aged* OR *idoso*) AND (*elderly* OR envelhecimento) AND (*psychoanalysis* OR psicanálise).

Foram excluídos os artigos repetidos, editoriais, livros, trabalhos de conclusão de curso, sem acesso na íntegra, que não respondiam a questão norteadora e, fora do período considerado. A seleção dos artigos se deu em três momentos:

- 1º) busca por artigos de acordo com descritores, período e bases elencadas. Essa fase atingiu 198 artigos;
- 2º) aplicação dos fatores de exclusão. Alcançando-se 51 artigos;
- 3º) leitura interpretativa dos 51 artigos, pela qual 18 foram excluídos, pois fugiam da questão norteadora, considerando-se assim 33 artigos.

Os artigos foram lidos na íntegra e categorizados por similaridades temáticas.

RESULTADOS

Foram considerados 33 artigos, dos quais levantaram-se 14 na LILACS, sete no Index-Psicologia (BVS Psi), sete na PubMed, três na SciELO e dois na RedALyC. Na quantidade de artigos por ano se alcançou: em 2008-3, 2009-1, 2010-1, 2011-8, 2012-4, 2013-1, 2014-6, 2015-6, 2016-2 e, 2017-1. Na tipologia dos artigos verificou-se: 19 de Reflexão, seis de Estudo de Caso, cinco Pesquisas e três Relatos de Experiência.

A partir do levantamento construíram-se cinco categorias com o seguinte número de artigos cada: “Clínica de Idosos com Abordagem Psicanalítica” (15), “Abordagens Psicanalíticas da Velhice” (9), “Intervenções Psicanalíticas em Instituições de Longa Permanência para Idosos” (6), “Representação da Velhice para Profissionais de Saúde à Luz da Psicanálise” (2) e, “Geracionalidade e Psiquismo” (1).

Clínica de idosos com abordagem psicanalítica

Os artigos dessa categoria estão descritos no Quadro 1 e abordam os trajetos clínicos na intervenção com idosos.

Abordagens psicanalíticas da velhice

Os artigos desta categoria estão descritos no Quadro 2, e abordam as visões psicanalíticas acerca do indivíduo idoso.

Intervenções psicanalíticas em instituições de longa permanência para idosos

Os artigos desta categoria estão descritos no Quadro 3, e abordam a atuação psicanalítica em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI).

Representação da velhice para profissionais de saúde à luz da psicanálise

Os artigos desta categoria estão descritos no Quadro 4, e abordam como profissionais de saúde vêem a velhice.

Geracionalidade e psiquismo

O artigo desta categoria está descrito no Quadro 5, e aborda a geracionalidade e o psiquismo.

Quadro 1. Clínica de Idosos com Abordagem Psicanalítica. Uberaba, MG, 2018.

