

VOLUME 22, NÚMERO 1, 2019



Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia

Brazilian Journal of Geriatrics and Gerontology



ISSN 1981-2256



Revista Brasileira de Geriatría e Gerontología

Brazilian Journal of Geriatrics and Gerontology

VOLUME 22, Nº 1, 2019

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 en Línea para Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

DOAJ – Directory of Open Access Journals

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

PAHO - Pan American Health Organization

Free Medical Journals

Cabell's Directory of Publishing Opportunities

The Open Access Digital Library

UBC Library Journals

EDITORIAL

O FOCO NO PACIENTE É O PRINCIPAL PILAR DA TRANSFORMAÇÃO DIGITAL NA SAÚDE!

Focus on the patient is the central pillar of the digital transformation in health!

Guilherme Machado Rabello

ARTIGOS ORIGINAIS

PERCEPÇÕES DE CUIDADO ENTRE CASAIS IDOSOS

Perceptions of care among elderly couples

Eloise Panagio Silva, Iara Sescon Nogueira, Célia Maria Gomes Labegolini, Lígia Carreira, Vanessa Denardi Antoniassi Baldissera

PADRÕES DE USO DO TEMPO EM CUIDADORES FAMILIARES DE IDOSOS COM DEMÊNCIAS

Patterns of use of time by family caregivers of elderly persons with dementia

Elcyana Bezerra Carvalho, Anita Liberalesso Neri

A PRÁTICA DO CUIDADO EM INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS: DESAFIO NA FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS

The practice of care in long-term care facilities for the elderly: a challenge for the training of professionals

Daniela Garcia Damaceno, Mara Quaglio Chirelli, Carlos Alberto Lazarini

ASSOCIAÇÃO ENTRE NÚMERO DE MEDICAMENTOS CONSUMIDOS E MARCADORES NUTRICIONAIS ENTRE IDOSOS COM DOENÇAS CRÔNICAS: PESQUISA NACIONAL DE SAÚDE (2013)

Association between number of medications used and nutritional markers among elderly persons with chronic diseases: National Health Survey (2013)

Isabel Cristina Bento, Mary Anne Nascimento Souza, Sérgio Viana Peixoto

VARIÁVEIS DEMOGRÁFICAS E CLÍNICAS COMO PREDITORAS DIFERENCIAIS DE ALTERAÇÃO COGNITIVA NA DOENÇA DE PARKINSON

Demographic and clinical variables as differentiating predictors of cognitive disorders in Parkinson's disease

Núbia Isabela Macêdo Martins, Nadja Maria Jorge Asano, Carla Cabral dos Santos Accioly Lins, Maria das Graças Wanderley de Sales Coriolano

CUIDADO DE SI EM UM GRUPO DE CONVIVÊNCIA DE IDOSAS

Care of the self in a social group for elderly women

Helenice De Moura Scortegagna, Nadir Antonio Pichler, Jarbas Dametto, Silvana Gazzana, Eliane Lucia Colussi

TRÍADE IATROGÊNICA EM UM GRUPO DE MULHERES IDOSAS VINCULADAS A UM PLANO DE SAÚDE

The iatrogenic triad in a group of elderly women contracted to a health plan

Henrique Souza Barros de Oliveira, Maria Elisa Gonzalez Manso

ANÁLISE DOS FATORES DE RISCO PARA QUEDA EM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS

Analysis of risk factors for falls among institutionalized elderly persons

Vitor Pena Prazeres Rosa, Fátima Cristina Bordin Dutra Cappellari, Janete de Souza Urbanetto

PERCEPÇÕES DE IDOSOS E FAMILIARES ACERCA DO ENVELHECIMENTO

Perceptions of the elderly and their relatives about aging

Eliane Lucia Colussi, Nadir Antonio Pichler, Lucimara Grochot

COGNITIVE TELEPHONE SCREENING INSTRUMENT (COGTEL): UM INSTRUMENTO FIÁVEL E VÁLIDO NA AVALIAÇÃO DO FUNCIONAMENTO COGNITIVO EM PESSOAS IDOSAS BRASILEIRAS

The Cognitive Telephone Screening Instrument (COGTEL): a reliable and valid tool for the assessment of cognitive functioning in the Brazilian elderly

Maria Antonieta Tinóco, Élvio Rúbio Gouveia, Andreas Ihle, Adilson Marques, Bruna R. Gouveia, Matthias Kliegel

MUDANÇAS NA QUALIDADE DE VIDA: A EXPERIÊNCIA DE IDOSAS EM UMA UNIVERSIDADE ABERTA À TERCEIRA IDADE

Changes in quality of life: the experience of elderly persons at a university of the third age

Rita de Cassia Cabral de Campos Martins, Sidnei José Casetto, Ricardo Luís Fernandes Guerra

ARTIGOS DE REVISÃO

FATORES ASSOCIADOS À DISFUNÇÃO TEMPOROMANDIBULAR EM PESSOAS IDOSAS: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Factors associated with temporomandibular dysfunction in the elderly: an integrative literature review

Patrícia Fernanda Faccio, Maria Angélica Bezerra dos Santos, Taís Arcanjo Maropo da Silva, Eduarda Correia Moretti, Maria das Graças Wanderley de Sales Coriolano, Carla Cabral dos Santos Accioly Lins

FATORES ASSOCIADOS À MULTIMORBIDADE EM IDOSOS: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Factors associated with multimorbidity in the elderly: an integrative literature review

Laércio Almeida de Melo, Luciana de Castro Braga, Fabíola Pessoa Pereira Leite, Breno Fortes Bittar, Jéssica Mayara de Figueirêdo Oséas, Kenio Costa de Lima



O foco no paciente é o principal pilar da transformação digital na Saúde!

Focus on the patient is the central pillar of the digital transformation in health!

Em 1903, o famoso inventor Thomas Edison declarou, em uma de suas muitas previsões sobre o futuro, que “o médico do futuro não prescreverá medicamentos, mas instruirá os pacientes sobre os cuidados com o corpo, sobre a dieta e sobre a causa e prevenção de doenças”. Ele enxergou longe!

Esse desafio que enfrenta a saúde não é uma surpresa para todos nós, mas ainda assim nos deixa perplexos – temos que buscar persistentemente a estratégia da prevenção das doenças em vez de somente reagirmos ao tratamento daquelas que ocorrem e poderiam ser evitadas. A tempestade perfeita de fatores que se combinam para tornar os serviços atuais de saúde inacessíveis e insustentáveis é bem conhecida e muito bem compreendida, dada a quantidade de estudos publicados. Mudanças econômicas, epidemiológicas e demográficas significam que a fórmula do ‘mais do mesmo’ não consegue mais lidar com os muitos problemas difíceis enfrentados pelos serviços de saúde deste século XXI¹. O aumento dos custos na cadeia da saúde, as expectativas dos consumidores, as novas tecnologias e a crescente globalização colocam uma pressão imensa no setor da saúde para que se alinhe melhor com as restrições econômicas que todos os países sofrem.

Sistemas estabelecidos de longa duração de atenção primária, secundária e terciária são cada vez mais incapazes para fornecer respostas aos desafios decorrentes do envelhecimento das populações, bem como ao ônus das doenças mudam para condições crônicas, como diabetes, doença musculoesquelética e doenças cardiovasculares.

A necessidade de melhorar a qualidade e a eficiência dos cuidados de saúde, não só nos hospitais, mas também nos lares, está se tornando cada vez mais importante para os doentes, em especial os crônicos, e para a sociedade em todo o mundo. A disponibilidade de novas tecnologias, como celulares inteligentes (ou *smartphones*), equipamentos e sensores vestíveis para monitoramento remoto (*smart wearables*), sistemas de dados digitais dos pacientes baseados na internet (ou *cloud based electronic medical records*), facilitam o desenvolvimento de soluções tecnológicas mais ágeis e seguras para os pacientes^{2,3}.

Uma questão recorrente é: será que os sistemas digitais universalizados de registro médico eletrônico poderão transformar os serviços de saúde atuais? De forma direta, SIM. Há potenciais benefícios para a gestão da saúde, com economia nos tratamentos e redução de custos desnecessários. O que buscamos com essa revolução digital na saúde é a sustentabilidade virtuosa do sistema⁴.

O relatório preparado para o sistema NHS na Grã-Bretanha, chamado *Topol Review, Preparing the healthcare workforce to deliver the digital future*⁵, publicado em fevereiro de 2019, inclui três princípios para apoiar a implantação dessas tecnologias digitais na saúde. Esses são:

1. Os pacientes devem ser adequadamente informados sobre as tecnologias de saúde, com foco particular nos grupos vulneráveis para garantir acesso justo;
2. Os profissionais da saúde precisam de conhecimento e orientação para avaliar e adotar as novas tecnologias;
3. A adoção de novas tecnologias deve ser usada para garantir às equipes de saúde mais tempo para cuidar e interagir diretamente com os pacientes. A tecnologia deve ser um facilitador, nunca uma barreira, na assistência aos pacientes.

A transformação digital na saúde parece ser uma engrenagem pronta para que os dados gerados pelas diferentes inovações tecnológicas - como exemplificada na chegada da inteligência artificial na medicina - venham oferecer diversas possibilidades de melhorar a segurança de ensaios clínicos, vigilância de novas e velhas doenças, engajamento dos pacientes nos tratamentos prescritos e, conseqüentemente, melhora dos resultados que permitam maior qualidade de vida dos pacientes, desde os recém-nascidos até os da geração crescente de idosos (público este que espera viver mais com qualidade). Os benefícios são potencialmente enormes, com impactos social e econômico óbvios.

Sendo assim, pensemos: Estamos nos preparando para essa revolução digital na saúde? Seremos os agentes da transformação ou os que sofrerão passíveis a transformação?

Guilherme Machado Rabello 

Instituto do Coração-InCor
São Paulo, SP, Brasil.

REFERÊNCIAS


1. Marsch LA, Hegel MT, Greene MA. Leveraging digital technology to intervene on personality processes to promote healthy aging. *J Personal Disord.* 2019;10(1):33-45.
2. Coughlin S, Roberts D, O'Neill K, Brooks P. Looking to tomorrow's healthcare today: a participatory health perspective. *Intern Med J.* 2018;48(1):92-6.
3. Kuo AMH. Opportunities and challenges of cloud computing to improve health care services. *J Med Internet Res.* 2011;13(3):1-15.
4. Hillestad R, Bigelow J, Bower A, Girosi F, Meili R, Scoville R, et al. Can electronic medical record systems transform health care?: potential health benefits, savings and costs. *Health Aff.* 2005;24(5):1103-17.
5. Health Education England. The Topol Review, Preparing the healthcare workforce to deliver the digital future: an independent report on behalf of the Secretary of State for Health and Social Care February 2019 [Internet]. [sem local]: HEE; 2019 [acesso em 02 mar. 2019]. Disponível em: <https://topol.hee.nhs.uk/wp-content/uploads/HEE-Topol-Review-2019.pdf>



Percepções de cuidado entre casais idosos

Perceptions of care among elderly couples

Eloise Panagio Silva¹ 

Iara Sescon Nogueira² 

Célia Maria Gomes Labegalini² 

Lígia Carreira² 

Vanessa Denardi Antoniassi Baldissera² 

Resumo

Objetivo: Analisar as percepções de cuidado entre casais idosos. **Método:** Pesquisa qualitativa do tipo exploratório-descritiva, desenvolvida em um município da região Norte Central do Paraná-Brasil, durante os meses de maio a junho de 2017. Os dados foram coletados por meio de entrevista semiestruturada, realizada no domicílio de 15 casais de idosos, analisados por meio da Análise de Conteúdo proposta por Bardin, e discutidos à luz da Teoria de Cuidado Transpessoal de Jean Watson. **Resultados:** Emergiram três categorias temáticas: 1) Significado atribuído ao cuidado mútuo; 2) Atividades cotidianas como formas de cuidado e 3) Sentimentos que permeiam o cuidado entre casais idosos. **Conclusão:** Os casais de idosos possuem percepções multifacetadas de cuidado permeadas pelo relacionamento emocional, pelo vínculo, pela parceria e pelas atividades cotidianas. Tornase necessário que os profissionais de saúde cuidem do casal de idosos e que culminem em assistência integral e de qualidade, compreendendo as múltiplas dimensões do cuidado vividas e suas influências na saúde e no bem-estar.

Palavras-chave: Saúde do Idoso; Atenção Primária à Saúde; Enfermagem; Cuidados de Enfermagem.

Abstract

Objective: To analyze the perceptions of care among elderly couples. **Method:** A qualitative exploratory-descriptive type study was carried out in Maringá in the state of Paraná, from May to June 2017. Data were collected through a semi-structured interview conducted at the home of 15 elderly couples and analyzed through Bardin's Content Analysis, discussed in the light of Jean Watson's Theory of Transpersonal Care. **Results:** Three thematic categories emerged: 1) meaning attributed to mutual care; 2) daily activities as forms of care and 3) feelings that permeate care among elderly couples. **Conclusion:** Elderly couples have multifaceted perceptions of care, permeated by their emotional

Keywords: Health of the Elderly; Primary Health Care; Nursing; Nursing Care.

¹ Universidade Estadual de Maringá, Departamento de Enfermagem, Graduação em Enfermagem. Maringá, Paraná, Brasil.

² Universidade Estadual de Maringá, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-graduação em Enfermagem. Maringá, Paraná, Brasil.

Financiamento: Fundação Araucária. Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC). Universidade Estadual de Maringá (UEM). 2016/2017. Edital 001/2016-PPG-PES.

Correspondência
Iara Sescon Nogueira
iara_nogueira@hotmail.com

Recebido: 25/07/2018
Aprovado: 09/04/2019

relationship, bonding, partnership and everyday activities. Health professionals should consider the elderly couple rather than isolated individuals, in order to understand the multiple dimensions of care among elderly couples and their influences on health and well-being, facilitating integral and better quality care for this specific population.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional demanda organização de assistência à saúde voltada ao idoso^{1,2}. Desta forma, no decorrer das últimas décadas os profissionais de saúde, especialmente os da Enfermagem, despertaram para o cuidado ao idoso. Por essa razão, tem se observado o crescimento da Enfermagem geronto-geriátrica que possibilitou o preparo de profissionais para o atendimento de saúde voltado às expectativas e necessidades das pessoas com mais de 60 anos² e pautado na perspectiva ampliada de cuidado.

Cabe destacar que a assistência à saúde voltada ao idoso deve contemplar as particularidades dessa população, bem como seus aspectos físicos, psíquicos e sociais, além de questões relacionadas à promoção da saúde, a fim de que a assistência prestada seja adequada, resolutiva e integral³. Para isso, os cuidados aos idosos não devem apenas garantir longevidade, mas qualidade de vida, satisfação e felicidade³ – o que inclui compreender a relevância da plenitude da vida conjugal, incentivar o protagonismo, autonomia e independência dos casais de idosos.

Frequentemente, os relacionamentos dos casais idosos são mantidos por anos, iniciado na juventude e perdurado por toda transformação da vida até a velhice⁴. Com a saída dos filhos de casa, mudanças fisiológicas, emocionais e em alguns casos o aparecimento de doenças, os casais de idosos passam a cuidar um do outro.

Neste sentido, apreender a percepção de cuidado entre casais de idosos faz-se importante para aliar o cuidado entre o casal às práticas de saúde direcionadas a essa população, a fim de proporcionar qualidade na assistência à saúde⁵, com respeito à transpessoalidade, autonomia e conjugalidade.

A expressão do cuidado entre casais idosos foi, portanto, a delimitação temática do presente estudo, delineado na seguinte questão de pesquisa: Como

os casais idosos percebem e vivenciam o cuidado mútuo? Assim, essa investigação procurou analisar as percepções de cuidado entre casais idosos.

MÉTODO

Tratou-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa do tipo exploratório-descritiva desenvolvida em um município localizado na região norte-central do estado do Paraná, Brasil.

O público-alvo do estudo foi composto de idosos residentes na área de abrangência de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) localizada nesse município e que eram atendidos pelo projeto de extensão intitulado “Assistência Domiciliar de Enfermagem às Famílias de Idosos dependentes de cuidado (ADEFI)” vinculado ao departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá.

Os critérios de inclusão para participação na pesquisa foram: ser idoso, ter vínculo conjugal com outro idoso independentemente da situação civil e residir na mesma casa ou manter convívio diário com companheiro/cônjuge. Como critérios de exclusão elegeram-se: um dos companheiros/cônjuges não possuir comunicação verbal ou cognitiva efetiva, segundo informação da equipe de saúde. Atendendo aos critérios, integraram a população-alvo e participaram do estudo 15 casais de idosos.

A coleta de dados ocorreu durante os meses de maio e junho de 2017, por meio de entrevista semiestruturada, realizada no domicílio dos idosos. Participaram das entrevistas duas pesquisadoras. Os casais de idosos foram entrevistados juntos por opção dos mesmos, contudo não houve interferência de um na fala do outro. Utilizou-se como instrumento um roteiro elaborado por três pesquisadoras, dividido em duas partes: a primeira direcionada à coleta de dados referentes à caracterização sociodemográfica dos participantes do estudo e a outra com as seguintes questões abertas: O que é cuidar e ser cuidado para

o Sr.(a)? O(a) Sr.(a) considera que cuida da(o) seu (sua) parceira(o)? Que tipo de atividades/ações expressam esse cuidado? O(a) Sr.(a) considera que é cuidado(a) pelo(a) seu (sua) parceira(o)? Que tipo de atividades/ações expressam esse cuidado? Como o(a) Sr.(a) considera sua vida conjugal? O Sr(a) acredita que cuidar e ser cuidado(a) influencia na vida de casado? O(a) Sr.(a) acredita que o(a) seu/sua cônjuge influencia em sua saúde? Por quê?

Para organização, tratamento e análise dos dados, as entrevistas foram gravadas em áudio (duração média de 20 minutos) utilizando como equipamento o gravador de um telefone celular, transcritas na íntegra pelas pesquisadoras, respeitando a fidedignidade dos discursos, e analisadas por meio da Análise de Conteúdo do tipo temática, de acordo com os pressupostos de Bardin⁶.

Essa análise se desenvolveu em cinco etapas: pré-análise; exploração do material; tratamento dos dados, com a sua organização sistemática em unidades temáticas; e construção de inferências e interpretação das categorias significativas. A análise temática, como propõe essa técnica, consistiu em descobrir os núcleos de sentido existentes na comunicação e cuja presença ou frequência de aparição pudesse apontar significados para o objeto analítico escolhido – o cuidado mútuo – pautado no referencial teórico⁶ da Teoria de Cuidado Transpessoal.

Assim, as categorias que emergiram desse processo analítico foram discutidas à luz da Teoria de Cuidado Transpessoal da Enfermeira Jean Watson. Esse referencial teórico-filosófico retrata o cuidado como base da prática e da ciência da Enfermagem, centra-se nas relações humanas e na espiritualidade como essenciais ao cuidado e a cura, além da intersubjetividade que compõem o que é cuidar⁷. Por considerar o cuidado enquanto construção interrelacional e social, que deve ser permeado por vínculo e sensibilidade, esse referencial sustentou o presente estudo, pois o cuidado para casais idosos é um fenômeno que pode impactar na saúde dos mesmos e nas práticas de cuidado a eles prestadas.

Todos os preceitos éticos e legais estabelecidos pela Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde foram respeitados⁸. Os participantes da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre

e Esclarecido (TCLE) em duas vias, ficando uma sob sua posse. Para assegurar o anonimato, os relatos foram identificados com a sigla “P”, referindo-se ao termo “Participante”, seguidos de números arábicos que corresponderam à ordem da transcrição das entrevistas. Ressalta-se que o estudo seguiu todas as diretrizes do *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ) para estudos qualitativos.

A pesquisa faz parte de um estudo mais abrangente e foi submetida à apreciação ética pelo Comitê Permanente de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (COPEP) da Universidade Estadual de Maringá, e possui parecer favorável de nº 1.954.350/2017.-

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram entrevistados 15 casais de idosos, totalizando 30 participantes, sendo 15 homens e 15 mulheres. Em relação à faixa etária, a idade variou de 60 a 82 anos (média de 66,4 anos). Sobre o grau de instrução, a maioria dos idosos (n=18) possuía o ensino fundamental incompleto, três possuíam ensino fundamental completo, dois tinham ensino médio incompleto, um possuía o ensino médio completo, um o ensino superior incompleto e cinco eram analfabetos.

Quanto à ocupação, 27 idosos mencionaram não trabalhar e 19 eram aposentados. Em relação ao tempo que vivem com o atual parceiro, houve uma média de 46,8 anos, sendo o menor tempo de dois anos e o maior de 61 anos. Quanto à composição familiar, o número de filhos variou de zero a 11 (média de 8,9 filhos), possuíam entre zero a 23 netos (média de 16,7 netos), e em relação aos bisnetos, apenas quatro casais os possuíam, variando de um a seis bisnetos, média de 2,6 bisnetos.

O cuidado faz parte da condição humana e é um modo de expressar a humanidade, sua definição é complexa, pois é um conceito multifacetado e em constante evolução⁷. Desta forma, pode ser expresso de diferentes formas e, neste estudo, foi organizado a partir de três categorias temáticas que emergiram da análise dos dados: 1) Significado atribuído ao cuidado mútuo; 2) Atividades cotidianas como formas de cuidado e 3) Sentimentos que permeiam o cuidado entre casais idosos.

1) Significado atribuído ao cuidado mútuo

Para os idosos participantes do estudo, o cuidado contribui para o bem-estar e possibilita promover a saúde. Desta forma, os idosos se sentem cuidados durante os momentos em que enfrentam alguma enfermidade e também quando seu parceiro o auxilia em sua recuperação, conforme as seguintes falas:

“Cuidado é cuidar quando ela está enferma, curar, medicar, sentir a dor que ela está sentindo. Querer que ela viva [...] Esse é o zelo que tenho com ela, e o cuidado pra mim está contido aí”. (P2)

“Eu acho que esse cuidado [entre o casal] faz bem para a saúde, porque eu me sinto bem quando sou cuidada”. (P15)

“Eu acho que o cuidado dele comigo influencia positivamente na saúde e na minha vida, porque nós temos que passar por cima de muita coisa na vida, e se nós vivermos só brigando não dá certo”. (P6)

“Já pensou você sozinha e doente, sem ninguém para dividir a sua dor? Ajuda muito o cuidado de um com o outro”. (P9)

“Às vezes a gente esquece de cuidar e acaba falhando. É uma maneira de prolongar a vida, se Deus permitir, cuidando um do outro, a gente vai mais longe. O cuidado é um privilégio para quem tem”. (P30)

O cuidado entre casais idosos em momentos de fragilidade mostra-se como uma maneira de demonstração de afeto, preocupação e também retribuição pelo carinho e atenção que recebeu de quem agora está doente⁹. Ainda, o cuidado é capaz de transmitir confiança e empatia, aumentando os laços afetivos, promovendo muito mais do que simples tarefas de auxílio ao doente, construindo um vínculo envolto de sentimentos como empatia, proteção, atenção, presteza e compreensão^{4,5}.

Cria-se, assim, uma percepção de amor, carinho e paciência para quem cuida, e uma maneira de demonstração de proteção, zelo e afeto para quem está recebendo o cuidado^{4,5}. Essas demonstrações de afeto que envolvem o cuidado entre o casal são capazes de fortalecer o relacionamento, melhorar a

sensação de bem-estar e a qualidade de vida de ambos e, conseqüentemente, promover saúde¹⁰.

Durante os momentos de enfermidade, o cuidado transpessoal entre os casais de idosos manifestou-se no estar junto, na reciprocidade e na amorosidade, estabelecendo condições necessárias à reabilitação e cura⁷. Ter o lar como ambiente de apoio e de proteção, expressos pela postura do cônjuge, pode auxiliar a pessoa no enfrentamento das alterações comuns do envelhecimento e das patologias, preservando as condições físicas e cognitivas⁷.

Neste contexto, o cuidado entre o casal nos momentos de incapacidades também reforça a funcionalidade global do idoso, que é a capacidade de gerir e cuidar de sua própria vida. Isso está intimamente relacionado ao bem-estar, pois gera independência (capacidade de realizar algo com seus próprios meios) e autonomia (capacidade de decisão)¹¹.

Apesar de pouco referidos, a fé e o apoio espiritual impresso na fala de um dos idosos podem trazer benefícios para a prestação de cuidados durante situações de incertezas e enfermidades, trazendo consolo e permitindo aos casais de idosos experienciar apoio incondicional. Assim, as manifestações de cuidado também permeiam as crenças dos indivíduos e são elementos essenciais para o cuidado transpessoal, devendo ser explorados pelos profissionais de saúde como estratégia terapêutica⁷.

Além do vínculo e afetividade demonstrados pelo idoso em relação ao seu cônjuge durante os momentos em que ele se encontra frágil, existe também um sentimento de reciprocidade, em que o idoso cuida de seu parceiro como forma de retribuição pelo cuidado que um dia recebeu ou pode vir a receber, conforme seguem os relatos:

“Aqui é assim, quando ela precisa de alguma coisa, eu faço. Quando eu preciso também, ela faz pra mim. Se estamos juntos é para cuidar um do outro”. (P4)

“É, cuida porque está junto né? Eu fiz uma cirurgia no olho, e ele cuidou de mim e de tudo na casa”. (P23)

“Eu acho que é quando você cuida de alguém ele também retribui cuidando de você. Você cuida e é cuidado”. (P9)

Toda e qualquer pessoa necessita de cuidado em algum momento de sua vida e, em outra oportunidade, também poderá prestar cuidado, especialmente quando imersa em um relacionamento e durante o processo de envelhecimento. A formação dos idosos, construída por meio dos valores familiares e das experiências pessoais, ressalta o cuidado como forma de retribuição e dever para com o outro. Esse conceito é construído por meio de crenças, princípios e valores adquiridos durante a vida e também pode envolver outros aspectos estruturais como o carinho, amor e atenção^{7,10}, que permeiam a vida de casal segundo os idosos.

Neste sentido, evidenciou-se o conceito de reciprocidade do cuidado já que os idosos relataram realizar cuidado mútuo, fato esse que possibilita aos cônjuges apoiarem as necessidades biopsicossociais e espirituais do parceiro, valorizando a relação interpessoal que envolve o cuidado transpessoal⁷.

2) Atividades cotidianas como formas de cuidado

A realização de atividades domésticas, tais como: limpar a casa, preparar o alimento, cuidar das roupas e entre outros afazeres, a fim de manter o lar limpo, agradável e confortável, foi também uma expressão de cuidado identificada nos seguintes depoimentos:

“Ele cuida de mim [...] ele varre o quintal e eu até digo pra ele que essas folhas caem toda hora, que não tem necessidade de ficar varrendo sempre [...] Eu acho que essas coisas que ele faz é uma maneira de cuidar de mim”. (P6)

“Cuida porque ela faz almoço, faz janta, faz comida, lava a roupa, limpa a casa... então ela está cuidando de mim”. (P11)

“Cuido bem, eu deixo sempre as roupas arrumadas, comida prontinha, a casa sempre limpa”. (P17)

“Se eu estou fazendo um serviço e ele está atoa, ele me ajuda a fazer”. (P19)

Cuidar se expressa de distintas formas e almeja atender às necessidades do outro, sendo que no presente estudo o cuidado com o domicílio remeteu ajuda e parceria, como também, carinho e preocupação de ofertar ao outro um ambiente que

atenda além de suas necessidades básicas, que traga conforto e acolhimento⁷. Diante disso, os afazeres domésticos permitiram compreender o cuidado entre casais de idosos de forma genuína, praticado para o outro, de forma transpessoal, com amor, empatia, preocupação e atenção⁷.

Os afazeres domésticos são demonstrações de cuidado por envolver dedicação, tempo e energia, especialmente quando exercido pelos homens idosos, rompendo estereótipos de gênero em prol do outro¹². Assim, o fato de idosos homens corajosamente quebrarem essa tradição – da responsabilização doméstica da mulher – e vislumbrarem essas tarefas como dever conjugal, demonstram reciprocidade para com a esposa e gratidão pelo cuidado que ela oferece a ele no dia-a-dia.

O relacionamento cotidiano e as demandas domésticas emergiram como demonstração de cuidado para os idosos deste estudo, pois o cuidado não se faz sozinho, um ser necessita do outro para conseguir cuidar e ser cuidado, e essa ação permeia a relação como um todo, não somente com o cônjuge, mas como os demais integrantes da família, com a casa e os dispositivos sociais.⁷ Por isso, é muito importante que essas atitudes sejam estimuladas e incentivadas, a exemplo do cuidado para a população masculina, e ainda ao idoso para com suas esposas, transformando os valores sociais e culturais^{12,13}.

Contudo, observou-se no presente estudo que a inserção do homem nas atividades domésticas ocorreu a partir de duas formas: como apoio à esposa nos momentos de necessidade da mesma, sendo as atribuições ainda uma responsabilidade dela; e igualitária, na qual ambos possuem mesmo nível de responsabilidade, porém, isso é visto com maior frequência em casais de jovens e não acontece comumente em casais de idosos¹³.

Ressalta-se que tarefas domésticas realizadas por idosos auxiliam na manutenção de sua funcionalidade global, pois elas são fundamentais para a autopreservação e sobrevivência do indivíduo. Essas tarefas fazem parte do que se denomina Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD), que indicam a capacidade do idoso de viver sozinho na comunidade, incluindo as atividades de cuidado intradomiciliar e doméstico^{14,15}.

Essas estimulam a cognição (aptidão para compreender e resolver problemas cotidianos), o humor (motivação para realizar atividades) e a mobilidade (capacidade de deslocamento e manipulação), que são sistemas funcionais principais na avaliação de funcionalidade do idoso, capazes de proporcionar, mais uma vez, independência e autonomia ao mesmo¹⁴.

3) Sentimentos que permeiam o cuidado entre casais idosos

Apreendemos os sentimentos que permeiam o cuidado entre os casais de idosos, desde as demonstrações de afeto e carinho, até as preocupações e conselhos mútuos, ressaltados nas seguintes falas:

“Ela sempre cuidou de mim certinho, ela tem muito carinho comigo e eu com ela. Minha mulher pra mim é como um pingo d’água, delicada, é um cristal e eu tenho que cuidar dela”. (P11)

“Nós temos muitos anos de casamento. O carinho e o cuidado que eu tenho com ele, acho que é um exemplo bom para os nossos filhos. Eu me sinto bem fazendo isso, eu gosto de cuidar dele, eu esqueço de mim para cuidar dele com gosto”. (P12)

“O marido tem que ter para com a mulher como se ela fosse a sua criança. Tenho que cuidar dela e evitar que ela caia em um buraco ou tropece, tomar cuidado para ela não se cortar”. (P2)

“[...] Se de repente precisar de um conselho ou um aviso: Não faça isso, ou não faça aquilo, ou ainda trocar uma ideia, e daí por diante. É um cuidado que ela tem com a gente”. (P26)

No presente estudo, a vida conjugal de longa data está intimamente relacionada aos sentimentos que permeiam o cuidado transpessoal entre o casal, tais como: o companheirismo, carinho, demonstração de segurança, reciprocidade, amizade, amor e doação mútua. Neste sentido, o cuidado transpessoal que permeia o casal de idosos relaciona-se também com a capacidade emocional⁷ dos cônjuges.

Em relação à saúde, destaca-se que os sentimentos alteram os pensamentos, comportamentos e hábitos de vida, sendo necessário compreendê-los no processo do cuidado¹⁰. Os bons sentimentos

entre os casais deram-se por meio das interações entre os cônjuges, do estabelecimento de relação de ajuda e confiança, construída na comunicação entre o casal, na harmonia, empatia, afetividade, honestidade e aceitação positiva do outro, coerente com os pressupostos interacionistas de Watson⁷.

Destaca-se que não foram apreendidos no presente estudo sentimentos negativos acerca do cuidado entre casais de idosos e isso pode estar relacionado com o cuidado transpessoal que segundo Watson⁷, ultrapassa o próprio ego contribuindo para o cuidado com o outro. Neste sentido, mostrar sensibilidade aos sentimentos do cônjuge, como evidenciado nas falas supracitadas, integrou os idosos ao cuidado enquanto um processo humano e transpessoal⁷.

Por sua vez, as relações positivas e harmoniosas entre os casais de idosos favoreceram a manutenção da autonomia dos idosos e relacionaram-se aos sistemas funcionais principais de humor e comunicação, ou seja, à capacidade de manter relacionamentos positivos com o meio, manifestando sentimentos, desejos e ideias¹⁶.

No decorrer dos anos a vida passa por diversas mudanças, dentre elas a saída dos filhos de casa, que acaba por alterar a estrutura familiar. Neste contexto, o casal de idosos passa a viver novamente como no início da vida conjugal, somente um pelo outro. Nesses momentos, o cuidado passa a ser essencial no cotidiano, para que o relacionamento se fortaleça, como exposto nas seguintes falas:

“Nós ficamos mais parceiro um do outro, nós nos cuidamos, às vezes nós vamos juntos passear, ao mercado. Tudo que nós fazemos é junto, depois que minhas meninas se casaram e ficou só nós dois, tem que ser um pelo outro”. (P17)

“E eu fico contente, nós ficamos juntos o dia inteiro e eu me sinto muito bem com ela”. (P11)

“Depois que os filhos saíram de casa nós ficamos mais apegados, pois um cuida do outro”. (P17)

Os casais de idosos apontaram a experiência de estarem sendo cuidados por seus cônjuges como algo importante e de grande valia para o bem-estar de ambos⁷. Ressalta-se que a família é um fator de extrema importância para o bem-estar

biopsicossocial, é uma instituição de apoio capaz de modular o funcionamento do idoso e pode contribuir tanto para sua evolução como para a sua decadência. A ausência dela é capaz de proporcionar um maior risco de perda da autonomia e independência do idoso, tornando então a incapacidade familiar como uma das grandes síndromes geriátricas¹⁷.

O retorno da díade conjugal, como exposto nas falas dos idosos, perpassa a reorganização das atribuições de cada um, pois os cônjuges passam a não ter mais que oferecer toda sua atenção e preocupação para com os filhos e sim um para com o outro, marcados pela volta da intimidade e longa convivência, como no início da vida matrimonial. Nessa fase, é possível que o casal construa maior vínculo e afeto, desde que dentro do relacionamento haja ajuda mútua e companheirismo⁴.

Contrariamente, há também casos em que ocorre o afastamento de ambos por dificuldades em se adaptarem ao novo estilo de vida a dois. Isso se relaciona à trajetória de vida até o momento e do tipo de relacionamento que construíram ao longo dos anos. Contudo, na maioria dos casos as respostas a esses momentos são positivas e o casal se fortifica envoltos de união, carinho e prazer na convivência permeada pelo cuidado⁴, como apreendeu-se na presente pesquisa.

A aceitação de vivências e sentimentos positivos e negativos durante os eventos da vida alteram os pensamentos e comportamentos dos idosos podendo interferir na saúde física e psicológica dos mesmos. Desta forma, os sentimentos e histórias de vida dos idosos precisam ser considerados na relação de cuidado, seja entre o casal ou com a equipe de saúde⁷.

Diante disso, o cuidado deve ir muito além do manejo do órgão doente, de alterações biológicas ou fisiológicas, mas deve incluir a dimensão holística do cuidado, envolvendo a espiritualidade, crenças, valores, alterações psicológicas e também as necessidades sociais⁷ que são pertinentes à funcionalidade global¹⁴. Para isso e em busca de um cuidado integral, os profissionais de saúde devem realizar acolhimento, escuta qualificada e atentarem-se para cuidar do casal e não somente do indivíduo, oferecendo apoio até mesmo na relação conjugal.

Cabe ressaltar que o cuidado transpessoal possui como foco o ser humano e suas multifacetadas. Nesta perspectiva, as ações de cuidado devem integrar todas as dimensões implicadas no ser humano⁷ evitando o comum reducionismo da assistência aos aspectos biológicos que envolvem incapacidades, fragilidades e dificuldades orgânicas afetadas pelo envelhecimento. Assim, observou-se que os casais de idosos reconhecem a complexidade humana e a materializam em condutas cotidianas ampliadas de cuidado.

As limitações deste estudo estão relacionadas com o procedimento para a coleta de dados, uma vez que as entrevistas foram realizadas com a presença do cônjuge, fato esse que pode ter limitado as falas dos participantes, ainda que tenha sido livre escolha dos mesmos.

Sugerimos a realização de novos estudos com diferentes abordagens metodológicas, visto que a percepção de cuidado entre casais idosos e o seu significado ainda carece de aprofundamento por evidências científicas. Ainda, é preciso investigar se a composição familiar e outras características sociodemográficas influenciam nas percepções dos casais de idosos acerca do cuidado.

CONCLUSÃO

O cuidado entre casais idosos foi considerado um fenômeno complexo, multifacetado e transpessoal, vivido, percebido e demonstrado por auxílio frente às doenças e incapacidades, bem como durante a realização dos afazeres domésticos. Além disso, manifestou-se por afeto, carinho, amizade, zelo e companheirismo, sendo o cuidado aquele capaz de promover saúde e bem-estar à vida do casal. Todas essas configurações do cuidar sinalizam oportunas estratégias para manter a funcionalidade global dos idosos, sobretudo autonomia e independência.

Ressalta-se a importância dos profissionais de saúde considerarem o casal de idosos em vez do indivíduo sozinho no planejamento das ações de saúde e na execução dos cuidados prestados à população idosa. Torna-se necessário que os profissionais de saúde compreendam as múltiplas dimensões do cuidado entre casais idosos e suas influências na sua saúde e no bem-estar, subsidiando assistência integral, individualizada e de melhor qualidade.

REFERÊNCIAS

1. Dawalibi NW, Goulart RMM, Prear LC. Fatores relacionados à qualidade de vida de idosos em programas para a terceira idade. *Ciênc Saúde Colet* [Internet]. 2014 [acesso em 03 dez. 2018];19(8):3505-12. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232014000803505&script=sci_abstract&tlng=pt
2. Ribeiro DKMN, Lenardt MH, Michel T, Setocuchi LS, Grden CRB, Oliveira ES. Fatores contributivos para a independência funcional de idosos longevos. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2015 [acesso em 03 dez. 2018];49(1):89-95. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reensp/v49n1/pt_0080-6234-reensp-49-01-0089.pdf
3. Mendes J, Soares VNM, Massi GAA. Percepções dos acadêmicos de Fonoaudiologia e Enfermagem sobre processos de envelhecimento e a formação para o cuidado aos idosos. *Rev CEFAC* [Internet]. 2015 [acesso em 03 dez. 2018];17(2):576-85. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-18462015000200576&script=sci_abstract&tlng=pt
4. Silva LA, Comin FS, Santos MA. Casamentos de longa duração: recursos pessoais como estratégias de manutenção do laço conjugal. *Psico-USF* [Internet]. 2017 [acesso em 03 dez. 2018];22(2):223-35. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-82712017000200323&script=sci_abstract&tlng=pt
5. Costa SRD, Castro EAB, Acioli S. Apoio de enfermagem ao autocuidado do cuidador familiar. *Rev enferm UERJ* [Internet]. 2015 [acesso em 03 dez. 2018];22(3):197-202. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v23n2/v23n2a09.pdf>
6. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70, 2011.
7. Watson J. Caring as the essence and science of Nursing and health care. *Mundo Saúde* [Internet]. 2009 [acesso em 03 dez. 2018];33(2):143-9. Disponível em: http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/67/143a149.pdf
8. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466/2012, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe de Normas Técnicas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União*. 13 de junho 2013; Seção 1:59.
9. Lima CFM, Trotte LAC, Souza TA, Ferreira AMO, Caldas CP. Sexualidade do cônjuge que cuida do idoso demenciado: revisão integrativa da literatura. *Rev Min Enferm* [Internet]. 2015 [acesso em 03 dez. 2018];19(9):211-7. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1016>
10. Dantas DV, Batista Filho RC, Dantas RAN, Nascimento JCP, Nunes HMA, Rodriguez GCB, et al. Sexualidade e qualidade de vida na terceira idade. *Rev Bras Pesqui Saúde* [Internet]. 2017 [acesso em 03 dez. 2018];19(4):140-8. Disponível em: <http://www.periodicos.ufes.br/RBPS/article/viewFile/19814/13235>
11. Andriolo BNG, Santos NV, Volse AA, Fé LCM, Amaral ARC, Carmo BMSS, et al. Avaliação do grau de funcionalidade em idosos usuários de um centro de saúde. *Rev Soc Bras Clin Med* [Internet]. 2016 [acesso em 03 dez. 2018];14(3):139-44. Disponível em: <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2016/10/2125/139-144.pdf>
12. Gonzalez LMB, Seidl EMF. Envelhecimento ativo e apoio social entre homens participantes de um Centro de Convivência para Idosos. *Rev Kairós Gerontol* [Internet]. 2014 [acesso em 03 dez. 2018];7(4):119-39. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/23650>
13. Boas SV, Oliveira CS, Heras SL. Tarefas domésticas e gênero: representação de estudantes do ensino superior. *Ex æquo* [Internet]. 2014 [acesso em 03 dez. 2018];30:113-29. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0874-55602014000200009&lng=pt&nrm=.pf
14. Queiroz DB, Araújo CM, Oliveira LC, Novais MM, Andrade L A, Reis LA. Funcionalidade, aptidão motora e condições de saúde em idosos longevos residentes em domicílio. *Arq Ciênc Saúde* [Internet]. 2016 [acesso em 03 dez. 2018];23(2):47-53. Disponível em: <http://www.cienciasdasaudefamerp.br/index.php/racs/article/view/281>
15. Santos GLA, Santana R F, Broca PV. Capacidade de execução das atividades instrumentais de vida diária em idosos: Etnoenfermagem. *Esc Anna Nery Enferm* [Internet]. 2016 [acesso em 03 dez. 2018];20(3):1-7. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n3/1414-8145-ean-20-03-20160064.pdf>
16. Farias RCP, Schimidit A. Dádiva e sociabilidade na velhice: o caso de dois casais de idosos camponeses. *Rev Bras Econ Dome* [Internet]. 2015 [acesso em 03 dez. 2018];26(1):123-42. Disponível em: <https://www2.cead.ufv.br/espacoProdutor/scripts/verArtigo.php?codigo=64&acao=exibir>
17. Rabelo DF, Neri AL. A Complexidade emocional dos relacionamentos intergeracionais e a saúde mental dos idosos. *Pensando Fam* [Internet]. 2014 [acesso em 03 dez. 2018];18(1):138-53. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/penf/v18n1/v18n1a12.pdf>



Padrões de uso do tempo em cuidadores familiares de idosos com demências

Patterns of use of time by family caregivers of elderly persons with dementia

Elcyana Bezerra Carvalho 
Anita Liberalesso Neri 

Resumo

Objetivos: Descrever padrões de uso do tempo por cuidadores familiares de idosos com demências e investigar relações entre esses padrões e características dos cuidadores, dos receptores de cuidados e do contexto do cuidado. **Método:** Cinquenta cuidadores participaram de uma entrevista sobre o tempo gasto em atividades obrigatórias do cuidado e da vida pessoal, discricionárias e de recuperação, ao longo de quatro períodos de seis horas de uma jornada de 24 horas; um questionário de atividades sociais, escalas de funcionalidade física e cognitiva dos idosos e inventário de sobrecarga em cuidadores familiares. **Resultados:** 88,0% dos cuidadores eram mulheres; média de idade 57,9 ($\pm 11,2$) anos; 45,92% do tempo dos cuidadores eram gastos em cuidados ao idoso; 36,92% em atividades discricionárias; 31,17% em atividades de recuperação e 25,67% em atividades obrigatórias da vida do cuidador. Quanto maior a dependência dos idosos, maior o tempo requerido para o cuidado, menor o tempo para si e maior a sobrecarga do cuidador. **Conclusão:** O nível de dependência dos idosos com demências relaciona-se com aumento do tempo despendido na provisão dos apoios e compete com a realização de outras atividades pelo cuidador. Habilidades de reorganização da agenda de cuidados e oferta de apoios formais podem reduzir a sobrecarga do cuidado sobre o bem-estar dos cuidadores.

Palavras-chave: Tempo; Cuidadores; Dependência; Atividades Cotidianas; Assistência de Longa Duração; Doença de Alzheimer.

Abstract

Objectives: To describe patterns of use of time in family caregivers of elderly people with dementia, considering the characteristics of the caregivers, the care recipients and the context. **Method:** Fifty family caregivers of elderly people with intermediate and high levels of physical and cognitive disability participated in an interview about time spent on obligatory care activities over four periods of six hours during a 24-hour period. In addition, a questionnaire about social activities, scales of the physical and cognitive functionality of the elderly and an inventory of burden in the family caregivers were applied. **Results:**

Keywords: Time; Caregivers; Dependency; Activities of Daily Living; Long-term Care. Alzheimer Disease.

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

Financiamento: Coordenadoria de Aperfeiçoamento de Pessoal do Ensino Superior (CAPES), por meio de bolsa de doutorado (processo nº 01P-3489/2014).

Correspondência
Elcyana Bezerra Carvalho
elcyana.b@gmail.com

Recebido: 16/08/2018
Aprovado: 15/04/2019

88.0% of the caregivers were women; with a mean age of 57.9 (± 11.2) years; 45.92% of the time of the caregivers was used in care activities, 36.92% in discretionary activities, 31.17% in recuperation, and 25.67% in the obligatory activities of the life of the caregiver. Greater physic and cognitive dependence meant more time was spent on care, leading to less time for self-care and greater burden among the caregivers. *Conclusion:* The level of dependence of elderly persons affected by dementia results in an increase in caregiving time and competes with other activities performed by the caregiver. Reorganization of the use of time by family caregivers and the provision of formal support can reduce the caregiving burden and benefit the well-being of caregivers.

INTRODUÇÃO

Os primeiros estudos sobre uso do tempo pelo cuidador familiar foram realizados por Moss et al.¹, com base na metodologia *time budgets*, termo que pode ser livremente traduzido como “estimativas diárias de tempo despendido em atividades”. Corrente no âmbito das organizações industriais e comerciais, a metodologia era desconhecida no contexto do cuidado formal (proporcionado por profissionais) e informal (proporcionado por familiares ou outros voluntários) a idosos. Os autores criaram uma situação em que, por meio de uma “Entrevista sobre o dia anterior” (*Yesterday Interview*), eram obtidas informações sobre quando, onde, com quem, por quanto tempo e o que foi feito pelo cuidador no período de 24 horas anteriores à entrevista. Os dados eram registrados em matriz que cobria as 24 horas de um dia, subdivididas em 96 intervalos de 15 minutos, e, em seguida, eram tabulados, já dentro das seguintes classes criadas em estudo paralelo realizado por Moss e Lawton²: atividades de ajuda instrumental, tais como limpeza da casa e preparo de alimentos, e de cuidados pessoais, tais como ajuda no banho e no uso do sanitário, ao idoso receptor de cuidados; atividades obrigatórias da vida do cuidador (autocuidado, trabalho e cuidado com a casa e a família) e atividades discricionárias da vida do cuidador (lazer ativo e passivo e descanso).

Pesquisas posteriores mostraram que cuidadores familiares dedicam maior tempo diário à proteção e à ajuda instrumental do que cuidadores formais^{3,4}. Em sua maioria, os cuidadores familiares são cônjuges ou filhas dos receptores de cuidados, não exercem trabalho remunerado fora da casa, têm baixa escolaridade, residem no mesmo domicílio do alvo de cuidados e são os únicos ou principais

responsáveis pelo cuidado⁵⁻⁷, eventualmente auxiliados por parentes e amigos. A presença desses cuidadores secundários tende a acarretar distorções nas estimativas de tempo dos cuidadores primários^{3,8}. No Brasil, a atuação de empregadas domésticas no cuidado a idosos dependentes tende a ser vista como parte dos afazeres domésticos, o que se constitui em outra fonte de distorção⁹.

O tempo dedicado ao cuidado em atividades básicas de vida diária (ABVD) e em atividades instrumentais de vida diária (AIVD) e o tempo gasto em supervisão aumentam proporcionalmente ao agravamento da demência^{10,11}. Assim, à medida que aumenta o número de pessoas afetadas pela demência na população, crescem as demandas por tempo de cuidados informais e pela criação de redes de suporte informal¹².