Título	Proposta do Estudo	Sinopse
O cuidado de idosos como um campo intersubjetivo: reflexões éticas ⁸ .	Reflexão sobre o cuidado de idosos com base na intersubjetividade.	Mostra quatro tipos de intersubjetividades: <i>transobjetiva</i> (diferença do Eu e do Outro), <i>traumática</i> (o outro numa relação constitutiva e traumática), <i>interpessoal</i> (relação simétrica/horizontal do Eu e do Outro) e, <i>intrapsíquica</i> (baseada na teoria psicanalítica – relação do Eu e seus objetos psíquicos introjetados). A ética do cuidar é apontada no sentido que o idoso deve assumir o máximo que puder do seu autocuidado.
Considerações sobre a clínica psicanalítica do envelhecimento no SUS: o CRI-Norte ⁹ .	Relato de experiência sobre coordenação de uma clínica psicanalítica winnicottiana no SUS.	Uso do psicodiagnóstico e psicoterapia individual e grupal breves e grupos terapêuticos temáticos. Aponta-se a dependência própria do humano. A valorização do sentir-se no ciclo de vida real, e estar vivo (em Winnicotti), que está além do determinismo das doenças.
Estética e poética da velhice em narrativas autobiográficas: um estudo a luz da psicanálise ⁵ .	Reflexão acerca da escrita autobiográfica como técnica.	Defende a autobiografia como técnica propondo sublimação, dessexualização e, o uso das palavras escritas dando vazão às pulsões no idoso. Apresenta o uso de oficinas grupais das quais idosos rememoram fatos para ressignificação da identidade e, o refazer do lugar social e relações.
Direção do tratamento na clínica com idosos ¹⁰ .	Reflexão da clínica psicanalítica com idosos, no olhar do sintoma.	A análise se faz ao sujeito do inconsciente que não envelhece e não ao corpo envelhecido e, com isso, o sintoma atualiza marcas inscritas. Não há sintomas de velhos e sim sintomas antigos que são marcas primárias. Vários idosos têm muitos sintomas corporais como formas de gozo, de tecer laço com o “outro”.
Psicanálise e velhice: considerações clínicas ¹¹ .	Estudo de caso com idosa em síndrome do pânico e “cirurgia delicada”.	Após cirurgia a idosa tem solicitação médica de cuidados, pois agora tem “órgão artificial”. Este “significante” remeteu-a a questões existenciais. O trabalho analítico permitiu a ressignificação e a busca de atividades para dar sentido a sua vida.
Older Adults and psychoanalytic treatment: it's about time ¹² .	Estudo de caso com idosa, internada numa Clínica de Psiquiatria Geriátrica.	Sessões de análise, três vezes por semana durante 18 meses no hospital e, depois mais três anos após alta. Observou-se transferência sentindo-se a paciente motivada a mudança, tolerância a frustrações e, busca de novos sentidos na vida.
Winnicotti e o desafio do atendimento a pacientes idosos em estado confusional ¹³ .	Pesquisa qualitativa com categorização realizada com quatro idosas em estado confusional, num hospital ortopédico.	Elucidaram-se duas categorias: “caracterização do quadro clínico” e, “atuações do Psicoterapeuta”. Na primeira as pacientes estavam com distúrbios na atenção e consciência, baixa na memória e confusão. Na segunda categoria, as condições das pacientes impediram análise tradicional usando-se o <i>holding</i> , na perspectiva de acolhimento e suporte. Similar ao atendimento a psicóticos, escuta, acolhimento, orientação a familiares e equipe surtiram efeito.
Special problems for the elderly psychoanalyst in the psychoanalytic process ¹⁴ .	Reflexão sobre condições diferenciadas do analista idoso no processo terapêutico.	A condição do analista idoso como contexto exige consciência da sua existência e, monitoramento contínuo da transferência e contratransferência evitando conivência silenciosa, perigosa e inconsciente com seus pacientes.
Psicanálise e velhice: o idoso é obsoleto? ¹⁵ .	Reflexão psicanalítica acerca do idoso num ambulatório universitário.	O paciente dá autenticidade de sua doença no gozo que esta pode oferecer, e o médico dá a este, antidepressivo que ao invés de “elaborar o seu contexto” fica entorpecido. Na perspectiva analítica, dor, quedas recorrentes, esquecimento devem ser vistos no idoso na dimensão subjetiva.