O tempo dedicado às atividades obrigatórias de cuidado restringe a participação dos cuidadores informais em atividades discricionárias, entre elas as atividades sociais realizadas fora de casa, por exemplo, atividades religiosas e trabalho, assim como as realizadas dentro de casa, por exemplo, leitura, comunicação com amigos e parentes por meio de redes sociais. Duas das queixas mais recorrentes de cuidadores familiares são a privação da vida social e o senso de ter perdido controle sobre ela¹³. As atividades obrigatórias de cuidado são as que mais consomem tempo^{14,15}, gerando insatisfação pela restrição do tempo para atividades pessoais, domésticas e sociais¹⁶ e são as mais associadas a sintomas depressivos e à avaliação de escassez de suporte social¹⁷. Os cuidadores percebem as restrições em atividades de lazer como estressantes e onerosas, mas sua participação em atividades sociais em grupo atenua os efeitos negativos da prestação de cuidados¹⁸.

A sobrecarga objetiva dos cuidadores familiares de idosos com demência está associada à progressão da doença, à dependência física e cognitiva, a problemas neuropsiquiátricos do receptor de cuidados e ao grande número de horas necessárias para cuidados diretos e supervisão^{11,19,20}. A sobrecarga subjetiva do cuidador associa-se com depressão, sofrimento emocional, senso de não atendimento de necessidades, e restrição do tempo diário para o autocuidado, a participação social, os compromissos familiares e o trabalho remunerado^{4,15,21}. Intervenções clínicas, psicossociais e educacionais orientadas ao gerenciamento do tempo de cuidados podem mitigar o impacto do cuidado a idosos com demência sobre o bem-estar dos cuidadores.

Atualmente, não há dados brasileiros sobre as agendas temporais de dedicação a atividades obrigatórias do cuidado, da vida pessoal e familiar e de atividades discricionárias, em cuidadores familiares de idosos com demências. Bauab e Emmel²² focalizaram o uso do tempo por cuidadores formais, mas esses respondem a pautas motivacionais e afetivas diferentes das que presidem o desempenho do cuidado no contexto familiar.

O manejo do tempo por cuidadores familiares de idosos com dependências físicas e cognitivas é importante elemento na determinação da qualidade do cuidado, do bem-estar dos idosos receptores de cuidados e do bem-estar dos cuidadores familiares. O uso de metodologia válida contribui para a fidedignidade de dados cujo conhecimento pode reverter-se em benefícios à qualidade nesses três domínios. Este estudo teve como objetivos descrever padrões de uso do tempo em cuidadores de idosos com demências e investigar relações entre esses padrões e características dos cuidadores, dos receptores de cuidados e do contexto.

MÉTODO

Participantes

Foi realizado um estudo descritivo com amostra de conveniência composta por 50 cuidadores familiares de idosos com demência, que estavam em atendimento no Núcleo de Atenção Médica Integrada da Universidade de Fortaleza (NAMI/UNIFOR)

e no serviço de apoio da Associação Brasileira de Alzheimer – Regional Ceará (ABRAz-CE) e que aceitaram participar da pesquisa, no período maio-julho de 2017. Os critérios de inclusão dos cuidadores foram: ter 50 anos ou mais; ser cônjuge, filho(a) ou outro(a) parente de um idoso com diagnóstico de demência realizado por médico e constante do prontuário do paciente; residir com o idoso receptor de cuidados e ser o principal responsável pelo cuidado. Os critérios de exclusão foram: comprometimentos cognitivos, sensoriais, de compreensão e de comunicação, que inviabilizassem a participação dos cuidadores na entrevista, conforme o julgamento de três recrutadores treinados (duas alunas de um curso de especialização em Gerontologia e a pesquisadora). Os cuidadores foram recrutados em contatos face-a-face realizados por ocasião do comparecimento aos serviços e por telefone, sempre com a anuência dos seus dirigentes.

Variáveis e medidas

Uso do tempo: Para a medida da variável dependente foi organizada uma entrevista semiestruturada, nos moldes da “Entrevista sobre o dia anterior” proposta por Moss et al.¹. Foi elaborado um roteiro em que as atividades do cuidador, agrupadas nas classes obrigatórias do cuidado e obrigatórias da vida do cuidador, discricionárias e de recuperação, foram apresentadas em uma matriz de tempo impressa, com quatro períodos de seis horas cada um (manhã, tarde, noite e madrugada), com marcação de cada hora. Em oferta de cuidado aos idosos foram listados: cuidados físicos (dar banho, dar comida, dar remédio, levar ao banheiro, vestir e arrumar); apoio social e emocional (ler, conversar, rezar junto e fazer companhia para/com eles, ajudar a arrumar os próprios pertences). As atividades pertinentes à vida do cuidador incluíram: autocuidado (alimentação, higiene, beleza e exercícios físicos dentro e fora de casa) e vida familiar (atividades domésticas; tomar conta de netos; fazer compras para consumo diário; cozinhar, lavar, passar, varrer, cuidar de animais e plantas). As atividades discricionárias compreenderam: vida pessoal (lazer, arte, artesanato e religiosas, TV, ler, jogar paciência, rezar e meditar) e vida social (dentro de casa, incluindo telefonar, conversar, escrever e-mails e receber visitas, e fora de casa, incluindo visitas, reuniões, restaurantes, cinema,

igreja e shoppings a passeio; cursos e palestras). Em atividades de recuperação foram consignados descanso e sono.

Contextualização da prestação de cuidados no ambiente familiar: Por meio de itens de autorrelato, foram investigadas a idade e o sexo dos idosos receptores de cuidados; grau de parentesco entre os cuidadores e os idosos com dependências (cônjuge, progenitor, sogro ou sogra, avô/avó, ou outro parente); presença de ajuda prática e de ajuda de empregada doméstica e acompanhantes diurno, noturno e em fins de semana, e disponibilidade de apoio formal, em domicílio (desempenhado por profissionais). Todos os itens eram de natureza dicotômica.

Condições de dependência dos idosos receptores de cuidados: Foram investigados junto aos cuidadores: o principal diagnóstico médico dos idosos receptores de cuidados (um item aberto), seu nível de dependência física, por meio do questionário de atividades funcionais de Pfeffer²³⁻²⁵ e seu nível de dependência cognitiva, por meio do *Clinical Dementia Rating* (CDR)²⁶⁻²⁷. Esses dois instrumentos escalares são comumente aplicados em informantes substitutos, em casos em que a dependência do idoso prejudica sua capacidade de responder. A escala de Pfeffer é composta por 10 itens que avaliam funcionalidade com base na independência para desempenhar atividades instrumentais de vida diária (controlar as próprias finanças; fazer compras; esquentar água e apagar o fogo; preparar refeições; manter-se atualizado; assistir notícias e discuti-las; manter-se orientado andando pela vizinhança; lembrar-se de compromissos; cuidar de sua própria medicação e ficar sozinho em casa²⁴). Cada item é pontuado de 0 (independência) a 3 (dependência), de forma que valores mais altos indicam maior dependência. Foi demonstrada sua confiabilidade e reprodutibilidade do instrumento, em comparação com a escala original, em estudo psicométrico envolvendo idosos brasileiros²⁵. A CDR compreende seis categorias cognitivo-comportamentais: memória, orientação, julgamento ou solução de problemas, relações comunitárias, atividades no lar ou de lazer e cuidados pessoais. Cada categoria pode receber de 0 a 3 pontos (0 = nenhuma alteração; 0,5 = demência questionável; 1 = demência leve; 2 = demência moderada e 3 = demência grave), exceto para a categoria cuidados pessoais, que não

recebe pontuação 0,5. A categoria memória tem maior peso na pontuação^{26,27}. A classificação final do CDR é obtida pela análise das classificações por categorias, seguindo um conjunto de regras elaboradas e validadas por Morris²⁶. O instrumento não comporta notas de corte estabelecidas com base em desempenho populacional, pois os resultados dos idosos são comparados à pontuação que obtiveram no passado.

Sobrecarga percebida em decorrência da prestação de cuidados: Foi avaliada por meio da escala de Zarit^{28,29}, composta por 22 itens com cinco pontos cada um (0 = nunca a 4 = sempre), os quais avaliam a sobrecarga percebida pelo cuidador com relação à saúde, à vida pessoal e social, à situação financeira, ao bem-estar emocional e às relações interpessoais. O instrumento gera um escore total que varia de 0 a 88. No Brasil, Scazufca²⁹ realizou a tradução e a validação semântico-cultural do instrumento valendo-se dos dados obtidos em amostras de cuidadores de pessoas idosas com distúrbios de humor e outros distúrbios psiquiátricos. O índice alfa de Cronbach, indicador da consistência interna, foi de 0,87. A distribuição dessas pontuações foi dividida por tercís (≤ 32 , 33 a 56 e ≥ 57 pontos), indicando sobrecarga baixa, moderada e alta.

Atividades sociais desempenhadas fora de casa pelos cuidadores: Foram avaliadas por oito itens dicotômicos elaborados especificamente para essa pesquisa: (a) Ir ao cabelereiro, à manicure, à fisioterapia ou à ginástica, ou para fazer compras para si; (b) Ir à igreja ou ao templo para rituais religiosos ou participar de atividades ou grupos ligados à religião; (c) Participar de reuniões sociais e de festas; (d) Ir a eventos culturais, tais como shows, concertos, e exposições, ir ao cinema e ao teatro; (e) Participar de reuniões de diretorias ou conselhos ou desenvolver atividades políticas; (f) Fazer algum curso ou participar de grupo de convivência; (g) Fazer viagens curtas (um dia ou um fim de semana); (h) Fazer visitas.

Características sociodemográficas dos cuidadores: sexo (masculino ou feminino); idade indicada pela data de nascimento; *status* conjugal (casado, viúvo, solteiro, divorciado); desempenho de trabalho remunerado (sim ou não) e anos de escolaridade (em resposta à pergunta “Até que ano de escola o(a) senhor(a) estudou?”).

Procedimentos

O aceite formal de participação foi realizado mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), redigido de acordo com as exigências da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Campinas em 06/04/2017, por meio do parecer nº 2.003.545.

Os dados foram coletados em entrevistas individuais face a face presididas por um entre três entrevistadores treinados, realizadas na ABRAZCE (36,0%), no NAMI/UNIFOR (62,0%) e nos domicílios de uma parcela de cuidadores que alegou não poder afastar-se de casa (2,0%). Todos participaram de sessão única com duração média de 62 ($\pm 9,2$) minutos. Cerca de 30% desse tempo foi dedicado a avaliações que eram do interesse de outras investigações e que não foram inseridas nessa pesquisa.

Os resultados do teste de normalidade de Shapiro-Wilk aplicado à amostra sugeriram que fossem utilizados testes não-paramétricos. Para comparar

as frequências das variáveis categóricas segundo categorias de interesse foram utilizados o teste qui-quadrado de Pearson e o teste exato de Fisher. Para comparar distribuições das variáveis ordinais foram usados o teste U de Mann-Whitney para duas amostras independentes e o teste de Kruskal-Wallis para três ou mais amostras independentes. Para comparar o tempo gasto pelos cuidadores nos quatro tipos de atividades, foram adotados os testes de Friedman e de Wilcoxon para amostras relacionadas. Foram feitas análises de correlação de postos (Spearman) entre as distribuições das estimativas de tempo diário em cada classe de atividade, os resultados dos cuidadores na escala de sobrecarga e as pontuações atribuídas aos idosos nas escalas Pfeiffer e CDR. Foi aferida a consistência interna das escalas, com adoção do alfa de Cronbach como indicador.

RESULTADOS

A maioria dos cuidadores era constituída por mulheres, por adultos e por indivíduos casados. A média de idade foi 57,9 ($\pm 11,2$) anos; 78,0% tinham nove ou mais anos de escolaridade; e 77,6% não exerciam trabalho remunerado (Tabela 1).

Tabela 1. Características sociodemográficas dos cuidadores. Fortaleza, CE, 2017.

Variáveis	Condições	n (%)	Média (desvio-padrão)
Sexo	Masculino	6 (12,0)	----
	Feminino	44 (88,0)	
<i>Status</i> conjugal	Casados	22 (44,0)	----
	Solteiros	19 (38,0)	
	Divorciados	6 (12,0)	
	Viúvos	3 (6,0)	
	Idade	< 40-59	29 (58,0)
	60-69	10 (20,0)	
	70 anos +	11 (22,0)	
Anos de escolaridade	1 a 4	2 (4,0)	11,6 ($\pm 3,7$)
	5 a 8	9 (18,0)	
	9 ou mais	39 (78,0)	
Trabalho remunerado	Sim	11 (22,4)	----
	Não	38 (77,6)	

A idade média dos receptores de cuidados foi 79,6 ($\pm 7,5$) anos. A maior parte era de progenitores, mas 32,6% eram cônjuges dos cuidadores. O tempo médio de cuidado desde o seu início foi de 40,3 ($\pm 23,6$) meses. A maioria dos cuidadores contava com ajuda prática não remunerada (principalmente de outros familiares) e apenas 18,0% contavam com ajuda remunerada, na maioria dos casos, proveniente de uma empregada doméstica (77,0%), ou de um acompanhante diurno (12,1%) ou de fins de semana (10,9%). Apenas 4,0% contavam com apoio domiciliar formal privado. Em média, os cuidadores realizavam 2,9 atividades sociais fora de casa, e a maioria realizava de 1 a 3 dessas atividades. Oitenta e quatro por cento dos cuidadores relataram que o principal problema de saúde do idoso era demência do tipo Alzheimer; os demais (16,0%) informaram que eram doenças cerebrovasculares.

Concomitantemente, parte dos receptores de cuidados tinham doenças cardiovasculares (12,0%), diabetes *mellitus* (10,0%), doença de Parkinson (4,0%), artrose ou reumatismo (2,0%) ou imobilidade (2,0%). A maioria dos receptores de cuidados pontuou no nível intermediário da escala de Pfeffer, 32,0% no terço superior e 22,0% no terço inferior da distribuição. A distribuição das pontuações na CDR seguiu tendência similar: 22,0% pontuaram para demência questionável ou leve e 78,0% para demência moderada a grave. A maioria dos cuidadores obteve pontuação moderada (33-56) ou grave (≥ 57) na escala de sobrecarga. As escalas de independência funcional²³⁻²⁵, de estadiamento da demência^{26,27} e de sobrecarga percebida^{28,29} mostraram alta confiabilidade interna, indicadas por alfas (Cronbach) de 0,935, 0,947 e 0,872, respectivamente (Tabela 2).

Tabela 2. Caracterização do contexto do cuidado. Fortaleza, CE, 2017.

Variáveis	Condições	n (%)	Média (dp)
Idade dos receptores de cuidados	60-69	6 (12,0)	79,6 ($\pm 7,5$)
	70-79	18 (36,0)	
	80 ou mais	26 (52,0)	
Vínculo dos cuidadores com os receptores de cuidados	Cônjuges	16 (32,6)	----
	Progenitores	28 (57,2)	
	Outros parentes	5 (10,2)	
Recebem ajuda não remunerada	Sim	33 (66,0)	----
	Não	17 (34,0)	
Recebem ajuda profissional	Sim	9 (18,0)	----
	Não	41 (82,0)	
Número de atividades realizadas pelos cuidadores fora de casa	0	1 (2,0)	2,9 ($\pm 1,7$)
	1 a 3	34 (68,0)	
	4 a 8	15 (30,0)	
Escores dos receptores de cuidados na escala de Pfeffer	< 22	11 (22,0)	25,3 ($\pm 6,9$)
	23 a 29	23 (46,0)	
	> 30	16 (32,0)	
Escores dos receptores de cuidados na <i>Clinical Dementia Rating</i> (CDR)	< 9	11 (22,0)	2,0 ($\pm 0,8$)
	10 a 15	25 (50,0)	
	> 16	14 (28,0)	
Escores dos cuidadores na escala de sobrecarga percebida	≤ 32	14 (28,0)	43,5 ($\pm 15,0$)
	33-56	26 (52,0)	
	≥ 57	10 (20,0)	

Os cuidadores relataram que ocupavam, em média, 11,02 horas do dia prestando cuidados diretos ao idoso, 8,86 horas em atividades discricionárias, 6,16 horas em atividades obrigatórias de sua própria vida, tais como cuidados à casa; 7,48 horas, em média, eram dedicadas ao descanso ou a atividades de recuperação. Ou seja, os cuidadores despendiam de 45,92% do seu tempo diário em atividades de cuidado aos idosos, 36,92% em atividades discricionárias, 25,67% em atividades obrigatórias da sua própria vida e 31,17% em atividades de recuperação. Os dados evidenciam simultaneidade na realização das atividades. Os cuidadores usavam mais tempo no cuidado direto ao idoso e em atividades obrigatórias da vida do cuidador nos períodos da manhã e da tarde. As atividades discricionárias eram realizadas principalmente à noite. Nas madrugadas, os cuidadores passavam a maior parte do tempo se recuperando. Pequena parte do tempo das manhãs e das tardes era dedicada ao descanso. Tanto no total de horas de cuidado ao longo de um dia quanto no tempo diário proporcionalmente reservado aos vários tipos de atividades, as que alcançaram valores mais altos foram as de cuidados ao idoso e as discricionárias. Na Tabela 3, apresentam-se os resultados das comparações entre os valores do tempo diário dedicados às diferentes classes de atividades. Foi adotado procedimento de penalização estatística (correção de Bonferroni) para o teste de Wilcoxon, com o intuito de diminuir a chance de ocorrência de diferenças significativas ao acaso.

Foram comparadas as durações das atividades, considerando as características dos cuidadores, as

condições do contexto do cuidado e as características dos idosos receptores de cuidados. As mulheres, os cuidadores que não trabalhavam e os que não contavam com ajuda remunerada cuidavam por mais horas no período da manhã do que os cuidadores homens e do que os cuidadores que trabalhavam. Os cuidadores de idosos que não eram nem cônjuges e nem filhos passavam mais tempo em atividades discricionárias do que os que cuidavam dos pais ou do cônjuge. Os cuidadores de progenitores relataram despende mais tempo do que os cuidadores de cônjuges e de outros parentes em atividades obrigatórias de sua própria vida. Os cuidadores de progenitores passavam mais tempo provendo cuidados do que os que cuidavam de cônjuges ou outros parentes. No período da tarde, os que cuidavam dos progenitores e os que eram responsáveis por idosos com mais incapacidade física e cognitiva cuidavam por um tempo significativamente maior do que os que cuidavam do cônjuge ou de outros parentes e os que cuidavam de idosos mais independentes. Os cuidadores com menor sobrecarga percebida passavam mais tempo descansando do que seus iguais com maior sobrecarga (Tabela 4).

Embora os indicadores de correlação não tenham sido elevados, observou-se que quanto mais alta a pontuação em sobrecarga dos cuidadores e quanto mais altos os escores dos idosos receptores de cuidados nas escalas Pfeiffer e CDR, maior o tempo despendido pelos cuidadores em atividades de cuidado direto aos idosos. Não foram observadas outras correlações estatisticamente significativas (Tabela 5).

Tabela 3. Agenda de tempo diário dedicado ao desempenho de atividades obrigatórias, discricionárias e de recuperação, por cuidadores familiares de idosos com dependências físicas e cognitivas. Fortaleza, CE, 2017.

Atividades	Médias* (dp)	Medianas	Min-Max	p**
Ao longo de 24 horas				
Obrigatórias de cuidado ao idoso	11,02 ^a (±3,60)	10,00	5,00-18,00	<0,001
Discricionárias	8,86 ^b (±2,22)	9,00	3,00-15,00	
Obrigatórias da vida do cuidador	6,16 ^c (±4,93)	6,00	0,00-18,00	
De recuperação	7,48 ^c (±1,58)	7,00	4,00-10,00	
Manhã				
Obrigatórias de cuidado ao idoso	4,12 ^a (±1,69)	4,50	1,00-6,00	<0,001
Discricionárias	2,54 ^b (±1,16)	2,00	0,00-5,00	
Obrigatórias da vida do cuidador	2,92 ^b (±2,19)	3,00	0,00-6,00	
De recuperação	0,14 ^c (±0,35)	0,00	0,00-1,00	
Tarde				
Obrigatórias de cuidado ao idoso	3,66 ^a (±1,73)	4,00	0,00-6,00	<0,001
Discricionárias	2,48 ^c (±1,50)	2,00	0,00-6,00	
Obrigatórias da vida do cuidador	2,14 ^c (±2,21)	1,00	0,00-6,00	
De recuperação	0,76 ^b (±0,69)	1,00	0,00-2,00	
Noite				
Obrigatórias de cuidado ao idoso	2,66 ^a (±1,60)	3,00	0,00-6,00	<0,001
Discricionárias	3,60 ^b (±1,20)	4,00	1,00-6,00	
Obrigatórias da vida do cuidador	1,10 ^c (±1,63)	0,50	0,00-6,00	
De recuperação	1,32 ^c (±1,08)	1,00	0,00-4,00	
Madrugada				
Obrigatórias de cuidado ao idoso	0,58 ^b (±0,95)	0,00	0,00-4,00	<0,001
Discricionárias	0,24 ^b (±0,62)	0,00	0,00-3,00	
De recuperação	5,26 ^a (±1,16)	6,00	0,00-6,00	
% do tempo diário				
Obrigatórias de cuidado ao idoso	45,92 ^a (±15,00)	41,67	20,83-75,00	<0,001
Discricionárias	36,92 ^b (±9,26)	37,50	12,50-62,50	
Obrigatórias da vida do cuidador	25,67 ^c (±20,54)	25,00	0,00-75,00	
De recuperação	31,17 ^c (±6,59)	29,17	29,17-41,67	

* Valores de médias indicados por letras diferentes são significativamente diferentes e valores indicados pela mesma letra não o são; ** Teste de Friedman, seguido do teste de Wilcoxon aos pares, com correção de Bonferroni.

Tabela 4. Agendas diárias de uso do tempo conforme características dos cuidadores, condições do contexto do cuidado e características dos idosos receptores de cuidado. Fortaleza, CE, 2017.

Variáveis/condições	Atividades x períodos do dia	n	Média (dp)	Mediana	p
Sexo do cuidador					
Masculino	Cuidado ao idoso - Manhã	6	2,17 ^b (±2,32)	2,00	0,045*
Feminino		44	3,86 ^a (±1,56)	4,00	
Exercício de trabalho pago remunerado pelo cuidador					
Sim	Cuidado ao idoso - Manhã	11	3,00 ^b (±1,73)	3,00	0,020*
Não		38	4,39 ^a (±1,55)	5,00	
Ajuda de empregada doméstica ou cuidador remunerado					
Sim	Atividades obrigatórias	9	1,00 ^b (±1,66)	0,00	0,005*
Não	vida cuidador - Manhã	41	3,34 ^a (±2,08)	4,00	
Parentesco do cuidador com o idoso receptor de cuidados					
Cônjuge	Atividades discricionárias	16	1,94 ^b (±1,24)	2,00	0,016**
Pai/mãe	vida cuidador - Tarde	28	2,50 ^b (±1,40)	2,00	
Outro		5	4,40 ^a (±1,52)	5,00	
Cônjuge	Atividades obrigatórias	16	1,81 ^b (±2,17)	1,00	0,011**
Pai/mãe	vida cuidador - Manhã	28	3,64 ^a (±1,91)	4,00	
Outro		5	1,80 ^b (±2,00)	1,00	
Cônjuge	Atividades obrigatórias	16	1,00 ^b (±1,63)	0,00	0,029**
Pai/mãe	vida cuidador - Tarde	28	2,64 ^a (±2,18)	2,00	
Outro		5	2,20 ^{a,b} (±2,68)	1,00	
Cônjuge	Atividades obrigatórias	16	3,50 ^b (±3,92)	2,00	0,013**
Pai/mãe	vida cuidador - Todos	28	7,36 ^a (±4,46)	8,00	
Outro		5	5,60 ^{a,b} (±5,68)	2,00	
Pontuação na escala de Pfeffer					
≤ 22	Cuidado ao idoso - Tarde	11	2,36 ^b (±1,80)	2,00	0,029**
23-29		23	3,96 ^a (±1,49)	4,00	
≥ 30		16	4,13 ^a (±1,67)	4,00	
≤ 22	Cuidado ao idoso - Todos	11	8,82 ^b (±4,19)	7,00	0,006**
23-29		23	10,83 ^{a,b} (±3,24)	10,00	
≥ 30		16	12,81 ^a (±2,86)	12,50	
Pontuação do idoso na <i>Clinical Dementia Rating</i> (CDR)					
0,5-1,00	Cuidado ao idoso - Tarde	10	2,30 ^b (±1,83)	2,00	0,030**
2,00		26	4,00 ^a (±1,47)	4,00	
3,00		14	4,00 ^a (±1,75)	4,00	
0,5-1,00	Cuidado ao idoso - Todos	10	8,40 ^b (±3,47)	7,00	0,007**
2,00		26	11,23 ^a (±3,46)	10,00	
3,00		14	12,50 ^a (±3,13)	12,50	
Sobrecarga percebida do cuidador					
≤ 32	Cuidado ao idoso - Madrugada	11	0,45 ^{a,b} (±0,82)	0,00	0,031**
33-56		22	0,23 ^b (±0,53)	0,00	
≥ 57		10	1,30 ^a (±1,42)	1,00	
≤ 32	Recuperação - Todos	11	8,09 ^a (±1,87)	8,00	0,020**
33-56		22	7,77 ^a (±1,02)	8,00	
≥ 57		10	6,20 ^b (±1,55)	7,00	

*Valores de *p* para o teste U de Mann-Whitney, para comparação entre duas amostras independentes; ** valores de *p* para o teste de Kruskal-Wallis, para comparação entre três amostras independentes, seguido pelo teste de Dunn para comparações múltiplas. Valores de médias indicados por letras diferentes são significativamente diferentes.

Tabela 5. Correlações entre os valores de uso do tempo, sobrecarga dos cuidadores e funcionalidade física e cognitiva dos receptores de cuidados. Fortaleza, CE, 2017.

	Horas diárias em cuidado ao idoso	Horas diárias em atividades discricionárias	Horas diárias em atividades do cuidador	Horas diárias em recuperação
Pontuação dos cuidadores na escala de sobrecarga percebida	$r_{ho} = 0,307$ $p = 0,030^*$	$r_{ho} = -0,025$ $p = 0,863$	$r_{ho} = 0,006$ $p = 0,964$	$r_{ho} = -0,223$ $p = 0,120$
Pontuação dos receptores de cuidados na escala de funcionalidade de Pfeffer	$r_{ho} = 0,458$ $p = 0,001^*$	$r_{ho} = 0,038$ $p = 0,792$	$r_{ho} = -0,009$ $p = 0,496$	$r_{ho} = -0,086$ $p = 0,554$
Pontuação dos receptores de cuidados na <i>Clinical Dementia Rating</i> (CDR)	$r_{ho} = 0,433$ $p = 0,002^*$	$r_{ho} = -0,078$ $p = 0,592$	$r_{ho} = -0,007$ $p = 0,963$	$r_{ho} = -0,217$ $p = 0,130$

* Teste de Spearman; p sign < 0,05.

DISCUSSÃO

Este estudo investigou relações entre uso do tempo por cuidadores familiares de idosos com demência, considerando um conjunto de circunstâncias sob as quais ocorre o cuidado. Os cuidadores eram principalmente mulheres, que residiam e cuidavam de progenitores e cônjuges com dependência física e cognitiva de moderada a grave. Relataram que a maior parte do seu tempo diário era gasto em atividades obrigatórias de cuidados aos idosos e em atividades de cuidados com a família, a casa e consigo mesmos, principalmente, no período da manhã. Em seguida vinham as atividades discricionárias, realizadas primariamente à noite e, por último, as atividades de recuperação, que ocorriam principalmente de madrugada. Pela manhã e à tarde, os cuidadores dedicavam significativamente mais horas ao cuidado do idoso do que às atividades discricionárias e às atividades obrigatórias voltadas à sua casa, à sua família e ao autocuidado. Nas madrugadas, foi despendido significativamente mais tempo em atividades de recuperação e de cuidado ao idoso do que em atividades obrigatórias da vida do cuidador e em atividades de autocuidado. Quanto maior a dependência dos alvos de cuidados, maior o tempo dedicado ao cuidado e maior a sobrecarga percebida dos cuidadores.

Por força de determinismos culturais e históricos que emparelham a amostra deste estudo com as de outros trabalhos realizados no Brasil e no exterior,

a amostra era essencialmente feminina, com 50 anos ou mais, composta por filhas e cônjuges dos alvos de cuidados, com os quais residiam e dos quais eram os principais cuidadores^{5,6,30}. Mesmo em países com maior tradição de cuidados formais aos idosos do que o Brasil, os cuidadores familiares são os principais responsáveis pelo cuidado diário e pela supervisão de idosos com demências¹³. Replicando uma característica de coorte, que não necessariamente se repete em outros países, a maioria não exercia trabalho remunerado³¹. Espelhando a influência dos locais onde os idosos foram recrutados, o nível de escolaridade da amostra era mais alto do que o da população geral da mesma idade, hoje, no Brasil e em Fortaleza, estado do Ceará³².

Foi observada maior dedicação de tempo ao cuidado de progenitores do que de cônjuges, provavelmente porque os progenitores eram mais velhos e, conseqüentemente, tinham a saúde física e mental mais comprometida do que os parceiros conjugais. Em sua maioria, os alvos de cuidados apresentavam demência moderada a grave e nível intermediário de dependência funcional. Os dados replicam os de Hajek et al.¹¹ e Haro et al.²¹, em que o tempo de prestação de cuidados pelo cuidador informal aumenta proporcionalmente com o aumento da gravidade da demência. Os autores afirmam que o tempo de cuidado pode variar em função das necessidades do receptor de cuidados, do estágio da doença e das circunstâncias do cuidador e da sobrecarga. Consideram, também, que todas as

categorias de tempo de cuidado informal relacionados à assistência em ABVD, AIVD e supervisão relacionam-se com a gravidade da demência, bem como com o tempo total de cuidados.

As atividades discricionárias, que envolvem principalmente o lazer e a sociabilidade são as primeiras a serem perdidas para a dedicação mais integral ao cuidado, gerando senso de perda de liberdade de privacidade no cuidador familiar. Schüz et al.¹⁸ observaram que cuidadores que percebiam restrição nas atividades de lazer sofriam mais os efeitos do estresse e do ônus do cuidado sobre sua saúde mental. Observaram relações entre estresse e sobrecarga, com repercussões sobre sintomas depressivos e de ansiedade, e menor satisfação com a vida, as quais podem ser atenuadas por meio da participação em atividades sociais em grupos. Os cuidadores informais de idosos com demência podem se beneficiar de atividades de lazer, em especial de atividades sociais e de grupos de autoajuda.

Considerando que a maioria dos cuidadores era formada por pessoas com nível socioeconômico relativamente elevado para os padrões da cidade e, principalmente, considerando a cultura local, foi excessivamente reduzido o número de cuidadores que relatou contar com a ajuda de uma empregada doméstica para a prestação de cuidados. Embora não contratados para cuidar, o que terá ensejado a resposta negativa, na prática essas pessoas realizam tarefas de cuidado como uma extensão ou como uma decorrência natural de suas funções. A provável falta de capacitação desses profissionais, em geral mulheres de baixa renda e baixa escolaridade, aliada à escassez de serviços de suporte formal, ratifica a cultura do aproveitamento dos serviços domésticos em atividades de cuidado⁹ e contribui para postergar o tratamento justo e consequente da questão da profissionalização do cuidado a idosos no contexto familiar.

Os dados do presente estudo replicam outros da literatura sobre a sobrecarga subjetiva e objetiva associada ao tempo destinado ao cuidado de familiares com demência, considerando as características sociodemográficas, o contexto do cuidado e o número de horas gastas em prestação de cuidados. A maioria dos cuidadores era formada por mulheres que cuidavam de idosos com dependência física e

cognitiva, por mulheres e homens que gastavam mais horas em cuidar do que no cuidado de si próprios, e por pessoas que careciam de mais tempo de descanso e de tempo dedicado a si mesmos^{4,15,19,33}. O tempo dedicado ao cuidado de um idoso com demência se desdobra em um cotidiano dividido por múltiplas tarefas e papéis, que absorvem o tempo do cuidador e que tendem a gerar insatisfação e sobrecarga. Pereira e Soares³⁴ observaram alta prevalência de depressão e de má qualidade do sono em cuidadores de pacientes idosos com diagnóstico de doenças de Alzheimer e Parkinson.

Comparando-se o tempo diário gasto nas atividades realizadas nos quatro períodos do dia, verifica-se que os cuidadores investiam tempo, em primeiro lugar, em atividades de cuidado e, em segundo lugar, em atividades discricionárias em parte realizadas ao mesmo tempo que as tarefas de cuidados ao idoso e de cuidados ao lar. Ainda assim, as atividades discricionárias foram significativamente mais frequentes do que as atividades de cuidado doméstico e de autocuidado e do que as atividades de recuperação. Existe sobreposição entre tarefas de cuidado aos idosos, de tarefas domésticas e pessoais do cuidador, de tarefas de supervisão e de tarefas realizadas concorrentemente por outros familiares e por cuidadores profissionais. A falta de precisão dos dados a esse respeito pode camuflar informações sobre sobrecarga objetiva e subjetiva e sobre as necessidades não atendidas dos cuidadores familiares de idosos com demência.

De acordo com as pesquisas de Wimo et al.¹⁴, Novelli et al.³⁵, Vaingankar et al.¹⁵ e Bauab e Emmel²², o tempo obrigatório de cuidado prevalece sobre o tempo gasto em outras atividades, inclusive em prejuízo do autocuidado e das atividades discricionárias. É como se os cuidadores fossem oprimidos pelo papel de cuidador, tornando-se reféns da sua dedicação. Em face disto, a questão a ser respondida é se as sociedades continuarão a responsabilizar exclusivamente a família pelo cuidado aos idosos com dependência física e cognitiva. Se por um lado temos o cuidador que tem a grata possibilidade de cuidar dos seus idosos e, ao fazê-lo, realiza uma tarefa evolutiva de alto valor moral e ético, por outro, o cuidador torna-se uma vítima silenciosa da prestação de cuidados.

Não foi possível mensurar o tempo de tarefas concorrentes, nem tampouco o tempo das empregadas domésticas e dos serviços formais, o que terá provavelmente causado uma superestimativa das horas dedicadas ao cuidado. Esse problema foi focalizado por Neubauer et al.⁸, que calculou em 14% a distorção acarretada pela desconsideração da ação de outros cuidadores no cenário doméstico. Embora não existam dados quantitativos a respeito, no Brasil, a atuação de empregadas domésticas no cuidado a idosos dependentes tende a ser vista como parte dos afazeres domésticos⁹.

Os resultados não são propriamente novos e nem surpreendentes. É compreensível que quanto mais alto o nível de dependência do alvo do cuidado, maior a dedicação de horas ao seu cuidado e maior a sobrecarga dos cuidadores. As principais limitações do estudo realizado são: ausência de maior variabilidade dos níveis de dependência física e cognitiva dos receptores de cuidado; falta de quantificação e qualificação da ajuda obtida de empregadas domésticas e de outras fontes de apoio; não quantificação do tempo diário e semanal dedicado a trabalho remunerado e ausência de registro sobre o tipo de ocupação exercida pelos cuidadores.

Deve ser valorizado o fato de esta investigação ser a primeira pesquisa realizada no Brasil a oferecer dados que promovem a compreensão de como os cuidadores familiares de idosos com demência usam seu tempo e sobre como este uso covaria não somente com o grau de dependência física e cognitiva dos receptores de cuidados, como também com as características dos cuidadores e das famílias, e com as normas sociais de sexo e de idade vigentes em um dado momento histórico. Merece realce, igualmente, a abertura de uma nova e objetiva perspectiva para a consideração de critérios de contratação e de remuneração de cuidadores

profissionais domiciliares de idosos, um tema cuja consideração já tarda em muito, considerando a realidade do envelhecimento no país.

CONCLUSÃO

Este estudo mostrou que quanto maior a dependência física e cognitiva de idosos receptores de cuidado, maior o tempo diário dedicado ao cuidado, menor o tempo que o cuidador familiar dedica a si e à sua família e maior o seu senso de sobrecarga associada à prestação de cuidados. O conhecimento produzido poderá auxiliar os profissionais que trabalham com a população idosa a ampliar o foco das intervenções educacionais e de apoio psicossocial a cuidadores informais de idosos para além da ênfase no estresse dos cuidadores e na necessidade de oferecer-lhes continência afetiva. A nova perspectiva que deriva dos dados relatados inclui a realização de intervenções com foco no desenvolvimento de habilidades de planejamento e organização do tempo diário dedicado ao cuidado do idoso; a introdução de atividades discricionárias suficientes para atender aos interesses dos cuidadores e a inclusão de atividades de lazer e descanso e de atividades de ligadas à vida da família e do cuidador. Inclui motivar e treinar os cuidadores a delegar tarefas, a obter e aceitar ajuda informal e formal e a acionar mecanismos formais de ajuda. São aspectos sensíveis do cenário atual do cuidado familiar a idosos, cada vez mais importantes nos anos vindouros, quando o número de idosos com demências crescerá de forma acentuada, em virtude do aumento da longevidade da população. Cuidar das circunstâncias do cuidado, entre elas o tempo dedicado às tarefas de apoio a um idoso com dependências físicas e cognitivas, poderá propiciar melhora do bem-estar físico e psicológico dos cuidadores familiares, beneficiando não somente a eles, mas também aos que recebem seus cuidados.

REFERÊNCIAS

1. Moss MS, Lawton MP, Kleban MH, Duhamel L. Time use of caregivers of impaired elders before and after institutionalization. *J Gerontol* [Internet]. 1993 [acesso em 22 set. 2015];48(3):102-11. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8482826>
2. Moss MS, Lawton MP. Time budgets of older people: a window on four life styles. *J Gerontol* [Internet]. 1982 [acesso em 22 set. 2015];37(1):115-23. Disponível em: <http://doi.org/10.1093/geronj/37.1.115>

3. Van den Berg B, Spauwen P. Measurement of informal care: an empirical study into the valid measurement of time spent on informal caregiving. *Health Econ* [Internet]. 2006 [acesso em 01 maio 2017];15(5):447-60. Disponível em: <http://doi.org/10.1002/hec.1075>
4. Oldenkamp M, Hagedoorn M, Slaets J, Stolk R, Wittek R, Smidt N. Subjective burden among spousal and adult-child informal caregivers of older adults: results from a longitudinal cohort study. *BMC Geriatr* [Internet]. 2016 [acesso em 22 set. 2017];16:1-22. Disponível em: <http://doi.org/10.1186/s12877-016-0387-y>
5. 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 22 set. 2017];19(8):3429-40. Disponível em: <http://doi.org/10.1590/1413-81232014198.13952013>
6. Bednarek A, Mojs E, Krawczyk-Wasielewska A, Głodowska K, Samborski W, Lisiński P, et al. Correlation between depression and burden observed in informal caregivers of people suffering from dementia with time spent on caregiving and dementia severity. *Eur Rev Med Pharmacol Sci* [Internet]. 2016 [acesso em 22 set. 2017];20(1):59-63. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26813454>
7. Farina N, Page TE, Daley S, Brown A, Bowling A, Basset T, et al. Factors associated with the quality of life of family carers of people with dementia: A systematic review. *Alzheimers Dememt* [Internet]. 2017 [acesso em 22 set. 2017];13(5):572-81. Disponível em: <http://doi.org/10.1016/j.jalz.2016.12.010>
8. Neubauer S, Holle R, Menn P, Grossfeld-Schmitz M, Graesel E. Measurement of informal care time in a study of patients with dementia. *Int Psychogeriatr* [Internet]. 2008 [acesso em 05 fev. 2017];20(6):1160-76. Disponível em: <http://doi.org/10.1017/S1041610208007564>
9. Camarano AA, Kanso K. Como as famílias brasileiras estão lidando com os idosos que demandam cuidados e quais as perspectivas futuras?: a visão mostrada pelas PNADs. In: Camarano AA, editora. *Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido?* Rio de Janeiro: IPEA; 2010. p. 93-112.
10. Taylor DH Jr, Kuchibhatla M, Østbye T. Trajectories of caregiving time provided by wives to their husbands with dementia. *Alzheimer Dis Assoc Disord* [Internet]. 2008 [acesso em 05 fev. 2017];22(2):131-6. Disponível em: <http://doi.org/10.1097/WAD.0b013e31815bebbba>
11. Hajek A, Brettschneider C, Ernst A, Posselt T, Wiese B, Prokein J, et al. Longitudinal predictors of informal and formal caregiving time in community-dwelling dementia patients. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* [Internet]. 2016 [acesso em 22 set. 2017];51(4):607-16. Disponível em: <http://doi.org/10.1007/s00127-015-1138-7>
12. Alzheimer's Disease International. *World Alzheimer Report: the global impact of dementia: an analysis of prevalence, incidence, cost and trends* [Internet]. London: ADI; 2015 [acesso em 19 nov. 2015]. Disponível em: <http://www.alz.co.uk/research/world-report-2015>
13. Carvalho EB, Neri AL. Uso do tempo por cuidadores familiares de idosos com demência: revisão integrativa. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2018 [acesso em 11 jun. 2018];71(Suppl 2):893-904. Disponível em: <http://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0268>
14. Wimo A, Jonsson L, Zbrozek A. The Resource Utilization in Dementia (RUD) instrument is valid for assessing informal care time in community-living patients with dementia. *J Nutr Health Aging* [Internet]. 2010 [acesso em 22 set. 2017];14(8):685-90. Disponível em: <http://doi.org/10.1007/s12603-010-0316-2>
15. Vaingankar JA, Chong SA, Abdin E, Picco L, Jeyagurunathan A, Zhang Y, et al. Care participation and burden among informal caregivers of older adults with care needs and associations with dementia. *Int Psychogeriatr* [Internet]. 2016 [acesso em 22 set. 2017];28(2):221-31. Disponível em: <http://doi.org/10.1017/S104161021500160X>
16. Feldman HH, Van Baelen B, Kavanagh SM, Torfs KE. Cognition, function, and caregiving time patterns in patients with mild-to-moderate Alzheimer disease: a 12-month analysis. *Alzheimer Dis Assoc Disord* [Internet]. 2005 [acesso em 22 set. 2017];19(1):29-36. Disponível em: <http://doi.org/10.1097/01.wad.0000157065.43282.bc>
17. Stevens AB, Coon D, Wisniewski S, Vance D, Arguelles S, Belle S, et al. Measurement of leisure time satisfaction in family caregivers. *Aging Ment Health* [Internet]. 2004 [acesso em 22 set. 2017];8(5):450-9. Disponível em: <http://doi.org/10.1080/13607860410001709737>
18. Schüz B, Czerniawski A, Davie N, Miller L, Quinn MG, King C, et al. Leisure time activities and mental health in informal dementia caregivers. *Appl Psychol Health Well Being* [Internet]. 2015 [acesso em 22 set. 2017];7(2):230-48. Disponível em: <http://doi.org/10.1111/aphw.12046>

19. Hughes TB, Black BS, Albert M, Gitlin LN, Johnson DM, Lyketsos CG, et al. Correlates of objective and subjective measures of caregiver burden among dementia caregivers: Influence of unmet patient and caregiver dementia-related care needs. *Int Psychogeriatr* [Internet]. 2014 [acesso em 22 set. 2017];26(11):1875-83. Disponível em: <http://doi.org/10.1017/S1041610214001240>
20. Kraijo H, Van Exel J, Brouwer W. The perseverance time of informal carers for people with dementia: results of a two-year longitudinal follow-up study. *BMC Nurs* [Internet]. 2015 [acesso em 22 set. 2017];14:56. Disponível em: <http://doi.org/10.1186/s12912-015-0107-5>
21. Haro JM, Kahle-Wroblewski K, Bruno G, Belger M, Dell'Agnello G, Dodel R, et al. Analysis of burden in caregivers of people with Alzheimer's disease using self-report and supervision hours. *J Nutr Health Aging* [Internet]. 2014 [acesso em 22 set. 2017];18(7):677-84. Disponível em: <http://doi.org/10.1007/s12603-014-0036-0>
22. Bauab JP, Emmel MLG. Mudanças no cotidiano de cuidadores de idosos em processo demencial. *Rev Bras Geriatr Gerontol* [Internet]. 2014 [acesso em 22 set. 2017];17(2):339-52. Disponível em: <http://doi.org/10.1590/S1809-98232014000200011>
23. Pfeffer RI, Kurosaki TT, Harrah Jr. CH, Chance JM, Filos S. Measurement of functional activities in older adults in the community. *J Gerontol* [Internet]. 1982 [acesso em 16 out. 2015];37(3):323-9. Disponível em: <http://doi.org/10.1093/geronj/37.3.323>
24. Sanchez MAS, Correa PCR, Lourenço RA. Cross-cultural adaptation of the "Functional Activities Questionnaire – FAQ" for use in Brazil. *Dement Neuropsychol* [Internet]. 2011 [acesso em 16 out. 2015];5(4):322-7. Disponível em: <http://doi.org/10.1590/S1980-57642011DN05040010>
25. Dutra MC, Ribeiro RS, Pinheiro SB, Melo GF, Carvalho GA. Acurácia e confiabilidade do questionário de Pfeffer para a população idosa brasileira. *Dement Neuropsychol* [Internet]. 2015 [acesso em 19 nov. 2015];9(2):176-83. Disponível em: <http://doi.org/10.1590/1980-57642015DN92000012>
26. Morris JC. The Clinical Dementia Rating (CDR): current version and scoring rules. *Neurology* [Internet]. 1993 [acesso em 16 out. 2015];43(11):2412-4. Disponível em: <http://doi.org/10.1212/WNL.43.11.2412-a>
27. Montañó MBM, Ramos LR. Validade da versão em português da Clinical Dementia Rating. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2005 [acesso em 16 set 2015];39(6):912-7. Disponível em: <http://doi.org/10.1590/S0034-89102005000600007>
28. Zarit SH, Reever KE, Bach-Peterson J. Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. *Gerontologist* [Internet]. 1980 [acesso em 15 out. 2015];20(6):649-55. Disponível em: <http://doi.org/10.1093/geront/20.6.649>
29. Scazufca M. Versão brasileira da escala Burden interview para avaliação de sobrecarga em cuidadores de indivíduos com doenças mentais. *Rev Bras Psiquiatr* [Internet]. 2002 [acesso em 15 out. 2015];24(1):12-7. Disponível em: <http://doi.org/10.1590/S1516-44462002000100006>
30. Custodio N, Wheelock A, Thumala D, Slachevsky A. Dementia in Latin America: Epidemiological evidence and implications for public policy. *Front Aging Neurosci* [Internet]. 2017 [acesso em 22 set. 2017];9:1-20. Disponível em: <http://doi.org/10.3389/fnagi.2017.00221>
31. Leite BS, Camacho ACLF, Joaquim FL, Gurgel JL, Lima TR, Queiroz RS. A vulnerabilidade dos cuidadores de idosos com demência: estudo descritivo transversal. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2017 [acesso em 11 jun. 2018];70(4):714-20. Disponível em: <http://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0579>
32. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. PNAD Contínua 2016: 51% da população com 25 anos ou mais do Brasil possuíam apenas o ensino fundamental completo. Agência de Notícias do IBGE [Internet]. 21 dez. 2017 [acesso em 11 jun. 2018]. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/18992-pnad-continua-2016-51-da-populacao-com-25-anos-ou-mais-do-brasil-possuiam- apenas-o-ensino-fundamental-completo>
33. Shahly V, Chatterji S, Gruber MJ, Al-Hamzawi A, Alonso J, Andrade LH, et al. Cross-national differences in the prevalence and correlates of burden among older family caregivers in the World Health Organization World Mental Health (WMH) Surveys. *Psychol Med* [Internet]. 2013 [acesso em 22 set. 2017];43(4):865-79. Disponível em: <http://doi.org/10.1017/S0033291712001468>
34. Pereira LSM, Soares SM. Fatores que influenciam a qualidade de vida do cuidador familiar do idoso com demência. *Ciênc Saúde Colet* [Internet]. 2015 [acesso em 22 set. 2017];20(12):3839-51. Disponível em: <http://doi.org/10.1590/1413-812320152012.15632014>
35. Novelli MMPC, Nitrini R, Caramelli P. Cuidadores de idosos com demência: perfil sociodemográfico e impacto diário. *Rev Ter Ocup* [Internet]. 2010 [acesso em 22 set. 2017];21(2):139-47. Disponível em: <http://doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v21i2p139-147>



A prática do cuidado em instituições de longa permanência para idosos: desafio na formação dos profissionais

The practice of care in long-term care facilities for the elderly: a challenge for the training of professionals

Daniela Garcia Damaceno¹ 

Mara Quaglio Chirelli² 

Carlos Alberto Lazarini² 

Resumo

Objetivo: Analisar como o cuidado é realizado, compreender as contribuições das experiências anteriores para a prática profissional em Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI), reconhecer os desafios e proposições para a formação profissional e para a realização do cuidado na ILPI. **Método:** Pesquisa de abordagem qualitativa exploratória, realizada em duas etapas com 33 profissionais e gestores de uma instituição de longa permanência de um município do interior paulista. A análise foi realizada por meio da utilização do Discurso do Sujeito Coletivo e Análise de Conteúdo na Modalidade Temática (primeira e segunda etapa, respectivamente). **Resultados:** Foi possível identificar que, na visão dos profissionais e gestores, a qualidade do cuidado está atrelada ao atendimento das necessidades básicas e que a formação dos profissionais não tem contemplado as especificidades do cuidado gerontológico. Assim, reproduzem um processo de trabalho fragmentado e mecânico. **Conclusão:** Os resultados evidenciam a necessidade de revisitar os cursos da área da saúde no intuito de compreender suas abordagens sobre a formação para o cuidado à pessoa idosa.

Palavras Chave: Instituição de Longa Permanência para Idosos; Assistência Integral à Saúde; Envelhecimento; Ensino; Saúde do Idoso.

Abstract

Objective: To analyze how care is performed, understand the contributions of previous experience to professional practice in Long-Term Care Facilities for the Elderly (LTCFs), and recognize the challenges and propositions for professional training and the delivery of care in LTCFs. **Method:** An exploratory qualitative study was carried out in two stages with 33 professionals and managers of a long-term care facility in a municipality in the state of São Paulo. Analysis was performed using Collective Subject Discourse and Thematic Content Analysis (first and second stage, respectively). **Results:** It was found that, in the views of health professionals and managers, the quality of care is linked to basic needs and the training of professionals does not consider the specificities of gerontological care.

Keywords: Homes for the Aged; Comprehensive Health Care; Aging Teaching; Health of the Elderly.

¹ Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Botucatu, SP, Brasil

² Faculdade de Medicina de Marília, Programa de Pós-graduação em “Saúde e Envelhecimento”, Marília, São Paulo, Brasil.

They therefore reproduce a fragmented and mechanical work process. *Conclusion:* The results highlight the need to revisit courses in the area of health in order to understand their approach to training in elderly care.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento é um processo heterogêneo, complexo e natural que se estende ao longo da vida de um indivíduo, provocando alterações nas dimensões biológica, social e psicológica do sujeito¹. Esse processo aumenta a demanda por cuidados de longa duração, uma vez que a exposição prolongada a doenças crônico-degenerativas propicia situações de vulnerabilidade que permeiam a vida de muitos idosos brasileiros².

Outro fator que interfere nessa demanda são as transformações na sociedade brasileira. As alterações nas composições familiares, a redução das taxas de natalidade e o declínio dos laços intergeracionais implicam a diminuição da oferta de cuidado no contexto familiar³.

Embora o cuidado familiar represente grandes benefícios no âmbito público e privado, e ainda seja predominante, observa-se aumento na demanda por cuidado formal de longa duração⁴. Neste sentido, as instituições de longa permanência para idosos (ILPI) mostram-se como opção para esse tipo de cuidado. Para tal, devem atender às necessidades dessa população, considerar suas histórias de vida, preservar sua independência e autonomia, facilitando a compreensão deles sobre o processo de envelhecimento e de institucionalização, tornando-os protagonistas do seu processo de cuidar^{5,6}.

Entretanto, a maioria das ILPI brasileiras se encontra em situações precárias, sem priorização de profissionais formados para o cuidado gerontológico e com recursos limitados, o que tem dificultado a participação do indivíduo idoso no gerenciamento do próprio cuidado^{7,8}.

Em relação à força de trabalho, constata-se a predominância de profissionais que reproduzem técnicas automatizadas, contemplando apenas as necessidades fisiológicas, relegando as demandas individuais e anulando as singularidades de seus residentes⁹.

Tendo como contexto a transição demográfica com o envelhecimento populacional e as necessidades emergentes dos idosos no Brasil, destaca-se que as ILPI vêm passando por crescente ampliação na procura por parte das famílias, como uma das opções de cuidado aos idosos. No entanto, as instituições de ensino e as próprias ILPI não têm acompanhado essas mudanças, visto que não têm uma agenda estratégica voltada aos processos de envelhecimento, bem como de produção de tecnologias que possam atender às necessidades nacionais^{10,11}. Por parte da academia, ainda há pouco enfoque no cuidado ao idoso nos currículos¹², assim como nos serviços de saúde têm-se verificado problemas com a implementação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI)¹³. Considera-se, assim, essencial a compreensão das condições que há na ILPI para o cuidado dos idosos, bem como quais são desafios a serem enfrentados na formação dos trabalhadores para realizar o cuidado.

Delimitou-se, portanto, como objetivo, analisar como o cuidado é realizado, compreender as contribuições das experiências anteriores para a prática profissional em ILPI, reconhecer os desafios e propor alterações para a formação profissional e para a realização do cuidado na ILPI.

MÉTODO

Trata-se de um estudo qualitativo exploratório, realizado entre outubro de 2016 a junho de 2017, realizado em uma ILPI de caráter filantrópico com 54 moradores, de um município de médio porte do interior paulista. Utilizou-se como referencial teórico na pesquisa a Teoria das Representações Sociais (TRS)¹⁴.

Optou-se pela ILPI estudada de forma intencional por sua filosofia de trabalho dedicada à assistência aos idosos, sem distinção de qualquer natureza. Foram convidados todos os profissionais e gestores da instituição a participarem da investigação. Dos 40 profissionais da instituição, 33 aceitaram participar da coleta de dados, sendo quatro gestores e 29 outros

profissionais. O critério de inclusão foi trabalhar na ILPI há pelo menos três meses. Embora todos os profissionais sejam contratados formalmente, os gestores atuavam como voluntários.

A primeira etapa foi realizada por meio de entrevistas individuais realizadas por uma pesquisadora treinada, também autora desse artigo, com duração média de 15,7 minutos, compreendendo as seguintes questões: “O que você considera como critério de qualidade da assistência prestada nessa instituição? Por quê?” dirigidas aos gestores. O intuito de questionar a compreensão dos gestores acerca da qualidade da assistência foi compreender qual a visão deles, que atuam de forma voluntária e sem preparo prévio para a função, acerca do cuidado realizado na ILPI, identificando quais os pontos por eles valorizados e se há a necessidade de interferir ou não na formação dos profissionais dedicados a tal função.

Para os profissionais as questões foram às seguintes: “Como você realiza o cuidado no dia a dia com os idosos? Qual a contribuição de sua experiência anterior para prática profissional em ILPI? Quais são as mudanças necessárias no seu trabalho e na ILPI para melhorar o cuidado ao idoso? Você acha que em sua formação seria necessária alguma mudança que contribuiria para sua prática profissional? Dê exemplos?”.

Essa etapa foi analisada por meio do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). O DSC é uma técnica de tabulação e organização de dados qualitativos que se fundamenta na TRS que busca reconstruir as Representações Sociais (RS), preservando a articulação da sua dimensão individual e coletiva¹⁵. O processamento do material foi realizado por três pesquisadores, com avaliação e validação da sistematização dos dados.

O material analisado e sistematizado foi apresentado, pela mesma investigadora, aos profissionais e gestores em cinco oficinas de trabalho (segunda etapa), com duração média de 57 minutos, no intuito de aprofundar as reflexões acerca das ideias centrais encontradas e identificar propostas para os desafios captados.

A fim de evitar constrangimentos e inibição dos participantes durante os processos reflexivos, a oficina com os gestores foi realizada separadamente.

Para a análise da segunda fase desta investigação, utilizou-se a Análise de Conteúdo na modalidade temática¹⁶. Todo o material coletado por meio das entrevistas e oficinas foi gravado em áudio após o consentimento dos participantes e, posteriormente à sua transcrição na íntegra, foi guardado até a conclusão das análises dos dados e, posteriormente, desprezado. Para facilitar a apresentação dos dados coletados utilizou-se a letra G para gestores e P para profissionais seguidos de sequência numérica crescente.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa de uma faculdade pública do município do Estado de São Paulo, CAAE nº 57229316.7.0000.5413, atendendo à resolução 510/2016 para pesquisas realizadas com seres humanos e apreciado pela diretoria da ILPI estudada.

RESULTADOS

Todos os gestores entrevistados eram idosos (60-75 anos). A maioria do sexo feminino (n=3; 75%), casados, com pelo menos um curso superior, sem especialização ou curso na área de cuidado gerontológico e atuavam na instituição, em média, há 13 anos ($\pm 5,35$). Dentre os profissionais observou-se média de idade de 39,7 anos ($\pm 12,45$) e predomínio de sexo feminino (n=24; 82,7%). A maioria era casada (n=17; 58,3%), sem experiência prévia com idosos (n=15; 51,7%), 16 (55,2%) haviam cursado e um (3,4%) ainda estava cursando ensino técnico ou superior sendo um na área da assistência social, dois na área administrativa e 14 na área da saúde. Grande parte desses profissionais não tinha curso ou especialização relacionados ao cuidado com o idoso (n=20; 68,9%). Seu tempo médio de atuação na instituição era de 4,8 anos ($\pm 4,53$).

O Quadro 1 demonstra ideias centrais divergentes que foram amplamente aprofundadas nas oficinas de trabalho, sendo melhor compreendidas.

Quadro 1. Ideias centrais (IC) e Discursos do Sujeito Coletivo (DSC) de profissionais sobre como realizam o cuidado na ILPI, Marília, SP, Brasil, 2016.

IC*	DSC**
Cuidado cronometrado e sistemático	É muito corrido, o dia passa muito rápido, é bem puxado. Então, precisa trabalhar com horário aqui dentro, porque senão não dá conta, se não colocar horário não consegue realizar o cuidado. Não é igual particular, aqui tem horário do banho, horário do café, para tudo tem horário. A gente segue um padrão da casa. De dia fica aquela coisa meio sistemática, porque não tem como né, porque eu já trabalhei durante o dia e você entra num quarto o outro já vai chamando. (P1, P4, P6 a P8, P14, P15, P17 a P23, P25 a P29)
Cuidado em equipe	É gratificante, tem que prestar atenção em tudo, cada detalhe e somos uma equipe aqui, quando uma precisa a outra ajuda, somos uma parceria. Cada plantão faz o seu para não deixar sujeira para o outro. (P19, P24)
Cuidado longitudinal	Eu tento fazer um seguimento longitudinal de forma mais lenta, não tem uma rotina de reavaliação estabelecida, mas com a frequência eu consigo [...] um acompanhamento longitudinal. (P5)
Cuidados básicos com qualidade	Tem que prestar atenção em tudo, cada detalhe. Por exemplo, é muito importante no banho conversar, não é entrar no chuveiro e sair. Tem que ter esse olhar diferenciado. São os cuidados de higiene. A gente toma conta para eles não fugirem, não se machucarem, não brigarem entre si. (P1, P4, P19, P21)

*Ideia central; **Discurso do sujeito coletivo.

No sentido de ampliar essa discussão durante as oficinas, após a validação da ideia central pelos participantes, a investigadora os questionou se essa forma de “produzir assistência” comprometia a qualidade do cuidado e de que forma isso se dava. A partir desse questionamento surgiram duas categorias que se apresentam como contraditórias “não comprometimento da qualidade da assistência” e “comprometimento da qualidade da assistência”.

Percebe-se que os profissionais não acreditavam que a qualidade do cuidado fica comprometida, visto que, em sua perspectiva, não deixam de cumprir nenhuma das atividades propostas:

“Eu acho que não fica prejudicado não. A gente não deixa sem fazer, mesmo que esteja corrido. [...] não fica um banho sem dar[...]” (P1)

“Não, eu não acho que quer dizer que ele é mecânico. Eu acho que tem uma rotina como em todos os lugares que você for [...]” (P7)

Já a categoria contraditória “comprometimento da qualidade da assistência”, referente à visualização do comprometimento da assistência não relacionado às técnicas, mas ao suprimento das necessidades dos idosos, parte de um conceito de cuidado e assistência focado nas técnicas.

“[...] acaba ficando mais mecânico. Porque quando você vai iniciar você sabe que naquele corredor esse banho é assim você vai gastar tanto tempo, aquele banho é aquilo, você vai gastar tanto tempo. Fica mecânico. Não tem como não ficar [...]”. (P8)

O DSC referente ao trabalho em equipe mostra-o como uma potencialidade da instituição, contudo nas oficinas pode-se identificar certa fragmentação do cuidado quando relata que:

“Os plantões fazem coisas completamente diferentes, [...] na maioria das vezes não avisa, quando a gente chega, [...] a gente não está sabendo o que está acontecendo”. (P10)

Embora durante as entrevistas a problemática da comunicação tenha surgido de forma sutil, durante as oficinas ela se apresentou como uma dificuldade encontrada pelos profissionais no cotidiano na instituição, impactando na realização do cuidado. Para tanto, os profissionais propuseram, como estratégia de superação do desafio, a melhora na forma de comunicação a partir de ferramentas visuais, como a organização de um mural de recados com a finalidade de padronizar a oferta de cuidado aos idosos. No entanto, não avançaram na possibilidade de construção de formas de diálogo entre eles nas atividades cotidianas.

O DSC, expresso pela IC “cuidados básicos com qualidade”, traz uma representação social de cuidado associado a alimentação, conversa e banho, reduzindo-o ao desconsiderar conceitos importantes, como corresponsabilização do sujeito e estímulo à autonomia.

Já a IC relacionada ao cuidado longitudinal, considera que a continuidade do cuidado se dá pelo fato de alguns desses idosos residirem na instituição há mais de 20 anos. Embora essa possibilidade mostra-se como uma potência no processo de cuidar, não quer dizer que exista a proposição de operacionalização do cuidado integral, considerando que está centrado nas técnicas e não nas pessoas e em suas necessidades percebidas nem na constituição de autonomia do sujeito.

A concepção dos gestores sobre a realização do cuidado na ILPI está apresentada no quadro 2.

A IC “cuidado humanizado” traz um sujeito coletivo que considera como humanização características relativas a interação entre o binômio idoso-profissional, para a “sobrevivência” do idoso.

A IC “preparo do profissional” se refere à efetividade dos profissionais frente aos problemas levantados, sendo validado na oficina pelo seguinte fragmento:

“[...] eles mesmos mostram quando eles gostam de um funcionário [...] eles nem falam, mas a gente percebe, elas falam ‘ela cuida bem de mim’ [...]. Então, é porque devem gostar... ainda mais eles que são como criança, eles são autênticos [...].” (G2)

Contudo, as representações do cuidado e sua operacionalização resultam no desenvolvimento de relações de dominação dos cuidadores e de quem é

cuidado. Assim, a partir dessa relação verticalizada, a resolubilidade pontuada pelos gestores nem sempre significa a contemplação das necessidades do morador. Essa verticalização é reforçada pela representação do idoso como “criança” e não como uma pessoa que possa decidir sobre suas necessidades.

Com o intuito de aprofundar a compreensão da realização do cuidado em ILPI por parte dos profissionais, questionaram-se quais seriam as mudanças necessárias na formação, na ILPI e no trabalho.

No Quadro 03, destacaram-se as necessidades de mudanças no processo de trabalho e na instituição (ILPI).

As modificações necessárias estão associadas às mudanças no processo de trabalho, sustentadas pela necessidade de envolvimento dos familiares para o cuidado de qualidade ao idoso. Seria necessário ter formação específica para atuar em ILPI, ter mais profissionais para o cuidado na instituição e melhorar o processo de comunicação entre os profissionais e com a gestão. Nesse sentido, o DSC traz a visão de que aumentando o número de profissionais, melhoraria a qualidade da assistência. Nesta perspectiva, as oficinas possibilitaram a identificação de uma categoria relacionada à “sobrecarga de trabalho”, física e psicológica:

“[...] só sobrecarrega um pouco a gente. Porque igual, de manhã, tem muita saída para médico, os banhos, a gente acaba dando sozinha [...]” (P13)

No Quadro 4 os profissionais destacam as propostas de mudanças na formação para que possam ter um melhor desempenho na prática profissional com idosos.

Quadro 2. Ideia central e Discurso do Sujeito Coletivo dos gestores sobre o que consideram como critérios de qualidade do cuidado prestado na ILPI, Marília, SP, Brasil, 2016.

IC*	DSC**
Cuidado humanizado	A primeira qualidade é a humanização. Aqui se trata o idoso de uma maneira que ele se sinta como se ele estivesse em casa. Afinal, você não está mexendo com uma planta, então se você não gosta, não tem paciência, procure outro emprego. (G1 e G3)
Condições físicas do idoso e do ambiente	Está sempre tudo limpo [...]. Está sempre tudo limpo, eles não cheiram, estão sempre limpinhos. Os quartos são limpos, cheiram pessoa que tomou banho, o ambiente é limpo, a cozinha sempre impecável, a alimentação é de qualidade e, além disso, sempre são seguidas as normas dada pelo médico responsável pelo tratamento do idoso. (G2; G3 e G4)
Preparo do profissional	Os idosos são muito bem cuidados [...] e eles não querem sair daqui porque devem gostar daqui. Os funcionários são muito atentos, trazem os problemas e as soluções. Há excelentes funcionários que vestem a camisa do asilo, em contrapartida, busca-se dar todas as condições disponíveis para todos os profissionais, dar a melhor assistência aqui. (G4)

*Ideia central; **Discurso do sujeito coletivo

Quadro 3. Ideia central e Discurso do Sujeito Coletivo de profissionais sobre mudanças necessárias no seu trabalho e na ILPI, Marília, SP, Brasil, 2016.

IC*	DSC**
Não acha necessário mudanças	Eu não percebo, acho que eu vou fazendo meu trabalho. Sinto-me realizado, eu amo o que eu faço. E está ótimo do jeito que está. No meu setor pelo menos eu acho que não. Há um tempo a gente até pensava, mas hoje tudo está normal e eu estou contente onde eu estou. (P2, P6, P7, P8, P9, P10, P11, P12, P13, P14, P15, P16, P17, P19, P26)
Maior disponibilidade de tempo	Eu precisaria de mais tempo na verdade, eu não consigo realizar todas as atividades que eu teria que organizar e o acompanhamento que eu faço acaba sendo segmentado em vários momentos. Gostaria de ter mais tempo para poder falar com eles, dar um pouquinho mais de atenção, que eles gostam, dar carinho e acabam sentindo, falta essa parte do cuidado. [...] porque eles são mais carentes, para conversar, para dar um abraço. [...] porque durante o dia é muito mecânico o trabalho, é muita coisa [...]. (P1, P3, P5, P18, P20, P21, P22, P23 P24, P28)
Maior número de profissionais	Para atender as necessidades das pessoas precisaria mais profissionais para cuidados específicos. [...] faria tudo e teria mais tempo para poder sentar conversar, cortar uma unha, no fazer a unha dá pra conversar com eles, brincar. E fica pesado, tem bastante acamado. (P1, P2, P5, P7, P18, P21, P22, P23, P24, P25, P29)
Necessidade de mais formação	Eu preciso ganhar mais conhecimento e até estou procurando fazer outros cursos para ver se traz alguma coisa nova para agregar aos nossos conhecimentos. [...] Contudo, a gente já teve tentativa de capacitação, mas não é fácil o entendimento de quem trabalha por remuneração. Então, se não agrega no financeiro, eles não veem com bons olhos. (P4, P5)
Maior participação da família dos idosos	Cobriria mais atenção da família. É a falta da família para eles que atrapalha muito o trabalho. (P4, P25)
Melhorar a comunicação interprofissional e com a gestão	A comunicação tanto com os demais colegas de serviço, quanto com a parte superior. Melhoraria a convivência. Ter mais diálogo para a melhoria dos próprios idosos. (P15, P26)
Novas formas de estimular o processo cognitivo dos idosos	Mudaria o manejo, as formas de interagir, deveria ter outras maneiras de estimular o processo cognitivo de quem está lá dentro. Mas não tem, por falta de capacitação, por falta de espaço, por falta de criatividade, por estar querendo estabelecer outras rotinas lá dentro, por falta de pessoal com conhecimento na área.[...] Acrescentaria alguém para poder ler, contar uma história, fazer um teatro, alguma coisa, pessoas que chamem a atenção deles, porque não podem ficar só dormindo. (P5, P19, P28)

*Ideia central; **Discurso do sujeito coletivo.

Quadro 4. Ideias centrais e Discurso do Sujeito Coletivo de profissionais sobre mudanças necessárias para a formação profissional, Marília, SP, Brasil, 2016.

IC*	DSC**
Não acha necessário mudanças	Eu acho que não, abordaram tudo. Primeiro se aprendeu na teoria, foi para a prática e voltou para mais teoria, acho que tem que ser assim mesmo. (P2, P19, P29)
Maior carga horária de atividades práticas	Eu não tive muito essa formação nos estágios. Na teoria você até vê o papel do profissional, mas não pratica não. Então, eu acho que teria que ter mais parte prática. Se durante o curso tivesse mais isso, sairia com mais aprendizado. Fica muito na teoria e é diferente você ler num livro ou pegar a prática ali do hospital, que é uma correria. (P1, P18, P21 a P24, P27)
Conteúdos específicos do cuidado gerontológico	Não teve nada voltado ao idoso no meu curso na área da enfermagem. E se teve geriatria, não teve um acompanhamento, um idoso específico para cuidar ou para poder entender como é. É uma matéria de pouca carga horária, passam porque precisam passar aquele conteúdo, mas são os cuidados básicos, um pouco de psiquiatria [...]. Os cuidados são gerais e relatavam o paciente como uma coisa só, criança, adulto, idoso, mas específico como aqui dos cuidados não. [...] Lá o foco não é no paciente e aqui já é no idoso, é diferente. (P1, P4, P18, P20, P22, P23, P25, P26)
Conteúdos específicos do cuidado em ILPI	É difícil uma faculdade que tem contato com uma ILPI, porque é um manejo diferente do ambulatorial, do internado no hospital, da visita domiciliar. Porque você lida com o aspecto psicológico, com o aspecto do abandono. O aspecto da fragilidade social, às vezes, ele é preponderante no cuidado da pessoa. Então você tem que saber focar na necessidade daquela pessoa, você controla o seu ímpeto de querer tratar tudo a todo custo, porque é impossível. Tem que manejar melhor a sua ansiedade [...]. Então, eu acho que se o acadêmico tivesse contato longitudinal com isso, eu acho que ia acrescentar [...]. É claro que a população que trabalha com ILPI é muito pequena, então isso talvez não desperte a necessidade no diretor acadêmico, mas, pelo outro lado, quando há necessidade é um susto. Acaba tendo que descobrir o que você vai fazer sozinho. ” (P3 e P5)
Disponibilização de atualizações e troca entre profissionais	Teria que ter sempre uma atualização, curso, uma reciclagem, [...] cada um passar uma experiência nova. (P28)

*Ideia central; **Discurso do sujeito coletivo.

Acerca das mudanças necessárias no processo de formação para o cuidado em ILPI surgiu a necessidade de ampliação com “maior carga horária de atividades práticas”, por terem “insuficiência na prática na formação”, expressa também na oficina de trabalho. Segundo o DSC, o sujeito não vivenciou em sua formação atividades práticas que o possibilitassem refletir acerca do cuidado, tendo o enfoque teórico como única ou principal fonte de formação. Isso também demonstra que os profissionais não receberam formação para um cuidado geral e nem específico ao idoso.

Nesse sentido, na visão desses profissionais, essa falta de prática traz algumas complicações referentes à inserção desse profissional no mercado de trabalho, o que se mostra evidente na categoria “insegurança profissional”:

“[...]vejo que quem vem de algum curso, eles vêm assim com medo, eu acho, assim, passar uma segurança a mais”. (P6)

A ideia central “conteúdo específico do cuidado gerontológico” identifica um sujeito que não encontrou em sua formação conteúdo específico do cuidado à pessoa idosa, sendo o assunto discutido superficialmente em disciplinas amplas, como saúde do adulto, clínica médica, entre outros. Esse fato consolida o que foi apresentado na ancoragem “a teoria é diferente da prática” abordada na questão anterior.

Na IC “conteúdo específico do cuidado em ILPI”, o sujeito coletivo identifica que é difícil o curso superior que tem a ILPI como um cenário de prática profissional, abordando as especificidades dessa modalidade de cuidado.

DISCUSSÃO

Identificou-se, tanto pelas entrevistas como na validação dos dados na oficina de trabalho, que a representação que os trabalhadores de ILPI têm sobre a forma de cuidar, caracteriza-se como cronometrado, fragmentado e sistemático. Esse tem suas raízes na revolução industrial e relaciona-se ao desenvolvimento dos modelos de produção fordista/taylorista, baseado na divisão por tarefas e, conseqüentemente, automação da produção. Assim, a representação desse modelo, embora amplamente criticado, mas ainda muito presente, que os trabalhadores possuem, demonstra que existem poucos espaços reflexivos sobre o que estão produzindo, sendo esse processo de cuidado fortemente enraizado nos serviços e nas práticas profissionais¹⁷. Isso também fica claro quando os profissionais mencionam que há necessidade de mudanças na comunicação interprofissional e com a gestão institucional.

Por outro lado, na visão dos gestores, esse cuidado se dá de forma humanizada, sendo representado como ter paciência, atender às necessidades de higiene e o comprometimento dos profissionais que realizam o cuidado, apontando que ocorre resolução dos problemas. Para os profissionais, o cuidado necessita de atenção aos detalhes, por exemplo, observar atentamente alguma alteração durante o banho, cuidar para não se machucarem. No sentido da Política Nacional de Humanização (PNH), a humanização do cuidado fortalece a responsabilização de todos os envolvidos com o intuito de construir autonomia e protagonismo dos sujeitos e dos coletivos que o permeiam¹⁸.

Assim, percebe-se que o conceito de humanização e cuidado, apresentado pelos gestores e profissionais, não se relaciona à PNH, uma vez que se perpetua a visão assistencialista e verticalizada do processo de cuidado na ILPI, atribuindo um papel passivo ao idoso, contrário ao de protagonista previsto pela política. Essa verticalização é reforçada pela representação do idoso como “criança”.

Essa infantilização pressupõe uma atitude paternalista, e no cenário das ILPI, permeado pelos conceitos de caridade e benevolência que se chocam

com o referencial de cuidado gerontológico, que enfatiza a importância da autonomia e independência¹⁹.

Verifica-se, portanto, que a forma de se realizar o cuidado, tanto na visão dos profissionais como dos gestores, tem características voltadas para o enfoque assistencialista e caritativo, que desconsidera uma formação específica e ampliada do cuidado à pessoa idosa. Um dos determinantes para que esse processo de cuidado ocorra de forma fragmentada e sem especificidade está centrado na formação inicial dos trabalhadores. A investigação revela que essa formação tem ocorrido durante a abordagem da saúde do adulto, mas desconsiderando o cuidado gerontológico e suas especificidades. Além disso, destaca-se que o cenário das ILPI não tem sido selecionado como possibilidade de aprendizagem nas atividades realizadas durante a graduação ou no ensino técnico-profissionalizante.

Pela literatura, identifica-se que, mesmo nos cursos de ensino superior, os profissionais têm pouca aproximação com as práticas para o cuidado gerontológico e, principalmente, para o cuidado no cenário da ILPI^{12,20}.

Costa et al²¹ analisaram as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) das 14 carreiras da graduação na área da saúde, aprovadas no período de 2001 a 2004, e identificaram que, na enfermagem e algumas outras carreiras, há indícios de avanços na prática do cuidado, na gestão e organização curricular expressos na DCN, ao propor um perfil com formação de um profissional crítico, reflexivo, eticamente responsável por processos de mudanças frente aos contextos vividos. O cuidado gerontológico não aparece de forma explícita nas DCN.

Há desafios para orientar o desenvolvimento curricular fundamentado nas melhores práticas, levando-se em conta a integração e a articulação do mundo do trabalho e a formação, com práticas interprofissionais e interdisciplinares, buscando a ampliação de projetos singulares e apoiados nas necessidades sociais.

Nesse sentido, a forma inespecífica, com a qual o cuidado à pessoa idosa é considerado nas DCN das profissões da área da saúde, compromete a inserção desse conteúdo nos planos pedagógicos dos

curso, não promovendo novos olhares ao cuidado gerontológico^{22,23}. A única DCN dos cursos de saúde que aborda a necessidade de inserir o estudante de graduação nesse cenário é a diretriz curricular do curso de medicina²³, publicada no ano de 2014.

Atualmente, as DCN dos cursos da saúde estão sendo revistas, o que poderá possibilitar novas abordagens referentes ao cuidado gerontológico e em ILPI, assim como ao processo ensino-aprendizagem. Não se trata somente de inserir cuidados técnicos, mas realizar a abordagem da pessoa na perspectiva da integralidade do cuidado, utilizar as tecnologias leves, leve-dura e dura. É preciso considerar os problemas decorrentes da transição epidemiológica e demográfica e adotar métodos ativos de ensino-aprendizagem para que se construa significado aos conteúdos aprendidos e que os profissionais possam realizar o processo de trabalho por meio de gestão compartilhada e práticas interprofissionais, constituindo sujeitos no cuidar a fim de decidirem sobre suas necessidades.

Outro aspecto importante é a representação que os gestores têm com relação à formação dos profissionais inseridos na ILPI. Ao considerarem que os idosos necessitam de cuidados para sua higiene, alimentação e carinho, desconsideram as diversas dimensões específicas do cuidado gerontológico, não apontando que os profissionais precisariam dessas dimensões. Isso pode ser atribuído à falta de formação específica em gestão, ocupando o cargo voluntariamente, sem terem profissionalização para atuar na ILPI⁸, mas também justificada pela concepção que têm sobre a finalidade das ILPI ainda ser assistencialista e de caridade.

Em contrapartida, os profissionais, nas oficinas de trabalho, identificaram lacunas na formação específica para cuidarem dos idosos e propuseram a educação permanente em saúde (EPS) como estratégia para suprir as dificuldades encontradas na prática profissional, sugestão apoiada pela fala: *“talvez alguma coisa uma vez por mês, uma coisa mais rápida [...]”* (P7)

Vale ressaltar que a forma como se tem constituído, no geral, o processo de ensino-aprendizagem nos cursos da área da saúde, centrado nos professores e pela transmissão dos conteúdos,

não favorece a aprendizagem ao longo da vida. A EPS poderá proporcionar estratégias para que os profissionais reflitam sobre sua prática e busquem novos conhecimentos a partir das necessidades vividas durante a vida profissional, mas que também possam construir novas estratégias e práticas coletivamente²⁴. Para Freire, ensinar não pode se reduzir à transferência de “conhecimentos”, significa possibilitar que o estudante gere seu próprio modo de pensar, dando significado ao que é aprendido²⁵.

Apesar de algumas ILPI destacarem que realizam a formação esporádica dos cuidadores, justificando que não há necessidade, que há falta de recursos financeiros e profissionais para realizarem as ações, essas ainda estão focadas em técnicas, primeiros-socorros e nutrição²⁶. Necessita-se ampliar as abordagens ao idoso no seu processo de envelhecimento a partir da clínica ampliada e a humanização do cuidado, construindo novos significados para o cuidado em ILPI, por parte dos profissionais e dos gestores para, assim, superar a visão assistencialista e caritativa das instituições.

Percebe-se a necessidade urgente da priorização do idoso na elaboração de políticas públicas direcionadas à qualidade dos serviços realizados, com ações intersetoriais que qualifiquem o cuidado à pessoa na ILPI²⁷.

CONCLUSÃO

Identificou-se que na Instituição de Longa Permanência para Idosos os profissionais reproduzem um processo de trabalho fragmentado e mecânico, com dificuldade de comunicação e continuidade entre as atividades dos plantões, mas longitudinal na perspectiva de os idosos permanecerem por muitos anos na instituição.

Os gestores da instituição têm como referência de qualidade do cuidado as condições necessárias para a sobrevivência do idoso (alimentação, limpeza e humanização), sendo importante ao profissional ter paciência na realização de suas ações. Porém, tanto os profissionais como os gestores não consideram a possibilidade de o idoso ser sujeito ativo no processo de cuidado.

A formação dos profissionais que atuam nessa Instituição de Longa Permanência para Idosos não tem contribuído para mudanças no cuidado ao idoso. O enfoque da formação ainda está na saúde do adulto, com pouca especificidade ao idoso e pouca ou nenhuma atenção ao idoso institucionalizado. Observou-se também que esses profissionais, além de não terem conteúdos específicos sobre cuidado gerontológico, continuam aprendendo a cuidar de forma fragmentada, desconsiderando a integralidade dos sujeitos nas abordagens realizadas nos cenários de formação, sendo essas muito mais frequentes nas instituições hospitalares.

Nesta perspectiva, outro problema identificado é a desarticulação da formação com relação ao mundo do trabalho, ou seja, os processos de ensino-aprendizagem e os conteúdos não estão fundamentados a partir das necessidades sociais de saúde. Os cursos, em nível técnico ou superior, não têm auxiliado na sustentação de uma ação profissional que contemple as mudanças nos cenários de atenção à saúde, por uma prática integral, com corresponsabilização e constituição de sujeitos com tomada de decisão autônoma e consciente, que possam proporcionar outras perspectivas quanto a visão dos profissionais em relação aos idosos na realização do cuidado.

Considerando esse contexto, torna-se urgente a revisão das Diretrizes Curriculares Nacionais e dos projetos pedagógicos de curso, tanto em nível técnico como na graduação e pós-graduação, ampliando e sustentando a prática profissional na área da saúde. Essas devem contemplar necessidades e demandas do processo de transição demográfica brasileiro, tendo o enfoque na constituição de tecnologias que superem essas necessidades e que se sustentem nos conceitos de integralidade do cuidado e na cogestão de coletivos, modificando as concepções reduzidas do processo saúde-doença e a fragmentação no processo de trabalho em saúde.

A Educação Permanente em Saúde mostra-se como uma estratégia potente para reflexão da prática profissional, tanto no ensino como nos serviços, constituindo-se em espaço para a elaboração de proposições de mudanças.

Verifica-se a necessidade de ampliação da investigação junto às instituições de ensino de nível médio e superior para melhor compreensão das abordagens sobre a formação dos profissionais para realizarem o cuidado ao idoso e as especificidades para sua atuação em Instituição de Longa Permanência para Idosos.

REFERÊNCIAS

1. Faller JW, Teston EF, Marcon SS. Old age from the perspective of elderly individuals of different nationalities. *Texto & contexto Enferm* [Internet]. 2015 [acesso em 19 mar. 2019];24(1):128-37. Disponível em : <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072015002170013>
2. Soares PPB, Gonçalves JRL, Amaro EDA, Corrêa CC, do Amaral AP, Contim D. Perception of purpose in life of elderly with depressive symptoms. *Cogitare Enferm* [Internet]. 2015 [acesso em 20 ago. 2018];20(4):670-74. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v20i4.41553>
3. Carrara BS, Espírito Santo PMF. Old age institutionalized in postmodern times: the identity in parallel universe? *Rev Enferm UFPE on line* [Internet]. 2016 [acesso em 20 ago. 2018];10(5):1672-89. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/13542/1631>
4. Marin MJS, Miranda FA, Fabbri D, Tinelli LP, Storniolo LV. Compreendendo a história de vida de idosos institucionalizados. *Rev Bras Geriatr Gerontol* [Internet]. 2012 [acesso em 20 ago. 2018];15(1):147-54. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1809-98232012000100016>
5. da Silva HS, Gutierrez BAO. A Educação como instrumento de mudança na prestação de cuidados para idosos. *Educ Rev* [Internet]. 2018 [acesso em 19 mar. 2019];34(67):283-96. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-4060.54049>
6. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. RDC nº 283, de 26 de setembro de 2005. Regulamento técnico para o funcionamento das instituições de longa permanência para idosos. *Diário Oficial da União*, nº 186. 27 set. 2005.




7. Salcher EBG, Portella MR, Scortegagna HM. Cenários de instituições de longa permanência para idosos: retratos da realidade vivenciada por equipe multiprofissional. *Rev Bras Geriatr Gerontol* [Internet]. 2015 [acesso em 19 mar. 2019];18(2):259-72. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1809-9823.2015.14073>
8. Roquete FF, Batista CCRF, Arantes RC. Care and management demands of long-term care facilities for the elderly in Brazil: an integrative review (2004-2014). *Rev Bras Geriatr Gerontol* [Internet]. 2017 [acesso em 20 ago. 2018];20(2):286-99. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562017020.160053>
9. de Oliveira JM de, Rozendo CA. Instituição de longa permanência para idosos: um lugar de cuidado para quem não tem opção? *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2014 [acesso em 19 mar. 2019];67(5):773-9. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2014670515>
10. Pasqual KK, Rezende KTA, Chirelli MQ. O Cuidado prestado pela Estratégia Saúde da Família na percepção das mulheres idosas. *Rev Eletr Gest Saúde* [Internet]. 2015 [acesso em 20 ago. 2018];7(2):685-99. Disponível em: <http://periodicos.unb.br/ojs248/index.php/rgs/article/view/22048>
11. de Camargo SM, Chirelli MQ. Cuidado aos homens no envelhecimento: a formação dos profissionais de saúde. *Rev Bras Promoç Saúde* [Internet]. 2016 [acesso em 20 ago. 2018];29(Supl):128-37. Disponível em : <http://dx.doi.org/10.5020/18061230.2016.sup.p128>
12. Mateos-Nozal J, Cruz-Jentoft AJ, Ribera Casado JM. A Systematic review of surveys on undergraduate teaching of Geriatrics in medical schools in the XXI century. *Eur Geriatr Med* [Internet]. 2014 [acesso em 19 mar. 2019];5(2):119-24. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.eurger.2013.12.006>
13. Costa NRC, de Aguiar MIF, Rolim ILTP, Rabelo PPC, Oliveira DLA, Barbosa YC. Política de saúde do idoso: percepção dos profissionais sobre sua implementação na atenção básica. *Rev Pesqui Saúde* [Internet] 2015 [acesso em 19 mar. 2019];16(2):95-101. Disponível em: <http://www.periodicoeletronicos.ufma.br/index.php/revistahuufma/article/view/4239/2270>
14. Rocha LF. Teoria das representações sociais: a ruptura de paradigmas das correntes clássicas das teorias psicológicas. *Psicol Ciênc Prof* [Internet]. 2014 [acesso em 19 mar. 2019];34(1):46-65. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pcp/v34n1/v34n1a05.pdf>
15. Lefevre F, Lefevre AMC. Discourse of the collective subject: social representations and communication interventions. *Texto & Context Enferm* [Internet]. 2014 [acesso em 20 ago. 2018];23(2):502-7. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072014000000014>
16. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14 ed. São Paulo: Hucitec; 2014.
17. Thofehrn MB, Montesinos MJL, Jacondino MB, Fernandes HN, Gallo CMC, Figueira AB. Work processes of nurses in health production in a University Hospital in Murcia / Spain. *Ciênc Cuid Saúde* [Internet]. 2015 [acesso em 20 mar. 2019];14(1):924-32. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4025/ciencucuidsaude.v14i1.22094>
18. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Cadernos HumanizaSUS. Vol. 1: Formação e intervenção. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2010. (Série B, Textos básicos de saúde).
19. Santos RAAS, Corrêa RGCF, Rolim ILTP, Coutinho NPS. Atenção no cuidado ao idoso: infantilização e desrespeito à autonomia na assistência de enfermagem. *Rev Pesqui Saúde* [Internet]. 2016 [acesso em 20 ago. Vol. 1 Formação e intervenção 2018];17(3):179-83. Disponível em: <http://www.periodicoeletronicos.ufma.br/index.php/revistahuufma/article/view/6793/4335>
20. Moreira WC, de Carvalho AR, Lago EC, Amorim FCM, Alencar DC, Almeida CAPL. Training of nursing students in integrated care for the elderly. *Rev Bras Geriatr Gerontol* [Internet]. 2018 [acesso em 19 mar. 2019];21(2):186-93. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562018021.170137>
21. Costa DAS, da Silva RF, Lima VV, Ribeiro ECO. National curriculum guidelines for health professions 2001-2004: an analysis according to curriculum development theories. *Interface (Botucatu, Online)* 2018 [acesso em 20 ago. 2018];22(67):1183-95. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/icse/v22n67/en_1807-5762-icse-1807-576220170376.pdf
22. São Paulo. Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial, Conselho Regional do Senac. Habilitação profissional técnica de nível médio em enfermagem: Eixo Tecnológico: ambiente e saúde. São Paulo: SENAC; 2016. Autorizado pela Resolução no 15/2016 de 26 de julho de 2016.
23. Brasil. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução no 3, de 20 de junho de 2014. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. Brasília, DF: CNE; 2014.
24. Campos KFC, Sena RR, Silva KL. Permanent professional education in healthcare services. *Esc Anna Nery Rev Enferm* [Internet]. 2017 [acesso em 19 mar. 2019];21(4):1-10. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452017000400801&lng=en&tlng=en

25. Freire P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários a prática educativa*. 49ª ed. São Paulo: Paz e Terra; 2015.
26. Barcelos BJ, Horta NC, Ferreira QN, Souza MCMR, Mattioli CDP, Marcelino KGS. Dimensions assigned to Long Term Care Facilities by managers and health professionals: interfaces and contradictions. *Rev Bras Geriatr Gerontol* [Internet]. 2018 [acesso em 20 ago. 2018];21(1):16-23. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232018000100016&lng=en&tlng=en
27. Lacerda TTB, Horta NC, Souza MCMR, Oliveira TRPR, Marcelino KGS, Ferreira QN. Characterization of long-term care facilities for the elderly in the metropolitan region of Belo Horizonte. *Rev Bras Geriatr Gerontol* [Internet]. 2017 [acesso em 20 ago. 2018];20(6):743-53. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232017000600743&lng=en&tlng=en



Associação entre número de medicamentos consumidos e marcadores nutricionais entre idosos com doenças crônicas: Pesquisa Nacional de Saúde (2013)

Association between number of medications used and nutritional markers among elderly persons with chronic diseases: National Health Survey (2013)

Isabel Cristina Bento^{1,2} 
Mary Anne Nascimento Souza^{1,2} 
Sérgio Viana Peixoto^{1,2,3} 

Resumo

Objetivo: Avaliar a associação entre número de medicamentos consumidos e os marcadores das condições nutricionais em idosos brasileiros com diagnóstico de doenças crônicas. **Método:** Estudo baseado nos dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2013, para a população com 60 anos ou mais, que reportou pelo menos uma doença crônica selecionada (hipertensão arterial, diabetes *mellitus*, doenças do coração, acidente vascular cerebral, artrite, depressão, doenças no pulmão e insuficiência renal crônica), em 7.770 idosos. O desfecho foi o número de medicamentos para as doenças selecionadas (0, 1 a 2 e 3 ou mais) e as variáveis exploratórias foram os marcadores de consumo alimentar e os índices antropométricos (índice de massa corporal, circunferência da cintura e relação cintura/estatura). As associações foram avaliadas pela regressão logística multinomial, obtendo-se *odds ratio* e intervalos de confiança (95%), considerando os potenciais fatores de confusão. **Resultados:** O uso de maior número de medicamentos associou-se positivamente ao consumo de frutas e hortaliças, peixe e leite, e negativamente ao consumo de alimentos doces, refrigerantes e carne com excesso de gordura; maior consumo de medicamentos foi também associado a maiores valores dos indicadores antropométricos. **Conclusão:** Embora o maior consumo de medicamentos esteja relacionado a melhores indicadores da dieta, esses idosos ainda mantêm maiores valores antropométricos, incluindo maior concentração de adiposidade central.

Palavras-chave: Saúde do Idoso; Uso de Medicamentos; Consumo de Alimentos; Estado Nutricional; Inquéritos Epidemiológicos.

Abstract

Objective: To evaluate the association between the number of medications taken and nutritional markers in Brazilian elderly persons diagnosed with chronic diseases. **Method:** Study based on data from the National Health Survey (PNS) 2013, for the population aged 60 years or older who reported at least one chronic disease (hypertension, diabetes

¹ Instituto René Rachou, Núcleo de Estudos em Saúde Pública e Envelhecimento. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

² Instituto René Rachou, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

³ Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem, Departamento de Enfermagem Aplicada. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

mellitus, heart disease, stroke, arthritis, depression, lung disease and chronic renal failure) (7,770 elderly persons). The outcome was the number of medications used for the selected diseases (0, 1 to 2 and 3 or more), and the exploratory variables were food consumption markers and anthropometric indicators (body mass index, waist circumference and waist-to-height ratio). The associations were evaluated by multinomial logistic regression, estimating the odds ratio and confidence intervals (95%) and considering potential confounding factors. *Results*: The use of a greater number of medications was positively associated with the consumption of fruits and vegetables, fish and milk, and negatively associated with the consumption of sweet foods, soft drinks and meat with excess fat; a greater consumption of medications was also associated with higher anthropometric indicator values. *Conclusion*: Although a greater consumption of medications was associated with better dietary indicators, these elderly persons also had higher anthropometric indicator values, including a higher concentration of central adiposity.

Keywords: Health of the Elderly; Drug Utilization; Food Consumption; Nutritional Status; Health Surveys.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional tem contribuído para o aumento da prevalência das Doenças Crônicas Não transmissíveis (DCNT) e, conseqüente, o aumento do uso concomitante de diferentes medicamentos¹. O consumo de múltiplos medicamentos pode afetar o comportamento alimentar e, por conseqüente, a absorção de nutrientes, contribuindo para o aparecimento de distúrbios nutricionais em idosos e aumentando a morbimortalidade nesse grupo^{2,3}. No entanto, também há evidências de que o pior estado nutricional leva à necessidade de prescrição de múltiplas drogas, causando um ciclo vicioso que leva a importantes impactos na saúde dessa população³.

Portanto, a associação entre o uso de diferentes medicamentos e o estado nutricional de idosos ainda não está bem estabelecida na literatura^{4,5}. Ainda assim, evidências mostram que o uso de medicamentos se associa a alterações na ingestão de alimentos⁶ e a diferentes distúrbios nutricionais, como perda de peso⁷ e obesidade⁵. Esses achados demonstram que, mesmo não se conhecendo a verdadeira relação temporal entre esses eventos, há uma relação sinérgica entre eles, levando à maior vulnerabilidade dos idosos em uso de múltiplos medicamentos e/ou com deficiências nutricionais, que deve ser objeto de atenção pelos serviços de saúde^{2,3,8,9}.

Neste contexto, e sabendo que a alimentação saudável pode ser uma medida não farmacológica fundamental para o tratamento das doenças crônicas⁶, torna-se relevante o estudo da associação

entre o consumo de múltiplos medicamentos, dieta e estado nutricional, sobretudo na população com DCNT, o que ainda é pouco explorado no Brasil⁹. Esse conhecimento pode auxiliar na proposição de intervenções da equipe multiprofissional que acompanha esse grupo de idosos e evitar outras complicações de saúde³. Sendo assim, o objetivo do presente estudo foi verificar se os marcadores de consumo alimentar e indicadores antropométricos variam em relação ao número de medicamentos consumidos entre idosos brasileiros com diagnóstico de doenças crônicas não transmissíveis.

MÉTODOS

População de estudo

Estudo transversal, utilizando dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), realizada em 2013, em todo o território nacional pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em parceria com o Ministério da Saúde e a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). A PNS foi aprovada pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) em 2013 (Processo nº 328.1590) e todos os participantes assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido¹⁰.