continua

Continuação do Quadro 1

Título	Proposta do Estudo	Sinopse
Pour une approche intégrative de la maladie d'Alzheimer: pertinence et limites ¹⁶ .	Reflexão da necessidade de atuar-se no Alzheimer, além das questões neurológicas.	Traz-se o conceito de traço de memória pertencentes às teorias psicanalíticas e neuropsicológicas. O esquecimento na doença de Alzheimer pode ser um mecanismo de defesa que está enraizado num "desejo de esquecimento", associado com perda traumática, levando ao suicídio real psíquico.
O envelhecimento à luz da psicanálise ⁴ .	Reflexão sobre perdas vividas pelo idoso.	Defende como mais importante, a idade da neurose do que a idade cronológica, necessitando-se elaborar perdas, luto e, reinventar-se a vida.
The aging of Anna Freud's diagnostic profile: a re-examination and re-application of the psychoanalytic assessment for older adults ¹⁷ .	Estudo de caso da aplicabilidade do perfil diagnóstico de Anna Freud em idosos.	Estudo de caso de uma mulher de 70 anos, com o uso da técnica de perfil diagnóstico de Ana Freud para maior clareza, no diagnóstico ou na compreensão intrapsíquica.
A oficina de cartas, fotografias e lembranças como intervenção psicoterapêutica grupal com idosos ¹⁸ .	Pesquisa psicanalítica winnicottiana, desenvolvida num grupo de 3ª idade com seis idosos.	Usou-se a materialidade mediadora. Os pacientes foram convidados a trazerem cartas, fotografias, ou outros objetos referentes a lembranças. Foram 16 encontros semanais com uma hora e meia cada. Tais objetos eram colocados num quadro de imã e o grupo ao redor falava sobre o que estes suscitavam, depois estes eram fotografados e registrados para uma nova lembrança. A sociabilização dos significados dos objetos permitiu trocas afetivas e projeção de futuro.
Observações clínicas sobre o valor das reminiscências no processo de envelhecimento ¹⁹ .	Estudo de caso com mulher de 89 anos, sobre reminiscências históricas que rompeu a barreira do recalçamento.	Os filhos (50 anos ou mais) interpellam a idosa para que esta revele histórias amorosas do passado, que implicaram em culpas, por valores religiosos. Ela tem um "apagão" e, crise de raiva e choro. No passado, o marido morreu e ela ficou com cinco filhos pequenos, tendo momentos de depressão e tentativas de suicídio. A análise demorou em torno de dois meses com duas sessões semanais, e emergiram conflitos pelos temas proibidos, que foram cedendo a uma reconciliação consigo mesma, mostrando que não há tempo no retorno do recalçado.
Diagnóstico psicoanalítico ²⁰ .	Estudo de caso com diagnóstico psicanalítico Algoritmo David Libermam (ADL).	O caso apresentado é de um escritor idoso, acerca de fragmentos da entrevista de um sonho e de uma obra literária, com estancamento pulsional e vários sintomas físicos (respiratórios). Num poema é demonstrado erotismo fálico genital e fixação a libido intra-somática. No sonho há componente intra-somático menor e dramático maior. A entrevista, foca na questão econômica, na vontade de viver e respirar o ar num rancho. O ADL é defendido como instrumento que ordena palavras, frases, retórica, narrativas, entonações e, ordenação semiológica do discurso.

Quadro 2. Abordagens Psicanalíticas da Velhice. Uberaba, MG, 2018.

Título	Proposta do Estudo	Sinopse
O Silenciamento da velhice: apagamento social e processos de subjetivação ²¹ .	Reflexão sobre subjetividades do corpo envelhecido e imaginário social.	Preconceito como atitudes do cotidiano: exclusão social, apagamento subjetivo, desinteresse pela história de vida e medo do contato com a velhice pela vinculação à morte. Termos como “melhor idade” mascararam a dificuldade de aceitação deste ciclo. A passagem do “ideal do eu” regula o sujeito com marcas das insígnias do “outro”, na esperança de reconhecimento.
Terceira idade, subjetivação e biopolítica ²² .	Reflexão do conceito de terceira idade como significante, na leitura do biopoder e biopolítica.	O significante “terceira idade” traz novas modalidades de subjetivação no campo da velhice - como, o “fim da vida” para o “novo tempo da vida”. Na figura do biopoder e da biopolítica e controle dos processos vitais, tem-se a medicalização do espaço social, a prevenção de agravos e a promoção da saúde.
Corpo e envelhecimento: uma perspectiva psicanalítica ²³ .	Reflexão sobre corpo, envelhecimento e psicanálise.	Cria-se uma imagem corporal inconsciente, com identidade, apesar das mudanças corporais no tempo. É a fase do “espelho negativo”. Há perdas na subjetivação, diminuição do fluxo libidinal, busca de saídas (doenças, terapêuticas, consumo medicamentoso); modos de recriação de vínculos e contatos com o “outro”.
A sombra de um corpo que se anuncia: corpo, imagem e envelhecimento ²⁴ .	Reflexão sobre velhice e, impactos no sujeito num olhar psicanalítico.	Há desencontro entre o inconsciente atemporal e o corpo, âmbito da temporalidade. A redução ou perda de libido faz com que o idoso busque certo narcisismo, focalizando memórias, fantasias e dores.
Sintomas de velhos ²⁵ .	Reflexão acerca de sintomas em idosos.	O sintoma na psicanálise contrasta com o olhar biologicista e cultural do envelhecer. O sintoma pode ser antigo, mas não específico de idosos. A psicanálise não opera com patologias e sim com os sintomas subjetivados, na qual os sujeitos estão implicados. Não há “sintomas de velhos” e, no real e simbólico, o sintoma também pode ser “gozo”.
“Velhice? Acho ótima, considerando a alternativa”: reflexões sobre velhice e humor ²⁶ .	Reflexão articulando humor e velhice, a partir da psicanálise.	A velhice é vista e vivida de forma negativa e há busca incessante pela felicidade e negação do sofrimento e morte. Apresentam-se exemplos da vida de Freud com o uso de humor para o alívio de sofrimentos e tolerância às ambiguidades da vida.
A Velhice e a morte: reflexões sobre o processo de luto ²⁷ .	Reflexão sobre morte e envelhecimento à luz da psicanálise.	Morte de amigos e companheiros, perda de trabalho, relações familiares e sociais remetem a perdas reais e simbólicas. A morte não é aceita como natural e, ideias e crenças religiosas nascem da necessidade que se tem de tornar o desamparo suportável. Na supressão do objeto amado, a libido precisa ser direcionada, algo doloroso e lento.
Vieillir en terre étrangère: une nouvelle épreuve de l'exil ²⁸ .	Reflexão sobre envelhecimento em ILPI* e situação migratória.	Estar velho e fora do contexto cultural, pode gerar sofrimentos da ordem social e psíquica. Idosos estrangeiros em ILPI tem sofrimento psíquico pela proximidade da morte e, por não enxergar chances de reformulação da vida. Espaços de escuta vendo a singularidade como investimento consciente ou inconsciente na cultura, são necessários, considerando os recursos simbólicos.
Encontros e solidões do nosso tempo ²⁹ .	Reflexão na relação da Psicanálise com a Filosofia do contemporâneo, destacando: adolescência, idoso e amor.	Adolescência, envelhecimento e amor são colocados como momentos de transição, difíceis de serem vividos. Com o trabalho analítico, é possível assumir a “responsabilidade” pelo próprio destino, que permite a emancipação do passado vivido, abrindo o futuro através da liberdade humana, que é limitada.