A amostragem foi realizada em três estágios: as unidades primárias foram constituídas pelos setores censitários do IBGE, a secundária pelos domicílios situados nesses setores e a terciária pelos moradores adultos escolhidos aleatoriamente entre todos os elegíveis com 18 anos ou mais, residentes no domicílio amostrado. Os dados foram coletados por

meio de questionários estruturados e medidas físicas, que foram realizadas nos domicílios amostrados¹¹.

Para o presente estudo foram selecionados 7.770 participantes com idade maior ou igual a 60 anos, que relataram ter pelo menos uma DCNT entre as seguintes: hipertensão arterial, diabetes *mellitus*, doenças do coração, acidente vascular cerebral (AVC) ou derrame, artrite ou reumatismo, depressão, doenças no pulmão e insuficiência renal crônica. O diagnóstico dessas doenças foi aferido por meio da pergunta “*Algun médico já lbe deu o diagnóstico de...?*”, para cada uma das condições crônicas acima mencionadas e especificamente para a depressão a pergunta “*Algun médico ou profesional de saúde mental (como psiquiatra ou psicólogo) já lbe deu o diagnóstico de depressão?*”. O número de doenças crônicas foi uma variável usada para a caracterização da amostra incluída nessa análise.

Variáveis e procedimentos de coleta

O desfecho de interesse (variável dependente) foi o número de medicamentos usados para doenças crônicas selecionadas. Após resposta afirmativa sobre a presença da doença, os entrevistados eram questionados quanto ao uso de medicamentos para cada uma dessas condições: “*Nas últimas semanas o (a) Sr (a) tomou medicamentos por causa da hipertensão arterial (pressão alta)?*”; “*Nas duas últimas semanas, por causa do diabetes o (a) Sr (a): (I) tomou medicamentos orais para baixar o açúcar? (II) usou insulina?*”; para as demais condições, a pergunta foi: “*O que o (a) Sr (a) faz atualmente por causa...?*”, “*toma medicamento?*”. Os participantes foram, então, classificados em três grupos: não consumiam medicamentos, consumiam medicamentos para uma a duas doenças crônicas, consumiam medicamentos para três ou mais doenças crônicas relatadas.

As variáveis independentes ou exploratórias foram os marcadores do consumo alimentar (frutas e hortaliças, peixe, feijão, alimentos doces, refrigerante ou suco artificial, leite, sal e carne com excesso de gordura) e os indicadores antropométricos (índice de massa corporal [IMC], circunferência da cintura [CC] e relação cintura/estatura [RCE]). O consumo de frutas e hortaliças foi avaliado pela frequência semanal de consumo de frutas e/ou de salada de alface e tomate ou salada de qualquer outra

verdura ou legume cru e/ou de verdura ou legume cozido (exceto batata, mandioca ou inhame), sendo considerado como recomendado o consumo desses alimentos na frequência mínima de cinco vezes ao dia, em pelo menos cinco dias por semana. Foi também considerado o consumo regular de peixe (uma ou mais vezes por semana), além do consumo de feijão¹², alimentos doces e refrigerante/suco artificial (em cinco ou mais dias por semana). Para avaliação do consumo de leite, considerou-se o tipo de leite consumido (não consumia, consome leite integral, só consome desnatado ou semidesnatado). O consumo de sal foi avaliado pela percepção do indivíduo em relação à comida preparada na hora e os alimentos industrializados (adequado/baixo/muito baixo e alto/muito alto). O consumo de carne com excesso de gordura foi avaliado pelo relato de consumo de carne vermelha e/ou de frango/galinha, sem tirar o excesso de gordura visível ou a pele, respectivamente¹³.

Os indicadores antropométricos foram estimados por medidas diretas, obtidas por equipamentos e técnicas padronizadas, estando o indivíduo em pé, ereto e sem assistência. Para aferir o peso utilizou-se uma balança portátil digital, e para a medida da estatura um estadiômetro portátil. Os indivíduos ficaram na posição vertical, descalços, com roupas leves e sem qualquer tipo de acessório (óculos, cintos, colares, etc.) ou objetos (bolsa, carteira, celular, etc.). A CC foi aferida utilizando-se uma fita métrica inelástica e flexível. A leitura foi feita no ponto médio entre a última costela e a crista ilíaca, no final de uma expiração normal. O IMC foi definido como a razão entre o peso em quilogramas e o quadrado da altura em metros (Kg/m^2). A relação cintura/estatura (RCE) foi obtida dividindo-se a CC (cm) pela estatura (cm). Para facilitar a interpretação das medidas de associação (regressão logística multinomial), a RCE foi multiplicada por 10^{14} .

Os potenciais fatores de confusão incluíram características sociodemográficas (sexo idade, situação conjugal e escolaridade), comportamentos em saúde (consumo de álcool, tabagismo atual e prática de atividade física no lazer), condições de saúde (autoavaliação da saúde) e número de consultas médicas nos últimos 12 meses. O consumo de álcool foi categorizado em “não consumo”, consumo leve/moderado (entre uma a sete doses/semana para mulheres e uma a 14 doses/semana para homens) e

consumo de risco (mais de sete doses/semana para mulheres e mais de 14 doses/semana para homens), considerando-se os valores de referência propostos pelo *National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism*¹⁵. O tabagismo atual foi avaliado pelo consumo atual, independente da frequência, de qualquer produto do tabaco (não/sim). Foram considerados fisicamente ativos os idosos que praticaram pelo menos 150 minutos de atividades físicas leves ou moderadas ou pelo menos 75 minutos de atividades físicas vigorosas semanais no lazer¹⁶. Entre as variáveis de uso de serviços e condições de saúde, considerou-se o número de consultas médicas nos últimos 12 meses anteriores à entrevista (menor que três e quatro ou mais consultas) e a autoavaliação da saúde (boa/muito boa, regular e ruim/muito ruim).

Análise dos dados

Foi realizada uma descrição de todas as variáveis incluídas no estudo para a população total e de acordo com as categorias de consumo de medicamentos consideradas. A comparação da distribuição dessas variáveis entre as categorias da variável dependente foi realizada pelo teste qui-quadrado de Pearson (variáveis categóricas) ou regressão linear (variáveis contínuas).

A regressão logística multinomial foi utilizada para obter as estimativas do *odds ratios* (OR) e os respectivos intervalos de confiança de 95%, a fim de verificar a associação entre o uso de medicamentos e os marcadores das condições nutricionais. Foram construídos três modelos com inclusão progressiva das variáveis de confusão: o primeiro modelo incluiu as variáveis sociodemográficas (sexo, idade, situação conjugal e escolaridade); no segundo modelo foram adicionadas as variáveis de comportamentos em saúde (consumo de álcool, tabagismo atual e prática de atividade física de lazer); no modelo final, as variáveis número de consultas nos últimos 12 meses e autoavaliação de saúde foram adicionadas ao segundo modelo.

Utilizou-se o *software Stata*[®] (*StataCorp* LLP, *College Station, TX*) versão 13.0 para realizar todas as análises, levando-se em consideração a complexidade do plano amostral da PNS¹².

RESULTADOS

Entre os 11.697 participantes idosos da PNS, 10.537 tinham informações sobre as variáveis selecionadas e 7.770 informaram ter uma ou mais doenças crônicas e foram incluídos na presente análise. Destes, 17,6% (IC95%: 16,2-19,2%) não consumiam medicamentos para as doenças selecionadas, 71,1% (IC 95%: 69,3-72,8%) consumiam medicamentos para uma a duas dessas doenças, e 11,3% (IC 95%: 10,1-12,6) consumiam medicamentos para três ou mais doenças.

A Tabela 1 mostra as características da população estudada e essa distribuição segundo número de medicamentos consumidos, entre idosos brasileiros com DCNT. A amostra teve predominância de indivíduos do sexo feminino, mais jovens, casados, de baixa escolaridade, que não faziam uso de álcool ou fumo, não eram ativos no lazer, fizeram menos de quatro consultas nos últimos 12 meses, com autopercepção regular da saúde e com duas ou mais doenças crônicas. O número de medicamentos consumidos apresentou associação significativa ($p < 0,05$) com sexo, faixa etária, consumo de álcool, tabagismo atual, número de consultas médicas, autoavaliação de saúde e número de doenças crônicas investigadas.

A Tabela 2 apresenta a distribuição dos marcadores de consumo alimentar e indicadores antropométricos para a população total e segundo número de medicamentos consumidos, entre idosos brasileiros com DCNT. Observou-se predominância de idosos que não tinham um consumo recomendado de frutas e hortaliças, mas tinham um consumo regular de peixe e de feijão. A maioria dos idosos apresentou um consumo de alimentos doces e refrigerantes menor que cinco dias na semana e maior consumo de leite integral. Houve predomínio de idosos que reportaram consumo adequado, baixo ou muito baixo de sal e que não consumiam carne com excesso de gordura. Os valores da média e desvio-padrão para os indicadores antropométricos estão apresentados na tabela. De maneira geral, os grupos que referiram consumir medicamentos apresentaram, significativamente, maiores proporções de consumo de frutas/hortaliças e leite desnatado/semidesnatado, bem como menores proporções de consumo de alimentos doces,

refrigerantes ou sucos artificiais e carne com excesso de gordura. Por outro lado, os valores médios de IMC, CC e RCE foram, significativamente, mais

elevados nesses grupos, em comparação aos idosos que não relataram fazer uso de medicamentos para as doenças crônicas selecionadas.

Tabela 1. Características sócio demográficas, comportamentos em saúde, condições de saúde e uso de serviços de saúde entre idosos brasileiros, segundo número de medicamentos consumidos. Pesquisa Nacional de Saúde (2013).

Variáveis	Total (%)	Consumo de medicamentos (%)			Valor p^1
		Nenhum	1 a 2	3 ou mais	
Sexo					<0,001
Feminino	59,0	45,9	62,1	60,4	
Masculino	41,0	54,1	37,9	39,6	
Idade em anos					0,009
60-69	54,5	61,7	53,5	49,0	
70-79	31,0	25,5	31,8	35,0	
80 ou +	14,5	12,8	14,7	16,0	
Estado civil					0,969
Casado	53,2	53,3	53,3	52,6	
Não casado	46,8	46,7	46,7	47,4	
Escolaridade					0,162
Médio ou mais	20,0	17,5	20,9	18,0	
Fundamental ou menos	80,0	82,5	79,1	82,0	
Consumo de álcool ²					<0,001
Não consome	87,4	80,9	88,3	92,3	
Consumo leve / moderado	8,5	11,4	8,2	5,9	
Consumo de risco	4,1	7,7	3,5	1,8	
Tabagismo atual					<0,001
Não	88,4	76,8	91,2	88,5	
Sim	11,6	23,2	8,8	11,5	
Atividade física no lazer					0,613
Ativos ³	13,0	12,0	13,4	12,3	
Não ativos	87,0	88,0	86,6	87,7	
Número de consultas médicas nos últimos 12 meses					<0,001
0 a 3	53,7	73,4	53,0	26,6	
≥ 4	46,3	26,6	47,0	73,4	
Autopercepção de saúde					<0,001
Muito boa /boa	36,4	46,9	37,2	15,0	
Regular	48,8	42,3	49,1	56,3	
Ruim / Muito ruim	14,8	10,8	13,7	28,7	
Número de doenças crônicas					<0,001
1	49,3	81,6	51,7	0,0	
≥ 2	50,7	18,4	48,3	100,0	

¹Valor p do teste qui-quadrado de Pearson; ²Leve/moderado: 1 a 7 doses/semana para mulheres e 1 a 14 doses/semana para homens; consumo de risco: mais de 7 doses/semana para mulheres e mais de 14 doses/semana para homens; ³Pelo menos 150 minutos de atividades leves/moderadas ou 75 minutos de atividades vigorosas semanas.

Tabela 2. Distribuição dos marcadores de consumo alimentar e indicadores antropométricos entre idosos brasileiros com doenças crônicas, segundo número de medicamentos consumidos. Pesquisa Nacional de Saúde (2013).

Variáveis	Total ¹	Consumo de medicamentos ¹			Valor <i>p</i> ²
		Nenhum	1 a 2	3 ou mais	
Consumo recomendado de frutas e hortaliças					0,002
Não	74,5	80,6	73,7	70,2	
Sim	25,5	19,4	26,3	29,8	
Consumo regular de peixe					0,165
Não	42,9	45,4	43,0	38,2	
Sim	57,1	54,6	57,0	61,8	
Consumo regular de feijão					0,109
Não	28,2	28,3	27,4	33,0	
Sim	71,8	71,7	72,6	67,0	
Consumo regular de alimentos doces					0,002
Não	83,4	77,2	84,2	87,8	
Sim	16,6	22,8	15,8	12,2	
Consumo regular de refrigerante ou suco artificial					0,009
Não	88,3	84,0	89,2	89,7	
Sim	11,7	16,0	10,8	10,3	
Consumo de leite					<0,001
Não consome	21,3	27,4	20,7	15,4	
Consome leite desnatado ou semidesnatado	21,5	12,6	22,3	31,0	
Consome leite integral	57,2	60,0	57,0	53,6	
Consumo de sal					0,647
Adequado / baixo / muito baixo	92,9	91,8	93,1	93,3	
Muito alto / alto	7,1	8,2	6,9	6,7	
Consumo de carne com excesso de gordura					<0,001
Não	73,6	63,2	75,6	77,0	
Sim	26,4	36,8	24,4	23,0	
Índice de massa corporal (kg/m ²) ³	27,3 (5,1)	25,9 (5,3)	27,4 (5,0)	28,2 (5,1)	<0,001
Circunferência da cintura (cm) ³	96,9 (12,8)	93,0 (13,4)	97,4 (12,5)	99,9 (12,3)	<0,001
Relação cintura-estatura ³	0,61 (0,1)	0,58 (0,1)	0,61 (0,1)	0,63 (0,1)	<0,001

¹Valores expressos em percentual, exceto quando especificado; ²Valor *p* do Teste do qui-quadrado de Pearson ou do Teste F da regressão linear.;

³Valores expressos em média (desvio-padrão).

Na Tabela 3 são apresentadas as associações entre o número de medicamentos consumidos e os marcadores de consumo alimentar e indicadores antropométricos, com e sem ajuste pelas variáveis de confusão consideradas no estudo, entre idosos brasileiros com DCNT. Considerando o modelo ajustado por todos os fatores de confusão incluídos no estudo (Modelo 3), observou-se que os idosos que consumiam 3 ou mais medicamentos tinham maior chance de consumir frutas e hortaliças cinco ou mais vezes ao dia em cinco ou mais dias/semana, peixe em um ou mais dias/semana e leite desnatado ou integral, além de menor

chance de consumir alimentos doces em cinco ou mais dias/semana e carne com excesso de gordura. Os idosos que consumiam um a dois medicamentos tinham menor chance de consumir alimentos doces e refrigerante ou suco artificial em cinco ou mais dias/semana e carne com excesso de gordura, além de maior chance de consumir leite desnatado/semidesnatado. Os indicadores antropométricos apresentaram associação consistente em ambos os grupos, independente dos fatores de confusão considerados, apresentando maiores valores entre os idosos que reportaram consumir qualquer quantidade de medicamentos.

Tabela 3. Associações entre consumo de medicamentos e marcadores do consumo alimentar e indicadores antropométricos entre idosos brasileiros com doenças crônicas. Pesquisa Nacional de Saúde (2013).

Variáveis	Modelo Bruto ¹			Modelo 1 ¹			Modelo 2 ¹			Modelo 3 ¹		
	Número de medicamentos			Número de medicamentos			Número de medicamentos			Número de medicamentos		
	1 a 2	3 ou mais	3 ou mais	1 a 2	3 ou mais	3 ou mais	1 a 2	3 ou mais	3 ou mais	1 a 2	3 ou mais	3 ou mais
Consumo recomendado de frutas e hortaliças	1,48 (1,15-1,90)	1,76 (1,25-2,47)	1,35 (0,98-1,84)	1,36 (1,05-1,75)	1,69 (1,19-2,41)	1,69 (1,19-2,41)	1,26 (0,98-1,63)	1,61 (1,13-2,29)	1,61 (1,13-2,29)	1,24 (0,96-1,61)	1,64 (1,15-2,35)	1,64 (1,15-2,35)
Consumo regular de peixe	1,10 (0,89-1,37)	1,35 (0,98-1,84)	1,10 (0,88-1,92)	1,10 (0,88-1,92)	1,37 (0,99-1,89)	1,37 (0,99-1,89)	1,05 (0,85-1,32)	1,35 (0,98-1,87)	1,35 (0,98-1,87)	1,07 (0,86-1,35)	1,45 (1,04-2,00)	1,45 (1,04-2,00)
Consumo regular de feijão	1,05 (0,84-1,29)	0,80 (0,59-1,09)	1,13 (0,92-1,40)	1,13 (0,92-1,40)	0,85 (0,62-1,16)	0,85 (0,62-1,16)	1,17 (0,95-1,45)	0,87 (0,64-1,18)	0,87 (0,64-1,18)	1,19 (0,96-1,48)	0,89 (0,64-1,22)	0,89 (0,64-1,22)
Consumo regular de alimentos doces	0,64 (0,49-0,83)	0,47 (0,32-0,70)	0,63 (0,48-0,82)	0,63 (0,48-0,82)	0,47 (0,32-0,69)	0,47 (0,32-0,69)	0,66 (0,51-0,87)	0,49 (0,33-0,73)	0,49 (0,33-0,73)	0,67 (0,51-0,89)	0,52 (0,34-0,80)	0,52 (0,34-0,80)
Consumo regular de refrigerante ou suco artificial	0,64 (0,48-0,85)	0,60 (0,37-0,98)	0,67 (0,51-0,89)	0,67 (0,51-0,89)	0,64 (0,39-1,03)	0,64 (0,39-1,03)	0,72 (0,54-0,95)	0,67 (0,42-1,09)	0,67 (0,42-1,09)	0,71 (0,53-0,94)	0,66 (0,40-1,13)	0,66 (0,40-1,13)
Consumo de leite desnatado ou semidesnatado	2,34 (1,69-3,23)	4,35 (2,76-6,87)	2,03 (1,47-2,81)	2,03 (1,47-2,81)	4,03 (2,53-6,41)	4,03 (2,53-6,41)	1,83 (1,30-2,56)	3,70 (2,33-5,90)	3,70 (2,33-5,90)	1,75 (1,25-2,46)	3,56 (2,56-5,63)	3,56 (2,56-5,63)
Consumo de leite integral	1,26 (0,99-1,26)	1,59 (1,08-2,34)	1,20 (0,94-1,53)	1,20 (0,94-1,53)	1,50 (1,02-2,21)	1,50 (1,02-2,21)	1,15 (0,90-1,47)	1,45 (0,98-2,15)	1,45 (0,98-2,15)	1,18 (0,92-1,53)	1,61 (1,08-2,41)	1,61 (1,08-2,41)
Consumo de sal muito alto/alto	0,84 (0,58-1,20)	0,81 (0,44-1,48)	0,88 (0,61-1,28)	0,88 (0,61-1,28)	0,87 (0,48-1,59)	0,87 (0,48-1,59)	0,89 (0,61-1,32)	0,91 (0,49-1,68)	0,91 (0,49-1,68)	0,91 (0,61-1,35)	0,93 (0,47-1,82)	0,93 (0,47-1,82)
Consumo de carne com excesso de gordura	0,55 (0,44-0,69)	0,51 (0,37-0,71)	0,64 (0,51-0,80)	0,64 (0,51-0,80)	0,57 (0,41-0,80)	0,57 (0,41-0,80)	0,71 (0,56-0,90)	0,64 (0,46-0,90)	0,64 (0,46-0,90)	0,70 (0,55-0,88)	0,65 (0,43-0,86)	0,65 (0,43-0,86)
Índice de massa corporal	1,07 (1,04-1,09)	1,10 (1,06-1,13)	1,06 (1,03-1,09)	1,06 (1,03-1,09)	1,10 (1,06-1,13)	1,10 (1,06-1,13)	1,05 (1,02-1,08)	1,09 (1,06-1,13)	1,09 (1,06-1,13)	1,05 (1,03-1,08)	1,09 (1,06-1,13)	1,09 (1,06-1,13)
Perímetro da cintura	1,03 (1,02-1,04)	1,04 (1,03-1,06)	1,03 (1,02-1,04)	1,03 (1,02-1,04)	1,05 (1,04-1,06)	1,05 (1,04-1,06)	1,03 (1,02-1,04)	1,05 (1,03-1,06)	1,05 (1,03-1,06)	1,03 (1,02-1,04)	1,05 (1,03-1,06)	1,05 (1,03-1,06)
Relação cintura-estatura	1,63 (1,41-1,90)	2,02 (1,68-2,45)	1,54 (1,33-1,79)	1,54 (1,33-1,79)	1,94 (1,60-2,35)	1,94 (1,60-2,35)	1,47 (1,26-1,71)	1,89 (1,57-2,29)	1,89 (1,57-2,29)	1,46 (1,25-1,71)	1,84 (1,50-2,25)	1,84 (1,50-2,25)

¹Valores expressos em *Odds Ratio* (intervalo de confiança de 95%), obtidos pela regressão logística multinomial, considerando o não consumo de medicamentos como categoria de referência. Modelo 1: ajustado por sexo, idade, estado civil, escolaridade. Modelo 2: ajustado pelas variáveis do modelo anterior, além de tabagismo, consumo de álcool e atividade física de lazer. Modelo 3: ajustado pelas variáveis do modelo anterior, além de número de consultas nos últimos 12 meses e a autopercepção de saúde.

DISCUSSÃO

Os resultados do presente estudo mostraram que 17,6% dos idosos com DCNT não consumiam nenhum medicamento para essas doenças e 82,4% consumiam medicamento para pelo menos uma das doenças investigadas. Observou-se também, de maneira geral, que um maior consumo de medicamentos foi associado à maior frequência de consumo de frutas e hortaliças, peixe e leite desnatado e à menor frequência de consumo de alimentos doces, refrigerante ou suco artificial e carne com excesso de gordura. Além disso, os idosos com maior consumo de medicamentos apresentaram maiores valores dos indicadores antropométricos avaliados.

O consumo de medicamentos é elevado entre idosos brasileiros, atingindo valores médios entre 2,1 e 4,7 medicamentos por dia¹⁷⁻¹⁹. Esse uso aumenta com a idade, de forma semelhante ao observado no presente estudo²⁰. Sabe-se que alguns fatores podem contribuir para o consumo elevado de medicamentos nessa população, como a não adesão a tratamentos não farmacológicos para doenças crônicas⁵, a prática da automedicação, o uso incorreto dos medicamentos, o recebimento de prescrição de diferentes médicos, o inadequado entendimento das recomendações médicas, devido à similaridade de cor, tamanho ou forma dos mesmos²⁰. Em relação à dieta, avaliada pelos marcadores de consumo alimentar, os resultados mostraram que o consumo de maior número de medicamentos se apresentou associado a melhor qualidade da alimentação, entre idosos com DCNT. De maneira geral, foi observada maior frequência do consumo de frutas e hortaliças, peixe e leite (integral, desnatado ou semidesnatado) e menor frequência de consumo de alimentos doces, refrigerantes ou sucos artificiais e de carne com excesso de gordura. De forma oposta a esses resultados, um estudo realizado entre idosos residentes na zona rural dos Estados Unidos, verificou que o consumo de maior número de medicamentos associou-se ao maior consumo de alimentos ricos em colesterol, glicose, sódio e menor consumo de fibras⁶. Por outro lado, estudo conduzido com pacientes de 50 anos ou mais de um hospital em Roma, na Itália, verificou que a média de medicamentos utilizados foi significativamente mais baixa em pacientes que tinham maior chance de consumir regularmente quatro ou mais colheres/dia de azeite/dia, peixe, legumes e hortaliças, consumo

moderato de nozes²¹. Entre idosos residentes em Goiânia (GO), usuários do Sistema Único de Saúde, foi possível observar associação significativa entre uso de múltiplos medicamentos e relato de estar seguindo alguma dieta, embora associação significativa especificamente com relato de consumo de frutas e hortaliças não foi observada⁵.

Apesar dessas divergências, estudos nacionais e internacionais têm observado alterações na alimentação dos idosos, possivelmente, devido a mudanças no padrão de saúde e doença dos mesmos, demonstrando aumento no consumo de vegetais e menor consumo de produtos industrializados e doces¹²⁻²⁴. Nesse sentido, sugere-se que o grupo de idosos brasileiros com maior consumo de medicamentos para doenças crônicas podem ter sido orientados, por profissionais de saúde, a fazerem mudanças na alimentação. Essa hipótese é corroborada pelo maior número de consultas médicas entre os idosos com maior consumo de medicamentos, como observado nesse estudo. Esses resultados reforçam, portanto, a importância da atuação dos serviços de saúde na correta orientação sobre o uso dos medicamentos e alimentação, considerando os efeitos das interações entre esses fatores, que podem levar à diminuição da biodisponibilidade de vitaminas e minerais e déficits nutricionais importantes⁶.

Os indicadores antropométricos, utilizados para avaliar o estado nutricional dos idosos nesse estudo, apresentaram maiores valores entre os idosos que reportaram consumo de maior número de medicamentos. Um estudo de revisão mostrou controvérsias entre o uso de medicamentos e o estado nutricional, descrevendo populações nas quais o maior uso de medicamentos foi associado à perda de peso e outras em que esse uso foi relacionado ao aumento do peso. Essas diferenças podem estar relacionadas à qualidade, quantidade e variedade de alimentação a que o idoso tem estado exposto, horários de administração dos medicamentos, tipo de medicamento, bem como seus efeitos adversos⁴. No entanto, de forma semelhante ao observado no presente estudo, em uma análise entre idosos usuários do Sistema Único de Saúde, o IMC foi diretamente proporcional à prevalência do uso de medicamentos⁶. Nesse sentido, nossos resultados reforçam essa evidência e acrescentam por demonstrar que três indicadores antropométricos foram consistentemente

associados ao número de medicamentos consumidos nessa população. Essa evidência demonstra, portanto, que não apenas a massa corporal geral, avaliada pelo IMC, mas também a concentração de gordura abdominal, que se mostra associada a maiores riscos metabólicos, foram associadas ao consumo de maior número de medicamentos nos idosos avaliados⁵, demonstrando a importância de ações visando o controle desses agravos e reforçando a hipótese de que a utilização de maior número de medicamentos e os distúrbios nutricionais se apresentam relacionados nas duas direções².

A consistente associação entre o número de medicamentos consumidos e os indicadores antropométricos aponta para a importância de se fazer o monitoramento do estado nutricional dos idosos com DCNT acompanhados nos serviços de saúde, considerando que essa avaliação pode ser feita de forma prática e não invasiva²⁵ e que o estado nutricional pode influenciar o processo de tratamento dessas doenças². Esse é um aspecto importante a ser considerado na prática dos serviços de saúde, pois os resultados descritos no presente estudo apontam para uma alimentação de melhor qualidade entre os idosos com maior consumo de medicamentos, mas ainda demonstram diferenças importantes em relação à composição corporal, o que deve ser considerado no planejamento das ações de intervenção.

Este estudo apresenta algumas limitações, como sua natureza transversal, que não permite estabelecer relação temporal entre as variáveis. As informações sobre consumo de medicamentos foram autorreferidas, o que pode ter introduzido um

viés de informação, embora pesquisas anteriores já tenham demonstrado a adequada validade dessas questões^{26,27}. Além disso, as perguntas sobre o uso dos medicamentos estavam vinculadas ao relato de diagnóstico médico para cada doença considerada neste estudo, o que poderia subestimar o número de medicamentos consumidos, pois o entrevistado poderia usar mais de um medicamento para cada condição avaliada. Apesar dessas limitações, a presente análise foi conduzida em um estudo de base populacional, o qual utilizou procedimentos padronizados e entrevistadores devidamente treinados para a coleta dos dados, o que assegura a validade interna do estudo²⁸.

CONCLUSÃO

Em síntese, os resultados sugerem que o maior consumo de medicamentos para doenças crônicas por idosos brasileiros esteve associado à dieta de melhor qualidade, o que possivelmente pode ser atribuído à orientação dos profissionais de saúde, mas ainda apresenta-se associado a maiores valores dos indicadores antropométricos, sugerindo maior frequência de sobrepeso e/ou obesidade nesse grupo, o que pode dificultar o controle adequado das condições crônicas presentes. Diante desse quadro, ressalta-se a importância da cuidadosa avaliação da alimentação e do estado nutricional dos idosos com consumo de múltiplos medicamentos para doenças crônicas, o que pode identificar grupos de maior vulnerabilidade em relação aos déficits nutricionais, que deveriam ser continuamente monitorados pela equipe de saúde, visando ao controle adequado dessas doenças.

REFERÊNCIAS

1. Miranda GMD, Mendes AG, Silva ALA. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2016;19(3):507-19.
2. Zadak Z, Hyspler R, Ticha A, Vlcek J. Polypharmacy and malnutrition. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care.* 2013;16(1):50-5.
3. Little MO. Updates in nutrition and polypharmacy. *Opin Clin Nutr Metab Care.* 2018;21(1):4-9.
4. Jyrkkä J, Enlund H, Lavikainen P, Sulkava R, Hartikainen S. Association of polypharmacy with nutritional status, functional ability and cognitive capacity over a three-year period in an elderly population. *Pharmacoepidemiol Drug Saf.* 2011;20(5):514-22.
5. Silveira EA, Dalastra L, Pagotto V. Polifarmácia, doenças crônicas e marcadores nutricionais em idosos. *Rev Bras Epidemiol.* 2014;17(4):818-29.
6. Heuberger RA, Caudell K. Polypharmacy and nutritional status in older adults: a cross-sectional study. *Drugs Aging.* 2011;28(4):315-23.

7. Agostini JV, Han L, Tinetti ME. The relationship between number of medications and weight loss or impaired balance in older adults. *J Am Geriatr Soc*. 2004;52(10):1719-23.
8. Jyrkkä J, Mursu J, Enlund H, Lönnroos E. Polypharmacy and nutritional status in elderly people. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care*. 2012;15(1):1-6.
9. Fernandes DPS, Duarte MSL, Pessoa MC, Franceschini SDCC, Ribeiro AQ. Evaluation of diet quality of the elderly and associated factors. *Arch Gerontol Geriatr*. 2017;72:174-80.
10. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde – 2013 [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2013 [acesso em 25 nov. 2017]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/pns/2013/>
11. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde - 2013: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas - Brasil, grandes regiões e unidades da Federação [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2014 [acesso em 25 nov. 2017]. Disponível em: <ftp://ftp.ibge.gov.br/PNS/2013/pns2013.pdf>
12. Jaime PC, Stopa SR, Oliveira TP, Vieira ML, Szwarcwald CL, Malta DC. Prevalência e distribuição sociodemográfica de marcadores de alimentação saudável, Pesquisa Nacional de Saúde, Brasil 2013. *Epidemiol Serv Saúde*. 2015;24(2):267-76.
13. Claro RM, Santos MAS, Oliveira TP, Pereira CA, Szwarcwald CL, Malta DC. Consumo de alimentos não saudáveis relacionados a doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Epidemiol Serv Saúde*. 2015;24(2):257-65.
14. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde - 2013: Manual de antropometria [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2013 [acesso em 25 nov. 2017]. Disponível em: <https://www.pns.icict.fiocruz.br/arquivos/Novos/Manual de Antropometria PDF.pdf>
15. National institute on alcohol abuse and alcoholism (NIAAA). The physician's guide to helping patients with alcohol problem [Internet]. Washington, DC; 1995 [acesso em 28 nov. 2017]. Disponível em: <http://kobiljak.msu.edu/CAI/OST517/PhysicianGuide.html>
16. World Health Organization. Recommended population levels of physical activity for health in Global Recommendations on Physical Activity for Health [Internet]. Geneva: WHO; 2010 [acesso em 01 maio 2018]. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44399/9789241599979_eng.pdf;jsessionid=3CF6B32C2EF6901F0A3A0B1C638DE915?sequence=1
17. Loyola Filho AI, Uchoa E, Lima-Costa MF. Estudo epidemiológico de base populacional sobre uso de medicamentos entre idosos na Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2006;22(12):2657-67.
18. Pereira KG, Peres MA, Iop D, Boing AC, Boing AF, Aziz M, et al. Polifarmácia em idosos: um estudo de base populacional. *Rev Bras Epidemiol*. 2017;20(2):335-44.
19. Ribas C, de Oliveira KR. Perfil dos medicamentos prescritos para idosos em uma Unidade Básica de Saúde do município de Ijuí-RS. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2014;17(1):99-114.
20. Hajjar ER, Cafiero AC, Hanlon JT. Polypharmacy in elderly patients. *Am J Geriatr Pharmacother*. 2007;5(4):345-51.
21. Vicinanza R, Troisi G, Cangemi R, De Martino MU, Pastori D, Bernardini S, et al. Aging and adherence to the mediterranean diet: relationship with cardiometabolic disorders and polypharmacy. *J Nutr Health Aging*. 2018;22(1):73-81.
22. Doubova SV, Sánchez-García S, Infante-Castañeda C, Pérez-Cuevas R. Factors associated with regular physical exercise and consumption of fruits and vegetables among mexican older adults. *BMC Public Health*. 2016;16:1-14.
23. Jyväkorpi SK, Pitkälä KH, Puranen TM, Björkman MP, Kautiainen H, Strandberg TE, et al. High proportions of older people with normal nutritional status have poor protein intake and low diet quality. *Arch Gerontol Geriatr*. 2016;67:40-5.
24. Monteiro LS, Hassan BK, Estima CCP, Souza AM, Junior Verly E, Sichieri R, et al. Consumo alimentar segundo os dias da semana: Inquérito Nacional de Alimentação, 2008-2009. *Rev Saúde Pública*. 2017;51:1-11.
25. World Health Organization. Physical Status: the use and interpretation of anthropometry. Report of a WHO expert committee [Internet]. Geneva: WHO; 1995 [acesso em 25 nov. 2017]. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/37003/WHO_TRS_854.pdf?sequence=1&isAllowed=y
26. Chun H, Kim IH, Min KD. Accuracy of Self-reported Hypertension, Diabetes, and Hypercholesterolemia: analysis of a Representative Sample of Korean older adults. *Osong Public Health Res Perspect*. 2016;7(2):108-15.
27. Leggett LE, Khadaroo RG, Holroyd-Leduc J, Lorenzetti DL, Hanson H, Wagg A, et al. Measuring Resource Utilization: a systematic review of validated Self-Reported Questionnaires. *Medicine (Baltimore)*. 2016;95(10):1-9.
28. Szwarcwald CL, Malta DC, Pereira CA, Vieira MLFP, Conde WL, Souza Júnior PRB, et al. Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil: concepção e metodologia de aplicação. *Ciênc Saúde Colet*. 2014;19(2):333-42.



Variáveis demográficas e clínicas como preditoras diferenciais de alteração cognitiva na doença de Parkinson

Demographic and clinical variables as differentiating predictors of cognitive disorders in Parkinson's disease

Núbia Isabela Macêdo Martins¹

Nadja Maria Jorge Asano²

Carla Cabral dos Santos Accioly Lins³

Maria das Graças Wanderley de Sales Coriolano³

Resumo

Objetivo: Analisar variáveis demográficas e clínicas como preditoras diferenciais de alteração cognitiva na Doença de Parkinson (DP). **Método:** Trata-se de um estudo descritivo de corte transversal desenvolvido no Programa Pró-Parkinson do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco. Os instrumentos de medida utilizados foram Mini Exame do Estado Mental (MEEM), *Scales for Outcomes in Parkinson's disease – Cognition* (SCOPA-COG), Escala de Estadiamento de Hoehn & Yahr (HY), Escala Unificada de Avaliação da Doença de Parkinson sessão 3 (UPDRS-III) e Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage, 15 itens (GDS-15). Um modelo de regressão linear múltiplo foi utilizado para o desfecho preditivo e o Teste de Mann-Whitney para comparação entre os grupos idoso *vs* não idoso. **Resultados:** Os dados sociodemográficos de 85 pessoas foram coletados e os participantes foram submetidos à avaliação do perfil cognitivo (MEEM e SCOPA-COG) e clínico (HY, UPDRS-III, GDS-15). A análise de regressão múltipla foi significativa para a idade, atividade laboral e índice de tremor explicando 59% da variabilidade do SCOPA-COG. A idade e a atividade laboral apresentaram correlação inversa e o tremor, correlação direta. Os escores do SCOPA-COG e do MEEM foram significativamente menores nos pacientes idosos, com destaque para as funções executivas. **Conclusão:** As variáveis preditoras de comprometimento cognitivo foram a idade, atividade laboral e o tremor. O comprometimento cognitivo foi maior nos pacientes com DP idosos, com destaque para as funções executivas.

Palavras-chave:

Envelhecimento; Cognição;
Doença de Parkinson.

Abstract

Objective: To analyze demographic and clinical variables as predictors of cognitive disorders in Parkinson's disease (PD). **Method:** A cross-sectional descriptive study was carried out at the Pro-Parkinson Program of the Hospital das Clínicas of the Federal University of

Keywords: Aging; Cognition;
Parkinson Disease.

¹ Universidade Federal de Pernambuco, Centro de Ciências da Saúde, Departamento de Gerontologia, Programa de Pós-graduação em Gerontologia. Recife, Pernambuco, Brasil.

² Universidade Federal de Pernambuco, Centro de Ciências da Saúde, Departamento de Medicina. Recife, Pernambuco, Brasil.

³ Universidade Federal de Pernambuco, Centro de Ciências da Saúde, Departamento de Anatomia. Recife, Pernambuco, Brasil.

Pernambuco. The instruments used were the Mini Mental State Examination (MMSE), Scales for Outcomes in Parkinson's disease - Cognition (SCOPA-COG), the Hoehn & Yahr Staging Scale (HY), the Unified Parkinson's Disease Rating Scale part 3 (UPDRS-III), and the 15-item Yesavage Geriatric Depression Scale (GDS-15). A multiple linear regression model was used for the predictive outcome and the Mann-Whitney test was used to compare the elderly and the non-elderly groups. *Results:* The sociodemographic data of 85 people were collected and the participants underwent a cognitive profile evaluation (MMSE and SCOPA-COG) and clinical evaluation (HY, UPDRS-III, GDS-15). Multiple regression analysis found significant results for age, work activity, and tremor index, explaining 59% of the variability of SCOPA-COG. There was an inverse correlation with age and work activity and a direct correlation with tremors. The SCOPA-COG and MEEM scores were significantly lower in elderly patients, with an emphasis on executive functions. *Conclusion:* The predictors of cognitive impairment were age, work activity, and tremors. Cognitive impairment was greater in elderly patients with PD, especially for executive functions.

INTRODUÇÃO

O processo de envelhecimento pode vir acompanhado do surgimento de doenças crônicas e de suas complicações. A doença de Parkinson (DP) e a doença de Alzheimer são as enfermidades neurodegenerativas que acometem idosos com maior prevalência¹. A DP é caracterizada pela degeneração de neurônios dopaminérgicos da parte compacta da substância negra do mesencéfalo. São considerados seus principais sinais e sintomas motores: bradicinesia, rigidez, tremor de repouso e instabilidade postural².

Pessoas com DP também apresentam uma heterogeneidade de deficit cognitivos que estão presentes em: funções executivas, linguagem, memória e habilidade visuoespacial, principalmente nos parkinsonianos mais idosos, podendo caracterizar Comprometimento Cognitivo Leve (CCL) ou até demência^{3,4}. Diante desse risco, a identificação precoce é necessária. Diretrizes para o diagnóstico de CCL e demência na DP já foram propostas^{5,6}, mas ainda faltam critérios bem validados para o diagnóstico de deficit cognitivos em pacientes idosos com DP⁷.

A idade avançada, escolaridade, perfil clínico são alguns fatores explorados em estudos sobre comprometimento cognitivo em pacientes com DP⁸⁻¹¹. Mas a investigação da associação dessas variáveis com a cognição comparando grupos de idosos e não idosos brasileiros com DP ainda não foi realizada.

Diante do contexto, o objetivo deste estudo é analisar variáveis demográficas e clínicas como preditoras diferenciais de alteração cognitiva na doença de Parkinson.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo-analítico de corte transversal, realizado no Ambulatório de Neurologia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco (HC/UFPE) de janeiro a junho de 2017, junto às atividades do Programa Pró-Parkinson. Foram selecionados pacientes que apresentavam o diagnóstico clínico de doença de Parkinson idiopática, com nível comunicativo satisfatório e que não apresentavam outra doença neurológica, não haviam realizado intervenções cirúrgicas no encéfalo e não estavam em tratamento de reabilitação cognitiva. O critério empregado para ser considerado idoso foi ter 60 anos ou mais de idade no momento da avaliação. A amostra determinada mediante cálculo amostral foi de 76 pacientes sendo capaz de estimar com intervalo de confiança de 95% a média do SCOPA-COG com precisão de 1.2 pontos.

Como instrumentos de coleta de dados para avaliar o perfil cognitivo foram utilizados a *Scales for Outcomes in Parkinson's disease-Cognition* (SCOPA-COG) e o Mini Exame do Estado Mental (MEEM), ambos validados para uso na população brasileira^{12,13}.

A SCOPA-COG é uma escala que avalia memória, atenção, funções executivas, função visuoespacial, e foi desenvolvida especificamente para avaliação de domínios cognitivos, nos quais frequentemente os pacientes com DP apresentam déficit¹⁴. A pontuação máxima de 43 indica melhor desempenho cognitivo, o ponto de corte utilizado para indicação de quadro demencial foi 17¹⁵ e para indicação de CCL 26¹⁶.

O MEEM é o instrumento de rastreio cognitivo mais amplamente utilizado no Brasil e no mundo, sendo utilizado como referência neste estudo. Ele avalia orientação temporal e espacial, memória de curto prazo e evocação, atenção e cálculo, habilidades de linguagem e visuoespaciais¹⁷. A versão utilizada neste estudo foi a de Brucki et al.¹⁸ com o ponto de corte de indicação de quadro demencial para analfabetos igual a 18, para pessoas com 1 a 4 anos de escolaridade igual a 21, de 5 a 8 anos igual a 24 e para aqueles com mais de 8 anos de escolaridade igual a 26, a pontuação máxima de 30 pontos indica melhor desempenho cognitivo¹⁹.

Uma ficha foi empregada para obter as características sociodemográficas da amostra, com relação à idade, sexo, anos de escolaridade, atividade laboral, classificação econômica, comorbidades, dose equivalente de L-dopa em uso.

A atividade laboral foi dividida em três categorias G(1), G(2) e G(3), sendo o grupo G(1) aquele composto por profissões com maior demanda cognitiva e G(3) o de menor demanda. Profissões do G1 incluíam: profissionais das ciências e das artes, dirigentes, técnicos de nível médio; do G2: trabalhadores de serviços administrativos, vendedores e prestadores de serviços, artesãos e trabalhadores da produção, operadores e montadores de máquina, membros das forças armadas; do G3: trabalhadores agrícolas, donas de casa e trabalhadores braçais.

A classificação econômica foi definida segundo o critério atualizado em 2016 da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa²⁰, que define estratos socioeconômicos com base na posse de bens, acesso à água, condições da rua do domicílio de grau de instrução do chefe da família. Cada item recebe uma pontuação, cujo somatório varia de 1 a 100 e indica o estrato ao qual o indivíduo pertence. O estrato A corresponde a maior renda média domiciliar, B1 e

B2, C1 e C2, D-E, sequencialmente representam menores rendas média domiciliar.

Para avaliar o perfil clínico dos pacientes foram utilizadas a Escala de Estadiamento de Hoehn & Yahr (HY), a Escala Unificada de Avaliação da Doença de Parkinson, parte 3 (UPDRS-III), a Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage, 15 itens (GDS-15) e calculada a dose equivalente de L-dopa diária (DLDD).

A DLDD foi calculada de acordo com a seguinte fórmula: dose de (levodopa de liberação imediata x 1) + (levodopa de liberação controlada x 0.75) + (pramipexol x 100) + (entacapona x 0.33) + (selegilina oral x 10) + (amantadina x 1)²¹.

A escala de HY foi aplicada no estado “off” da doença para indicar qual o estágio da DP o sujeito se encontra, de 1 a 5. Quanto maior o estágio, maior a severidade da doença.

A UPDRS-III foi utilizada para avaliar o estado motor dos pacientes com DP. O escore varia de 0 a 108, e quanto maior a pontuação, pior o comprometimento motor. Os índices de Tremor, Rigidez, Bradicinesia e Instabilidade Postural foram obtidos somando a sua respectiva pontuação e dividindo pela quantidade de regiões corporais avaliadas no item da UPDRS-III^{22,23}:

- Tremor com 2 itens e 7 regiões corporais: item 20 (face, lábios e queixo; mão direita; mão esquerda; pé direito; pé esquerdo) e item 21 (mão direita; mão esquerda);
- Rigidez com 1 item e 5 regiões corporais: item 22 (pescoço; membro superior direito; membro superior esquerdo; membro inferior direito; membro inferior esquerdo);
- Bradicinesia com 5 itens e 9 regiões corporais: itens 23,24,25 e 26 (lados direitos; lados esquerdos) somado ao escore do item 31;
- Instabilidade Postural com 4 itens: 27, 28, 29 e 30.

E a GDS-15 foi utilizada como um instrumento de triagem para depressão com o resultado total de cinco ou mais pontos indicando suspeita de depressão²⁴. Na sala de espera do ambulatório nos

dias da consulta médica de rotina foram realizados os convites para participação da pesquisa. Para a coleta de dados, a entrevista e avaliações foram realizadas em um único momento em sala reservada com pacientes no estágio ON da medicação.

A ordem de aplicação dos instrumentos foi a seguinte: 1. Ficha de Dados Sociodemográficos; 2. SCOPA-COG; 3. UPDRS-III; 4. MEEM; 5. GDS-15. A exceção foi a avaliação do estágio da doença, segundo a Escala de Hoehn & Yahr, que por demandar que o paciente esteja no estado OFF da medicação, para alguns foi necessário agendar para a data do próximo atendimento. Toda a coleta de dados foi realizada por uma pesquisadora com experiência prévia em avaliação (cognitiva, motora) de pessoas com DP.

Para verificação da normalidade foi utilizado o teste de Kolmogorov-Smirnov. Utilizando uma regressão linear múltipla foram identificadas as variáveis independentes preditoras do escore do SCOPA-COG. A comparação intergrupos (idoso *vs* não idoso) foi realizada através do teste de Mann-Whitney. Para associação entre idade e estado cognitivo foi utilizado Teste do X^2 , *oddsratio* e Índice de Confiança 95%. O software utilizado foi o *Statistica* 13.2 considerando $p \leq 0,05$.

Todos os pacientes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e a pesquisa só teve início após apreciação e aprovação do comitê de ética em pesquisa (CEP) com seres humanos do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco sob o parecer de número 1.814.749/2016 conforme Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS

A Tabela 1 apresenta as características gerais (sexo, idade, classificação econômica, escolaridade

e atividade laboral) da amostra total e do grupo de idosos e não idosos. Em relação à amostra total, observou-se maior porcentagem de indivíduos do sexo masculino, na faixa etária de 60 a 69 anos, do estrato socioeconômico C, com 2 a 5 anos de estudo e no grupo de atividade laboral G2.

O modelo da regressão linear múltipla foi significativo com as variáveis: idade, atividade laboral e índice de tremor explicando 59% da variabilidade do SCOPA-COG (Tabela 2). A idade e a atividade laboral apresentaram correlação inversa e o tremor, correlação direta. O escore do SCOPA-COG diminuiu 0,18 pontos a cada aumento de um ano de idade e cinco pontos a cada mudança nos grupos: do G1 (maior demanda cognitiva) para G2 ou do G2 para o G3 (menor demanda cognitiva). Também foi observado aumento de 10,2 pontos a cada acréscimo de um ponto no índice de tremor, lembrando que esse índice varia de forma decimal de 0 a 4.

Quando comparados os grupos de pacientes idosos e não idosos, houve diferença significativa apenas na DLDD, na pontuação do MEEM, SCOPA-COG e do seu domínio: Funções executivas (Tabela 3). Segundo os pontos de corte do SCOPA-COG para CCL e demência a presença de comprometimento cognitivo foi maior nos idosos (75%), quando comparados com os não idosos (59%). Segundo os pontos de corte do MEEM para demência os idosos também apresentaram maior porcentagem de indicação de comprometimento cognitivo (36%).

De acordo com os critérios do SCOPA-COG, os idosos apresentaram três vezes mais chance ($OR = 3,32 - IC95\% = 1,06-10,79$) de serem categorizados com comprometimento cognitivo do que os não idosos ($X^2 = 5,39$ com $p = 0,02$). Quanto ao MEEM essa chance foi quase duas e meia vezes maior ($OR = 2,42 - IC95\% = 0,76-7,94$) para os idosos ($X^2 = 2,81$ com $p = 0,09$).

Tabela 1. Características gerais da amostra (N=85), Recife, PE, 2017.

Variáveis	Total (85) n(%)	Idosos (53) n(%)	Não idosos (32) n (%)
Sexo			
Masculino	47 (55)	28 (53)	19 (59)
Feminino	38 (45)	25 (47)	13 (41)
Idade			
30 a 39 anos	1 (1)	0 (0)	1 (3)
40 a 49 anos	8 (9)	0 (0)	8 (25)
50 a 59 anos	23 (27)	0 (0)	23 (72)
60 a 69 anos	29 (34)	29 (55)	0 (0)
70 a 79 anos	22 (26)	22 (41)	0 (0)
80 e mais	2 (2)	2 (4)	0 (0)
Classificação Econômica - ABEP			
B	26 (31)	16 (30)	10 (31)
C	37 (43)	24 (45)	13 (41)
D	22 (26)	13 (25)	9 (28)
Escolaridade anos de estudo			
2 a 5 anos	33 (39)	26 (49)	7 (22)
6 a 9 anos	13 (15)	4 (8)	9 (28)
10 a 12 anos	19 (22)	8 (15)	11 (34)
13 e mais	20 (24)	15 (28)	5 (16)
Atividade laboral			
G1	22 (26)	16 (30)	6 (19)
G2	32 (38)	17 (32)	15 (47)
G3	31 (36)	20 (38)	11 (34)

Nota: ABEP= Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa

G1: grupo com atividade laboral com maior demanda cognitiva; G2: grupo com atividade laboral com demanda cognitiva intermediária; G3: grupo com atividade laboral com menor demanda cognitiva.

Tabela 2. Regressão linear múltipla com variável dependente o SCOPA-COG. Recife, PE, 2017.

Variáveis independentes	B	p*
Idade (anos)	-0,181	<0,01*
Escolaridade (anos)	0,185	0,32
Atividade Laboral (G1;G2;G3)	-5,04	<0,01*
UPDRS-III	-0,83	0,07
Rigidez	4,11	0,11
Tremor	10,26	<0,01*
Bradicinesia	8,45	0,07
Instabilidade postural	1,35	0,58
GDS-15	-0,10	0,64

Nota: Resultados gerais da regressão: R²: 0. 59; F: 11.79; p:<0.0001*

B: Coeficiente de regressão; G1: grupo com atividade laboral com maior demanda cognitiva; G2: grupo com atividade laboral com demanda cognitiva intermediária; G3: grupo com atividade laboral com menor demanda cognitiva. UPDRS-III: Escala Unificada de Avaliação da Doença de Parkinson, parte 3; GDS-15: Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage, 15 itens.

Tabela 3. Perfil cognitivo e clínico da amostra. Recife, PE, 2017.

Variáveis	Total (n=85)	Idosos (n=53)	Não idosos (n=32)	p*
Duração da doença: \bar{x} (\pm), anos	7 (3)	7 (4)	7 (3)	0,92
DLDD: \bar{x} (\pm), mg/dia	783 (612)	712 (608)	900 (609)	0,02
SCOPA-COG: \bar{x} (\pm)	20 (8)	19 (8)	22 (6)	0,05
Memória e aprendizagem	7 (4)	6 (4)	8 (3)	0,07
Atenção	3 (1)	3 (2)	3 (1)	0,70
Funções executivas	7 (3)	6 (3)	8 (3)	0,01
Função visuoespacial	3 (2)	3 (2)	3 (1)	0,32
Pacientes sem CC: %	31%	25%	41%	
Pacientes com CC: %	69%	75%	59%	
MEEM: \bar{x} (\pm)	24 (4)	24 (4)	26 (3)	0,04
Pacientes sem CC: %	71%	64%	81%	
Pacientes com CC: %	29%	36%	19%	
UPDRS – III: \bar{x} (\pm)	30 (14)	28 (14)	26 (15)	0,60
Tremor	1 (0,8)	0,4 (0,4)	0,4 (0,4)	0,78
Rigidez	0,4 (0,4)	1 (1)	1 (1)	0,93
Bradicinesia	1,2 (0,8)	1,3 (0,8)	1,2 (0,8)	0,81
Instabilidade postural	1,3 (0,7)	1,4 (0,7)	1,2 (0,8)	0,11
GDS-15: \bar{x} (\pm)	5 (3)	4 (3)	5 (3)	0,18

Nota: *: p (Idosos vs Não idosos). (Teste de Mann-Whitney). \bar{x} (\pm): Média (desvio padrão); %: Porcentagem; DLDD: dose equivalente de L-dopa diária; SCOPA-COG: Scales for Outcomes in Parkinson's disease-Cognition; CC: comprometimento cognitivo; MEEM: Mini Exame do Estado Mental; UPDRS-III: Escala Unificada de Avaliação da Doença de Parkinson, parte 3; GDS-15: Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage, 15 itens.

DISCUSSÃO

As variáveis idade, atividade laboral e tremor foram as únicas significativamente influentes no escore total do SCOPA-COG, com $p \leq 0,05$. A idade e a DP parecem interagir e influenciar negativamente o desempenho cognitivo, especificamente das funções executivas⁸.

Quanto à atividade laboral Bohnen et al.²⁵, Silveira e Portuguesez²⁶, corroboram nossos achados ao indicar que o envolvimento em atividades mentalmente estimulantes está associado a um melhor estado cognitivo em idosos, inclusive naqueles com DP. Nossos resultados indicam que houve uma correlação inversa entre a atividade laboral e o escore do SCOPA-COG, ou seja, quanto maior a categoria da profissão G(3), menor o escore do teste. Isso faz sentido, já que o G3 era o grupo de menor demanda cognitiva e os achados de Pool et al.²⁷ sugerem que quanto maiores os requisitos cognitivos de uma profissão, melhor o desempenho cognitivo do indivíduo.

A complexidade da ocupação profissional desempenhada ao longo da vida é uma variável que influencia diretamente a reserva cognitiva²⁸. Em teoria, a reserva cognitiva permite que indivíduos sejam capazes de lidar melhor com as consequências de uma doença que afete as habilidades cognitivas e que permaneçam bem do ponto de vista clínico por um tempo maior²⁹. Não foram encontrados estudos que associam a demanda cognitiva da ocupação com a incidência/prevalência de diagnóstico de demência na DP.

Já a variável tremor, medida pelo UPDRS-III, apresentou uma correlação direta com o escore total do SCOPA-COG. Esse resultado pode ser explicado por um possível fator protetor associado ao sintoma de tremor. Baumann et al.³⁰, indicaram que os pacientes com sinais de rigidez e bradicinesia estavam em maior risco de disfunção cognitiva se comparados com aqueles com sintomas de tremor e Wang et al.⁹ também apontaram correlações positivas entre o tremor e escores de testes cognitivos.

Alesovski et al.³¹, acompanharam durante 4 anos a progressão clínica de pacientes com DP separados em dois grupos: Tremor dominante (grupo 1) e com Distúrbios posturais e instabilidade da marcha (grupo 2). Após esse acompanhamento eles identificaram que o grupo 2 apresentou uma piora mais progressiva na cognição quando comparado com o grupo 1, que teve uma tendência a manter sua cognição estável.

No presente estudo encontrou-se diferença significativa, entre os grupos de idosos e não idosos, na DLDD, na pontuação total do SCOPA-COG (e do seu domínio Funções executivas), e no escore total do MEEM. Adhikari et al.¹⁰, relataram que indivíduos com mais de 60 anos e DP pontuaram significativamente menos em tarefas que avaliavam memória e função executiva, mas sem diferença entre os grupos no MEEM. As razões para não haver diferença no MEEM pode ser por causa do tamanho pequeno da amostra, o fato da idade da maioria ter sido inferior a 70 anos e que foram eliminados pacientes com sinais de quadro demencial.

Dujardin et al.³² categorizaram sua amostra em 5 grupos de acordo com os fenótipos cognitivos, o grupo 1 (G1) foi composto por indivíduos com DP e cognição intacta e o grupo 4 (G4) por aqueles com DP e déficit cognitivos severos, particularmente nas funções executivas. Esses dois grupos diferiram significativamente em relação à idade, o G1 com média de 61 anos e o G4, 73 anos, mostrando como a idade afeta o desempenho em testes de funções executivas.

Na literatura encontram-se estudos que associam a cognição na DP com o fator idade, mas a nosso conhecimento, há poucos achados de comparação entre grupos de idosos e não idosos com DP e nenhum com a população brasileira. Os idosos do presente estudo se comparados com os não idosos apresentaram maior porcentagem de indicação de comprometimento cognitivo. No estudo de Isella et al.¹⁶, utilizando o SCOPA-COG, os pacientes com DP e Demência eram mais velhos e com menor escolaridade quando comparados com os pacientes com DP e sem comprometimento cognitivo.

Levy et al.³³ avaliaram 4 grupos de 180 indivíduos com DP, separando-os por idade (<72 e ≥72) e menor ou maior severidade da doença. O grupo dos mais idosos/com maior severidade apresentou um risco

maior de demência (RR: 9,7) em comparação com o grupo com idade mais baixa/menor severidade. Eliminando o fator severidade da doença, o grupo ≥72 anos obteve 1.6 vezes mais chance de ter demência do que aqueles com <72 anos. Esses estudos confirmam a influência da idade mais avançada como fator de risco para demência na DP¹¹.

Os idosos do presente estudo apresentaram 3,32 vezes mais chance de serem categorizado com comprometimento cognitivo do que os não idosos segundo o SCOPA-COG. Em um estudo de 2 anos de *follow-up*, um paciente de 70 anos teve um risco previsto de comprometimento cognitivo de 13%, nos 2 anos, já um com 50 anos teve um risco previsto de 5% nesse mesmo tempo³⁴.

Devem-se levar em consideração as diferenças culturais e de escolaridade quando se compara dados de indivíduos brasileiros com estudos originados da Europa e Estados Unidos, mas ainda assim, no presente estudo, faz-se necessária essa comparação dado que, até o presente momento, foi o único a comparar o perfil de cognitivo de idosos e não idosos brasileiros com DP.

Como possíveis limitações do estudo estão o tamanho da amostra; o corte transversal, que não permite a identificação de causalidades; a não inclusão de um grupo controle de idosos e não idosos sem a DP e a aplicação de testes apenas no estado ON da doença. Estudos futuros com maior tamanho amostral devem se concentrar em também acompanhar de maneira longitudinal possíveis diferenças no estado cognitivo de idosos e não idosos com DP.

CONCLUSÃO

Nossos achados indicam que ser idoso com doença de Parkinson e ter uma atividade laboral de menor demanda cognitiva são fatores que afetam negativamente a cognição e podem aumentar as chances de evolução para quadro demencial. Já a presença de tremor foi vista como um possível fator de proteção da cognição. Esses resultados, associados a estudos longitudinais podem fornecer subsídios para a formulação de tratamentos de prevenção e reabilitação cognitiva levando em consideração a influência do fator idade no desempenho cognitivo de pacientes com doença de Parkinson.

REFERÊNCIAS






1. Pinheiro JLS, Barbosa MT. Doença de Parkinson e outros distúrbios do movimento em idosos. In: Freitas EV, Py L. Tratado de Geriatria e Gerontologia. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2016. p. 609-26.
2. Barbosa ER, Ferraz HB. Doença de Parkinson. In: Neto JPB, Takayanagui OM, orgs. Tratado de neurologia da Academia Brasileira de Neurologia. Rio de Janeiro: Elsevier; 2013. p.315-25.
3. Robbins TW, Cools R. Cognitive deficits in Parkinson's Disease: a cognitive neuroscience perspective. *Mov Disord.* 2014;29(5):597-607.
4. Rodrigues AV, Lemes LB, Rodrigues AS, Souza RB, Santos SMS. Avaliação do sistema perceptual em idosos saudáveis e em idosos com Doença de Parkinson. *Rev Neurociênc.* 2014;22(2):189-94.
5. Litvan I, Goldman JG, Tröster AI, Schmand BA, Weintraub D, Petersen RC, et al. Diagnostic criteria for mild cognitive impairment in Parkinson's disease: Movement Disorder Society Task Force guidelines. *Mov Disord.* 2012;27(3):349-56.
6. Emre M, Aarsland D, Brown R, Burn DJ, Duyckaerts C, Mizuno Y, et al. Clinical diagnostic criteria for dementia associated with Parkinson's disease. *Mov Disord.* 2007;22(12):1689-707.
7. Ding W, Ding LJ, Li FF, Han Y, Mu L. Neurodegeneration and cognition in Parkinson's disease: a review. *Eur Rev Med Pharmacol Sci.* 2015;19(12):2275-81.
8. Sartor J, Bettecken K, Bernhard FP, Hofmann M, Gladow T, Lindig T, et al. White matter changes-related gait and executive function deficits: associations with age and Parkinson's Disease. *Front Aging Neuroscience.* 2017;9:1-9.
9. Wang I, Tang BS, Yan XX, Chen ZH, Xu Q, Liu ZH, et al. A neurophysiological profile in Parkinson's disease with mild cognitive impairment and dementia in China. *J Clin Neurosci.* 2015;22(6):981-5.
10. Adhikari S, Basu J, Das SK, Misra AK. Effects of age, stage of disease, and educational level on cognitive dysfunction in non-demented idiopathic Parkinsonism: a preliminary report. *Ind Psychiatry J.* 2012;21(1):32-8.
11. Zhu K, Van Hilten JJ, Marinus J. Predictors of dementia in Parkinson's disease: findings from a 5-year prospective study using the SCOPA-COG. *Parkinsonism Relat Disord.* 2014;20(9):980-5.
12. Carod-Artal FJ, Martínez-Martin P, Kummer W, Ribeiro LS. Psychometric attributes of the SCOPA-COG Brazilian version. *Mov Disord.* 2008;23(1):81-7.
13. Martins NIM, Caldas PR, Cabral ED, Lins CCSA, Coriolano MGWS. Instrumentos de avaliação cognitiva utilizados nos últimos 5 anos em idosos Brasileiros. *Ciênc Saúde Colet [Internet].* 2017 [acesso em 02 fev. 2018]. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/instrumentos-de-avaliacao-cognitiva-utilizados-nos-ultimos-5-anos-em-idosos-brasileiros/16454?id=16454>
14. Marinus J, Visser M, Verwey NA, Verhey FR, Middelkoop HA, Stiggelbout AM, et al. Assessment of cognition in Parkinson's disease. *Neurology.* 2003;61(9):1222-8.
15. Verbaan D, Jeukens-Visser M, Van Laar T, van Rooden SM, Van Zwet EW, Marinus J, et al. SCOPA-cognition cutoff value for detection of Parkinson's disease dementia. *Mov Disord.* 2011;26:1881-6.
16. Isella V, Mapelli C, Morielli N, Siri C, De Gaspari D, Pezzoli G, et al. Diagnosis of possible mild cognitive impairment in Parkinson's Disease: Validity of the SCOPA-Cog. *Parkinsonism Relat Disord.* 2013;19:1160-3.
17. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. Mini-Mental State: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatric Res.* 1975;12:189-98.
18. Brucki SMD, Nitrini R, Caramelli P, Bertolucci PHF, Okamoto IH. Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. *Arq Neuropsiquiatr.* 2003;61(3B):777-81.
19. Vitiello APP, Ciriaco JGM, Takahashi DY, Nitrini R, Caramelli P. Avaliação cognitiva breve de pacientes atendidos em ambulatório de neurologia geral. *Arq Neuropsiquiatr.* 2007;65(2-A):299-303.
20. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Critério Brasil de Classificação Econômica 2016 [Internet]. São Paulo: ABEP; [2016?] [acesso 12 fev 2017]. Disponível em: <http://www.abep.org/criterio-brasil>
21. Tomlinson CL, Stowe R, Patel S, Rick C, Gray R, Clarke CE. Systematic review of Levodopa dose equivalency reporting in Parkinson's disease. *Mov Disord.* 2010;25(15):2649-53.
22. Bucki PO, Wilson RE, Seeberger LC, Conner JB, Castelli-Haley J. Examination of the UPDRS Bradykinesia Subscale: equivalence, reliability and validity. *J Park Dis.* 2011;1(3):253-8.
23. Murakami H, Owan Y, Mori Y, Fujita K, Futamura A, Sugimoto A, et al. Correlation between motor and cognitive functions in the progressive course of Parkinson's disease. *Neurol Clin Neurosci.* 2013;1:172-6.

24. Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey M, et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J Psychiatr Res.* 1983;17(1):37-49.
25. Bohnen JLB, Müller MLTM, Haugen J, Bohnen N. Mentally stimulating activities associate with better cognitive performance in Parkinson disease. *J Neural Transm.* 2017;124(10):1205-12.
26. Silveira MM, Portugez MW. Análise da qualidade de vida e prevalência de declínio cognitivo, ansiedade e sintomas depressivos em idosos. *Estud Psicol (Campinas).* 2017;34(2):261-8.
27. Pool LR, Weuve J, Wilson RS, Bültmann U, Evans DA, Mendes de Leon CF. Occupational cognitive requirements and late-life cognitive aging. *Neurology.* 2016;86(15):1386-92.
28. Smart EL, Gow AJ, Deary IJ. Occupational complexity and lifetime cognitive abilities. *Neurology.* 2014;83:2285-91.
29. Stern Y. Cognitive reserve and Alzheimer disease. *Alzheimer Dis Assoc Disord.* 2006;20(2):112-7.
30. Baumann CR, Held U, Valko PO, Wienecke M, Waldvogel D. Body side and predominant motor features at the Onset of Parkinson's Disease Are Linked to Motor and Nonmotor Progression. *Mov Disord.* 2014;29(2):207-13.
31. Alesovski D, Miljkovic D, Bravi D, Antonini A. Disease progression in Parkinson subtypes: the PPMI dataset. *Neurol Sci.* 2018;39(11):1971-6.
32. Dujardin K, Moonen AJH, Behal H, Defebvre L, Duhamel A, Duits AA, et al. Cognitive disorders in Parkinson's disease: confirmation of a spectrum of severity. *Parkinsonism Relat Disord.* 2015;21(11):1299-305.
33. Levy G, Schupf N, Tang M, Cote LJ, Louis ED, Mejia H, et al. Combined effect of age and severity on the risk of dementia in Parkinson's Disease. *Ann Neurol.* 2002;51(6):722-9.
34. Schrag A, Siddiqui UF, Anastasiou Z, Weintraub D, Schott JM. Clinical variables and biomarkers in prediction of cognitive impairment in patients with newly diagnosed Parkinson's disease: a cohort study. *Lancet Neurol.* 2017;16(1):66-75.



Cuidado de si em um grupo de convivência de idosas

Care of the self in a social group for elderly women

Helenice De Moura Scortegagna¹ 
Nadir Antonio Pichler¹ 
Jarbas Dametto¹ 
Silvana Gazzana¹ 
Eliane Lucia Colussi¹ 

Resumo

Objetivo: Conhecer o significado que um grupo de mulheres idosas atribuiu ao compartilhamento dialogado de vivências com seus pares, relacionando os achados com o cuidado de si de Michel Foucault. **Método:** Pesquisa exploratória, descritiva, de cunho qualitativo, realizada com 28 idosas matriculadas na Oficina “Dialogando Emoções”, de um grupo de convivência vinculado a Universidade do interior do Sul do Brasil, por meio de entrevista e discussão sobre temas de suas vivências. O que emergiu das falas das participantes sofreu análise temática de conteúdo. **Resultados:** A extração de unidades de significância permitiu a elaboração de duas categorias temáticas que se entrelaçam: Vivências e fortalecimentos de envelhecer no grupo: a voz das idosas e O cuidado de si: olhando o eu e o outro. **Conclusão:** Constatou-se que houve valorização das relações grupais e essa experiência gerou o empoderamento das participantes diante dos desafios da vida, proporcionando novas possibilidades de superação de experiências subjetivas limitadoras. A interação com um espaço de escuta e de livre expressão contribuiu para o reencontro consigo mesmo, viabilizando novas formas de se fazer sujeito em um momento tardio da existência pessoal, o que em termos práticos, repercutiu em equilíbrio emocional e maior consciência de si, proporcionando alívio, motivação e determinação para enfrentar os desafios da longevidade.

Abstract

Objective: To discover the meaning that a group of elderly women attributed to the dialogical sharing of experiences with their peers, and the way this was inserted in the process of living and aging, relating the findings with Care of the Self by Michel Foucault. **Method:** An exploratory, descriptive, qualitative study was carried out with 28 elderly women enrolled in the “Dialoguing Emotions” Workshop, a social group linked to a university in the countryside of the south of Brazil, through an interview and discussion based on the themes of their experiences. That which emerged from the interviews and discussions underwent content analysis. **Results:** The extraction of units of significance allowed

Palavras-chave:

Envelhecimento;
Subjetividade; Grupos de
Convivência; Cuidado de Si;
Foucault.

Keywords:

Aging;
Subjectivity; Groups of
Coexistence; Care of the Self;
Foucault.

¹ Universidade de Passo Fundo, Programa de Pós-graduação em Envelhecimento Humano. Passo Fundo, Rio Grande do Sul, Brasil.

the elaboration of two intertwining thematic categories: Experiences and strengths of aging in a group: the voice of the elderly and the care of the self: looking at myself and the other. *Conclusion:* An appreciation of the group relationships was identified, and this experience generated empowerment among participants when dealing with life challenges, providing new possibilities for overcoming subjective limiting experiences. The interaction with a space of listening and free expression, contributed to the rediscovery of oneself, enabled new ways to make oneself a subject in a late stage of personal existence, which in practical terms, has repercussions on emotional balance and greater awareness of the self, providing relief, motivation and determination to meet the challenges of longevity.

INTRODUÇÃO

Fenômenos associados ao aumento da longevidade e a modificação dos papéis sociais da mulher em relação ao mercado de trabalho, bem como a emergência de novas configurações familiares, está impactando e modificando o estilo de vida das mulheres idosas. As idosas se deparam com um vasto campo de possibilidades de se fazer sujeito, que, por vezes, conflita com discursos limitadores ainda presentes na contemporaneidade. Se em outras épocas, a mulher precisava se adequar as normas sociais, culturais, sexuais e morais, tradicionalmente ancoradas no paradigma patriarcal, hodiernamente, há alternativas para um redimensionamento das experiências subjetivas, familiares, sociais e financeiras. Frente a essa transição, um dos espaços encontrados para canalizar, expressar e encontrar novas formas de ser e agir, são os grupos de convivência¹.

Os grupos de convivência, criados por órgãos governamentais e não governamentais, são compreendidos como espaços de comunicação e reconhecidos como suporte de apoio social e emocional para os idosos. Estes se configuram como estratégias importantes para melhorar a saúde e a qualidade de vida dessa parcela da população, ao possibilitar a afirmação da identidade e ao incentivar a participação, o que se expressa pelo protagonismo social da pessoa idosa. Viabilizam a qualidade de vida através da arte do bem viver e do cuidado de si².

O Cuidado de si, tematizado nas obras *Hermenêutica do sujeito* e *História da sexualidade 3*, do filósofo francês Michel Foucault (1926-1984), desenvolveram-se em torno da temática da subjetividade, distanciando-se

da experiência derivada de relações de saber e poder historicamente instituídas e alvo de grande parte de seus estudos anteriores. Para isso, o autor mergulha na tradição helenística grega e romana, com ênfase nas filosofias epicurista, estoica e cínica dos dois primeiros séculos da era cristã, denominando-a de “era de ouro do Cuidado de Si”, empreendendo uma genealogia do sujeito a partir das práticas dirigidas a si. Sobre este contexto histórico-filosófico, afirma Foucault, “que todo o saber de que precisamos deva ser ordenado à *tékhnē tou biou* (à arte de viver)”, é um tema tanto estoico quanto epicurista ou cínico³. Assim, a função dessa filosofia é estimular a pessoa a praticar a arte de viver bem⁴.

Para Foucault⁵, o cuidado de si, do grego *epimeleia heautou*, significa cuidar da alma, do eu. Consiste em almejar uma filosofia de vida que enalteça “as condições e as possibilidades indefinidas de **transformação do sujeito**”, capaz de descobrir um novo eu e impulsioná-lo em busca de si mesmo, moldando-o, porque é intrínseco e coextensivo à vida da pessoa conhecer e cuidar de si mesma⁶.

Nesse sentido, a fim de compreender as experiências subjetivantes decorrentes da participação de mulheres idosas em um grupo de convivência, a pesquisadora participou de encontros realizados neste grupo e, junto às idosas, buscou identificar sentimentos e alternativas de vida emergentes dessas relações grupais estabelecidas. Diante disso, o objetivo do trabalho foi identificar o significado que um grupo de mulheres idosas atribuiu ao compartilhamento dialogado de vivências e experiências com seus pares. Os resultados foram discutidos à luz das problematizações em torno do cuidado de si de Foucault.

MÉTODO

Trata-se de pesquisa de abordagem qualitativa, do tipo exploratória, descritiva, realizada com um grupo de convivência, vinculado ao programa de extensão universitária, de uma Universidade do interior do Sul do Brasil. A população do estudo foi constituída por 28 idosas, matriculadas na Oficina “Dialogando Emoções”. Este conjunto representa o total de idosas matriculadas, não havendo exclusão nem perdas. Para a coleta das informações, realizada no ano de 2015, foi utilizada como estratégia a entrevista individual, seguindo o critério de inclusão gradual de participantes, denominado de amostragem teórica gradual, finalizada quando ocorreu a saturação teórica do tema a ser investigado. Portanto, as entrevistas contemplaram oito idosas selecionadas aleatoriamente e ocorreram em data, local e horário previamente combinados com as participantes. O instrumento utilizado foi o tópico guia que atendeu ao tema: conversas entre mulheres e seus significados na experiência do viver e envelhecer. Para a validação dos dados coletados na entrevista, o restante do grupo, constituído por 20 idosas, foi dividido em dois grupos de 10, que participaram de uma oficina temática de cada grupo, de aproximadamente 1h30min. As oficinas se valeram de recursos lúdicos e de auto expressão.

Os encontros originais da oficina oferecida no grupo de convivência, Dialogando Emoções, eram semanais, com duas horas de duração, com momentos de trocas e discussões sobre sentimentos, lembranças, vivências, saúde, corpo, mente, relacionamento com os pais, parceiros e filhos, amizades, sexualidade, profissão, experiências, crise da maturidade, enfim, com questões relativas ao viver e envelhecer, com o auxílio de textos de variados gêneros, como poesias, crônicas, contos, entre outros, bem como filmes, músicas e imagens.

As informações obtidas na entrevista e nas oficinas de validação das mesmas foram analisadas qualitativamente, utilizando-se a análise temática de conteúdo de Bardin⁷, na qual classificaram-se os elementos por características comuns e sua posterior categorização, cotejando os dados levantados com a perspectiva do cuidado de si de Foucault. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética com parecer n. 441.408, de acordo com a Resolução n. 466/12,

mediante a assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. As participantes estão identificadas como I (Idosa), e a numeração arábica correspondente a ordem de realização das entrevistas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O que emergiu na voz das idosas desdobrou-se em categorias que se entrelaçam e complementam entre si. Assim, duas categorias foram constituídas: a) Vivências e fortalecimentos de envelhecer no grupo: a voz das idosas e b) O cuidado de si: olhando o eu e o outro.

A categoria vivências e fortalecimentos de envelhecer no grupo: a voz das idosas revelou que o grupo possibilitou o compartilhamento de experiências subjetivas, emergindo do falar de si uma identidade pessoal e familiar comum, que gerou uma experiência solidária e altruísta, de participação, de fortalecimento e de protagonismo social em relação aos sentimentos experimentados. As falas a seguir ilustram essa percepção:

“Eu descobri que não sou a única que tem problemas [...]. Que todas as famílias são iguais [...], que tem a mãe solteira, o alcoólatra, o separado, o escolarizado [...], o que *ganha bem, tem o que não trabalha, que todo mundo passa pelas mesmas dores*. Quando eu compartilhei, eu descobri assim que aqui tinha um monte de mães que tinham feito a mesma coisa, que tinham sofrido também, que tinha dado um bom resultado [...]. Então pra mim só um exemplo de que é assim mesmo com todo mundo” (I3).

“É porque a gente chega ali e vê que todo mundo tem problema, não é só a gente” (I1).

As participantes caracterizaram o grupo como “solidário”, como um espaço de inserção social para expressar seus problemas existenciais do cotidiano e que o processo de viver e envelhecer é acompanhado de desafios, como a necessidade de solidificar e renovar seus projetos de vida pessoais, sociais e culturais, suas condutas, temperamentos e comportamentos. Essas trocas recíprocas contribuíram para o entrelaçamento de ideias e pensamentos, de escuta, respeito, dignidade, com

novas aprendizagens e sintetizando novos sentidos para o cuidado de si.

“Um dia sou escutada, no outro dia eu escuto” (I1).

“O maior significado desse grupo, ele me ensinou a escutar e a respeitar o pensamento do outro, porque [...] cada um tem o seu crescimento. Então é um grupo extremamente coeso, muito bom de se conviver, eu cresci muito” (I7).

“Olha! Eu admiro a variedade das pessoas, dos sentimentos das pessoas, a vida das pessoas, que tem gente bem diferente da gente. Então, pra mim, isto é muito interessante. Acho que tenho paciência, gosto de escutar” (I5).

Estes relatos indicam que as mulheres estruturaram um espaço renovador no campo do envelhecimento. Este cenário se revela propício para a formação de uma identidade social, ética, capaz de atender as necessidades biopsicossociais e culturais de mulheres que vivenciam a velhice.

Corroborando com as vivências, significados e interações sociais expressadas pelas idosas em relação ao compartilhamento de experiências, o cuidado de si de Foucault³ não se caracteriza como “uma simples preparação momentânea para a vida; é uma forma de vida”. Possui uma dimensão terapêutica, curativa e criativa, onde a pessoa mergulha na sua subjetividade, na sua alma, tornando-se dona de si mesma, capaz de gerar autonomia, independência, empoderamento, autogoverno^{4,5,6}. É um estilo de vida que procura, de forma contínua e progressiva, exercitar-se, experimentar-se, gerar atitude. É “desviar o olhar sobre as coisas do mundo para conduzi-lo a si”³. O cuidado de si consiste em uma espécie de conversão “ética do sujeito definida pela relação de si para consigo mesmo”⁸.

Para os filósofos gregos e romanos, dentre os quais, Sócrates, Platão, Aristóteles, Diógenes de Sinope, Epicuro, Sêneca, Epicteto, Marco Aurélio, nunca é tarde ou cedo demais para conhecer e cuidar de si mesmo^{3,5,6}. Trata-se de um exercício contínuo, focado no autoconhecimento, autodomínio, tranquilidade, de como meditar ao levantar e deitar, projetar as atividades diárias e examiná-las como prática da vida cotidiana. De acordo com a fala a

seguir, a participante busca diariamente refletir sobre sua existência e esse cuidado de si lhe traz motivação para enfrentar as atividades diárias:

“Eu sou uma pessoa que amo refletir. [...]. Quando chega de manhã, eu agradeço a Deus pelo dia, porque eu estou acordando, que ele me dê força, perseverança, para que todos os obstáculos que aparecerem eu consiga vencê-los da melhor forma possível, e quando eu chego a noite [também]” (I7).

Especificamente, “Foucault encontrou, no imperativo de ‘ocupar-se consigo mesmo’, uma possibilidade de elaboração de si como fim em si mesmo, isto é, encontrou, nos helenísticos, uma auto finalização do cuidado de si”⁹. Essa auto constituição, busca desenvolver um sujeito ético ativo, denominada de prática de si. É uma técnica que possibilita o sujeito, sozinho ou com a convivência com o outro, efetuar ações em torno do seu corpo, alma, sentimentos, pensamentos, atitudes, com intuito de alcançar a felicidade, a pureza da alma emancipada e soberana, a sabedoria, a tranquilidade frente a finitude existencial¹⁰. As falas abaixo sinalizam nessa perspectiva, que consiste em uma tarefa nada fácil:

“No começo demorou um pouco, porque a gente [...] achava que não precisava falar de si. [...] Na oficina consegui por pra fora, porque as vezes a pessoa fica doente porque não fala. [...] Quando vejo uma amiga doente, eu falo: - Nossa! Você precisa frequentar [Oficina], falar, por pra fora” (I6).

“Era uma época que eu andava doente, nervosa, triste. Eu tinha perdido o meu irmão [...]. [A Oficina] me ajudou. A gente pode falar dos problemas da gente, dos sentimentos. [...] Eu era uma pessoa muito fechada, extremamente infeliz, não tinha prazer pra nada” (I2).

Ouvir o outro é uma atitude de consideração e respeito, um meio de comunicação, de sedimentação de experiências¹⁰. De acordo com as falas evocadas, a oficina gerou uma identidade social de sujeito, de caráter participativo e de cidadania, de protagonismo social. O outro, na visão de Foucault^{3,4,5,6} não pode ser ignorado para a constituição do cuidado de si, porque ele caracteriza o sujeito como pertencente à humanidade, ou seja, portador de sentido existencial com o qual se estabelecem ações e reações de um

caráter preponderantemente político e ético. Como afirmam Wanderbroocke et al.², a partir de um estudo de revisão da literatura, sentimentos de identidade social de idosos, podem ser suscitados pela partilha em grupos de convivência, experimentados como atitudes de motivação e participação, confiança, justiça, interação, bem-estar, qualidade e satisfação com a vida, reduzindo experiências de solidão e isolamento.

Na categoria **O cuidado de si: olhando o eu e o outro** emergiram características específicas do processo de envelhecimento, constituídas em aparência, papéis sociais, grupo de amigos e vida familiar. Essas mudanças, que durante muito tempo foram vistas somente como perdas, agora propiciaram realizações subjetivas, porque as participantes sentiram-se livres dos compromissos tradicionais, tornando-se protagonistas de mudanças na representação da velhice, podendo refletir sobre suas escolhas e seus desejos, o que pode ser evidenciado nos excertos das falas a seguir.

“Eu procurei [o grupo] com a intenção de encontrar recursos para melhorar o meu lado emocional, de viver com as situações, principalmente com os conflitos, que sempre me acompanharam e acho que acompanham as pessoas sempre, umas mais outras menos” (I4).

“Os textos eu gosto muito, porque se eu fosse lê em casa sozinha, não ia entrar dentro do texto, como a gente faz aqui” (I6).

“Fiquei assim muito chocada com a idade, eu não vi que tinha envelhecido. Eu estava meio desesperada na época. Daí comecei a frequentar este grupo, me conscientizar que todo mundo tem problema. [...]. De uma maneira ou de outra, então tem que procura enfrentar. O vínculo que eu tenho com elas [...] é uma afeição que a gente cria, um vínculo afetivo! É assim afetivo, digamos amplo, porque você tem confiança nas pessoas, no grupo, né!” (I2).

Nestes relatos, infere-se que a participação na oficina contribuiu para (re)encontro consigo mesmas. A experiência cotidiana irrefletida as mantinha atarefadas com as atribuições da vida familiar e profissional, fazendo com o cuidado de si ignorado ou esquecido.

Na perspectiva do cuidado de si proposta por Foucault^{3,5}, se a vida de uma pessoa não for examinada, refletida e continuamente auto avaliada, o sujeito corre o risco de ser bruscamente surpreendido por algum acontecimento inesperado e ver sua vida desmontar-se em sua dimensão de papéis e de sentidos. A ausência de reflexão e autocuidado acarretam a perda de condições subjetivas de suporte emocional para o enfrentamento dos revezes da vida.

Na liberdade de fala (*parresía*), proposta e sustentada pelos grupos de apoio, emerge o sujeito em sua potencialidade de autoconstrução e assunção do desejo, rompendo com as contingências que os atrelavam a papéis estáticos historicamente constituídos, que se fazem débeis enquanto perspectivas de vida ao indivíduo senil:

“Você tem confiança, você pode falar, às vezes, você diz coisas que você sempre achou que nunca iria falar, porque é uma coisa que constrange, têm coisas na vida que a gente não quer falar [...], [porque] se torna de domínio público” (I4).

“Às vezes em casa a gente não comenta, não fala porque machuca os de casa, ficam enjoados todos os dias se queixando. E aqui a gente tem a liberdade de conversar, botar pra fora os problemas da gente, os sentimentos, por isto que eu estou frequentando até hoje” (I6).

“O meu sonho é ter um namorado” (I7).

Nestes relatos, ocorreu o retorno a si mesmo. Infere-se disso, que o espaço promovido pelo grupo para falar sobre as particularidades, fortaleceu o sujeito a olhar o mundo e os acontecimentos da vida com mais galhardia, com novas expectativas, novos projetos afetivos. Essa forma de cuidar de si, faz o sujeito, a pessoa idosa, constituir-se de um cabedal de recursos subjetivos, da alma, como coragem, moderação, tranquilidade, domínio de si (*enkrateia*) e dos seus desejos, moldando sua conduta para enfrentar os desafios pessoais e conviver melhor^{11,4,5}.

Por meio da convivência com o outro, com o diferente, as idosas conseguiram ver a si mesmas, suas atitudes, seus papéis sociais desempenhados no decorrer de suas vidas, aos quais foram moldadas a seguir por ordenamento social, cultural, religioso,

moral, etc., de acordo com o referencial tradicional de família e velhice, para os quais a mulher deveria somente exercer a função de mãe, avó, serva do lar, do marido, muitas vezes, submissa até em sua eroticidade. O cuidado de si estimula o sujeito a estabelecer novas relações “com a mulher, com os outros, com os acontecimentos e com as atividades cívicas e políticas”⁶. Ora, o cuidado de si analisado por Foucault propõe que o sujeito desperte de si mesmo, com autonomia, responsabilidade, tranquilidade.

Trata-se da arte de viver bem, que significa moldar sua própria vida, por meio da imersão à subjetividade, aos valores da alma, instaurando um estilo de liberdade. “O sujeito do cuidado de si tem na liberdade sua condição primeira, configurando-se pelas práticas de si”¹². É assumir-se e reconhecer-se como sujeito, como partícipe de um mundo de possibilidades consigo mesmo e com os outros, como um ser no mundo. A estética da existência é uma escolha de existência. As falas abaixo sintetizam essa inserção num grupo e a imersão em si mesma:

“Participar do grupo foi o maior investimento que eu fiz [...]. Foi muito bom. Foi como se tivesse juntado as peças que estavam meio desconjuntadas e tivesse formado um novo ser, ou um ser mais inteiro. Então aqui, ele me deu uma outra visão, eu vejo como uma terapia” (I8).

“Sou meio fechada, eu gosto mais de escutar, então a experiência de um, de outro, serve pra mim também” (I6).

“Aqui a gente pode falar, botar as coisas pra fora e as pessoas escutam. As vezes eu acho que não vou expor isto na frente do grupo [...] mas aí a gente acabou criando este laço, que faz com que a gente fale, esta confiança que se criou entre a gente” (I4).

“É mais de 3 anos que estou na Dialogando. A gente vai aprendendo porque teve pessoas que também já passaram, te dão incentivo [...] as vez a gente pensa que é só a gente que tá passando, mas não é” (I8).

“Eu acho que é importante ter esses grupos, não só aqui pra nós, [...], mas todo mundo que pudesse participar, seria bom” (I3).

O cuidado de si centra-se no ocupar-se consigo mesmo. Essa postura inquietante de buscar a si mesmo tornou-se um princípio de conduta racional, moral no mundo do pensamento helenístico e romano e “um verdadeiro fenômeno cultural de conjunto”³. Nesse itinerário moral, o sujeito torna-se senhor de si mesmo, não na perspectiva de uma “lei universal, à qual cada um e todos deveriam se submeter; mas, antes de tudo como um princípio de estilização da conduta para aqueles que querem dar à sua existência a forma mais bela e mais realizada possível”³.

O bem-estar, o cuidado de si proporcionado pela convivência das idosas em grupo, demonstrou que mergulhar nas profundezas da alma, compartilhando emoções, tornou-se um combustível, capaz de impulsionar para novos projetos, dando sentido à existência. Essa maneira de cuidar de si atua no pensamento, no sentimento, na percepção de si, nos outros e no mundo, gerando uma ação, uma transformação no jeito de ser do sujeito, formando um “um novo ser”, conforme o expresso nas falas abaixo.

“Eu descobri que não sou a única, que todo mundo é igual e passa pelas mesmas dores. A gente troca as ideias e vê que a gente tem como saí [...], que a gente é vencedora!” (I5).

“Eu quero sair daqui pra frente, eu não quero retroceder [...]. A família percebeu assim, uma mudança” (I3).

“Enquanto ser humano, cada um tem o seu crescimento, [...], seu entendimento. [...] Eu acho que a pessoa tem que se dar conta o que é bom para ela, não quando impõe, porque quando se impõem, é muito difícil” (I7).

Corroborando, pode-se avaliar que “a existência de espaços coletivos para a troca de experiências, bem como os contatos informais do cotidiano, contribuem para aproximar os interlocutores¹. Por isso, o cuidado de si é uma atitude, uma maneira de estar, agir e ser no mundo e com os outros^{4,5,13,14}. Essa atitude em relação a si, faz com que o sujeito “se toma a si próprio como objeto de conhecimento e campo de ação para transformar-se, corrigir-se, purificar-se, obter a própria salvação, etc”⁸.

Para alcançar esse nível de desenvolvimento moral, ou seja, essa prática de si, o cuidado de si pode ser relacionado a *parrhesía*, que significa falar a verdade, franqueza, ser verdadeiro consigo mesmo, abertura de pensamento, assumindo-se, como “coragem da verdade”. [...]. A *parrhesía* envolveu uma série de elementos essenciais para se pensar as relações entre filosofia, ética, verdade, política e democracia na Antiguidade”⁸. Ainda, *parrhesía* é uma “maneira de dizer, [...], uma ética da palavra [...]. É a abertura do coração, é a necessidade, entre os pares, de nada esconder um ao outro do que pensam e se falar francamente”³.

“A gente vê que o outro, as vezes, tem problemas bem mais sérios do que aquele que a gente tá passando. Mas chegou uma altura que nada disso mais me dava aquilo que eu precisava. Estava cheio de conflitos. [...] Eram duas, três coisas dentro - sentimentos, emoções que brigavam dentro de mim” (I4).

Uma das formas de praticar a *parrhesía* é estabelecer e manter relações de amizade, principalmente na velhice, porque elas auxiliam e dão suporte emocional e motivacional, incluindo sentimento de pertencimento, confiança e encorajamento^{13,14,15,16}. “A amizade era, em geral, centralizada em torno de um personagem em relação ao qual alguns estavam mais próximos e [outros] menos próximos”³, bem como, se situa como a única condição na qual pode-se suportar os riscos da franca enunciação do verdadeiro.

CONCLUSÃO

Para as mulheres deste estudo, compartilhar vivências em um grupo de convivência, tanto pela fala quanto pela escuta, teve um significado positivo. Os relatos das participantes demonstraram que nesse espaço ocorreram identificações e formações de vínculos significativos, surgindo novas demandas e perspectivas em um momento tardio do curso de vida. Logo, esse espaço de sociabilidade para

idosos contribui para o equilíbrio emocional, mais condições para o enfrentamento de desafios da longevidade e maior capacidade para inserir-se em outros contextos de vida que se fazem necessários.

De acordo com as falas das participantes, as expressões que emergiram enaltecem a busca do cuidado de si, sendo recorrentes termos como: aprendizado, ajuda, acolhida, alegria, aliança, amizade, amor, colaboração, compartilhamento, confiança, comunicação, conhecimento, compreensão, convivência, cumplicidade, diálogo, dor, entendimento, entrosamento, família, felicidade, história, imaginação, ideias diferentes, lembranças, partilhar, relembrar, respeito, reviver, solidariedade e igualdade. Ora, a filosofia do cuidado de si requer vigilância, energia, aprender a viver e a dialogar. Todas estas expressões demonstraram um diálogo profícuo consigo e com o outro.

A oportunidade de compartilhar as alegrias e as tristezas, de falar de si, de sua identidade e subjetividade, fez com que as participantes desenvolvessem novas possibilidades de aprendizagens, imergindo numa relação pedagógica recíproca de ensinar e aprender, com capacidade de gerar mudança no estilo e nos projetos de vida individuais, uma espécie de educação gerontológica a partir da própria experiência. Esse “laboratório de sensibilidades” do cuidado de si que o grupo operacionalizou para as idosas, propiciou o empoderamento e o desenvolvimento global dessas mulheres, de forma integral, demonstrando que o desenvolvimento humano biopsicossocial pode ser um processo permanente, estendido a todas as etapas da existência humana.

Se o cuidado de si é um projeto para vida toda, os relatos das participantes demonstraram que o espaço de escuta, socialização e expressão de sentimentos, realizações, alegrias, angústias e tristezas contribuiu para formação de vínculos significativos, de acolhida, diálogo, de encontro consigo mesmo, de equilíbrio emocional, de solidariedade, proporcionando alívio, conforto, motivação e determinação para enfrentar os desafios da longevidade.



REFERÊNCIAS

1. Moura MMD, Veras RP. Acompanhamento do envelhecimento humano em centro de convivência. *Physis*. 2017;27(1):19-39.
2. Wanderbroocke AC, Wiedemann AMV, Bussolin C. Participação social e familiar de idosas vinculadas a um grupo de convivência de uma comunidade de baixa renda em Curitiba-PR. *Salud soc*. 2015;6(3):212-22.
3. Foucault M. A hermenêutica do sujeito. Tradução de Márcio Alves da Fonseca e Salma Tannus Muchail. 4. ed. São Paulo: Martins Fontes; 2010.
4. Lawlor L, Nale J. *The Cambridge Foucault lexicon*. New York: Cambridge University Press; 2014.
5. Foucault M. *História da sexualidade 3: o cuidado de si*. Rio de Janeiro: Graal; 2009.
6. White R. Foucault on the care of the self as an ethical project and a spiritual goal. *Hum Stud*. 2014;37(4):489-504.
7. Bardin L. *Análise de Conteúdo*. 4. ed. Tradução de Luís Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70; 2016.
8. Dalbosco CA. *Pragmatismo, teoria crítica e educação: ação pedagógica como mediação de significados*. Campinas: Autores Associados; 2010.
9. Grabois PF. Práticas éticas de subjetivação e resistência política em Michel Foucault. *ECOS Estud Contemp Subj*. 2013;3(1):72-87.
10. Xavier LN, Sombra ICN, Gomes AMA, Oliveira GL, de Aguiar CP, Sena RMC. Grupo de convivência de idosos: apoio psicossocial na promoção da saúde. *Rev Rene*. 2015;16(4):557-66
11. Hadot P. *La philosophie comme manière de vivre*. Paris: Albin Michel; 2008.
12. Silva NMA, Freitas AS. A ética do cuidado de si no campo pedagógico brasileiro: modos de uso, ressonâncias e desafios. *Pro-Posições*. 2015;26(1):217-33.
13. Lynch R. *Foucault's critical ethics*. New York: Fordham University Press; 2016.
14. Ramirez RH. Technology and self-modification: understanding technologies of s after Foucault. *J Sci Technol Arts*. 2017;9(3):45-57.
15. Almeida M. As Relações de amizade entre pessoas idosas: significados, funções e intimidade. *Atas Invest Qual Saúde*. 2016;2:1340-5.
16. Pinho LC. Michel Foucault e o conceito grego de parresia. *Poiesis Rev Filos*. 2015;12(1):34-43.