*Instituição de Longa Permanência para Idosos

Quadro 3. Intervenções Psicanalíticas em Instituições de Longa Permanência para Idosos. Uberaba, MG, 2018.

Título	Proposta do Estudo	Sinopse
Amor demais: o cuidado institucional à velhice ³⁰ .	Estudo de caso etnográfico, com base psicanalítica realizada numa ILPI* sobre representações da velhice.	Amor, carinho e atenção, foram entendidos pelos profissionais como requisitos para o bom exercício da tarefa, concebidos como doação (dom) e independentemente do saber técnico. A ideia do dom como ação desinteressada evidencia o cuidado numa relação de “caridade” e poder.
L'apport de la psychanalyse aux soins en institution gériatrique ³¹ .	Reflexão sobre contribuições da psicanálise aos sujeitos cuidadores.	Há transferência e contratransferência do profissional em relação ao idoso; além disso, o mesmo vivencia as frustrações nas perdas constantes de autonomia e morte. A psicanálise pode contribuir com a compreensão da prática cuidativa tanto para o idoso quanto para o profissional.
Estrangeiro, familiar: o cuidado do outro na instituição geriátrica ³² .	Pesquisa ação quantitativa, com base na psicanálise, sobre representações culturais.	Trabalhadores estrangeiros na ILPI* eram mulheres, média de 39 anos, provenientes da América do Sul e Europa Oriental, mais de 13 anos de estudo, residindo na Itália por volta de 10 anos, e na sua maioria enfermeiros ou técnicos de enfermagem, 25% já tendo sofrido discriminação. Em entrevistas com 13 chefes de enfermagem apareceram três categorias: “segurança de nós” (aspectos que unem e tranquilizam), “familiar, mas ameaçante” (medo dos familiares e parentes) e, “radicalmente estranho” (partir de um lugar e chegar em outro). As atividades grupais mostraram que através do simbólico se pode reduzir a sensação de estranheza a “nós mesmos”, elaborando-a, sem vivê-la na recusa desse “outro”.
Institucionalização da velhice e regressão: um olhar psicanalítico sobre os asilos de velhos ³³ .	Reflexão da realidade prática em duas ILPI em parceria com universidades, com uso de “oficinas de Psicologia”, e passeios.	Observou-se infantilização (fala, tipo de cuidados) e regressão psicológica dos idosos, pela prostração, apatia da rotina; e, dos cuidadores, pois apenas as necessidades básicas eram valorizadas o estímulo ao autocuidado era inexistente. Há uma mortificação do ‘Eu’ pela perda da subjetividade e noção de território. A saída da instituição (passeios) buscava ressignificação, contato com o mundo externo.
A velhice como marca da atualidade: uma visão psicanalítica ³⁴ .	Relato de experiência de trabalho em grupo numa ILPI*.	Atividade desenvolvida com quatro a seis idosas em quatro encontros de um universo de 16 moradores. As narrativas mostraram silêncio da instituição sobre sintomas, tentativa de proteger os desejos, num contraste da pulsão de vida e de morte. Verificou-se desvalorização do saber do idoso; sentimento de abandono e desamparo; comunicação intolerada pela ILPI*; apagamento dos traços individuais; e, repetição de histórias.
O desvelar da velhice: as contribuições da psicanálise na busca de sentidos para a experiência do envelhecer ³⁵ .	Relato de experiência na relação da psicanálise, envelhecimento e velhice, com seis idosos.	A experiência mostrou que há vida emocional, psíquica, e a existência de processos inconscientes que regem os comportamentos, ações e sintomas de pessoas muito idosas.