Tríade iatrogênica em um grupo de mulheres idosas vinculadas a um plano de saúde

The iatrogenic triad in a group of elderly women contracted to a health plan

Henrique Souza Barros de Oliveira¹ 
Maria Elisa Gonzalez Manso^{1,2} 

Resumo

Objetivo: Investigar os principais elementos da Tríade Iatrogênica em um grupo de mulheres idosas, com doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e vinculadas a um plano de saúde. **Método:** Estudo epidemiológico, transversal e descritivo, realizado mediante a análise de 3.501 prescrições médicas realizadas à 725 mulheres idosas com ≥ 65 anos. As medicações foram determinadas como medicamentos potencialmente inapropriados (MPI) segundo quatro instrumentos (AGS Beers 2015; lista PRISCUS; EU(7)-PIM; Consenso Brasileiro de MPI – CBMPI). Além disso, os medicamentos mais prescritos foram estudados segundo as possíveis interações medicamentosas (IM) e classificados quanto ao grau de severidade. **Resultados:** Este estudo revelou que 89,3% do grupo estudado faziam uso de, pelo menos, um elemento da Tríade Iatrogênica, sendo que 44,9% estavam associados ao uso de polifarmácia e MPI. Um total de 48,0% estavam em uso contínuo de pelo menos cinco medicamentos. As principais IM foram entre omeprazol, sinvastatina e levotiroxina, todos de gravidade significativa e com potencial de interação medicamento-alimento. Encontrou-se 35,1% de MPI através dos quatro critérios utilizados, sendo identificado 26,6% pelo CBMPI, 25,8% através do EU(7)-PIM, 24,6% e 6,6% pelo AGS Beers e o PRISCUS, respectivamente. **Conclusão:** Evidenciou-se um alto índice de medicamentos em uso contínuo, MPI e interações medicamentosas potenciais, principalmente de inibidores enzimáticos em um grupo de idosas de risco, devido às suas particularidades clínicas. A idade avançada esteve associada à presença de todos os elementos da tríade iatrogênica. Notou-se ainda que todos os critérios aplicados não apresentaram diferenças significativas, com exceção da lista PRISCUS.

Palavras-chave: Assistência a Idosos; Uso Excessivo de Medicamentos Prescritos; Lista de Medicamentos Potencialmente Inapropriados; Interações Medicamentosas; Planos de Pré-pagamento em Saúde. Saúde Coletiva.

Abstract

Objective: To study the main elements of the iatrogenic triad in a group of elderly women with a Chronic Non-Communicable Disease (CNCD) contracted to a health plan. **Method:** A cross-sectional and descriptive epidemiological study was carried out by analyzing 3,501 medical prescriptions of 725 elderly women aged ≥ 65 years. The medications were

¹ Centro Universitário São Camilo, Faculdade de Medicina. São Paulo, São Paulo, Brasil.

² Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo, São Paulo, Brasil.

determined to be Potentially Inappropriate Medications (PIM) based on four instruments (AGS Beers 2015, PRISCUS List, EU(7)-PIM, Brazilian Consensus of PIM – CBPIM). In addition, the most prescribed drugs were assessed for possible Drug Interactions (DI) and classified according to degree of severity. *Results:* The present study revealed that 89.3% of the studied group used at least one element of the iatrogenic triad, and 44.9% of the sample were associated with the use of polypharmacy and PIM. A total of 48.0% were taking at least five continuous use medications. The main DI were omeprazole, simvastatin and levothyroxine, all of which are of significant severity and have potential drug-food interactions. A total of 35.1% of PIM were identified through the four criteria used, 26.6% were identified by the CBPIM, 25.8% by the EU(7)-PIM, and 24.6% and 6.6% by AGS Beers and PRISCUS, respectively. *Conclusion:* A high index of continuous use medications, PIM and potential DI were identified, mainly enzymatic inhibitors in a group of elderly women at risk due to their clinical characteristics. Old age was associated with the presence of all the elements of the iatrogenic triad. It was also noted that there were no significant differences between the criteria applied, except for the PRISCUS list.

Keywords: Old Age Assistance; Prescription Drug Overuse; Potentially Inappropriate Medication List; Drug Interactions; Prepaid Health Plans; Public Health.

INTRODUÇÃO

Os idosos são os maiores consumidores de medicamentos e, ao mesmo tempo, são os mais sensíveis e expostos aos Eventos Adversos Relacionados a Medicamentos (EARM) tais como: prescrição em cascata ou cascata medicamentosa; efeitos tóxicos; Triáde Iatrogênica, caracterizada como a prescrição de pelo menos um medicamento potencialmente inapropriado (MPI) associado ao uso contínuo de polifarmácia e a presença de potenciais interações associadas a medicação, e as reações adversas aos medicamentos (RAM). Estima-se que 30% dos atendimentos de saúde prestados a esse segmento etário estão relacionados a problemas com medicamentos^{1,2}.

Uma gama de fármacos comercializados e consumidos por idosos estão associados ao surgimento de diversos tipos de interações medicamentosas (IM), quais sejam: interação medicamento-medicamento, medicamento-doença, medicamento-exames laboratoriais, medicamento-alimento, medicamento-álcool e medicamento-tabaco. Assim, uma resposta farmacológica ou clínica em que os efeitos de uma medicação ficam alterados pela combinação de dois ou mais medicamentos, fitoterápico, alimento, bebida alcoólica ou agente químico ambiental define a presença de IM³.

As RAM são consideradas como uma resposta nociva do organismo e não intencional ao uso de um fármaco cuja posologia é normalmente empregada para profilaxia, diagnóstico ou tratamento de doenças.

Os diuréticos, antilipidêmicos, betabloqueadores, anti-inflamatórios, digitálicos, inibidores (omeprazol, cimetidina e captopril) e indutores enzimáticos (fenitoína e carbamazepina) são alguns dos medicamentos frequentemente causadores de RAM e responsáveis por, aproximadamente, 25% das admissões hospitalares por essa causa, sendo em sua maioria uma reação aguda^{4,5}.

A polifarmácia, considerada como a utilização contínua e simultânea de pelo menos cinco tipos de fármacos diversos, potencializa o risco terapêutico de potenciais IM, prescrição de MPI e de ocasionar RAM. Os MPI são fármacos prescritos por médicos que apresentam um risco de causar efeitos adversos maiores do que os seus benefícios, sendo que existem alternativas eficazes para seu uso. O risco aumentado de reações adversas, o uso de medicações que agravam a doença de base ou a falta de evidência científica acerca da eficácia terapêutica daquela medicação também podem ser consideradas como MPI^{4,5,6}.

Diante dessa problemática, grupos de especialistas propuseram instrumentos (critérios) que possibilitam a detecção de fármacos potencialmente iatrogênicos para população geriátrica, considerando-se o grau de evidência para o uso de cada fármaco. Cada instrumento corresponde ao padrão de comercialização e o perfil de prescrição de cada país, incluindo: França, Alemanha, Austrália, Noruega, Canadá, Estados Unidos, Inglaterra, Coreia do Sul e mais recentemente, o Brasil⁷. Os instrumentos mais conhecidos são Critérios de Beers⁸, *Screening Tool of Older Person's Prescriptions* – STOPP/*Screening Tool to*

*Alert Doctors to Right Treatment – START*⁹, *Fit for the Aged – FORTA*¹⁰ e *List PRISCUS*¹¹.

Embora alguns países europeus disponibilizem critérios próprios, em 2015, a união europeia desenvolveu a *European List of Potentially Inappropriate Medications – EU(7)-PIM*. Trata-se de instrumento atualizado, com elevado rigor de revisão, e que conta com 282 substâncias contraindicadas para uso em idosos. De maneira distinta a outros instrumentos, essa lista disponibiliza alternativas terapêuticas aos clínicos, o que facilita a substituição dos MPI¹².

Os critérios de Beers foram desenvolvidos e publicados pelo geriatra norte americano Dr. Mark Howard Beers, em 1991, para classificar os principais MPI em uso por idosos que residiam em instituição de longa permanência. Em 1997, o instrumento foi revisado e expandido e em 2003 adaptado para uso em diversos outros serviços geriátricos. A partir de 2012, a *American Society of Geriatric (AGS)* passou a participar das revisões periódicas, somando avaliações de qualidade em relação às evidências científicas, força dessas recomendações e auxiliando na disseminação do mesmo. Em sua última revisão, publicada em 2015, foi acrescentado uma lista de potenciais interações associadas, uma relação de fármacos que devem ser evitados e os medicamentos que devem ter as suas dosagens ajustadas com base na sua função renal do indivíduo idoso⁸.

Com base no conteúdo dos critérios de Beers 2012 e *Screening Tool of Older People's Prescriptions (STOPP)* 2006, foi validado e publicado o primeiro Consenso Brasileiro de Medicamentos Potencialmente Inapropriados (CBMPI) para uso em idosos. Esse instrumento foi criado com propósito de melhorar a qualidade e a segurança da prescrição de idosos susceptíveis aos EARM¹³.

Estudos demonstram que os critérios para verificação de medicamentos inapropriados para uso em idosos, bem como a investigação sistemática de interações medicamentosas, ainda são pouco utilizados no Brasil, principalmente pela classe médica. Além da necessidade de educar e conscientizar os profissionais de saúde que trabalham na atenção à saúde do idoso, a utilização de listas de critérios e de programas para detecção de IM, a

maioria destes gratuitos e de fácil acesso, aliadas à colaboração estreita com o profissional farmacêutico, tem se revelado eficientes para diminuir potenciais prejuízos ao paciente idoso^{14,15}.

Apesar desses esforços, nota-se ainda uma escassez de pesquisas explorando as questões farmacológicas dos idosos no setor suplementar de saúde brasileira. Trata-se de um provável grupo de risco para EARM, por terem rápido e fácil acesso aos mais diversos serviços de saúde. O presente estudo se propôs a investigar a presença dos elementos da Tríade Iatrogênica (prescrição de MPI, uso contínuo de polifarmácia e a presença de potenciais e principais interações associadas a medicação) em um grupo de mulheres idosas participantes de um programa de gerenciamento de doenças vinculado a um plano de saúde do município de São Paulo (SP), Brasil.

MÉTODO

Durante o período de setembro a dezembro de 2015 foi realizado um estudo transversal, descritivo, retrospectivo sobre a utilização de medicamentos por um grupo de mulheres idosas, não institucionalizadas, vinculadas a um plano de saúde suplementar do município de SP, e que fazem parte de um programa de gerenciamento de doenças crônicas (GDC) desenvolvido por uma operadora de planos de saúde (OPS) localizada na referida cidade.

Foram analisadas todas as prescrições feitas a esse grupo de mulheres durante o período do estudo. O grupo de mulheres pesquisado compõem a totalidade de mulheres idosas participantes deste programa, o qual tem como critério de inclusão a idade ≥ 65 anos, faixa etária estipulada pela operadora de planos de saúde.

Caracterização do programa de GDC

Em 2005, a agência nacional de saúde (ANS), responsável por defender o interesse público no setor de assistência à saúde suplementar, determinou que as OPS oferecessem programas de promoção à saúde e prevenção de doenças em resposta a mudança do padrão de adoecimento da população. Desde então,

algumas resoluções vêm sendo editadas no sentido de estimular a implantação e manutenção desses programas por essas empresas¹⁶.

Esses programas devem ser implantados para uma população com perfil de risco instituindo ações e coordenação multiprofissional, garantindo-se o acompanhamento, avaliação e monitoramento contínuo dos participantes por meio de indicadores de saúde. Algumas operadoras, em sua maioria internacionais, executam tais programas mediante a metodologia de gerenciamento de doenças (GD) ou GDC¹⁶.

O programa de GDC é elaborado com objetivo de promoção da saúde e prevenção de doenças crônicas. Para isso, busca aumentar o envolvimento do idoso com sua(s) enfermidade(s), estimulando o autocuidado, prevenindo crises agudas e complicações das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), esperando, assim, interferir de maneira benéfica no curso natural da doença. Este programa possui monitoramento telefônico mensal e visitas domiciliares, cuja frequência depende da complexidade de cada idoso assistido. Ambas as ações são realizadas por enfermeiros treinados e capacitados. A adesão ao programa é espontânea e, caso haja interesse em participar, não existe um limite temporal de permanência¹⁶.

Todos os participantes deste programa devem ter pelo menos uma DCNT diagnosticada, além de ter ≥ 65 anos de idade e estar em acompanhamento médico para sua enfermidade e em tratamento. Cabe ressaltar que, os médicos que acompanham esses idosos não têm relação e interação com o programa, sendo que os idosos os escolhem livremente através do serviço prestado pelo próprio plano de saúde.

Critérios de exclusão

Foram excluídas do estudo apenas as idosas que faziam uso de um único medicamento, por não apresentarem risco de interação medicamentosa. Além disso, foram excluídas as prescrições médicas de produtos como cremes hidratantes, colírios, protetores solares, vitaminas, fitoterápicos e medicamentos em fórmulas.

Variáveis estudadas

As variáveis de estudo foram idade; número e tipo de medicamentos prescritos por idosa; potenciais IM e as suas gravidades, além da presença de MPI segundo os seguintes instrumentos: AGS Critérios de Beers 2015⁸, lista PRISCUS¹¹, lista de MPI da União Europeia – EU(7)-PIM¹² e o Consenso Brasileiro de MPI – CBMPI¹³. Desta forma, pode-se analisar a prevalência e concomitância dos elementos que compõem a Tríade Iatrogênica, bem como sua distribuição segundo as faixas etárias (65-69, 70-79 e ≥ 80 anos).

Desenvolvimento metodológico

Durante as atividades do programa previamente citado, foram coletadas informações sobre as prescrições médicas realizadas a esse grupo e incluídos em um banco de dados eletrônico para compor este estudo. A inclusão de todas as prescrições médicas feitas, por mais de um especialista e utilizadas pelo grupo foram analisadas, em virtude da alta frequência de assistência fragmentada a saúde do idoso. Ademais, algumas prescrições médicas foram realizadas desde 1971, sendo atualizadas com periodicidade quanto a posologia e data da prescrição até o ano da coleta. A análise descritiva compreendeu medidas categóricas e contínuas, estas últimas expressas na forma de medidas de tendência central e medidas de dispersão. Os dados categóricos foram expressos por distribuição de frequência absoluta (n) e relativa (%).

Todos os medicamentos foram analisados segundo a classificação *Anatomical Therapeutic Chemical Code* (ATC)¹⁷.

A classificação ATC é reconhecida e recomendada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como padrão internacional para estudos de utilização de medicamentos. Esse sistema de classificação divide as medicações, em diferentes níveis, segundo órgão ou sistema em que atuam (1º nível) e suas propriedades terapêuticas (2º nível), farmacológicas (3º nível) e químicas (4º e 5º nível)¹⁷.

Todos os medicamentos analisados foram classificados de acordo com ATC e divididos de

acordo com o grupo anatômico ou sistema principal em que atuam (1º nível). Para identificar as substâncias a partir dos nomes comerciais, empregou-se o dicionário de especialidade farmacêutica (DEF). Para os medicamentos que não apresentavam um código específico na ATC, a classificação foi realizada até o limite que possibilitou identificar o grupo, a classe ou a ação terapêutica.

As prescrições foram classificadas como polifarmácia com base no número de medicamentos prescritos, contendo no mínimo, cinco ou mais medicamentos em uso contínuo por idosa. Cabe ressaltar que, apesar da presença de diversas definições sobre polifarmácia, desde qualitativas e quantitativas, e a ausência de um consenso, o presente estudo optou pela definição de prevalência na literatura e corriqueiramente empregado na prática clínica^{1,2,4,5}.

As potenciais interações medicamentosas foram identificadas através de três *softwares* disponíveis *online*, inicialmente pelo Medscape® (*Drug Interaction Checker*), seguido pela confirmação do Micromedex® (*University of Maryland Medical Center Drug Checker*) e Drugs.com® (*Drug Informations Online*). Todas as interações foram validadas de acordo com o potencial de gravidade e confirmadas pelos *softwares* envolvidos para aumento da acurácia das informações, sendo que os pesquisadores optaram pelo *software* Medscape® para analisar o impacto das interações associadas a medicação por ser um programa amplamente utilizado, aceito e considerado como padrão-ouro nesse segmento. Nos casos de discordância entre as bases quanto à classificação de interação, foi adotada a de menor gravidade. A partir das informações disponíveis nas bases de dados consultadas, apenas os medicamentos mais prevalentes foram descritos e classificados quanto à gravidade, podendo ser a IM considerada não significativa, significativa e muito significativa.

Para determinar os MPI independente do diagnóstico e da condição clínica, utilizamos os Critérios de Beers 2015, lista PRISCUS, EU(7)-PIM e o CBMPI. A seleção desses critérios foi baseada na prevalência de utilização pela literatura e por cobrirem diferentes regiões do mundo. Em relação ao rastreio, considerou-se a presença de MPI por qualquer um dos critérios citados acima.

Pressupostos éticos

Todos os participantes deste estudo foram informados da pesquisa, tomando ciência da voluntariedade, do ingresso opcional e do sigilo dos seus dados. Somente após assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), uma equipe de enfermeiros coletou os dados nas residências destes durante a realização das atividades do programa de GDC. O projeto de pesquisa foi aprovado pela Comissão de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro Universitário São Camilo, SP, CAAE: 48122015.7.0000.0062.

RESULTADOS

Foram analisadas prescrições feitas à 725 mulheres idosas vinculadas a um plano de saúde do município de SP, cuja média de idade foi de 77,9 ($\pm 7,37$) anos, variando entre 65 e 101. Observou-se grande longevidade no grupo estudado, sendo que 41,1% tinham 70-79 anos e 40,4% tinham idade ≥ 80 anos.

Obeve-se um total de 3.501 fármacos prescritos por médicos, com média de medicamentos utilizados por idosas de 5,8 ($\pm 2,49$), variando de dois a 13 fármacos/idosa e mediana de 6 com interquartil entre 4 e 7. A prevalência de idosas fazendo uso contínuo e concomitante de ≥ 5 fármacos foi de 48,8% (348). Quando analisado o consumo médio de fármacos *versus* faixa etária, observou-se uma média máxima de polifarmácia de 6,1 ($\pm 2,51$) em idosas com idade ≥ 80 anos, como apresentado na Tabela 1.

Em relação as principais IM, identificou-se três com maior prevalência e com gravidade significativa, sendo estas sinvastatina *versus* omeprazol (151; 20,8%); sinvastatina *versus* levotiroxina (120; 16,5%); omeprazol *versus* levotiroxina (108; 14,8%). Todos os três fármacos citados, apresentaram risco potencial de interação medicamento-alimento, sendo omeprazol e levotiroxina de gravidade significativa e a sinvastatina de gravidade muito significativa. A distribuição das IM mais prevalente de acordo com a faixa etária, nível de gravidade e as potenciais RAM são apresentadas na Tabela 2.

Tabela 1. Análise de prescrições médicas segundo número de medicamentos, idade e presença de uso de medicamentos de uso contínuo, grupo de mulheres idosas vinculadas a um plano de saúde do município de São Paulo, Brasil, 2015.

	n (%)	Idade	Medicamentos de uso contínuo
65-69 anos	134 (18,5%)	67,1 (\pm 1,5)	5,0 (\pm 1,9) (02-10)
70-79 anos	298 (41,1%)	74,8 (\pm 2,6)	5,8 (\pm 2,6) (02-13)
\geq 80 anos	293 (40,4%)	84,9 (\pm 4,0)	6,1 (\pm 2,5) (02-13)
Geral	725 (100%)	77,9 (\pm 97,3)	5,8 (\pm 2,4) (02-13)

Tabela 2. Principais interações medicamento-medicamento encontradas em prescrições realizadas a um grupo de mulheres idosas vinculadas a um plano de saúde do município de São Paulo, Brasil, 2015.

Variável	Interações medicamento-medicamento		
	Sinvastatina <i>versus</i> Omeprazol	Sinvastatina <i>versus</i> Levotiroxina	Omeprazol <i>versus</i> Levotiroxina
Gravidade	Significativa	Significativa	Significativa
Risco potencial	Aumento sérico de sinvastatina levando a miopatia (rabdomiólise) e hepatopatia	Diminuição da eficácia terapêutica da levotiroxina levando à efeitos adversos (cansaço, sonolência, constipação, ganho ponderal, sensação de depressão, intolerância a temperatura baixa, xerose cutânea e capilar)	
Idade			
65-69 anos	27 (3,7%)	20 (2,7%)	12 (1,6%)
70-79 anos	65 (8,9%)	50 (6,8%)	38 (5,2%)
\geq 80 anos	59 (8,1%)	50 (6,8%)	58 (8%)
Total	151 (20,8%)	120 (16,5%)	108 (14,8%)

Todos os fármacos foram analisados e determinados como apropriado ou potencialmente inadequado. Para isso, utilizou-se quatro instrumentos de rastreio, como citado, sendo todos agrupados como MPI. Identificou-se que, 81,1% (588) das idosas estudadas fazem uso de, pelo menos, um MPI, atingindo uma média de consumo 2,8 (\pm 1,43) MPI/idosa e mediana de 3 [IQ 2-4] MPI/idosa.

Todos os 1.232 (35,1%) MPI identificados pelos quatro critérios foram agrupados, analisados e classificados, segundo a classificação ATC. Encontrou-se uma prevalência de prescrição para o aparelho digestivo e metabolismo (494; 40,0%), seguido pelo sistema nervoso central (351; 28,4%), sistema cardiovascular (128; 10,3%), sistema músculo esquelético (107; 8,6%) e, sangue e

órgãos hematopoiéticos (55; 4,4%). Os grupos que apresentaram a menor prevalência foram hormônios de uso sistêmico e produtos antiparasitários (<0,1%). A Tabela 3 apresenta os principais MPI segundo a classificação ATC, de acordo com a faixa etária do grupo estudado.

Observou-se também, alta prevalência de prescrições de MPI segundo o CBMPI (932; 26,6%), EU(7)-PIM (904; 25,8%) e os Critérios de Beers (864; 24,6%). A lista PRISCUS rastreou apenas 6,6% (233) de MPI (Tabela 4). O número médio de MPI por idosa segundo o CBMPI foi de 2,2 \pm 1,21 (1-7), EU(7)-PIM igual a 2 (\pm 1,02) (1-5), Critérios de Beers de 1,9 (\pm 1,01) (1-5) e a lista PRISCUS igual a 1,3 (\pm 0,54) (1-3). Os principais MPI prescritos ao grupo foram omeprazol, insulina, furosemida, clonazepam, prometazina e aspirina.

Tabela 3. Distribuição da *Anatomical Therapeutic Chemical Code* (ATC) dos principais medicamentos potencialmente inapropriados segundo faixa etária, prescritos a um grupo de mulheres idosas vinculadas a um plano de saúde do município de São Paulo, Brasil, 2015.

Código	Sistemas	n (%)	n (%)	n (%)
		65-69 anos	70-79 anos	≥80 anos
A	Aparelho digestivo e metabolismo	85 (6,8)	213 (17,2)	196 (15,9)
B	Sangue e órgãos hematopoiéticos	08 (0,6)	22 (1,7)	25 (2,0)
C	Sistema Cardiovascular	11 (0,8)	50 (4,0)	67 (5,4)
D	Dermatológicos	03 (0,2)	07 (0,5)	10 (0,8)
G	Sistema genito-urinário e hormônios sexuais	08 (0,6)	14 (1,1)	07 (0,5)
H	Hormônios de uso sistêmico, excluindo hormônios sexuais	-	-	01 (0,08)
J	Anti-infecciosos gerais para uso sistêmico	06 (0,4)	10 (0,8)	11 (0,8)
M	Sistema músculo esquelético	23 (1,8)	47 (3,8)	37 (3,0)
N	Sistema nervoso central	46 (3,7)	135 (10,9)	170 (13,7)
P	Produtos antiparasitários	-	01 (0,08)	-
R	Sistema respiratório	06 (0,4)	03 (0,2)	07 (0,5)
S	Órgãos sentidos	01 (0,08)	-	02 (0,16)
	Total	197 (15,9)	502 (40,7)	533 (43,2)

Tabela 4. Principais MPI identificados pelos critérios de Beers 2015, PRISCUS, CBMPI e EU(7)-PIM, grupo de mulheres idosas vinculadas a um plano de saúde do município de São Paulo, Brasil, 2015.

n	233 (6,6%) MPI, segundo a lista PRISCUS 189 idosas (26%) faziam uso de pelo menos um MPI identificado por esse critério
41	Bromazepam
20	Alprazolam
18	Fluoxetina
17	Zolpidem
15	Nitrofurantoina
12	Meloxicam
09	Sotalol
09	Oxibutinina/Dimenidrinato
07	Ticlopidina
06	Metildopa/Pentoxifilina
	864 (24,6%) MPI, segundo critério de Beers 2015 480 idosas (66,2%) faziam uso de pelo menos um MPI identificado por esse critério
336	Omeprazol
71	Insulina
50	Clonazepam
44	Prometazina
42	Aspirina
27	Orfenadrina/Quetiapina
22	Diclofenaco
20	Alprazolam
19	Carisoprodol
17	Zolpidem

continua

Continuação da Tabela 4

	904 (25,8%) MPI, segundo EU(7)-PIM
	516 idosas (71,1%) fazia uso de pelo menos um MPI identificado por esse critério
336	Omeprazol
71	Insulina
50	Clonazepam
44	Prometazina
41	Bromazepam
23	Glimeperidina/Sitagliptina
22	Diclofenaco
20	Alprazolam
18	Fluoxetina
17	Zolpidem
	932 (26,6%) MPI, segundo CBMPI
	525 idosas (72,4%) fazia uso de pelo menos um MPI identificado por esse critério
336	Omeprazol
58	Furosemida
50	Clonazepam
44	Prometazina
42	Aspirina
27	Quetiapina
22	Diclofenaco
20	Alprazolam
19	Carisoprodol
17	Prednisona/Zolpidem

MPI: Medicamentos potencialmente inapropriados;

EU(7)-PIM: Lista de medicamentos potencialmente inapropriados da União Europeia;

CBMPI: Consenso brasileiro de medicamentos potencialmente inapropriados.

A análise dos elementos da Tríade Iatrogênica revelou que 89,3% (648) preencheram, pelo menos, um elemento dessa tríade, sendo que 44,9% (326) associaram-se ao uso contínuo e simultâneo de polifarmácia e MPI. Dessas, 46,0% (150) correspondem as idosas com ≥ 80 anos, 38,3% (125) as idosas com 70-79 anos e a minoria com 15,6% (51) as idosas entre 65 e 69 anos.

DISCUSSÃO

Nos últimos anos, um fenômeno demográfico brasileiro vem chamando atenção de pesquisadores: a prevalência do gênero feminino na população geriátrica. Os últimos dados, publicado em 2018, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) mostram que as mulheres são maioria expressiva nesse grupo etário, com 16,9 milhões (56% do grupo), enquanto os homens idosos são 13,3 milhões (44%), sendo que idosas com ≥ 80 anos chegam a ser duas

vezes mais numerosas do que os homens e quatro a cinco vezes maiores entre os idosos centenários¹⁸. Em relação as características demográficas dos idosos assistidos pelo setor suplementar de saúde brasileira, observa-se que as maiores coberturas se concentram entre idosas do gênero feminino, nas faixas etárias entre 70 e 79 anos e principalmente na região Sudeste do país, dados concordantes com a distribuição encontrada nesta amostra¹⁹.

O gênero feminino permanece como um fator constata de risco para inúmeras condições na idade avançada, como uso contínuo e concomitante de ≥ 5 medicamentos (polifarmácia), uso de psicotrópicos e de MPI^{20,21}. De acordo com estudos nacionais conduzidos com idosos desse mesmo segmento, a média geral de consumo diário de medicamento por idoso oscila entre 3,5 e 5,9. Quando explorado o consumo entre mulheres idosas, nota-se média superior ao grupo geral e similar aos dados encontrados neste estudo^{22,23}.

O grupo de mulheres idosas participantes desta pesquisa, como mencionado, fazem parte de um programa para o qual exige, como critério de inclusão, ter diagnóstico de pelo menos uma DCNT, o que determina ao grupo maior vulnerabilidade clínica e terapêutica, evidenciando a importância de evitar o uso irracional de medicamentos, principalmente aqueles considerados potencialmente inapropriados. Com isso, o risco do surgimento de RAM, adocimento, descompensação da(s) doença(s) de base, quadros confusionais (*delirium*), dependência, hospitalização e a institucionalização aumentam significativamente^{5,23}.

As principais interações encontradas na população estudada foram entre omeprazol, sinvastatina e levotiroxina, todas classificadas com gravidade moderadas ou significativas. As IM encontradas estão relacionadas à medicamentos indutores ou inibidores enzimáticos, mecanismos estes que favorecem o desenvolvimento de IM e cujas combinações devem ser evitadas por envolverem processos farmacocinéticos de inibição hepática de outras drogas^{24,25}.

A combinação entre omeprazol e sinvastatina esteve presente em 20,8% das prescrições, o que resulta em interação de gravidade significativa. Esses medicamentos são administrados concomitantes na prática clínica ambulatorial e hospitalar com frequência, principalmente para resultado a longo prazo em pacientes com risco para eventos cardiovasculares. A prescrição única dos inibidores da HMG-coa redutase tem risco associado à miopatia, em especial rhabdomiólise, condição patológica que pode estar aumentada quando associado com antimicrobianos (azitromicina, ciprofloxacino, claritromicina e fluconazol). Quando associados, esses fármacos podem levar à inibição competitiva da P-glicoproteína intestinal, da biotransformação pelo CYP4503A4 e/ou do citocromo P450, resultando no aumento de concentrações plasmáticas da sinvastatina, aumentando o risco de efeitos secundários como lesão hepática, degradação do tecido muscular esquelético levando à rhabdomiólise e a injúria renal aguda. Durante a avaliação desses pacientes, a inespecificidade clínica do quadro pode levar ao subdiagnóstico e assim, um manejo correto tardio^{24,26}.

A associação entre sinvastatina ou omeprazol com levotiroxina gera uma diminuição da eficácia

terapêutica da levotiroxina. A levotiroxina é a forma sintética do hormônio tireoidiano tiroxina (T4) e é utilizado para reposição hormonal em casos de hipotireoidismo independentemente da sua etiologia. A administração desse hormônio sintético deve ser realizada pela manhã em jejum, com intervalo de uma hora pré refeição matinal, devido ao potencial risco de interação medicamento-alimento. A diminuição da eficácia terapêutica da levotiroxina pode levar à efeitos adversos como cansaço, sonolência, constipação, ganho ponderal, sensação de depressão, intolerância a temperatura baixa, xerose cutânea e capilar. A longo prazo, os níveis séricos do colesterol, de homocisteína e da proteína C reativa se elevam. Há ainda, risco de fraturas ósseas e maior rigidez arterial, que se torna um importante fator de risco para doenças cardiovasculares²⁷.

Cabe alertar que, a administração de sinvastatina, levotiroxina e omeprazol em períodos próximos da refeição devem ser contraindicados. Esses apresentam também risco significativo de interação medicamento-alimento, pois a diminuição da velocidade de absorção dos fármacos retarda o esvaziamento gástrico, provocando interações que levam a danos no organismo. Portanto, respeitar o intervalo de tempo entre a administração desses medicamentos e a refeição é importante no impacto da biodisponibilidade da medicação²⁸.

Os inibidores de bomba de prótons (IBP), como o omeprazol, são medicamentos corriqueiramente prescritos para tratamento de doença do refluxo gastroesofágico, esofagite, gastrite, úlcera péptica, casos de hemorragia digestiva e de proteção gástrica. No entanto, o uso superior a oito semanas é contraindicado e inapropriado, pelo potencial para desenvolvimento de perda de massa óssea levando à osteoporose e fraturas, demência, injúria renal, pneumonia, alteração do pH gástrico favorecendo infecções por *Clostridium difficile*, distúrbios hidroeletrólíticos (hipomagnesemia, hipocalcemia) e até deficiência de vitamina B12 e de ferro por atrofia gástrica e má absorção. O uso prolongado em idosos com infecção por *Helicobacter pylori* ou com erradicação bem-sucedida associa-se ao risco aumentado para desenvolvimento de neoplasia gástrica. Além disso, o uso de IBP concomitante com outras drogas tem alto risco de IM, devendo esses fármacos serem prescritos com cautela^{8,12,13,29,30}.

Interessante ressaltar a alta prevalência de MPI no grupo estudado, semelhante ao descrito na literatura com idosos deste mesmo setor de saúde, oscilando entre 11,7 e 41,9% de MPI^{20,21,27}. No entanto, quando explorado idosos hospitalizados, institucionalizados ou apenas em acompanhamento ambulatorial, observa-se uma grande variabilidade na prevalência de MPI (2,9% a 91,9%)^{30,31}.

Apesar do grande número de critérios para rastreio de MPI disponíveis, poucos tem aplicabilidade em diferentes regiões do mundo e poucos estudos realizaram comparação entre esses critérios para determinar diferenças, aplicabilidade ou capacidade de identificar MPI. O presente estudo aplicou quatro critérios de diferentes regiões do mundo (EUA, União Europeia, Alemanha e Brasil) e encontrou semelhanças na prevalência entre CBMPI, EU(7)-PIM e AGS Beers 2015. A lista PRICUS apresentou baixa prevalência na amostra estudada. Em um estudo realizado por Novaes et al.²⁸, uma alta prevalência de MPI (50% pelo AGS Beers 2015 e 59,5% pelo EU(7)-PIM) foi encontrada em idosos de comunidade brasileira. Esse mesmo estudo, encontrou uma elevada concordância entre os critérios e notou que o critério EU(7)-PIM tinha maior sensibilidade e o Beers um perfil mais equilibrado entre especificidade e sensibilidade. No entanto, mais estudos nacionais devem ser realizados.

A utilização de mais do que um instrumento para rastreio em nosso estudo, proporcionou maior acurácia no rastreio de MPI, visto que cada um dos instrumentos possui falhas para a realidade brasileira. Cabe salientar, a importância de revisões periódicas, a inserção de outras medicações que são amplamente utilizadas pela população geriátrica brasileira e um anexo com alternativas terapêuticas. Ademais, é de suma relevância a participação/parceria da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG) nas revisões e divulgações desse instrumento para os profissionais da área.

Quando analisada presença de, pelo menos, um elemento da Tríade Iatrogênica, observou-se que 89,3% destas idosas faziam uso de MPI, polifarmácia ou medicamentos de potencial interação, notando ainda que 44,9% destas utilizavam, diariamente, pelo menos dois elementos da tríade.

Esses dados associados à elevada prevalência de MPI (35,1%) nesse grupo e ao uso excessivo de medicamentos prescritos (48,8%), preocupou os pesquisadores. Esses achados, agregados ainda à idade avançada encontrada e à presença de condições crônicas, tornam o grupo estudado de alta susceptibilidade aos desfechos desfavoráveis dos EARM.

Limitações

Esta pesquisa, ressalta-se, possui algumas limitações. As particularidades sociodemográficas e clínicas de risco no grupo estudado impossibilitam a generalização e comparação dos resultados obtidos. Nesta pesquisa, foram incluídas idosas que faziam uso de dois ou mais medicamentos, por apresentarem risco de interação medicamentosa, levando assim, a superestimar os resultados obtidos por medidas de tendência central em relação ao número de medicamentos prescritos. Em virtude da ausência de análise do tipo e da quantidade de diagnósticos por idosa não foi possível afirmar se os achados foram prejudiciais a esse grupo. Destaca-se ainda, que não foi avaliado a deterioração funcional, presença de automedicação, interação com doença(s) de base, ocorrência de RAM e o desfecho de EARM (institucionalização, hospitalização e mortalidade).

CONCLUSÃO

Este estudo observou um alto índice de Medicamentos Potencialmente Inapropriados, de utilização de medicamentos em uso contínuo – principalmente de inibidores enzimáticos – e de risco significativo para o desenvolvimento de interações medicamentosas em um grupo de mulheres idosas portadoras de doenças crônicas não transmissíveis vinculadas a um plano de saúde do município de São Paulo, SP, Brasil. A idade avançada do grupo e a elevada prevalência dos elementos da Tríade Iatrogênica mostrou-se preocupante. A associação entre as particularidades demográficas e clínicas do grupo investigado predispõe ainda à associação desses achados com deterioração funcional, prescrição em cascata, hospitalização e morbimortalidade.

Em relação aos critérios utilizados neste estudo, não houve diferença na prevalência de medicamentos potencialmente inapropriados, com exceção da lista PRISCUS. Apesar do Consenso Brasileiro de Medicamentos Potencialmente

Inapropriados, *European List of Potentially Inappropriate Medications* e os Critérios de Beers 2015 terem sido eficazes, a aplicação de mais de um instrumento parece ter possibilitado maior acurácia no rastreio.

REFERÊNCIAS

- Gorzoni ML. Geriatria: medicina do século XXI?. *Medicina* (Ribeirão Preto). 2017;50(3):144-9.
- Novaes PH, Cruz DT, Lucchetti ALG, Leite ICG, Lucchetti G. The “iatrogenic triad”: polypharmacy, drug-drug interactions, and potentially inappropriate medications in older adults. *Int J Clin Pharm*. 2017;39(4):818-25.
- Scrignoli CP, Teixeira VCMC, Leal DCP. Interações medicamentosas entre fármacos mais prescritos em unidade de terapia intensiva adulta. *Rev Bras Farm Hosp Serv Saúde*. 2016;7(2):26-30.
- Vera ECBA. Terapia medicamentosa do idoso: fatores de influência [dissertação na Internet]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica; 2017 [acesso 30 ago. 2018]. Disponível em: <https://tede2.pucsp.br/bitstream/handle/19829/2/Elaine%20Cristina%20Biffi%20Alonso%20Vera.pdf>
- Oliveira HSB, Corradi MLG. Aspectos farmacológicos do idoso: uma revisão integrativa de literatura. *Rev Med (São Paulo)*. 2018;97(2):165-76.
- Lutz BH. Inadequação do uso de medicamentos entre idosos na cidade de Pelotas, RS [dissertação na Internet]. Pelotas: Universidade Federal de Pelotas; 2015 [acesso em 20 ago. 2018]. Disponível em: <http://www.epidemiologia.ufpel.org.br/uploads/teses/dissert%20barbara.pdf>
- Nam YS, Han JS, Kim JY, Bae WK, Lee K. Prescription of potentially inappropriate medication in Korean older adults based on 2012 Beers Criteria: a cross-sectional population based study. *BMC Geriatrics*. 2016;16:1-9.
- American Geriatrics Society. American Geriatrics Society 2015 Beers Criteria for potentially inappropriate medication use in older adults. *J Am Geriatr Soc*. 2015;63(11):2227-46.
- O’Mahony D, O’Sullivan D, Byrne S, O’Connor MN, Ryan C, Gallagher P. STOPP/START criteria for potentially inappropriate prescribing in older people: Version 2. *Age Ageing*. 2015;44(2):213-8.
- Kuhn-Thiel AM, Weib C, Wehling M. Consensus validation of the FORTA (Fit FOR The Aged) List: a clinical tool for increasing the appropriateness of pharmacotherapy in the elderly. *Drugs Aging*. 2014;31(2):131-40.
- Holt S, Schmiedl S, Thurmann PA. Potentially inappropriate medications in the elderly: The PRISCUS list. *Dtsch Arztebl Int*. 2010;107(31-32):543-51.
- Guiteras AR, Meyer G, Thurmann PA. The EU(7)-PIM list: a list of potentially inappropriate medications for older people consented by experts from seven European countries. *Eur J Clin Pharmacol*. 2015;71(7):861-75.
- Oliveira MG, Amorim WW, Oliveira CRB, Coqueiro HL, Gusmão LC, Passos LC. Consenso brasileiro de medicamentos potencialmente inapropriados para idosos. *Geriatr Gerontol Aging*. 2017;10(4):168-81.
- Leão DFL, Moura CS, Medeiros DS. Avaliação de interações medicamentosas potenciais em prescrições da atenção primária de Vitória da Conquista (BA), Brasil. *Ciênc Saúde Colet*. 2014;19(1):311-8.
- Cedraz KN, Santos Junior MC. Identificação e caracterização de interações medicamentosas em prescrições médicas da unidade de terapia intensiva de um hospital público da cidade de Feira de Santana, BA. *Rev Soc Bras Clin Med*. 2014;12(2):1-7.
- Manso MEG, Câmara R, Souza AS, Maciel TD, Farina DBL. Programa de gerenciamento de doenças crônicas em um plano de saúde, São Paulo, Brasil. *Ciênc Cuid Saúde*. 2016;15(2):321-27.
- World Health Organization. Anatomical Therapeutic Chemical Classification. Index with defined daily doses (ATC/DDDs). Oslo: WHO; 2010.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) contínua: número de idosos cresce 18% em 5 anos e ultrapassa 30 milhões em 2017 [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2018 [acesso em 20 ago 2018]. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/20980-numero-de-idosos-cresce-18-em-5-anos-e-ultrapassa-30-milhoes-em-2017>

19. Manso MEG, Osti AV, Borrozino NF, Maresti LTP. Avaliação multidimensional do idoso: resultados em um grupo de indivíduos vinculados a uma operadora de planos de saúde. *Rev Kairós*. 2018;21(1):191-211.
20. Manso MEG, Oliveira HSB, Biffi ECA. Gênero e polifarmácia: Impacto em um grupo de idosos vinculados a um plano de saúde. In: 20º Congresso Brasileiro de Geriatria e Gerontologia; 8-11 de junho de 2016; Fortaleza- CE. Fortaleza: SBBG; 2016. Resumos dos trabalhos científicos aprovados. p. 1233.
21. Martins GA, Acurcio FA, Franceschini SCC, Priore SE, Ribeiro AQ. Medicamentos potencialmente inadequados entre idosos do Município de Viçosa, Minas Gerais, Brasil: um inquérito de base populacional. *Cad Saúde Pública*. 2015;31(11):2401-12.
22. Muniz ECA, Goulart FC, Lazarini CA, Marin MJS. Análise do uso de medicamentos por idosos usuários de plano de saúde suplementar. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2017;20(3):357-87.
23. Manso MEG, Biffi ECA, Gerardi TJ. Prescrição inadequada de medicamentos a idosos portadores de doenças crônicas em um plano de saúde no município de São Paulo, Brasil. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2015;18(1):151-64.
24. Yamaguchi FM, Crozatti MTL, Bertolini DA, Demarchi IG, Okawa RTP, Teixeira JJV. Frequência de interações potenciais medicamento-medicamento em prescrições médicas na atenção primária em saúde. *Rev UNINGÁ*. 2017;29(1):54-60.
25. Ribeiro Neto LM, Costa Junior VL, Crozara MA. Interações medicamentosas potenciais em pacientes ambulatoriais. *Mundo Saúde*. 2017;41(1):107-15.
26. Alvim MM, Silva LA, Leite ICG, Silvério MS. Eventos adversos por interações medicamentosas potenciais em unidade de terapia intensiva de um hospital de ensino. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2015;27(4):353-9.
27. Ward LS. Levotiroxina e o problema da permutabilidade de drogas de estreito intervalo terapêutico. *Arq Bras Endocrinol Metab*. 2011;55(7):429-34.
28. Peixoto JS, Salci MA, Radovanovic CAT, Salci TP, Torres MM, Carreira L. Riscos de interação droga-nutriente em idosos de instituição de longa permanência. *Rev Gaúcha de Enferm*. 2012;33(3):156-64.
29. Oliveira HSB, Sousa JRP, Donis ACG, Manso MEG. Utilização dos critérios de Beers para avaliação das prescrições em idosos portadores de doenças crônicas vinculadas a um plano de saúde. *Rev Bras Ciênc Envelhec Hum*. 2017;14(3):242-51.
30. Novaes PH, Cruz DT, Lucchetti ALG, Leite ICG, Lucchetti G. Comparison of four criteria for potentially inappropriate medications in Brazilian community-dwelling older adults. *Geriatr Gerontol Int*. 2017;17(10):1628-35.
31. Santos AHDP, Cusinato CT, Guahyba RS. Medicamentos potencialmente inapropriados (MPIS) para idosos: prevalência em um hospital terciário do Brasil. *Rev Bras Farm Hosp Serv Saúde*. 2017;8(3):14-8.




Análise dos fatores de risco para queda em idosos institucionalizados

Analysis of risk factors for falls among institutionalized elderly persons

Vitor Pena Prazido Rosa¹ 

Fátima Cristina Bordin Dutra Cappellari² 

Janete de Souza Urbanetto^{1,2} 

Resumo

Objetivos: Identificar o perfil demográfico, clínico, o contexto de risco e da ocorrência de queda em idosos institucionalizados; analisar a associação da classificação de risco de cair de *Morse Fall Scale* na versão brasileira (MFS-B) e a ocorrência de quedas em idosos institucionalizados. **Método:** Estudo de coorte, em duas instituições de longa permanência para idosos no município de Porto Alegre-RS, Brasil. A amostra foi composta por 193 idosos. Para a análise foi utilizada a estatística descritiva e inferencial (testes Qui-quadrado e exato de Fisher). **Resultados:** A ocorrência de quedas esteve associada ao déficit auditivo ($p=0,004$), força de preensão palmar ($p=0,004$), Escore Índice Katz ($p<0,001$), grau de dependência, conforme Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 283/2005 ($p<0,001$) e risco de quedas pela MFS-B ($p=0,012$). **Conclusão:** A queda tem causas multifatoriais, fazendo-se necessário conhecer os agentes que contribuem para a ocorrência de quedas, pois se sabe que a institucionalização aumenta significativamente o risco de cair. Ações multidisciplinares são importantes para a diminuição do risco de cair, bem como a utilização de instrumentos que sejam capazes de predizer o risco de quedas em idosos institucionalizados.

Palavras-chave: Segurança do Paciente; Acidentes por Quedas; Fatores de Risco; Idoso; Instituição de Longa Permanência para Idosos.

Abstract

Objectives: To identify the demographic and clinical profile, context of risk and the occurrence of falls among institutionalized elderly persons; analyze the association between the classification of risk of falling using the Brazilian version of the Morse Fall Scale and the occurrence of falls in such individuals. **Method:** A cohort study was performed in two long-stay institutions in the city of Porto Alegre, Brazil. The sample consisted of 193 elderly persons. Descriptive and inferential statistics (Chi-squared and

Keywords: Patient Safety; Accidental Falls; Risk Factors; Elderly; Homes for the Aged.

¹ Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Escola de Medicina, Programa de Pós-graduação em Gerontologia Biomédica. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

² Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Escola de Ciências da Saúde. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

Financiamento: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) – Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica –Pibic/CNPq.

Fisher tests) were used for analysis. *Results:* The occurrence of falls was associated with auditory deficit, hand grip strength, Katz Index score, degree of dependence according to Collegial Board Resolution 283/2005 and risk of falls according to the MFS-B. *Conclusion:* Falls have multifactorial causes, which makes it important to identify the agents that contribute to their occurrence, as it is known that institutionalization significantly increases the risk of falling. Multidisciplinary actions are important for reducing the risk of falls, together with the use of instruments that can predict such risk among institutionalized elderly people.

INTRODUÇÃO

O Ministério da Saúde do Brasil¹, por meio da Portaria nº 529 de 1º de abril de 2013, instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) para o monitoramento e prevenção de danos na assistência em saúde. Dentre os objetivos do PNSP estão os de criar a cultura de segurança do paciente, implementar as práticas de segurança e a redução de eventos que causem danos ao paciente. Foram estabelecidas nove áreas temáticas para a construção de protocolos, guias e manuais voltados à segurança do paciente. Dentre essas áreas está a prevenção de quedas.

Segundo a Organização Mundial da Saúde², as quedas são definidas como o evento em que a pessoa “inadvertidamente cai no solo ou níveis inferiores, excluindo mudança intencional da posição para repouso na mobília, parede ou outros objetos”.

Geralmente, a queda de pacientes está associada a fatores vinculados tanto ao indivíduo como ao ambiente. Nos fatores relacionados ao indivíduo, destacam-se idade avançada; histórico recente de queda; redução da mobilidade; incontinência urinária; uso de medicamentos e hipotensão postural. Com relação aos fatores ambientais e organizacionais, podem ser citados: pisos desnivelados, objetos largados no chão, altura inadequada da cadeira, insuficiência ou inadequação dos recursos humanos^{3,4}.

As quedas são a segunda principal causa de mortes por ferimento acidental ou não intencional em todo o mundo. A cada ano, cerca de 646.000 pessoas morrem de quedas no mundo – 80% em países desenvolvidos ou em desenvolvimento. Adultos com mais de 65 anos têm maior número de quedas fatais. A cada ano, 37,3 milhões de quedas são graves o suficiente para exigir atenção médica⁵.

Vários estudos realizados ao longo dos anos foram analisados pela Sociedade Brasileira de Geriatria, que classificou os fatores de risco para quedas em três categorias: fatores intrínsecos, fatores extrínsecos e fatores comportamentais⁶.

Das internações hospitalares de adultos ocorridas no Brasil por quedas, no período de novembro de 2013 a novembro de 2014, 25% dessas internações foram de pessoas idosas, e 63% dos idosos que caíram foram a óbito por consequências das quedas⁷. Segundo dados contidos no Protocolo de Prevenção de Quedas do Ministério da Saúde do Brasil, “dentre os pacientes que sofreram quedas há relatos de maior ocorrência em pacientes em transferência para ambientes de cuidado de longa permanência”³.

No Brasil, não existe um único significado para o que seja uma instituição de longa permanência para idosos (ILPI). Ao longo da sua história, na origem aparece ligada a asilos ou a abrigos, dirigidos por irmãs de caridade⁸. A Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 283/2005⁹ define ILPI como “instituições governamentais ou não governamentais, de caráter residencial, destinada a domicílio coletivo de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, com ou sem suporte familiar, em condição de liberdade e dignidade e cidadania”.

O risco para quedas pode ser monitorado por meio de escalas validadas para esse fim, como a *Morse Fall Scalle*¹⁰ que foi traduzida e adaptada para o Brasil em 2013¹¹ e validada em 2016¹². Essa escala foi validada para a utilização em pacientes hospitalizados e não se tem conhecimento de sua aplicação em ILPI, nem de outra escala específica para esta população.

Frente ao exposto, justifica-se a realização deste estudo em função da necessidade de identificar o comportamento do risco para quedas de idosos

de ILPI, a partir da questão de pesquisa: Qual é o cenário de risco para quedas, a partir da *Morse Fall Scale* na versão brasileira, e a ocorrência de quedas?

Este estudo teve como objetivos identificar o perfil demográfico, clínico e o contexto de risco e da ocorrência de queda em idosos institucionalizados; analisar a associação da classificação de risco da *Morse Fall Scale* na versão brasileira e a ocorrência de quedas, em idosos institucionalizados.

MÉTODO

Caracteriza-se como um estudo de coorte prospectivo com uma coleta inicial e acompanhamento e avaliação quanto à ocorrência de quedas ao longo de nove meses. O estudo foi desenvolvido em duas ILPIs (ILPI 1 e ILPI 2) no município de Porto Alegre-RS, Brasil, no período de abril a dezembro de 2016. A escolha dessas instituições deveu-se ao fato de serem as duas maiores do município. A ILPI 1 foi fundada há 87 anos e é mantida, principalmente, pela colaboração da comunidade, empresas parceiras e grupos de serviço. Conta com uma equipe multiprofissional que atende aos idosos residentes na instituição. É uma das maiores ILPIs do Rio Grande do Sul (RS), abrigando idosos em situações de vulnerabilidade. A ILPI 2 foi fundada há 120 anos, é uma organização não governamental sem fins lucrativos, com atendimento multiprofissional, considerada a mais antiga ILPI do RS. A população do estudo foi composta pela totalidade dos idosos institucionalizados nas duas ILPIs (235 idosos), sendo 120 na ILPI 1 e 115 da ILPI 2. Foi realizado um cálculo amostral para identificar amostra adequada para o estudo, considerando proporção de 50%, erro amostral de 5% e intervalo de confiança de 95%, resultando em uma amostra mínima de 147 idosos. Todos os idosos foram convidados e os que atenderam ao critério de condição cognitiva adequada para responder aos questionamentos, conforme resultado do minixame do estado mental, foram incluídos, totalizando 193 idosos. Vinte e três idosos não aceitaram participar do estudo e foram excluídos 19 por possível declínio cognitivo.

Os dados foram coletados por acadêmicos e profissionais da área da saúde capacitados e com uso de manual operacional orientador. As coletas

deram-se por meio da avaliação direta do idoso e de seu prontuário. O instrumento era composto por variáveis sociodemográficas (idade, sexo, tempo de institucionalização, escolaridade) e fatores de risco para quedas e ocorrência de quedas [avaliação dos problemas musculoesqueléticos; déficit visual e auditivo; diagnósticos médicos; adequação do sapato; força de preensão palmar; medicamentos em uso; avaliação das atividades da vida diária pelo Índice de KATZ¹³; grau de dependência pela RDC n° 283/2005⁹; *Morse Fall Scale* na versão brasileira (MFS-B)^{11,12} e a ocorrência de queda.

Cada idoso foi avaliado no início da coleta, no entanto, semanalmente a equipe capacitada avaliou os idosos que tiveram queda após a primeira avaliação. Os problemas musculoesqueléticos foram definidos como sim ou não com base na avaliação física do idoso e as referidas em prontuário, e os déficit auditivos e visuais foram autorreferidos pelos idosos. Os diagnósticos médicos e medicamentos em uso foram coletados diretamente do prontuário dos idosos e agrupados.

Os sapatos foram avaliados quanto à sua adequação e categorizados em calçado adequado (envolve o dorso do pé e calcanhar e está bem fixo ao pé; ou os que não utilizavam calçado por serem acamados) e calçado inadequado (envolve o dorso do pé e calcanhar e não está bem fixo ao pé; ou o calçado que não envolve nem dorso do pé e nem calcanhar; ou o calçado que envolve o dorso do pé e não envolve calcanhar).

A força muscular foi avaliada pela aplicação da Força de Preensão Palmar (FPP), utilizando um dinamômetro e uma cadeira tipo escritório (sem apoio nas laterais). Realizou-se a aferição nos dois membros, dominante e não dominante. A aferição foi feita três vezes, alternando entre a mão dominante e não dominante, com intervalos de descanso cronometrados de um minuto entre cada uma. Para classificação da FPP utilizou-se a máxima da força obtida no membro dominante por sexo. Portanto, foram classificadas com FPP normal no sexo feminino idosas que tiveram a máxima das forças ≥ 11 kgf e com FPP diminuída quando a máxima das forças era < 11 kgf; já, nos idosos do sexo masculino, foram classificados com FPP normal os que tiveram a máxima das forças ≥ 18 kgf e com FPP diminuída quando a máxima das forças era < 18 kgf¹⁴.

O Índice de Katz é composto por seis itens avaliativos: banho, vestir, ir ao banheiro, transferência, continência e alimentação, que classificam os idosos em dependência completa, dependência parcial. Foram classificados como independentes todos os idosos que tinham independência nos seis itens avaliativos; os idosos que tinham dependência em de um a cinco itens da escala foram classificados como dependentes parciais e os que tinham dependência nos seis itens avaliativos foram considerados como dependentes totais¹³.

Também foi medido o grau de dependência descrito na RDC nº 283/2005⁹, com a seguinte classificação: grau de dependência I – idosos independentes, mesmo que requeiram uso de equipamentos de autoajuda; grau de dependência II – idosos com dependência em até três atividades de autocuidado para a vida diária, tais como: alimentação, mobilidade, higiene, sem comprometimento cognitivo ou com alteração cognitiva controlada; grau de dependência III – idosos com dependência que requeiram assistência em todas as atividades de autocuidado para a vida diária e/ou com comprometimento cognitivo.

A *Morse Fall Scale* na versão brasileira contém seis itens de avaliação: histórico de queda (sim, caiu nos últimos três meses: 25 pontos; não caiu nos últimos três meses: zero ponto); diagnóstico secundário (sim, possui mais de um diagnóstico: 15 pontos; não possui mais de um diagnóstico: zero ponto); auxílio na deambulação (não utiliza: zero ponto; totalmente acamado: zero ponto; deambula auxiliado por profissional de saúde: zero ponto; usa muleta/bengala/andador: 15 pontos; segura-se no mobiliário/parede: 30 pontos); terapia endovenosa/dispositivo endovenoso salinizado ou heparinizado (não faz uso: zero ponto; sim, faz uso: 20 pontos); marcha (normal/não deambula/totalmente acamado/usa cadeira de rodas: zero ponto; marcha fraca: 10 pontos, marcha comprometida/cambaleante: 20 pontos); estado mental (orientado/capaz quanto à sua capacidade/limitação: zero ponto; superestima capacidade/esquece limitações: 15 pontos)¹². A soma das pontuações de cada item gera um escore para a classificação do risco em risco baixo (0-24 pontos), risco moderado (25-44 pontos), risco elevado (≥ 45 pontos)^{10,11}.

Foram utilizadas técnicas de estatística descritiva e inferencial. A estatística descritiva utilizou medidas de tendência central e dispersão (média e desvio-padrão) e frequência absoluta (n) e relativa (%). A parte inferencial consistiu da utilização dos testes de associação (qui-quadrado e exato de Fisher). Adotou-se nível de significância de 95% ($p \leq 0,05$).

O projeto de pesquisa está de acordo com a Resolução nº 466/2012 e a Resolução nº 510/2016 e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, sob parecer nº 1.303.603 e todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Na incapacidade do idoso de assinar o TCLE acerca da sua participação, solicitou-se a autorização ao responsável legal.

RESULTADOS

Dos 235 investigados, 19 foram excluídos por possível declínio cognitivo e 23 por recusa, totalizando uma amostra para esse estudo de 193 idosos institucionalizados. A média da idade foi de 79,04 ($\pm 8,9$) anos, com mediana de 80 anos (61-98). A maioria eram mulheres (n=121; 62,7%). Com relação ao tempo de ILPI, 64 (33,2%) tinham até 2 anos; 62 (32,1%), de 2,01 a 5,9 anos e 67 (34,7%) estavam institucionalizados por tempo superior a seis anos. Quanto à escolaridade dos idosos institucionalizados, 65 (33,7%) tinham ensino fundamental incompleto; seguidos dos não alfabetizados, com 50 (25,6%) idosos; 27 (14,0%) tinham ensino fundamental completo; 20 (10,4%) eram alfabetizados; 16 (8,3%) tinham ensino médio completo; oito (4,1%) tinham graduação e sete (3,6%) idosos tinham ensino médio incompleto.

A Tabela 1 apresenta os dados relativos às variáveis clínicas relacionadas a déficit visuais e auditivos, diagnósticos de patologias, uso de medicamentos e classificações de dependência ou risco. A média de diagnósticos médicos entre os idosos foi de 3,6 ($\pm 2,3$), com mediana de 3,0 (0-11). No que se refere ao uso de medicamentos por idosos, obteve-se uma média de 6,2 ($\pm 3,0$), com mediana de 6,0 (0-15). Dos 149 idosos que conseguiram realizar o teste de FPP, tiveram uma média de força em kgf no membro dominante 11,6 ($\pm 7,3$), com mediana de 10,0 (0,0-39,3)

Tabela 1. Características clínicas coletadas dos idosos institucionalizados (N=193) em duas instituições de longa permanência para idosos. Porto Alegre, RS, 2016.

Variáveis	n (%)
Deficit visual	
Não	33 (17,1)
Sim	160 (82,9)
Deficit auditivo	
Não	87 (45,1)
Sim	106 (54,9)
Diagnóstico médico	
Nenhum diagnóstico	15 (7,8)
Até três diagnósticos	95 (49,2)
Quatro ou mais diagnósticos	83 (43,0)
Escore Índice Katz	
Independente	84 (43,5)
Dependente parcial	51 (26,4)
Dependente total	58 (30,1)
Grau de dependência	
Grau de dependência 1	99 (51,3)
Grau de dependência 2	27 (14,0)
Grau de dependência 3	67 (34,7)
Adequação do calçado	
Adequado	108 (56,0)
Não adequado	85 (44,0)
Número de medicamentos	
Não faz uso de medicamentos	5 (2,6)
Até quatro medicamentos	50 (25,9)
Cinco ou mais medicamentos	138 (71,5)
Força de Preensão Palmar (n=149)	
Feminina diminuída	75 (50,3)
Feminina normal	19 (12,8)
Masculina diminuída	27 (18,1)
Masculina normal	28 (18,8)
Risco de quedas <i>Morse Fall Scale</i> na versão brasileira (MFS-B)	
Baixo	35 (18,1)
Moderado	85 (44,0)
Elevado	73 (37,8)

A Tabela 2 apresenta os dados do contexto das quedas ocorridas após a primeira avaliação. Dos idosos avaliados, 53 (27,5%) caíram após a primeira

avaliação, e dois deles caíram sete vezes. O turno da manhã foi onde se concentrou o maior número de quedas e o quarto foi o local com mais ocorrência.

Tabela 2. Contexto da queda dos idosos institucionalizados que tiveram queda após a primeira avaliação em duas instituições de longa permanência para idosos. Porto Alegre, RS, 2016.

Variáveis	n (%)
Queda após a 1ª avaliação (n=193)	
Não caiu	140 (72,5)
Caiu	53 (27,5)
Total de quedas	
Nenhuma	140 (72,5)
Uma	34 (17,6)
Duas	12 (6,2)
Três	3 (1,6)
Quatro	1 (0,5)
Cinco	1 (0,5)
Sete	2 (1,0)
Turno da ocorrência da queda (n=53)	
Manhã	20 (37,7)
Tarde	9 (17,0)
Noite	15 (28,3)
Não relatado	9 (17,0)
Tipo de queda 1 (n=53)	
Da própria altura	28 (52,8)
Da cadeira/sofá/cadeira de rodas	15 (28,3)
Não relatado	10 (18,9)
Tipo de queda 2 (n=53)	
Chegou ao solo	47 (88,7)
Não chegou até o solo - apoiou-se ou foi apoiado	5 (9,4)
Não relatado	1 (1,9)
Local da queda (n=53)	
Sala de recreação	4 (7,5)
Refeitório	3 (5,7)
Pátio	5 (9,4)
Banheiro	6 (11,3)
Sala de atendimento	1 (1,9)
Enfermaria	1 (1,9)
Quarto	24 (45,3)
Corredor	8 (15,1)
Não relatado	1 (1,9)

A Tabela 3 apresenta dados da ocorrência de dano, bem como o tipo de dano físico, psicológico e social, fatores ambientais e pessoais e o relato do contexto da queda categorizado dos idosos que caíram após a primeira avaliação. Dos 53 idosos que tiveram quedas, a metade apresentou algum tipo de dano, sendo o dano físico o mais presente nos idosos que apresentaram algum tipo de injúria.

Os dados relativos à associação da queda com variáveis sociodemográficas e variáveis clínicas, tais como déficit visuais e auditivos, número de diagnósticos médicos, número de medicamentos, bem como escore Índice de Katz, grau de dependência, força de preensão palmar e o risco de quedas conforme a MFS-B, estão descritos nas Tabelas 4 e 5.

Tabela 3. Caracterização da ocorrência do dano e fatores contributivos para o risco de queda dos idosos institucionalizados que tiveram queda de duas instituições de longa permanência para idosos. Porto Alegre, RS, 2016.

Variáveis	n (%)
Ocorrência de dano (n=53)	
Sem dano	26 (49,0)
Com dano	27 (51,0)
Dano físico (n=53)	
Não	29 (54,7)
Sim	24 (45,3)
Dano psicológico (n=53)	
Não	43 (22,3)
Sim	10 (5,2)
Dano social (n=53)	
Não	48 (90,6)
Sim	5 (9,4)
Dano físico específico total (n=24)	
Edema	2 (8,3)
Hematoma	3 (12,5)
Fratura	2 (8,3)
Lesão de pele	7 (29,4)
Dor local	2 (8,3)
Edema/hematoma	2 (8,3)
Hematoma/lesão de pele	2 (8,3)
Edema/hematoma/lesão de pele	2 (8,3)
Não relatado	2 (8,3)
Dano psicológico específico (n=10)	
Medo de cair	6 (60,0)
Vergonha	2 (20,0)
Choroso	1 (10,0)
Não relatado	1 (10,0)
Dano social especificado (n=5)	
Afastamento das atividades	4 (80,0)
Não relatado	1 (20,0)
Fator ambiental (n=53)	
Grades do leito inadequadas	10 (18,7)
Piso escorregadio	8 (15,1)
Portão de divisão de alas aberto	1 (1,9)
Defeito na cadeira de rodas	1 (1,9)
Não relatado	33 (62,4)
Fatores pessoais (n=53)	
Sapatos inadequados	15 (28,3)
Agitação	6 (11,3)
Não aderente às orientações	14 (26,4)
Sem acompanhante	1 (1,9)
Deficiência visual	1 (1,9)
Não relatado	16 (30,2)

continua

Continuação da Tabela 3

Variáveis	n (%)
Relato do contexto da queda (n=53)	
Desequilíbrio	12 (22,6)
Não relatado	13 (24,5)
Escorregão	12 (22,6)
Tropeço	7 (13,2)
Sem contenção	2 (3,8)
Agitação	6 (11,4)
Cama inadequada	1 (1,9)

Tabela 4. Associação da queda com variáveis sociodemográficas e clínicas dos idosos institucionalizados de duas instituições de longa permanência para idosos (N=193). Porto Alegre, RS, 2016.

Variáveis	n (%)	Queda		p
		Não - n (%)	Sim - n (%)	
Sexo				
Feminino	121 (62,7)	82 (67,8)	39 (32,2)	0,054*
Masculino	62 (37,3)	58 (80,6)	14 (19,4)	
Idade				
Até 79 anos	96 (49,7)	73 (76,0)	23 (24,0)	0,278*
80 anos ou mais	97 (50,2)	67 (69,1)	30 (30,9)	
Escolaridade				
Não alfabetizado	50 (25,6)	36 (72,0)	14 (28,0)	0,277**
Alfabetizado	20 (10,4)	12 (60,0)	8 (40,0)	
Ensino fundamental incompleto	65 (33,7)	51 (78,5)	14 (21,5)	
Ensino fundamental completo	27 (14,0)	17 (63,0)	10 (37,0)	
Ensino médio incompleto	7 (3,6)	5 (71,4)	2 (28,6)	
Ensino médio completo	16 (8,3)	11 (68,8)	5 (31,3)	
Graduação	8 (4,1)	8 (100,0)	0 (0,0)	
Tempo de ILPI				
0 a 2 anos de ILPI	64 (33,2)	49 (76,6)	15 (23,4)	0,685*
De 2,01 a 5,9 anos de ILPI	62 (32,1)	44 (71,0)	18 (29,0)	
Acima de 5,91 anos de ILPI	67 (34,7)	47 (70,1)	20 (29,9)	
Diagnósticos médicos				
Nenhum diagnóstico médico	15 (7,8)	12 (80,0)	3 (20,0)	0,261**
Até três diagnósticos médicos	95 (49,2)	73 (76,8)	22 (23,2)	
Quatro ou mais diagnósticos médicos	83 (43,0)	55 (66,3)	28 (33,7)	
Total de medicamentos				
Não faz uso de medicamentos	5 (2,6)	5 (100,0)	-	0,132**
Até quatro medicamentos	50 (25,9)	40 (80,0)	10 (20,0)	
≥ Cinco medicamentos (polifarmácia)	138 (71,5)	95 (68,8)	43 (31,2)	

* Qui-quadrado de Pearson; ** Exato de Fisher.

Tabela 5. Associação da queda com variáveis clínicas dos idosos institucionalizados (N=193) de duas instituições de longa permanência para idosos. Porto Alegre, RS, 2016.

Variáveis	n (%)	Queda		p
		Não - n (%)	Sim - n (%)	
Deficit visual				
Não	33 (17,1)	23 (69,9)	10 (30,3)	0,688*
Sim	160 (82,9)	117 (73,1)	43 (26,9)	
Deficit auditivo				
Não	87 (45,1)	72 (82,8)	15 (17,2)	0,004*
Sim	106 (54,9)	68 (64,2)	38 (35,8)	
Força de Preensão Palmar (n=149)				
Feminina diminuída	75 (50,3)	47 (62,7)	28 (37,3)	0,004*
Feminina normal	19 (12,8)	16 (84,2)	3 (15,8)	
Masculina diminuída	27 (18,1)	19 (70,4)	8 (29,6)	
Masculina normal	28 (18,8)	27 (96,4)	1 (3,6)	
Escore Índice Katz				
Independente	84 (43,5)	76 (90,5)	8 (9,5)	<0,001*
Dependência parcial	51 (26,4)	30 (58,8)	21 (41,2)	
Dependência total	58 (30,1)	34 (58,6)	24 (41,4)	
Grau de dependência				
Grau de dependência 1	99 (51,3)	87 (87,9)	12 (12,1)	<0,001*
Grau de dependência 2	27 (14,0)	17 (63,0)	10 (37,0)	
Grau de dependência 3	67 (34,7)	36 (53,7)	31 (46,3)	
Adequação do calçado				
Adequado	108 (56,0)	85 (78,7)	23 (21,3)	0,031*
Inadequado	85 (44,0)	55 (64,7)	30 (35,3)	
Risco de quedas				
Risco baixo	35 (18,1)	29 (82,9)	6 (17,1)	0,012*
Risco moderado	85 (44,0)	67 (78,8)	18 (21,2)	
Risco elevado	73 (37,8)	44 (60,3)	29 (39,7)	

* Qui-quadrado de Pearson.

A queda mostrou associação com algumas variáveis clínicas, destacando-se o escore de Índice de Katz, grau de dependência conforme RDC nº 283/2005, risco de queda avaliado por MFS-B.

DISCUSSÃO

Este estudo apresenta o perfil demográfico, clínico e o contexto de risco e da ocorrência de queda em idosos institucionalizados. Os participantes eram em sua maioria mulheres. A predominância do sexo feminino em ILPI deve-se ao fato deste segmento ter uma expectativa de vida maior¹⁵.

Quanto ao tempo de permanência, 34,7% dos idosos encontravam-se institucionalizados por um período acima de 5,9 anos. Estudo realizado com idosos em ILPI no Estado da Bahia traz que a predominância de tempo de institucionalização foi de 1 a 10 anos entre a maioria dos idosos¹⁶. Os achados apontam, no que tange à escolaridade dos idosos, que a maioria tinha baixa escolaridade, em maior percentual tinham ensino fundamental incompleto, seguidos por idosos não alfabetizados. Esse achado é encontrado em outro estudo que constatou que a maioria dos idosos era de analfabetos (25,5%) ou de baixa escolaridade (59,6)¹⁷.

A maioria dos idosos avaliados tinha déficit visual, no entanto, esta variável não se mostrou associada à ocorrência de queda. Esses dados corroboram outro estudo, que verificou que a maioria dos idosos possuía problemas para enxergar¹⁶.

Quando relacionado ao déficit auditivo, mais da metade dos idosos apresentou algum grau de deficiência. Esses achados associaram-se com a ocorrência de queda. Tal fator de risco está relacionado à senescência, onde há um decréscimo da audição; sendo o ouvido também responsável pelo equilíbrio do corpo, alguns distúrbios nesse órgão do sentido podem acarretar ocorrência de quedas. Um estudo que realizou a avaliação do risco de quedas em idosos residentes em domicílio reforça esse achado, visto que a audição prejudicada está associada ($p=0,001$) ao alto risco de quedas¹⁸.

Quase metade dos idosos possuía até três diagnósticos médicos. No entanto, quase o mesmo percentual tinha quatro ou mais diagnósticos, com frequência maior entre quatro e sete diagnósticos. Esse dado demonstra que os idosos pesquisados possuíam condições de saúde deficitárias, o que exige uma atenção maior dos profissionais que cuidam dessa população. Embora preocupante, esse fator não se associou a queda nesse estudo. Estudo realizado em uma região de Minas Gerais mostrou que a maioria dos idosos (38,2%) apresentava de dois a três tipos de diagnósticos médicos¹⁹.

Na avaliação do desempenho pelo Índice de Katz, identificou-se que grande parcela dos idosos era independente para a realização dos seis itens da escala, seguidos dos que possuíam dependência total. O fato da alta independência dos idosos institucionalizados pode ser evidenciado pelo perfil de uma das instituições, por estar restrita a receber apenas idosos independentes.

O escore do Índice de Katz mostrou-se associado à ocorrência de queda. A literatura^{17,20} aborda que devemos encorajar o idoso a realizar as suas atividades da vida diária para manter por mais tempo sua independência, mesmo a institucionalização sendo um fator que traz limitações. Um estudo que faz a correlação entre o risco de queda e autonomia funcional em idosos institucionalizados mostra que há associação ($p=0,001$) do escore do Índice de Katz

com a ocorrência de queda²⁰. Em outro estudo, na avaliação do desempenho das atividades básicas de vida diária pelo relato, utilizando o Índice de Katz, constatou-se que a maioria dos idosos eram independentes (93,6%)¹⁷.

Quando relacionados ao grau de dependência pela RDC nº 283/2005, os idosos apresentaram um percentual maior no grau de dependência 1, seguido do grau de dependência 3. Não foram encontrados estudos relacionando o grau de dependência da RDC nº 283/2005 com o risco para queda. No entanto, a mesma mostrou-se associada à ocorrência de queda. A RDC nº 283/2005 tem por objetivo definir normas de funcionamento das ILPIs, no que tange a garantir à população idosa os direitos assegurados na legislação em vigor, buscando prevenção e redução dos riscos à saúde dos idosos residentes em ILPI, além de definir e trazer quais as medidas a serem tomadas quanto ao grau de dependência dessa população. Dessa forma, se fazem necessários mais estudos que possam abordar o grau de dependência e sua relação com a queda, para que possam ser acrescentados os cuidados para prevenção de quedas nessa população.

Neste estudo verificou-se que a maioria dos idosos avaliados possuía calçado adequado. No entanto, o uso de calçado inadequado mostrou-se associado com a queda. Estudo realizado com 42 idosos que caíram relata que 36 (85,7%) faziam uso de calçados inadequados e apenas seis (14,3%) utilizavam calçados adequados²¹. Tal estudo corrobora os dados encontrados nesta pesquisa, reforçando que esse pode ser um dos fatores contributivos para queda. Sabe-se que as ILPIs recebem doações de calçados, o que aponta para a necessidade de uma triagem quanto ao tipo de calçado recebido, de forma a estabelecer uma barreira relacionada a esse item que pode ser um dos fatores desencadeadores da queda nos idosos.

Quanto aos medicamentos, há uma predominância maior quanto ao uso de cinco ou mais, o que caracteriza a polifarmácia, que é definida como o uso simultâneo de cinco ou mais medicamentos²². Uma pequena parcela dos idosos não usava nenhum tipo de medicamento, por outro lado, alguns idosos chegavam a usar num único dia 15 tipos diferentes de medicações. No entanto, embora seja alarmante o uso de múltiplos medicamentos e suas possíveis interações, esse fator não se associou

à queda nesse estudo. Os dados corroboram outros dois estudos, um em Belo Horizonte-MG, que relatou que 91,5% dos idosos faziam uso de medicamentos²⁰ e outro estudo, que realizou o teste de associação da quantidade de medicamentos com a presença de queda, não teve relação estatística significativa¹⁶.

A avaliação da FPP demonstrou que os idosos, homens e mulheres, institucionalizados têm força diminuída na mão dominante e esta variável associou-se à queda. A aferição da FPP é um dos preditores para avaliar a força do idoso e sua capacidade funcional, podendo ser relacionada ao risco de queda. Estudo com idosos mostrou a diferença entre as médias de força de prensão manual entre idosos que caíram e os que não caíram após a institucionalização. Grande parte dos idosos da comunidade que haviam caído tiveram um escore de FPP menor (11 a 20 kgf) do que dos que não tinham caído (21 a 30 kgf)²³.

Quanto à classificação do risco para cair pela MFS-B, os idosos participantes do estudo apresentaram risco moderado, seguido do risco elevado para ocorrência de quedas. O risco de quedas pela MFS-B se mostrou associado à queda. A utilização de escalas para avaliação do risco de quedas pode antecipar a identificação de possíveis idosos com potencialidade de cair. Apesar de não haver estudos com a MFS-B em ILPI, ela é muito utilizada no ambiente hospitalar para identificação do risco para quedas de pacientes hospitalizados. Um estudo utilizando a MFS na área hospitalar demonstrou quanto à classificação do risco pela MFS que o risco moderado e principalmente o elevado associaram-se à ocorrência de quedas ($p=0,000$)²⁴.

Durante o estudo com os idosos houve a criação de um livro de notificações de quedas, para que fossem registradas as quedas ocorridas nas duas ILPIs com o objetivo de identificação dos fatores que pudessem contribuir com a queda, além de realizar aplicação da MFS-B. No período de abril a dezembro de 2016, 27% dos idosos participantes do estudo tiveram quedas, demonstrando um percentual elevado para uma população que vive em ILPI. Dos 53 idosos que tiveram quedas, 34 deles caíram uma única vez, 12 caíram duas vezes e dois idosos caíram sete vezes. Dessa maneira, evidenciou-se a necessidade de criar medidas de vigilância entre os idosos que caem e a prevenção para os que não tiveram queda.

O turno de maior ocorrência das quedas foi o turno da manhã, seguido do turno da noite. O período da manhã nas instituições é o período de maior atividade, em que os idosos realizam sua higiene. O turno da manhã demonstrou também estar relacionado com ocorrência de quedas em outros estudos realizados²¹.

Quanto ao tipo de queda, predominaram a queda da própria altura e a dos que chegaram ao solo. A queda da própria altura é descrita como um problema de saúde pública, bem como traz consequências graves ao idoso quando chega ao solo. Quando relacionadas a fatores externos, as mesmas podem ser previstas e evitadas, por meio de educação em saúde, adequação do ambiente para os idosos institucionalizados.

O local de maior ocorrência de quedas foi o quarto, seguido dos corredores e banheiros das instituições. Conhecer o local da queda é importante para que se possa fazer iniciativas de prevenção do risco para cair, já que são inúmeros os fatores que predis põem os idosos às quedas. Os mesmos locais são descritos em outros estudos realizados com idosos institucionalizados^{21,25}.

Os danos decorrentes da queda são pouco abordados nos estudos, principalmente os danos psicológicos e sociais. Nesse estudo, metade dos idosos apresentou algum tipo de dano, o qual foi classificado como dano físico, dano psicológico ou dano social. Em quase a metade, os idosos que caíram apresentaram ocorrência de dano físico, sendo o dano de pele o mais frequente, seguido de hematomas. No entanto, houve idosos que apresentaram até três tipos de danos físicos ao mesmo tempo. Alvares et al.²⁵ relatam em seu estudo que uma das principais consequências da queda são as equimoses, lesões na pele. O impacto psicológico das quedas pode incluir medo de cair e perda de confiança, e ambos podem resultar em isolamento social²⁶.

No contexto da queda, o desequilíbrio e o escorregão foram relatados pelos idosos como a causa da queda. O desequilíbrio pode estar associado a fatores do próprio envelhecimento, bem como o escorregão está associado a fatores ambientais e pessoais. Fatores estes que podem ser previsíveis. Estudo que descreveu o motivo da ocorrência de quedas em idosos trouxe

que o desequilíbrio e o escorregão estão entre os principais motivos de queda²⁵.

As limitações relativas aos achados desse estudo foram a não avaliação diária pelos pesquisadores, no entanto, a equipe assistencial foi capacitada para a aplicação da MFS-B e para a notificação do contexto ampliado da queda. Outro aspecto que necessita aprofundamento em estudos futuros é a análise dos idosos com declínios cognitivos, visando entender melhor os fatores de risco de quedas nesta população. Ainda, como não temos a utilização da MFS-B neste segmento, estudos de predição devem ser realizados, uma vez que um dos itens da escala, relacionado ao uso de dispositivo para terapia intravenosa, pontuou sempre zero, pois os idosos das ILPIs investigados não faziam uso desta terapia. Estes aspectos se configuram em uma limitação do estudo e em uma lacuna de investigação para futuros estudos.

CONCLUSÃO

Este estudo alcança os objetivos propostos apontando alguns fatores associados à ocorrência de quedas em idosos institucionalizados. Verificou-se

que a queda é um acontecimento frequente na vida dos idosos e traz consigo a presença de danos, não somente físicos, mas que podem impactar na saúde dos mesmos.

Os fatores associados às quedas, neste estudo, também foram encontrados em outros, reforçando que não existe um único agente causal desse evento. Desta forma, causas multifatoriais exigem conhecimento e adesão a ações multidisciplinares, a fim de prover identificação dos idosos com risco e estabelecer medidas de prevenção efetivas e eficazes com o intuito de redução de danos relacionados a esse evento. Encontrou-se associação das classificações de risco da *Morse Fall Scale* na versão brasileira com a ocorrência de quedas. No entanto, essa escala necessita de validação para o uso em instituições de longa permanência para idosos. Este estudo está em fase de implementação.

Em vista dos achados, recomenda-se a implementação de protocolos assistenciais de prevenção de quedas, com enfoque multidisciplinar para minimizar a ocorrência desse evento tão danoso aos idosos de instituição de longa permanência e, de forma geral, garantir a sua segurança.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Portaria nº 529, de 1º de Abril de 2013. Instituto o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Saúde Legis. 2013. Disponível em: http://bvms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html
2. Lunsford B, Wilson LD. Focus on: falls prevention. *Am Nurs Today*. 2015;10(7):27-39.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Anexo 1: Protocolo prevenção de quedas [Internet]. [sem local]: [sem editor]; 2013 [acesso em 05 dez. 2016]. Disponível em: http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/pdf/2013/Mai/06/protocolos_CP_n6_2013.pdf
4. Mlake-Lye IM, Hempel S, Ganz DA, Shekelle PG. Inpatient fall prevention programs as a patient safety strategy: a systematic review. *Ann Intern Med*. 2013;158:390-6.
5. World Health Organization. Fact sheets [Internet]. [sem local]: WHO; 2018 [acesso em 23 out. 2018]. Disponível em: <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/falls>
6. Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. Quedas em idosos: prevenção [Internet]. [Rio de Janeiro]: SBGG; 2008 [acesso em 05 dez. 2016]. Projeto Diretrizes. Disponível em: <http://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2014/10/queda-idosos.pdf>.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Indicadores e dados básicos 2015 [Internet]. Brasília, DF: DATASUS; 2015 [acesso em 05 dez. 2016]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2012/matriz.htm>
8. Camarano AA, Kanso S. As instituições de longa permanência para idosos no Brasil. *Rev Bras Estud Popul* [Internet]. 2013 [acesso em 26 out. 2018];27(1):1-5. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbepop/v27n1/14.pdf>
9. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº 283, de 26 de setembro de 2005. Aprova o Regulamento Técnico que define normas de funcionamento para as Instituições de Longa Permanência para Idosos. *Diário Oficial da União*. 27 set. 2005. Disponível em: <http://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2014/10/rdc-283-2005.pdf>

10. Morse JM, Morse RM, Tylko SJ. Development of a scale to identify the fall-prone patient. *Can J Aging*. 1989;8(4):366-77.
11. Urbanetto JS, Creutzberg M, Franz F, Ojeda BS, Gustavo AS, Bittencourt HR, et al. Morse Fall Scale: tradução e adaptação transcultural para a Língua Portuguesa. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2013 [acesso em 05 dez 2016];47(3):569-75. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reesp/v47n3/0080-6234-reesp-47-3-00569.pdf>
12. Urbanetto JS, Pasa TS, Bittencourt HR, Franz F, Rosa VPP, Magnago TSBS. Análise da capacidade de predição de risco e validade da Morse Fall Scale versão brasileira. *Rev Gaúch Enferm* [Internet]. 2016 [acesso em 01 maio 2017];37(1-7). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v37n4/0102-6933-rgenf-1983-144720160462200.pdf>
13. Duarte YAO, Andrade CL, Lebrão ML. Índice de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2007 [acesso em 05 dez. 2016];41(2):317-25. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reesp/v41n2/20.pdf>
14. Eichinger FLF, Soares AV, Carvalho Júnior JM, Maldaner GA, Domenech SC, Borges Júnior NG. Força de prensão palmar e sua relação com parâmetros antropométricos. *Cad Ter Ocup UFSCar* [Internet]. 2015 [acesso em 05 dez. 2016];23(3):525-32. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4322/0104-4931.ctoA0610>
15. Araújo Neto AH, Patrício ACFA, Ferreira MAM, Rodrigues BFL, Santos TD, Rodrigues TDB, et al. Falls in institutionalized older adults: risks, consequences and antecedents. *Rev Bras Enferm*. 2017;70(4):719-25.
16. Reis LA, Torres GV. Influência da dor crônica na capacidade funcional de idosos institucionalizados. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2011 [acesso em 01 jun. 2017];64(2):274-80. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n2/a09v64n2.pdf>
17. Alencar MA, Bruck NNS, Pereira BC, Câmara TMM, Almeida RS. Perfil dos idosos residentes em uma instituição de longa permanência. *Rev Bras Geriatr Gerontol* [Internet]. 2013 [acesso em 01 jun. 2017];15(4):785-96. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v15n4/17.pdf>
18. Smith AA, Silva AO, Rodrigues RAP, Moreira MASP, Nogueira JA, Tura LFR, et al. Assessment of risk of falls in elderly living at home. *Rev Latinoam Enferm* [Internet]. 2017 [acesso em 01 jun. 2017];25:2754. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v25/pt_0104-1169-rlae-25-e2754.pdf
19. Camelo LV, Giatti L, Barreto MS. Qualidade de vida relacionada à saúde em idosos residentes em região de alta vulnerabilidade para saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais. *Rev Bras Epidemiol* [Internet]. 2016 [acesso em 01 jun 2017];19(2):280-93. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v19n2/1980-5497-rbepid-19-02-00280.pdf>
20. Silva JMN, Barbosa MFS, Castro POCN, Noronha MM. Correlação entre o risco de queda e autonomia funcional em idosos institucionalizados. *Rev Bras Geriatr Gerontol* [Internet]. 2013 [acesso em 01 jun. 2017];16(2):337-46. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v16n2/13.pdf>
21. Lojudice DC, Laprega MR, Partezani RAR, Júnior ALR. Quedas de idosos institucionalizados: ocorrência e fatores associados. *Rev Bras Geriatr Gerontol* [Internet]. 2010 [acesso em 01 jun. 2017];13(3):403-12. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v13n3/a07v13n3.pdf>
22. Guido ELR, Yoleisi GC, Sulay LA, Ormandi CM. Evaluación de la relación beneficio/riesgo en la terapéutica de pacientes geriátricos. *Rev Cubana Farm* [Internet]. 2002 [acesso em 05 jul. 2017];36(3):170-5. Disponível em: <http://scielo.sld.cu/pdf/far/v36n3/far05302.pdf>
23. Macedo DO, Freitas LM, Scheicher ME. Handgrip and functional mobility in elderly with different levels of physical activity. *Fisioter Pesqui* [Internet]. 2014 [acesso em 01 jun. 2017];21(2):151-55. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/fp/v21n2/pt_1809-2950-fp-21-02-00151.pdf
24. Remor CR, Cruz CB, Urbanetto JS. Análise dos fatores de risco para queda de adultos nas primeiras 48 horas de hospitalização. *Rev Gaúch Enferm* [Internet]. 2014 [acesso em 01 jun 2017];35(4):28-34. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v35n4/pt_1983-1447-rgenf-35-04-00028.pdf
25. Alvares LM, Lima RC, Silva RA. Ocorrência de quedas em idosos residentes em instituições de longa permanência em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2010 [acesso em 01 jun 2017];26(1):31-40. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n1/04.pdf>
26. Florence CS, Bergen G, Atherly A, Burns ER, Stevens JA, Drake C. Custos médicos de quedas fatais e não fatais em adultos mais velhos. *JAGS*. 2018;66(1):693-8.



Percepções de idosos e familiares acerca do envelhecimento

Perceptions of the elderly and their relatives about aging

Eliane Lucia Colussi¹ 
Nadir Antonio Pichler¹ 
Lucimara Grochot² 

Resumo

Objetivo: Conhecer o significado do envelhecimento na percepção de idosos e familiares. **Método:** A pesquisa é exploratória, descritiva, qualitativa, por meio de entrevistas semiestruturadas realizadas com oito idosos participantes de um grupo de convivência e cinco familiares de idosos, no ano de 2014. As informações foram sintetizadas pela análise de conteúdo de Bardin, a partir da descrição das falas em unidades de significância. **Resultados:** Por meio da análise de conteúdo, emergiram duas categorias temáticas: O significado do envelhecer na percepção dos idosos e o Envelhecimento humano no entendimento dos familiares. **Conclusão:** As percepções dos entrevistados acerca do envelhecimento referem-se ao envelhecer bem-sucedido, digno e ativo, com autonomia, independência e possibilidade de realização, considerando as especificidades e dificuldades na compreensão do processo de vivência e convivência entre familiares. Em relação aos cuidadores, relataram a preocupação com o futuro dos idosos na saúde, dependência, limitações físicas, psíquicas e sociais, com combinação de sentimentos positivos e negativos, mas reconhecem a responsabilidade pelo cuidado.

Palavras-chave: Idoso;
Cuidadores; Família;
Envelhecimento; Percepção.

Abstract

Objective: To identify the meaning of aging as perceived by the elderly and their relatives. **Method:** An exploratory, descriptive and qualitative study was carried out in 2014, based on semi-structured interviews with eight elderly participants of a social group and five relatives of elderly people. The information was synthesized using Bardin's content analysis, from the description of the subjects' speech in terms of units of significance. **Results:** Content analysis revealed two thematic categories: the meaning of aging in the perception of the elderly and human aging in the understanding of the relatives. **Conclusion:** The perceptions of the interviewees regarding aging refer to successful, dignified and active aging, with autonomy, independence and the possibility of accomplishment, considering the specificities and difficulties of understanding the process of living

Keywords: Elderly;
Caregivers; Family; Aging;
Perception.

¹ Universidade de Passo Fundo, Programa de Pós-graduação em Envelhecimento Humano. Passo Fundo, Rio Grande do Sul, Brasil.

² Universidade de Passo Fundo, Programa de Graduação em Serviço Social. Passo Fundo, Rio Grande do Sul, Brasil.

and coexistence between family members. The caregivers reported concerns about the future of the elderly in terms of health, dependence, and physical, psychic and social limitations, with a combination of positive and negative feelings, but recognized their responsibility of care.

INTRODUÇÃO

A população brasileira está envelhecendo rapidamente sem ter solucionado problemas sociais e políticos, herança de uma história de desigualdades e elitismo¹. Com uma população idosa maior, vislumbra-se, um maior número de idosos pobres, pois as “transformações socioeconômicas, políticas e culturais que ocorreram na sociedade no século 20 trouxeram mudanças significativas na vida dos indivíduos”².

Desse modo, tal cenário demográfico desencadeia novas demandas em médio e longo prazo. As políticas públicas, as instituições de formação de profissionais e de pesquisadores, a sociedade e os grupos familiares serão cada vez mais chamados a contribuir para o envelhecimento saudável, que é a arte de viver bem, com qualidade de vida. Dentre os principais fatores desse processo de envelhecer, estão a manutenção da capacidade funcional, a prática de atividades físicas, controle ou ausência de doenças crônicas, a aceitação das mudanças biopsicossociais, a saúde, a autonomia, a independência e a criatividade, evitar a depressão, gostar do ambiente domiciliar e ter amigos, inserção social, buscar meios de aprendizagens, etc.³.

Entre as inúmeras problemáticas do processo de envelhecimento, algumas estão relacionadas mais diretamente as áreas das ciências sociais e humanas. Estas preocupam-se, por sua natureza, com as percepções das diferentes formas de se encarar a velhice, dependendo do perfil socioeconômico, escolaridade e configuração familiar.

O ambiente familiar é considerado espaço prioritário de permanência e cuidado da pessoa idosa. Porém, para compreender o processo de envelhecer, é preciso levar em conta a história de vida, a realidade familiar, social, econômica e cultural, principalmente o papel das mulheres como cuidadoras^{4,5,6}. Assim, para Carvalho e Neri⁷, a função do cuidador familiar é um “empreendimento que se desdobra no tempo

diário, no tempo individual e no tempo da família, competindo com o trabalho, participação social e compromissos familiares do cuidador”.

A instituição família vem passando por profundas transformações, cada vez mais dinâmica e menos homogêneas. Em termos históricos, os laços familiares superam os parâmetros da consanguinidade, pois fundamentam-se também na afetividade, convivência e relações mútuas de cuidado e de proteção entre os indivíduos. A família contemporânea caracteriza-se com diferentes composições no núcleo familiar. A ideia de família nuclear, composta por pai, mãe e filhos, já não se constitui como modelo. Entretanto, a família continua desempenhando um papel essencial na vida dos indivíduos, sendo geradora de identidade, linguagem, cultura e cuidado^{2,6,8,9}.

O propósito deste estudo é conhecer o significado do envelhecimento na percepção de idosos e de seus cuidadores familiares.

MÉTODO

O tipo de pesquisa é exploratória, descritiva, qualitativa, por meio de entrevistas semiestruturadas realizadas com oito idosos de um grupo de convivência e cinco familiares cuidadores dos respectivos idosos, no ano de 2014. De um total de cerca de 60 idosos do grupo, baseado em amostra probabilística, foram selecionados, por sorteio aleatório, os participantes da pesquisa. Os critérios de inclusão foram: ter idade igual ou superior a 60 anos e, para os familiares, residir com o idoso e exercer a atividade de cuidador. As entrevistas foram realizadas pelos autores, de acordo com a disponibilidade de horário de cada participante, gravadas e transcritas, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade (Parecer n. 732.873). O roteiro de entrevista com os idosos foi composto por questões de idade, grau de estudo, vida no

passado, vida cotidiana, envelhecimento, relação com a família, etc. Para os cuidadores, sobre idade, parentesco, ocupação, processo de envelhecimento, dificuldades no cuidado e rotina diária dos idosos.

Os dados das entrevistas foram analisados a partir da técnica de análise de conteúdos de Bardin¹⁰. A prática da análise de conteúdo resumiu a descrição do conteúdo das falas, captando indicadores que permitiram a inferência de conhecimentos relacionados às diferentes percepções sobre o envelhecer dos idosos e de seus familiares cuidadores. De acordo com o objetivo da pesquisa e como resultado das informações, emergiram duas categorias: O significado do envelhecer na percepção dos idosos e o Envelhecimento humano no entendimento dos familiares.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O significado do envelhecer na percepção dos idosos

A idade dos participantes variou de 64 a 77 anos. Todos eram casados, com filhos, aposentados e residiam em domicílio próprio, com familiar cuidador. Quatro residiam na área rural e três em zona urbana do município. A renda mensal média era de um salário mínimo.

As narrativas dos idosos revelaram suas percepções no processo de envelhecer, considerando-o uma etapa normal, natural e inerente à condição humana:

“Para mim, o envelhecimento é quando nascemos somos crianças, e depois vamos amadurecendo chegando assim a terceira idade” (I 1).

“Eu não me importo tanto com o envelhecer. Eu sei que todos um dia irão envelhecer. Aqueles que hoje são jovens, um dia serão velhos” (I 6).

Reconhecem também que “ficar velho” faz parte da existência e não é possível retroceder no tempo, sendo necessário se adaptar à nova realidade e vivenciar o momento como se apresenta. Para Sá et al.², o envelhecimento humano é um processo universal, complexo, dinâmico, progressivo, multidimensional, interdisciplinar, com “aspectos

biológicos, sociais, psíquicos e espirituais”. É uma fase que requer adaptação e aceitação das especificidades e pode ser vivida saudavelmente³. Os participantes também entendem que o envelhecer é um processo que inicia na infância e que as vivências do passado repercutem atualmente.

“Tudo que a gente forçou na infância, trabalhar de sol a sol, sem descansar, trilhar soja, lavrar a boi, tudo isso foi o início das nossas doenças, dores. Assim hoje dói tudo e vem daquele tempo. Nós não se cuidávamos, dificilmente se ia ao médico. Além disso, desde os 12 anos já trabalhava muito” (I 8).

“Tinha dias que passava o dia todo na roça, carpindo, porque antes não tinha venenos, voltava para casa de tardinha, muito cansado e ainda tinha que enfrentar a falta de comida. Quantas vezes fui dormir com fome. Toda essa dificuldade aparece hoje e repercute na nossa vida. [...]. Não tem como ficar bem” (I 7).