*Instituição de Longa Permanência para Idosos

Quadro 4. Representação da Velhice para Profissionais de Saúde à Luz da Psicanálise. Uberaba, MG, 2018.

Título	Proposta do Estudo	Sinopse
Imaginário coletivo de profissionais de saúde mental sobre envelhecimento ³⁶ .	Pesquisa qualitativa sobre imaginário coletivo de trabalhadores de saúde mental.	Emergiram dois campos de sentido afetivo-emocional: “sofrimento e solidão” e “a idade não importa”. Isto aponta que o ser idoso é visto como triste e solitário, mas poucos profissionais vêem a possibilidade de modos de vida criativo e saudável.
O óbito sob a ótica da equipe de limpeza ³⁷ .	Pesquisa com trabalhadoras da limpeza numa enfermaria geriátrica acerca da morte.	Obteve-se quatro categorias: <i>percepção acerca da morte</i> (repetição, medo da fragilidade); <i>morte e religião</i> (prática religiosa para manejar o desamparo); <i>morte de idosos</i> (aceitação neste ciclo etário, penalização); <i>espaço oferecido às participantes</i> (reflexão da finitude).

Quadro 5. Geracionalidade e Psiquismo. Uberaba, MG, 2018.

Título	Proposta do Estudo	Sinopse
Transmissão do psiquismo entre as gerações ³⁸ .	Reflexão sobre caso na transmissão do psiquismo.	Idosa com história de repetições geracionais incluindo eventos como: incesto, negação e, segredo de fatos, mostrando que traumas psíquicos não elaborados podem passar às futuras gerações.

DISCUSSÃO

Não é possível negar o crescimento populacional de idosos em relação à população geral^{6,9} e a distância que existiu do olhar freudiano em “proscrever” a atenção psicanalítica ao idoso^{11,18}.

O envelhecimento se dá desde o nascimento, mas a velhice para a psicanálise é a fase onde estão os idosos⁴. Se o principal sujeito da psicanálise é o inconsciente e este não envelhece, além de não existir “sintomas de velhos”, o sintoma em si atualiza a direção da análise^{6,10,19,37}. Um estudo mostrou que a análise com idosos permitiu a construção de um saber sobre o real, com a elaboração do processo de culpa¹⁹. Assim, cabe ao analista criar uma relação com seu paciente, de modo que os sintomas apresentados se conectem aos aspectos saudáveis³⁹.

As produções mostraram que o clássico precisa ser revisto na atenção à velhice. Há possibilidade de ações em grupo, que inclua o geronte, sua família e os profissionais que o cuidam^{5,9,15,18}.

Por contextos variados, a velhice é o ciclo que mais ocupa leitos hospitalares. Neste momento o idoso recebe atenção clínica e seu inconsciente continua ativo. Seus sintomas atualizam sua condição psíquica,

sua história de vida (e da sua neurose), suas pulsões, que estão ali; portanto, momento analítico ímpar^{11,13,16}.

Outro nicho é o domicílio. Um idoso pode ser hospitalizado (em condições de cuidados intermediários, ou paliativos), na sua residência e, não havendo comprometimento cognitivo importante, tal sujeito é passível de atenção psicanalítica^{12,19}.

O não envelhecimento do inconsciente e a manutenção da estrutura no idoso, apesar da condição física e emocional que a velhice denota, pedem outros instrumentais de intervenção psicanalítica.

A intersubjetividade e a importância da dimensão subjetiva, sobretudo no significado de dores, quedas recorrentes, esquecimento e na dependência do cuidado podem ir num caminho empático^{8,15}. Ou na identificação projetiva, passagem de um afeto para outro, que pode ocorrer entre idoso e cuidador^{8,15}.

As representações da velhice num panorama social trazem um contraste dos avanços de várias áreas (saneamento, saúde, economia, política, educação) que ampliam a expectativa de vida, o acesso aos bens e serviços, perspectivas de bem-estar^{40,41}. Mas esses avanços podem criar outras questões de sofrimento, sobretudo psíquico.

O “ideal do Eu” regula o sujeito com as insígnias do “Outro”, na busca de reconhecimento e de ser amado, mas não cumprir essa exigência pode trazer a assombração do fracasso; de modo que mudanças não elaboradas estão mostrando a face de algo que não se quer entrar em contato, a velhice²¹.

Alcançar a velhice (mesmo do ponto de vista biológico) para os tempos atuais (a considerar o passado) é um sucesso; e traz uma nova experiência simbólica e social.

Idoso ou idosa tendem à castração com a idade, a exemplo da dificuldade de ereção e menopausa, que trazem aos sujeitos angústia; das quais estes podem não querer abrir mão do que foram e, menos ainda de readequação de novos projetos de vida²³. Mas medicalizar o espaço social, prevenir agravos e promover saúde sem subjetivação e elaboração dos cenários de vida é improdutivo.

Os sintomas subjetivados em doenças, ou como forma de gozo, podem aguçar e tornar trágica a velhice, podendo o idoso deixar de se cuidar e cada vez mais se desenlaçar da vida. Neste caso, é premente a função do analista em escutar seres falantes, na tentativa de fazer emendas entre o real e o sintoma³⁸.

Fala-se aqui de um sujeito desejante com um corpo fragilizado, o que exigirá revisão de ideais narcísicos e busca de projetos, aos limites do corpo e às questões sociais²³ e culturais, influenciadoras do cotidiano. É o dilema do corpo temporal com um inconsciente atemporal²⁴.

A perda de um ente querido ou de um objeto que o substitua, pode gerar o luto com alto investimento pulsional, assim a libido precisa ser redirecionada²⁷.

O fato de estar numa ILPI, mostra contextos diversos de inserção institucional: decisão familiar, idoso com polidoenças e polifarmácia, dependente de muitos cuidados.

A angústia do velho institucionalizado está além da angústia do ciclo de vida. Há perdas no corpo, mas em especial nas dimensões simbólica e imaginária, o que gera um comportamento introspectivo e ausência de abertura para a fala. Um estudo mostrou que a noção

de caridade como dom e da necessidade do idoso convergem para a intenção do “Outro”, que transita do poder do cuidador à dependência do cuidando³⁰.

Mas, profissionais de ILPI tendem ao sofrimento psíquico, com isso podem receber apoio psicanalítico para a constante vivência de perdas, falta de autonomia e proximidade com a morte³¹ vivida pelos idosos que cuidam.

A infantilização e regressão psicológica, a hipervalorização de necessidades básicas (análogo a dependência da criança), desestímulo ao autocuidado, falta de interação do idoso com o mundo externo e monotonia pelas rotinas, é apontada³³.

O desinteresse pelo idoso por parte da psicanálise como um todo, faz com que a sua contribuição em ILPI esteja distante da realidade; mas, há muito por se fazer neste espaço, seja com o idoso, familiares ou cuidadores.

O olhar do profissional sobre a velhice não tende a ser muito diferente do olhar social. Mesmo que se esperassem visões diferentes, em geral estas são negativas. Pesquisa acerca das representações sociais da velhice e boa velhice na ótica de idosos deu-se pela atividade ou não e, das pessoas em seu entorno, pela valorização ou desvalorização; e, para ambos, as dimensões econômicas, familiares e comportamentais^{41,42}.

A questão da sexualidade, apoio dos serviços sociais (especialmente da saúde) não são citados. Estudos afirmam que, não é a velhice que determina a ausência do desejo ou a diminuição das relações sexuais, mas a complexidade do desejo que impõe novas cores para a sexualidade na velhice^{43,44}.

CONCLUSÃO

Dentre as principais lacunas encontradas na produção levantada estão: necessidade de mais estudos clínicos da psicanálise com idosos, mapeamento de experiências, conhecimento do que pensam os psicanalistas nessa clínica, capacidade cognitiva na velhice, o fazer psicanalítico e a psicanálise nas Instituições de Longa Permanência para idosos.

Suportes essenciais da psicanálise amplamente usadas em outros ciclos de vida (sexualidade; associação livre; sintoma e seu tempo e sua relação cronológica temporal; abordagens específicas ou mais criativas) precisam ser adaptados à atenção na velhice.

A comunidade científica e os periódicos precisam criar movimentos pendulares (de diálogo, de ir e vir, de crítica) que estimulem não só a produção e o interesse da psicanálise, como a formação de psicanalistas voltados à atuação na velhice, demanda contemporânea.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2010 [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2010 [acesso em 22 mar. 2018]. Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br/>
2. Mucida A. Escrita de uma memória que não se apaga: envelhecimento e velhice. Belo Horizonte: Autêntica; 2014.
3. Torezan ZCF, Aguiar F. O Sujeito da psicanálise: particularidades na contemporaneidade. Rev Mal-estar Subj [Internet]. 2011 [acesso em 27 out. 2018];11(2):525-54. Disponível em: <http://periodicos.unifor.br/rmes/article/view/4993/4000>
4. Altman M. O envelhecimento à luz da psicanálise. J Psicanál. 2011;44(80):193-206.
5. Lima PMR, Viana TC, Lima SC. Estética e poética da velhice em narrativas autobiográficas: um estudo a luz da psicanálise. Estud Pesqui Psicol. 2015;15(1):58-78.
6. Mucida A. Atendimento psicanalítico do idoso. São Paulo: Zagogoni; 2014.
7. Souza MT, Silva MD, Carvalho R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. Einstein [Internet]. 2010 [acesso em 13 fev. 2018];8(1 Pt 1):102-6. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/eins/v8n1/pt_1679-4508-eins-8-1-0102
8. Cherix K, Coelho Júnior NE. O cuidado de idosos como um campo intersubjetivo: reflexões éticas. Interface. 2017;21(62):579-88.
9. Genaro Junior F. Considerações sobre a clínica psicanalítica do envelhecimento no SUS: o CRI-Norte. Mais 60. 2016;27(66):20-45.
10. Mucida A. Direção do tratamento na clínica com idosos. Rev Bras Ciênc Envelhec Hum. 2015;12(3):245-55.
11. Silva JM, Moreira JO. Psicanálise e velhice: considerações clínicas. Ciênc Téc Vitiv. 2015;30(2):238-56.
12. Plotkin DA. Older adults and psychoanalytic treatment: it's about time. Psychodyn Psychiatr. 2014;42(1):23-50.
13. Fontoni MR, Oliveira WL, Kaneta CN. Winnicott e o desafio do atendimento a pacientes idosos em estado confusional. Psicol Saúde Doenças. 2014;15(3):816-27.
14. Chessick RD. Special problems for the elderly psychoanalyst in the psychoanalytic process. J Am Psychoanal Assoc. 2013;61(1):67-93.
15. Castilho G. Psicanálise e velhice: o idoso é obsoleto? Trivium. 2012;4(2):48-58.
16. Pierron-Robinet G. Pour une approche intégrative de la maladie d'Alzheimer: pertinence et limites. Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil. 2012;10(1):73-81.
17. Chase C. The aging of Anna Freud's diagnostic profile: a re-examination and re-application of the psychoanalytic assessment for older adults. Psychoanal Study Child. 2011;65:245-74.
18. Gil CA, Tardivo LSPC. A oficina de cartas, fotografias e lembranças como intervenção psicoterapêutica grupal com idosos. Mudanças. 2011;19(1-2):19-30.
19. Santos SS, Carlos AS. Observações clínicas sobre o valor das reminiscências no processo de envelhecimento. Barbarói. 2011;35:128-40.
20. Bodni O. Diagnóstico psicanalítico. Subj Processos Cogn. 2010;14(2):1-14.
21. Rosa MC, Vilhena J. O Silenciamento da velhice: apagamento social e processos de subjetivação. Rev Subj. 2016;16(2):9-19.
22. Birman J. Terceira idade, subjetivação e biopolítica. História Ciênc Saúde. 2015;22(4):1267-82.
23. Cherix K. Corpo e envelhecimento: uma perspectiva psicanalítica. Rev SBPH. 2015;18(1):39-51.
24. Vilhena J, Novaes JV, Rosa CM. A sombra de um corpo, imagem e envelhecimento. Rev Latinoam Psicopatol Fundam. 2014;17(2):251-64.
25. Mucida A, Pinto JM. Sintomas de velhos? Cad Psicanal (CPRJ). 2014;36(30):45-60.

26. Lima PMR, Viana TC, Lazzarini ER. “Velhice? Acho ótima, considerando a alternativa”: reflexões sobre velhice e humor. *Rev Mal-estar e Subj.* 2011;11(4):1597-618.
27. Concentino JMB, Viana TC. A Velhice e a morte: reflexões sobre o processo de luto. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2011;14(3):591-600.
28. Sittou R. Vieillir en terre étrangère: une nouvelle épreuve de l'exil. *Psychol NeuroPsychiatr Vieil.* 2008;6(1):23-31.
29. Corbella S. Encontros e solidões do nosso tempo. *Rev Bras Psicanal.* 2008;42(3):149-67.
30. Barbieri NA, Sarti C. Amor demais: o cuidado institucional à velhice. *Vibrant* 2015;13(1):71-88.
31. Charazac PM. L'apport de la psychanalyse aux soins en institution gériatrique. *Geriatr Psychol Neuropsychiatr.* 2014;12(2):193-8.
32. Carrano I, Grifo P. Estrangeiro, familiar: o cuidado do outro na instituição geriátrica. *Rev Inter Mob Hum.* 2012;20(38):163-79.
33. Rozendo AS, Justo JS. Institucionalização da velhice e regressão: um olhar psicanalítico sobre os asilos de velhos. *Rev Kairós.* 2012;15(8):25-51.
34. Silva BR, Finocchio AL. A velhice como marca da atualidade: uma visão psicanalítica. *Vínculo.* 2011;8(2):22-8.
35. Abrahão ES. O desvelar da velhice: as contribuições da psicanálise na busca de sentidos para a experiência do envelhecer. *Rev SPAGESP.* 2008;9(1):57-65.
36. Simões CHD, Ferreira-Teixeira MC, Aiello-Vaisberg TMJ. Imaginário coletivo de profissionais de saúde mental sobre envelhecimento. *Bol Psicol.* 2014;64(140):65-77.
37. Silva DPG, Kiyam L, Wanderley KS. O óbito sob a ótica da equipe de limpeza. *Saúde Debate.* 2009;33(81):140-7.
38. Hartmann IB, Schestatsky S. Transmissão do psiquismo entre as gerações. *Rev Bras Psicoter.* 2011;13(2):992-1114.
39. Brasil KTR, Barcelos MAR, Arrais AR, Cárdenas CJ. A clínica do envelhecimento: desafios e reflexões para prática psicológica com idosos. *Aletheia [Internet].* 2013 [acesso em 22 mar. 2018];(40):120-33. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942013000100011&lng=pt&tlng=pt
40. Silva MC, Ogata MN, Oliveira DC. O estado de arte das produções científicas nacionais das representações sociais do envelhecimento na perspectiva da saúde. *Rev Kairós.* 2015;18(Esp 19):49-63.
41. Brito A, Camargo B, Castro A. Representações sociais de velhice e boa velhice entre idosos e sua rede social. *Rev Psicologia da IMED.* 2017;9(1):5-21.
42. Fernandes JSG, Andrade MS. Representações sociais de idosos sobre velhice. *Arq Bras Psicol [Internet].* 2016 [acesso em 10 maio 2018];68(2):48-59. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672016000200005&lng=pt&tlng=pt
43. Vieira KFL, Coutinho MPL, Saraiva ERA. A sexualidade na velhice: representações sociais de idosos frequentadores de um grupo de convivência. *Psicol Ciênc Prof [Internet].* 2016 [acesso em 13 fev. 2018];36(1):196-209. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/1982-3703002392013>
44. Alencar DL, Marques APO, Leal MCC, Vieira JCM. Fatores que interferem na sexualidade de idosos: uma revisão integrativa. *Ciênc Saúde Colet.* 2014;19(8):3533-42.

Recebido: 18/08/2018

Revisado: 23/10/2018

Aprovado: 05/11/2018

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.