Nessas falas, infere-se que, se eles tivessem vivido uma adolescência e juventude com menos dificuldades, poderiam chegar à velhice mais saudáveis. Assim, existem pessoas que têm 60 anos e já não realizam mais atividades de trabalho; outros, com 90 anos, ainda são ativos. Para a WHO³, os problemas da velhice vinculam-se aos determinantes sociais do envelhecimento ligadas às limitações entre saúde e doença. Nas falas dos idosos, verifica-se essa preocupação.

Por outro lado, se a pessoa idosa apresenta condições de saúde positivas, ela vivencia a velhice com qualidade de vida^{6,2}, desempenhando a autonomia, a independência, a vivência familiar e com grupos de convivência. Dessa forma, as representações negativas ainda são uma realidade quando relacionadas as condições de saúde. Já para Tong et al.¹¹, as percepções de que envelhecer é sinônimo de limitações e de perdas de papéis sociais, estão ainda em voga, como revelam as falas:

“O envelhecer é um momento de mudanças, já não temos a mesma agilidade que tínhamos quando dos 18 anos. [...]. Nestas situações se observa que o idoso precisa de cuidado, pois acaba caindo na depressão, se isola. Depois que cheguei nos 40 anos, percebi que meu corpo mudou” (I 6).

“Envelhecer está sendo um processo de desgastes, limitações, as dores passam a surgir, a aparência começa a ficar feia, existe a dificuldade de caminhar. Dependendo o dia, a dificuldade de fazer as coisas é tanta que não se tem vontade nem de sair da cama” (I 4).

As principais mudanças identificadas envolvem a falta de agilidade em realizar tarefas diárias, dores, desconforto, menor coordenação motora, declínio cognitivo, perda de memória. Afram et al.¹² salientam que as modificações no processo de envelhecer, principalmente a diminuição da capacidade funcional e o declínio cognitivo, não são aceitas pelos idosos, porém, existe a necessidade e o desafio de se adaptar à nova realidade e buscar a resiliência.

Também foram mencionadas preocupações com o isolamento, que se tornou gerador de ansiedade e depressão:

“Eu ultimamente, devido ao processo de envelhecer, acabo me isolando, pois acho o processo meio triste, não vejo alegrias, só dificuldades” (I 3).

“Eu sempre me senti tão bem, mas quando envelheci, as coisas mudam muito, e às vezes a gente sofre. Quando vi que não podia fazer algumas coisas que gosto, me senti mal e só pensava em bobagens, tanto que tive que me medicar, estava indo a loucura, é triste” (I 7).

Os sentimentos revelados apresentam perdas de amigos, mudanças no corpo, falta de convivência familiar. Sentir-se triste é uma resposta comum diante das limitações da solidão, isolamento social, dificuldades de acompanhar as mudanças da sociedade^{6,10}. Nesse sentido, o convívio com o outro, o diálogo e o cuidado são fundamentais para enfrentar esta fase existencial. Compartilhar experiências, expressar frustrações e falar sobre as ansiedades e as angústias são terapias saudáveis, capazes de gerar autonomia, empoderamento e autoestima¹².

Outro fator mencionado foi a depressão. Estudos demonstram que viver sozinho produz isolamento social e aumenta a possibilidade de desencadear sintomas depressivos, condição que afeta a saúde, o bem-estar e o estilo da vida^{9,5,3}.

Evidenciou-se também que o trabalho é um dos temas mais mencionados pelos idosos. Relataram recordações “dos tempos antigos”. Trabalhar sempre fez parte da vida e, com o envelhecimento, revelaram sentimentos de fracasso. Contudo, não manifestaram desejo de deixar de realizar suas atividades:

“Eu sofri muito devido a depressão, depois que parei de trabalhar, e com o tempo fui vendo que não podia mais fazer nada [...], não aguentava essa vida” (I 6).

“Trabalhar é o que dá ânimo para continuar. A gente se esquece dos problemas. Se ficar parado tenho certeza que adoço. Acho que de tanto que a gente viveu trabalhando na infância, agora não se desacostumamos. [...]. Até que trabalho sou feliz” (I 7).

A diminuição da capacidade para o trabalho é uma das causas geradoras de quadros de depressão e sofrimento. Segundo Derrosso e Oliveira¹³, “com o aumento da expectativa de vida, os mais velhos tendem a permanecer e almejar um lugar no mercado de trabalho. [...]. Aposentar-se significa grandes perdas, seja pela necessidade de manter sua renda e a de sua família”, bem como a perda da identidade individual e social. Na sociedade contemporânea, a pessoa é valorizada pela produção e riqueza:

Na sociedade ocidental e capitalista, qualquer valoração fundamenta-se na ideia básica da produtividade inerente ao próprio capitalismo. Desta forma, o indivíduo, com a diminuição da força de trabalho característica da velhice, torna-se um ser capaz de produzir, perdendo seu papel na sociedade onde predominam os valores relacionados à capacidade para o trabalho e independência, tendo sua condição desvalorizada¹⁴.

Muitos idosos se emocionaram ao falar de sua velhice. Expressaram a alegria de viver em grupo, de chegar à velhice, tristeza por pouca vitalidade e serem dependentes, mas com possibilidade de transcendê-las e viver alegre. Enfatizaram que o sentido está em viver o momento, valorizando o conhecimento e a sabedoria construídos na vida e ter projetos, como a espiritualidade/religiosidade e espaços de sociabilidade. Nesse sentido, para Almeida et al.⁹, num estudo realizado com 40 idosos de um grupo

de convivência, sobre a feminização na velhice, o envelhecer traz seus benefícios como, ainda “ter boa saúde, poder passear e viajar, a experiência adquirida, poder frequentar o forró, caminhar, realizar as atividades corriqueiras e ter seu próprio dinheiro”. O estudo realizado por Jonsén, Norberg e Lundman⁸, com dez idosos, com idade entre 85 e 95 anos, em forma de entrevista, também revelou que a satisfação com a vida requer autoestima, cuidado de si, zelo pela beleza, alegria e felicidade.

Envelhecimento humano no entendimento dos familiares

Em relação à faixa etária dos familiares participantes, verificou-se que 60% possuem entre 20 e 35 anos e 40% entre 35 e 50. Desses familiares, 40% são solteiras e 60% casadas. Identificou-se também o grau de parentesco do familiar que presta os cuidados, sendo que 80% são filhas e 20%, noras. Apesar das novas configurações familiares, a figura masculina continua desempenhando o papel do trabalho fora de casa. Embora a mulher esteja cada vez mais no mercado de trabalho, ainda se espera que assuma as funções de cuidadora dos idosos¹⁵. Convém ressaltar, que essa função de cuidadora familiar foi construída historicamente e está fundamentada nos “valores culturais e sociais da primeira metade do século passado, no qual as mulheres assumiam o papel domiciliar, portanto, não precisariam estudar”⁷.

A família está presente no processo de envelhecer, sendo responsável, entre outros aspectos, pelo cuidado. As concepções do envelhecimento são percebidas a partir das particularidades de cada arranjo familiar, das condições socioeconômicas, de valores culturais e morais. Diante disso, os familiares cuidadores entrevistados eram todos do sexo feminino e residiam com os idosos. Sobre isso, Cardoso et al.⁵ destacam “que o cuidado é exercido, na maioria das vezes, por mulheres [...] - esposas, filhas e netas”. Ainda, todas as cuidadoras estão no mercado de trabalho formal e não dependem dos rendimentos do familiar idoso. Assim, o rendimento/benefício do idoso é, em princípio, utilizado para seu sustento. Salienta-se que, no caso dos idosos, contribuir ou não nas despesas da família, seria “um extra”. As narrativas das familiares cuidadoras

revelam que, uma vez definido quem será responsável pelo cuidado ao idoso, tal responsabilidade não é só vista como obrigação, mas como retribuição pela dedicação dos pais durante toda a vida:

“Eu me sinto bem cuidar do idoso, porque um dia a gente vai ficar velha também e vai necessitar da mesma forma de ser cuidada” (F 3).

“Eu não vejo problema nenhum em cuidar do meu pai e da minha mãe, afinal eles ainda se viram sozinhos. Todos os meus irmãos se precisarem cuidam dos pais, porque reconhecem o valor que eles tiveram em nossas vidas” (F 5).

“Eu me sinto bem ao cuidar da minha mãe, afinal foi ela que me deu a vida, me ensinou os valores, a ser o ser humano que sou hoje” (F 2).

Em pesquisa sobre o mesmo tema, Cardoso et al.⁵, salientam que o cuidado é visto como retribuição pela dedicação dos pais no passado. Os entrevistados familiares relataram que o cuidado dispensado ao idoso é como um exemplo para outras gerações, de receberem a mesma atenção no futuro.

Foi observado que o tempo dedicado pelo familiar no atendimento às necessidades do idoso não se constituiu numa barreira para a manutenção de suas atividades profissionais. Contudo, diante da complexidade do processo de cuidar, buscou-se conhecer a relação do familiar com o idoso:

“A minha relação não é das melhores. Eu acho que deixo um pouco a desejar, mas também o idoso deveria respeitar as pessoas com quem convive” (F 1).

“A relação é bem tranquila. Às vezes a gente discute, mas logo nos entendemos, eu gosto da cultura e do processo. Aceito eles do jeito que são. Claro que não podemos deixar de levar em conta que tem dias que a relação é mais conflitiva” (F 3).

“Eu me relaciono bem. Procuro sempre entender o idoso, embora identificando que somos diferentes um do outro, isso por que ele tem um costume de seu período, que era diferente. Às vezes esta mudança faz com que exista uns conflitos, porque meus filhos acham que o idoso tem que se adaptar a modernidade” (F 2).

Para Cardoso et al.⁵ e Carvalho e Neri⁷, muitas vezes, existe uma sobrecarga nas atividades dos cuidadores, acompanhado de pouco tempo livre para cuidar de sua vida particular, além de desgaste físico e emocional resultantes dos conflitos. O estudo de Afram et al.¹² também aponta a sobrecarga dos cuidadores informais, principalmente em idosos com demências.

Os membros da família identificaram que existe uma mudança cultural associada ao processo, já que os idosos possuem sua visão de mundo, inerentes à sua cultura e os conflitos, muitas vezes, são inevitáveis nas relações cotidianas. Existem casos em que o idoso não possui liberdade e autonomia; em outros, é ele próprio que toma as decisões, como relatados abaixo:

“A minha mãe, ela quer mandar em tudo: como fazer, como os outros deveriam fazer. Se ela vê que alguém está violentando um idoso ela se mete, e eu digo: mãe, fica quieta, porque a senhora fala essas coisas; às vezes fico constrangida [...]. Te confesso! Já virei às costas muitas vezes para ela” (F 2).

“Às vezes a gente senta para decidir um problema de família, e aí o pai e a mãe vão dizendo o que pensam. Um dia o meu filho disse para o avô ficar quieto, porque não sabe de nada. No mesmo instante foi possível discutir com ele e entre a família e deixar bem claro que o avô apresentava limitações, mas nem por isso não podia dizer o que queria” (F 5).

Identificou-se em 80% das entrevistas com os familiares, que as decisões são tomadas pelo idoso e que apenas 20% disseram que o idoso já não é mais ouvido, alegando que “não tem mais consciência das ações.” Assim, em relação a pergunta Como você considera ser o processo do envelhecimento? alguns fragmentos das falas são instigantes:

“É uma etapa da vida da pessoa, porque começa como criança e vai desenvolvendo e a velhice é mais uma etapa. Quando criança tem um jeito de viver, adolescente outro, e na velhice a vivência também é diferente” (F 5).

“Eu percebi que o processo de envelhecimento trouxe mudanças, porque antes a minha mãe fazia os serviços, mas agora eu vejo que ela não pode mais fazer nada, têm limitações, dores nas pernas, braços e coluna” (F 2).

A análise das respostas revelou que a maioria identificou o envelhecer como um processo de mudanças, principalmente físicas. Compreende-se que o corpo muda e a família precisa ter conhecimentos dessas mudanças, evitando frustração ao idoso. Ferreira, Bansi e Paschoal¹⁶ mencionam que ainda há uma mentalidade de associar a velhice à doença. Nesse sentido, a família apresenta preocupações com a probabilidade do adoecimento no futuro.

“Até agora está tudo certo com a minha mãe, eu só tenho medo que daqui para frente ela comece a adoecer, porque ela já está com uma boa idade e se ela fica doente daí sim vai ser complicado. Cuidei do meu pai antes dele morrer, ficou dias no hospital, mas gente eu não tenho vergonha de falar, a pior parte do envelhecimento é o adoecimento” (F 2).

“A minha sogra vive em médico, doença de pele, e tudo mais. Depois que chegou nos 60 anos, ela começou a adoecer, e assim continua, sempre em função da saúde. Quando era mais nova não ficava tão doente. Já percebo que minha rotina vem se alterando por causa de sua saúde” (F 5).

Para os cuidadores, a relação velhice e saúde aparece como preocupação central, porque o adoecimento pode refletir nas suas atividades profissionais. Porém, foi possível observar que essa situação acontece também em razão do familiar não estar preparado, munido de informações para prestar o atendimento com qualidade. Assim, “para que os cuidados sejam bem desempenhados, o preparo e a escolha adequada do cuidador são fundamentais”¹³.

Existe a necessidade de considerar a família também como portadora de direitos, pautados nas políticas públicas de atendimento à pessoa idosa:

“Considero que as políticas vêm desenvolvendo um bom trabalho, mas só acho que se investirem mais na prevenção, informação e derem o suporte para a gente, o idoso será muito melhor cuidado” (F 2).

“Posso dizer que o idoso vem sendo protegido, têm leis que garantem que ele seja bem atendido, mas nós também somos seres humanos, certo, e também é preciso que tenhamos direitos, que também nos ouçam, porque não” (F 5).

A instituição familiar precisa ser protegida, para que possa proteger os seus membros. A proteção dos membros da família não depende apenas das relações sócio familiares, mas também do Estado, com trabalho, moradia, alimentação, condições de saúde, segurança^{3,5,15}. Os familiares relataram que o processo de envelhecimento apresenta benefícios, como a experiência de vida, a aposentadoria, a assistência à saúde diferenciada e o acesso aos direitos:

“Eu acho que quando eles chegam nessa idade, eles têm muito para nos contar, apresentam valores muito importantes e histórias de vida, que são base para a nossa vida. Aprendemos a viver a partir dos ensinamentos deles” (F 3).

“Gosto muito de ouvir minha mãe contar as histórias de antigamente. Eles viveram tantas coisas e agora o que contam como enfrentaram é bem gratificante. Eles sabem muitas coisas que a gente não tem conhecimento” (F 4).

De forma geral, os familiares manifestaram um sentimento positivo com os idosos nessa fase da vida e acreditam que eles têm sabedoria para contribuir, como a postura da prudência, o equilíbrio, o conhecimento e a experiência de vida diante das dificuldades diárias. Porém, observou-se alguns, sentimento de insegurança, cansaço e medo no cuidador, além de uma carga excessiva de trabalho diário, sem tempo para a diversão e tranquilidade^{10,8,14,15}. O documento da WHO³ aponta a necessidade de compreender as especificidades, direitos e expectativas dos idosos e famílias.

Porém, as falas a seguir são reveladoras desses sentimentos conflitantes da família, em relação ao cuidado, a responsabilidade e a iminência da morte: medo da morte do idoso (F 1); medo de não ter capacidade de ajudar meus pais, de perder as forças, devido ao cuidado desgastante (F 2); incerteza em relação a vida pessoal (F 3); medo do envelhecer do idoso e insegurança do futuro (F 5). Por isso, o gerenciamento do tempo diário ajuda os “cuidadores a se organizarem, a ter a sensação de continuidade da vida, a manter o senso de controle e a se sentirem seguros em relação as tarefas que realizam todos os dias”⁶. Com o avançar da idade, a morte tem um significado diferenciado, porque se

apresenta como a possibilidade da impossibilidade, isto é, com sua iminência, cessam todos os projetos existenciais, pois “é tomada para si pela presença, na disposição da angústia, revelando-a de forma originária e profunda”⁴. Enfim, com o passar dos anos, aumentam as responsabilidades dos familiares em relação aos cuidados, responsabilidades e busca de bem-estar biopsicossociais com seus idosos.

CONCLUSÃO

De acordo com o objetivo do estudo, de conhecer o significado do envelhecimento na percepção de idosos e familiares, os participantes idosos conceberam seu processo de envelhecer, de um lado, com realização, autonomia, independência e disposição para vencer as dificuldades diárias e apresentaram um imaginário social ativo, digno e saudável, diferente da concepção do senso comum. Do outro, a diminuição da capacidade funcional, as doenças, a diminuição do rendimento no trabalho, os conflitos intergeracionais e o declínio cognitivo foram apresentados como limitadores, porém inerentes à vida.

Já os cuidadores familiares, mencionaram o medo e a insegurança relacionada a possibilidade dos idosos ficarem dependentes da capacidade funcional, psíquica e social, exigindo cada vez mais cuidados. Estão cientes, de acordo com a Política Nacional do Idoso e a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, que é a família ou o cuidador, mesmo limitado, o responsável pelo cuidado integral dos idosos. Por isso, faz-se necessário preparar os familiares para o futuro, prestar a eles informações e possibilitar com que possam compartilhar suas vivências e emoções, minimizando os aspectos conflituosos dessa relação, porque é a família, que está passando por transformações estruturais nos modos de viver e exercer o cuidado, a responsável de cuidar dos seus idosos.

Mencionamos a importância de desenvolver ainda estudos sobre a temática, ampliando a amostra tanto com idosos quanto com seus familiares cuidadores, bem como aprofundar questões como finitude, religião e religiosidade no comportamento do idoso, realidades e valores inerentes ao processo do envelhecimento humano.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Projeções da População 2018 [Internet]. [Brasília]: IBGE; 2018 [acesso em 15 ago. 2018]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas-ovoportal/sociais/populacao/9109-projecao-da-populacao.html?edicao=21830&t=downloads>
2. Doll J, Oliveira JFP, de Sá JLM, Herédia BM. Multidimensionalidade do envelhecimento e interdisciplinaridade. In: Freitas EV, Py L. Tratado de geriatria e gerontologia. 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2016. p. 107-108.
3. World Health Organization. Global strategy and action plan on ageing and health [Internet]. Geneva: WHO; 2017 [acesso em 15 ago. 2018]. Disponível em <http://www.who.int/ageing/WHO-GSAP-2017.pdf?ua=1>
4. Menezes TMO, Lopes RLM. Significados do vivido pela pessoa idosa longeva no processo de morte/morrer e luto. *Ciênc Saúde Colet*. 2014;19(8):3309-16.
5. Cardoso VB, Silva JLA, Dutra CDC, Tebaldi JB, Costa FAMM. A doença de alzheimer em idosos e as consequências para cuidadores domiciliares. *Memorialidades*. 2015;12(23-24):113-49.
6. Locke CT, Craig CL, Aoyagi Y, Bell RC, Croteau KA, Bourdeaudhuij I, et al. How many steps/day are enough?: for older adults and special populations. *Int J Behav Nutr Phys*. 2011;8:1-29.
7. Carvalho EB, Neri AL. Uso do tempo por cuidadores familiares de idosos com demência: revisão integrativa. *Rev Bras Enferm*. 2018;71(suppl 2):948-59.
8. Jonsén E, Norberg A, Lundman B. Sense of meaning in life among the oldest old people living in a rural area in northern Sweden. *Int J Older People Nurs*. 2015;10(3):221-9.
9. Almeida AV, Mafra SCT, Silva EP, Kanso S. A Feminização da Velhice: em foco as características socioeconômicas, pessoais e familiares das idosas e o risco social. *Textos Contextos*. 2015;14(1):115-31.
10. Bardin L. *Análise de conteúdo*. 4 ed. Lisboa: Edições 70; 2016.
11. Tong Hm, Lai DWL, Zeng Q, Xu WX. Effects of social exclusion on depressive symptoms: elderly chinese living alone in Shanghai, China. *Cross Cult Gerontol*. 2011;(26):349-64.
12. Afram B, Stephan A, Verbeek H, Bleijlevens M HC, Suhonen R, Sutcliffe C, et al. Reasons for institutionalization of People With Dementia: Informal Caregiver Reports From 8 European Countries. *J Am Med Dir Assoc*. 2014;15(2):108-16.
13. Derrosso G, Oliveira M. A Inserção de idosos no mercado de trabalho de Foz do Iguaçu. *Rev Ciênc Hum*. 2018;11(1):47-61.
14. Cruz RC, Ferreira MA. Um certo jeito de ser velho: representações sociais da velhice por familiares de idosos. *Texto & Contexto Enferm*. 2011;20(1):144-51.
15. Qiu X, Sit JWH, Koo FK. The influence of Chinese culture on family caregivers of stroke survivors: a qualitative study. *J Clin Nurs*. 2018;27(1-2):309-19.
16. Ferreira FCF, Bansi LO, Paschoal SMPP. Serviços de atenção ao idoso e estratégias de cuidado domiciliares e institucionais. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2014;17(4):911-26.



Cognitive Telephone Screening Instrument (COGTEL): um instrumento fiável e válido na avaliação do funcionamento cognitivo em pessoas idosas brasileiras

The Cognitive Telephone Screening Instrument (COGTEL): a reliable and valid tool for the assessment of cognitive functioning in the Brazilian elderly

Maria Antonieta Tinôco¹

Élvio Rúbio Gouveia^{2,3,4}

Andreas Ihle^{3,5}

Adilson Marques^{6,7}

Bruna R. Gouveia^{2,3,8,9}

Matthias Kliegel^{3,5}

Resumo

Objetivo: Estudar a fiabilidade/estabilidade do “The Cognitive Telephone Screening Instrument” (COGTEL) na avaliação das funções cognitivas e investigar a validade concorrente (ou seja, a relação entre os escores do COGTEL com variáveis externas, tais como a educação e o resultado do MMSE), num estudo piloto em adultos idosos residentes na comunidade de Apuí, Fonte Boa e Manaus (Amazonas, Brasil). **Método:** O presente estudo piloto incluiu 90 adultos idosos (29 homens e 61 mulheres) com idades compreendidas entre os 60-85 anos de idade [68,2(±6,7)]. O COGTEL, o MMSE e o questionário socioeconômico foram aplicados sob forma de entrevista duas vezes, com uma semana de intervalo nas mesmas condições. **Resultados:** O coeficiente de correlação intraclasse no teste-reteste no escore total do COGTEL (e respectivos 6 subtestes), MMSE e nível educacional variou entre aceitável-a-elevado ($0,708 < R < 0,946$). Verificou-se uma correlação positiva entre o escore total do COGTEL com o MMSE ($r=0,682; p<0,001$), bem como, com o nível educacional ($r=0,604; p<0,001$). **Conclusão:** Este estudo apresenta evidências preliminares de fiabilidade/estabilidade e validade concorrente do COGTEL na avaliação das funções cognitivas em adultos idosos residentes na comunidade. Os resultados do presente estudo suportam a utilização do COGTEL como um instrumento breve, fiável e válido para analisar diferenças interindividuais no funcionamento cognitivo em estudos com adultos idosos.

Palavras-Chave: Cognição; Avaliação Geriátrica; Envelhecimento Saudável; Testes de Estado Mental e Demência; Cognitive Telephone Screening Instrument.

¹ Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia, Departamento Acadêmico de Educação Básica e Formação de Professores, Coordenação de Arte e Educação Física. Manaus, Amazonas, Brasil.

² LARSYS, Interactive Technologies Institute, Funchal, Portugal.

³ Center for the Interdisciplinary Study of Gerontology and Vulnerability, University of Geneva, Geneva, Switzerland

⁴ Department of Physical Education and Sport, University of Madeira, Funchal, Portugal.

⁵ Department of Psychology, University of Geneva, Geneva, Switzerland.

⁶ Centro de Investigação em Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa, Lisboa, Portugal.

⁷ Centro Interdisciplinar de Estudo da Performance Humana, Faculdade de Motricidade Humana, Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal.

⁸ Saint Joseph of Cluny Higher School of Nursing, Funchal, Portugal.

⁹ Health Administration Institute, Secretary of Health of the Autonomous Region of Madeira, Funchal, Portugal.

Abstract

Objectives: To study the reliability/stability of the Cognitive Telephone Screening Instrument (COGTEL) for the assessment of cognitive functions, and to investigate the concurrent validity (that is, the relationship between the COGTEL scores and external variables, such as level of education and MMSE results) in a pilot study of elderly persons residing in the community in the municipal regions of Apuí, Fonte Boa and Manaus (Amazonas, Brazil). **Method:** This pilot study included 90 elderly persons (29 men and 61 women) aged 60-85 years of age [68.2 (\pm 6.7)]. The COGTEL, the MMSE and socio-economic survey were applied in the form of two interviews, a week apart and under the same conditions. **Results:** The test-retest intraclass correlation coefficient of the COGTEL total score (and respective six subtests), MMSE and educational level ranged from acceptable to high (0.708 < R < 0.946). There was a strong positive correlation between the total score of the COGTEL with the MMSE ($r = 0.682$; $p < 0.001$), as well as with educational level ($r = 0.604$; $p < 0.001$). **Conclusion:** This study presents preliminary evidence of the reliability/stability and concurrent validity of the COGTEL in the evaluation of cognitive functions in elderly persons residing in the community. The results of this study support the use of COGTEL as a short, reliable and valid instrument for analyzing differences in cognitive functioning in inter-individual studies with elderly persons.

Keywords: Cognition; Geriatric Assessment; Healthy Aging; Mental Status and Dementia Tests; Cognitive Telephone Screening Instrument.

INTRODUÇÃO

No âmbito dos testes de triagem ou rastreio para avaliação de alterações relativas às funções cognitivas, o Mini Exame de Estado Mental (MMSE) é um dos testes mais utilizados, quer em estudos epidemiológicos, quer em ambiente clínico. O MMSE inclui tarefas de orientação, memória, atenção e cálculo, linguagem e capacidade construtiva¹. Esse instrumento tem sido sucessivamente aperfeiçoado considerando-se variáveis como a idade, escolaridade e a definição de pontos de corte específicos para cada região. Genericamente, o MMSE é reconhecido como um instrumento válido de fácil e rápida aplicação². Essa é uma das principais razões pelas quais ele tem sido extensamente incluído em muitos estudos epidemiológicos, bem como em estudos do envelhecimento que pretendem avaliar as funções cognitivas. Contudo, a utilização exclusiva do MMSE pode apresentar algumas limitações, nomeadamente em estudos com indivíduos residentes na comunidade que apresentam um envelhecimento saudável no funcionamento cognitivo^{3,4}. Isso significa que o MMSE poderá não ser suficientemente sensível para diferenciar níveis de desempenho individuais, uma vez que é restringido pelo seu efeito teto (*ceiling effect*), o que torna difícil avaliar e monitorizar as diferenças interindividuais no funcionamento cognitivo^{5,6}.

O *Cognitive Telephone Screening Instrument* (COGTEL)³ é uma bateria de testes que pode ser uma alternativa útil a esse respeito, pois permite a avaliação detalhada do desempenho em seis domínios cognitivos (memória prospetiva, de curto prazo, de longo prazo e de trabalho, fluência verbal e raciocínio indutivo), usando testes adotados a partir de instrumentos neuropsicológicos bem estabelecidos, como é o caso das escalas de Wechsler, incluindo uma nota total adicional que é indicativa do funcionamento cognitivo geral^{3,4}.

Assim, a utilização do instrumento COGTEL na avaliação das funções cognitivas pode ser amplamente aplicado, uma vez que diferencia o desempenho total do funcionamento cognitivo, não se limitando apenas a identificar deficiências cognitivas, mas, também, identificar diferenças interindividuais no funcionamento cognitivo dentro da faixa de desempenho saudável⁴. Adicionalmente, o COGTEL tem uma aplicação flexível, podendo ser aplicado em entrevistas *face-to-face* ou por telefone, de 10 a 15 minutos³.

A apresentação e a avaliação das propriedades psicométricas do COGTEL descritas neste artigo incluem a administração do COGTEL a uma amostra de adultos idosos residentes na comunidade brasileira. Para avaliar a fiabilidade do teste, pedimos

aos participantes para realizar o COGTEL em dois momentos (método teste-reteste). A avaliação concorrente foi examinada, calculando o grau de associação entre os escores do COGTEL em relação ao MMSE e nível educacional. A maior parte das investigações neuropsicológicas de impacto dos fatores sociodemográficos na capacidade cognitiva centraram-se sobre o papel da educação⁷, uma vez que se tem provado ser um importante determinante da performance cognitiva⁸.

Os objetivos do presente estudo foram: (1) estudar a fiabilidade/estabilidade do instrumento COGTEL na avaliação das funções cognitivas, e (2) investigar a validade concorrente (ou seja, a relação entre os escores do COGTEL com variáveis externas, tais como a educação e o escore total do MMSE) em um estudo piloto em adultos idosos residentes na comunidade do estado do Amazonas, Brasil.

MÉTODO

Amostra e delineamento da pesquisa

O presente estudo piloto incluiu 90 adultos idosos (29 homens e 61 mulheres) com idades compreendidas entre os 60-85 anos de idade [68,2(±6,7)]. Este estudo faz parte do projeto de investigação: “Saúde, Estilo de Vida e Aptidão em Adultos Idosos do Amazonas” (SEVAAI). Os adultos idosos eram residentes na comunidade de Apuí, Fonte Boa e Manaus (municípios do estado do Amazonas, Brasil). Para testar a fiabilidade do instrumento de avaliação, os 90 adultos idosos foram reavaliados em todas as variáveis, sete dias após a primeira avaliação⁹. As avaliações tiveram lugar em cada um dos municípios em articulação com as instituições locais: Instituto Federal de Educação Ciência e Tecnologia do Amazonas; Universidade Aberta da Terceira Idade da Universidade do Estado do Amazonas; Centro de Referência em Assistência Social; Biblioteca Municipal Oscar de Paulo Portela e Centro de Convivência do Idoso Paulista.

A equipe de campo do estudo foi composta por 21 integrantes: quatro académicas do curso de Mestrado em Atividade Física e Desporto da Universidade da Madeira (UMa) – Portugal; 15 académicos do curso de Licenciatura em Educação Física da Universidade

do Estado do Amazonas (UEA); um académico do curso de Fisioterapia da Uninorte; e um académico do Curso de Licenciatura da Universidade Federal do Amazonas (UFAM).

Para maximizar a consistência das avaliações, sessões de treino foram conduzidas com todos os integrantes da equipe de campo. Em primeiro lugar, uma explicação teórica sobre os protocolos de avaliação e respectivos testes foi elaborada. Em segundo lugar, os testes e os questionários foram aplicados entre os componentes da equipe de campo. Esta fase de treino realizou-se durante 1 mês, com 3 sessões de treino por semana, com a duração de 3h. Em terceiro lugar, foram realizadas avaliações com pessoas idosas para calcular os tempos de administração dos protocolos. No dia dos testes no estudo piloto, todos os protocolos de pesquisa foram explicados de forma que as pessoas idosas cumprissem com as tarefas pedidas.

Crítérios de inclusão e exclusão

Os critérios de inclusão da amostra considerados neste estudo foram os seguintes: ser homem ou mulher residente na comunidade com idade compreendida entre os 60 e os 90 anos de idade; ser autónomo e independente na realização das atividades de vida diária, e não ter reportado problemas de saúde que fossem considerados contraindicações absolutas à prática de atividade física¹⁰.

Os critérios de exclusão utilizados neste estudo foram os seguintes: ter apresentado um baixo nível de funcionalidade física (avaliado pelo questionário de funcionalidade física¹¹; escore do questionário de funcionalidade física <12/24 pontos); ter apresentado deficit cognitivos severos (avaliado através MMSE)¹, score do MMSE <15/30 pontos², ou hipoacusia severa; e ter alguma co-morbilidade que pudesse comprometer a sua participação em atividades físicas (doença aguda, doenças neurológicas progressivas, acidente vascular cerebral, condições crônicas instáveis)¹⁰, ou qualquer uma das seguintes condições: (1) pessoas que tivessem sido avisadas pelo seu médico para não fazerem exercício físico devido a condições médicas; (2) pessoas que tivessem insuficiência cardíaca congestiva; (3) pessoas que

tivessem experienciado dor nas articulações, no peito, tonturas ou que tenham angina de peito, e (4) pessoas que tivessem a pressão arterial incontrolada (superior a 160/100)¹¹.

Os participantes foram individualmente testados em sessões de entrevistas (*face-to-face*) pelos elementos da equipe de campo, treinados na aplicação do COGTEL, MMSE e questionário socioeconômico.

Esta pesquisa seguiu os princípios éticos presentes na Resolução nº 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde do Brasil e aprovada pelo Comitê de Ética para Seres Humanos da Universidade do Estado do Amazonas, Parecer Consubstanciado nº 1.599.258 – CAAE: 56519616.6.0000.5016. O projeto foi também apresentado e aprovado pela Comissão Científica do Departamento de Educação Física e Desporto, Faculdade de Ciências Sociais, Universidade da Madeira, Portugal. A participação foi voluntária e os participantes foram recrutados através de contatos diretos efetuados pela equipe de investigadores responsáveis pelo estudo. Todos os participantes assinaram o termo de consentimento livre esclarecido - TCLE.

Mini Exame de Estado Mental (MMSE)

Na avaliação do estado mental foi usado o Mini Exame de Estado Mental (MMSE)¹. Esse questionário permite fazer uma avaliação sumária das funções cognitivas. O MMSE consiste em cinco subseções que cobrem a orientação (0-10 pontos), a memória imediata e a recente (0-3 pontos cada), a capacidade de atenção e cálculo “*counting backwards*” (0-5 pontos), a linguagem e capacidade construtiva (0-9 pontos). Um escore total deriva da soma dos escores das cinco subseções.

Nível educacional

O nível educacional foi estimado a partir do questionário socioeconômico desenvolvido pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP)¹². Para tal, os participantes foram questionados sobre o seu grau de instrução. Foram

considerados para o efeito os seguintes escores: 0 = Analfabeto/ Primário incompleto; 1 = Primário completo/Ginásial incompleto; 2 = Ginásial completo/ Colegial incompleto; 3 = Colegial completo/Superior incompleto; 4 = Superior completo.

Cognitive Telephone Screening Instrument (COGTEL)

O COGTEL, originariamente construído com um duplo propósito de ser aplicado por telefone e em formato de entrevista presencial (*face-to-face*), é composto por seis subtestes que abrangem importantes domínios das funções cognitivas. Todos os procedimentos relativos à aplicação do COGTEL podem ser consultados em detalhe em uma publicação anterior do autor do instrumento, Kliegel et al.³.

O COGTEL compreende 6 subtestes: (1) Memória Prospetiva; (2) Memória Verbal de Curto Prazo; (3) Memória de Trabalho; (4) Raciocínio Indutivo; (5) Fluência Verbal e (6) Memória Verbal de Longo Prazo.

Memória Prospetiva: A memória prospetiva é avaliada usando o sistema de “tarefa baseada em eventos”. Nesse teste, a tarefa de execução da ação pretendida é desencadeada pela apresentação de uma informação externa específica. Os participantes, no início do questionário, eram instruídos a dizer a sua data de nascimento sem que lhe fosse solicitado, num determinado ponto do questionário. O escore de memória prospetiva era 1, se o participante dissesse corretamente a sua data de nascimento no momento certo. Caso contrário, o escore era 0.

Memória Verbal de Curto Prazo: Nesse subteste, apresenta-se aos participantes oito pares de palavras (quatro relacionadas semanticamente e as restantes sem conexão). Depois de dar um exemplo, o elemento da equipe de campo lê em voz alta todos os pares de palavras. Os participantes memorizam os pares de palavras. O escore da Memória Verbal de Curto Prazo é o número correto de palavras associadas ao par (min = 0; máx = 8).

Memória de Trabalho: A Memória de Trabalho é avaliada usando o “*backward digit-span test*” (dizer uma sequência de números de trás para a frente).

Os participantes ouvem a sequência de números e imediatamente repetem na ordem inversa ao que ouviram. O escore da Memória de Trabalho é o número total de sequências reproduzido corretamente (min = 0; máx = 12).

Raciocínio Indutivo: No Raciocínio Indutivo, o elemento da equipe de campo apresenta aos participantes uma sequência de cinco números que foram construídos segundo uma regra matemática entre eles. Os participantes deverão acrescentar o último número à sequência a fim de a completar. O escore do raciocínio indutivo é o número total de sequências corretas (min = 0; máx = 8).

Fluência Verbal: A Fluência Verbal (funcionamento executivo) é avaliada usando dois testes: (1) Letra de fluência - Os participantes são instruídos a produzir palavras que comecem com a letra “A” durante 60 segundos; e (2) Fluência de categoria - os participantes são instruídos a dizer diferentes tipos de profissão que conheçam, durante 60 segundos. O escore total da fluência verbal é a soma do escore do teste de “letra de fluência” + o escore da fluência de categoria.

Memória Verbal de Longo Prazo: A Memória Verbal de Longo Prazo é avaliada da mesma forma do que a Memória Verbal de Curto Prazo, usando os mesmos pares de palavras. O escore da Memória Verbal de Longo Prazo é o número correto de palavras associadas ao par (min = 0; max = 8).

Um escore total do COGTEL deriva da soma dos escores de cada um dos seis subtestes, com as devidas ponderações, seguindo a fórmula seguinte: $\text{COGTEL Escore total} = 7,2 \times \text{memória prospectiva} + 1,0 \times \text{memória verbal de curto prazo} + 0,9 \times \text{memória verbal de longo prazo} + 0,8 \times \text{memória de trabalho} + 0,2 \times \text{fluência verbal} + 1,7 \times \text{raciocínio indutivo}$.

Procedimento para a tradução e retradução do COGTEL

A equipe de tradução do COGTEL foi composta por uma comissão de cinco investigadores, incluindo o principal autor do instrumento (Matthias Kliegel; MK) que publicou a primeira versão em Inglês em 2007 (Kliegel et al.)³. Inicialmente, cada subteste do instrumento foi discutido com o autor da escala e feita a tradução de Inglês para Português com um *native*

speaker. Depois, o mesmo procedimento foi efetuado do Francês para o Português por um investigador luso-descendente, uma vez que o COGTEL também se encontra traduzido para a língua francesa. Nos dois casos, procedeu-se à retrotradução de ambas as versões finais (*backward translation*) e feita a revisão final de ambas as versões retrotraduzidas.

Os procedimentos de tradução, síntese e retrotradução foram realizados sem dificuldades e as modificações da comissão foram para garantir a equivalência semântica, idiomática, cultural e conceitual do instrumento traduzido com o instrumento original. Finalmente, o instrumento foi testado na comunidade em diferentes faixas etárias (jovens, jovens adultos, adultos e adultos idosos). A finalidade da aplicação do COGTEL nessa fase preliminar foi realizar uma simulação da aplicação do instrumento em contexto real de campo, calcular tempos de aplicação e recolher informação relacionada ao grau de dificuldade do instrumento. Antes do estudo piloto, a comissão voltou a reunir e a versão foi novamente submetida à apreciação e adequação pelo autor do instrumento (MK), para, então, o instrumento ser considerado pronto.

Análise Estatística

A estatística descritiva (média e desvio padrão) foi utilizada para descrever as características da amostra. A fiabilidade/estabilidade e validade concorrente do COGTEL foi avaliada da seguinte forma: primeiramente, verificou-se a fiabilidade teste-reteste do escore total do COGTEL (bem como os seis subtestes separadamente) em 90 adultos idosos das três regiões do Amazonas estudadas usando o coeficiente de correlação intraclasse. Em seguida, foi avaliada a validade concorrente, analisando a relação entre o escore total do COGTEL com o escore total do MMSE com recurso a correlações bivariadas (coeficiente de correlação de *Pearson*). Finalmente, utilizando o mesmo procedimento, investigamos a relação entre o escore total do COGTEL com o nível educacional (número de anos de escola).

O nível de significância foi estabelecido em $p < 0,05$. A análise foi realizada com recurso ao programa estatístico SPSS, versão 23.0.

RESULTADOS

Fiabilidade do teste-reteste

O coeficiente de correlação intraclasse (R) e o intervalo de confiança (CI 95%) entre o teste e o reteste no escore total do COGTEL (e respectivos seis subtestes), MMSE e nível educacional é apresentado na Tabela 1. Para o escore total do COGTEL observamos uma fiabilidade teste-reteste elevada (R=0,946). No caso dos seis subtestes do COGTEL, as fiabilidades variaram entre aceitáveis a elevadas (Tabela 1). Fiabilidades elevadas foram igualmente verificadas para o escore total do MMSE, bem como para o nível educacional, R=0,899 e R=0,985, respectivamente.

Validade concorrente

A relação entre o escore total do COGTEL (bem como para cada um dos seis subtestes) com o MMSE e o nível educacional foi investigada através do coeficiente de correlação de *Pearson*. Análises preliminares foram realizadas para assegurar as suposições da normalidade, linearidade e homocedasticidade. Verificou-se uma correlação positiva entre o escore total do COGTEL com o MMSE ($r=0,682$; $p<0,001$), bem como, com o nível educacional ($r=0,604$; $p<0,001$). As correlações nos restantes subtestes das funções cognitivas e o MMSE variaram entre fracas na memória prospetiva ($r=0,237$; $p<0,05$) a fortes na memória de trabalho ($r=0,655$; $p<0,001$) (Tabela 2).

Tabela 1. Coeficiente de correlação intraclasse (R) e o intervalo de confiança (IC 95%) entre o teste e o reteste no escore total do COGTEL (e respectivos seis subtestes), MMSE e nível educacional. Manaus, Fonte Boa, Apuí - AM, 2016.

Variáveis	n	Avaliação Média ($\pm dp$)	Reavaliação Média ($\pm dp$)	R*	95% IC**
Memória Prospetiva	85	0,1($\pm 0,4$)	0,2($\pm 0,4$)	0,708	0,550 - 0,810
Memória verbal de curto prazo	90	3,2($\pm 1,5$)	4,1($\pm 2,1$)	0,777	0,662 - 0,853
Memória de trabalho	90	2,8($\pm 1,9$)	3,0($\pm 2,1$)	0,873	0,808 - 0,916
Fluência verbal	90	13,2($\pm 8,4$)	14,4($\pm 8,8$)	0,938	0,906 - 0,959
Raciocínio indutivo	90	1,0($\pm 1,2$)	1,1($\pm 1,3$)	0,807	0,707 - 0,873
Memória verbal de longo prazo	90	3,7($\pm 1,9$)	4,5($\pm 2,2$)	0,882	0,821 - 0,923
COGTEL*** Escore Total	90	24,1($\pm 12,4$)	27,3($\pm 14,3$)	0,946	0,919 - 0,965
MMSE**** Escore Total	90	23,8($\pm 4,5$)	24,4($\pm 4,0$)	0,899	0,847 - 0,934
Nível Educacional	90	0,8($\pm 1,4$)	0,8($\pm 1,4$)	0,985	0,977 - 0,990

*Coeficiente de correlação intraclasse; **Intervalo de confiança; ****Cognitive Telephone Screening Instrument*; ****Mini Exame de Estado Mental.

Tabela 2. Correlações bivariadas entre o escore total do COGTEL (assim como, os seis subtestes) com o escore total do MMSE e o nível educacional. Manaus, Fonte Boa, Apuí - AM, 2016.

Variável	MMSE*	<i>p</i>	Nível Educacional	<i>p</i>
Memória Prospetiva	0,237**	0,025	0,162	0,128
Memória verbal de curto prazo	0,501**	<0,001	0,456**	<0,001
Memória de trabalho	0,659**	<0,001	0,592**	<0,001
Fluência verbal	0,655**	<0,001	0,622**	<0,001
Raciocínio indutivo	0,584**	<0,001	0,559**	<0,001
Memória verbal de longo prazo	0,561**	<0,001	0,455**	<0,001
COGTEL*** Escore Total	0,682**	<0,001	0,604**	<0,001

*Mini Exame de Estado Mental; **Coeficiente de correlação de *Pearson* (sig. 2-tailed); ****Cognitive Telephone Screening Instrument*.

DISCUSSÃO

O presente estudo procurou avaliar a fiabilidade e a validade concorrente do instrumento COGTEL em um estudo piloto em 90 adultos idosos do Amazonas. Em primeiro lugar, as fiabilidades teste-reteste para o escore total do COGTEL foram elevadas e aceitáveis-a-elevadas nos restantes seis subtestes que compõem o instrumento. Resultados similares foram também verificados para o teste-reteste no MMSE e nível educacional. O coeficiente de correlação intraclassa é o mais utilizado para estudar a estabilidade dos escores nos dois testes¹³.

Os valores de fiabilidade reportados no nosso estudo piloto são comparáveis aos apresentados em outras escalas. Por exemplo, na escala de Wechsler (avaliação da inteligência) foram reportadas fiabilidades que variavam entre 0,38 e 0,87 para jovens adultos e adultos-adultos^{14,15}. Se tivermos em consideração as medidas de fiabilidade apresentadas pelo MMSE¹⁶, geralmente os valores variam entre 0,80 e 0,95. A fiabilidade teste-reteste reportada no presente estudo piloto para o MMSE e o nível educacional foi igualmente elevada 0,899 e 0,985, respectivamente.

Esse quadro de resultados indica que o COGTEL (assim como os subtestes que o compõem), o MMSE e o nível de educação (avaliado a partir do questionário socioeconômico proposto para a população brasileira) apresentam uma fiabilidade/estabilidade aceitável, tendo em consideração os pontos de corte mencionados por Thomas e Nelson¹³. Isto significa que esses testes podem ser usados de forma confiável para a avaliação do funcionamento cognitivo e o nível educacional em adultos idosos. Esses resultados estão em concordância com um estudo recente publicado no *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders Extra* pela equipe de investigação que traduziu e desenvolveu o COGTEL para a língua Portuguesa, Ihle et al.⁴. O COGTEL é assim proposto como um instrumento de avaliação das funções cognitivas breve e fiável, que pode ser utilizado em estudos epidemiológicos com adultos idosos.

Em segundo lugar, no nosso estudo verificou-se uma correlação positiva forte entre o escore total do COGTEL com o MMSE, bem como, com o nível educacional. A validade concorrente envolve

um instrumento de medida e uma avaliação critério que é administrado ao mesmo tempo¹³. No nosso caso, considerou-se o MMSE como uma medida popular de critério, validada e extensamente aceita na avaliação da cognição, particularmente, em adultos idosos, e o COGTEL como o instrumento que se pretende validar para esta população. Ihle et al.⁴, em uma amostra brasileira de 361 homens e 507 mulheres, adultos idosos residentes na comunidade, média de idades 70,1(±6,8), variação: 57-92 anos, estabeleceu as correlações entre o COGTEL e MMSE. Foi verificada uma correlação substancial entre o escore total do COGTEL com o escore total do MMSE ($r = 0,65, p < 0,001$). Esses resultados são muito similares aos que foram alcançados no presente estudo piloto ($r = 0,68, p < 0,001$).

Kliegel et al.³, para avaliar a validade simultânea do instrumento COGTEL, calculou correlações de *Pearson* entre o escore total do COGTEL e o nível de escolaridade. Valores mais elevados no escore total do COGTEL foram associadas a uma quantidade maior de educação, $r = 0,47$. Os resultados do presente estudo piloto suportam os resultados alcançados pelos autores do COGTEL, Kliegel et al.³, contudo, apresentando valores de correlação ainda mais elevados ($r = 0,60$).

Assim como sugerido anteriormente por Kliegel et al.³, no nosso estudo foi efetuada a validação concorrente do COGTEL, comparando os resultados desse instrumento com os alcançados por outros instrumentos de avaliação cognitiva, tais como o MMSE. Como descrito na literatura, Creavin et al.² corrobora que o MMSE é considerado um dos testes mais utilizados, quer em estudos epidemiológicos, quer em contexto de prática clínica, sobretudo, devido à validade estabelecida, bem como a facilidade e rápida aplicação. Estamos, portanto, perante uma medida critério adequada. Uma vez que se verificou uma correlação positiva forte, entre o escore total do COGTEL com o MMSE ($r = 0,682; p < 0,001$), podemos afirmar que existe validade concorrente nesses instrumentos.

Por outro lado, a aplicação do instrumento COGTEL apresenta algumas vantagens na avaliação da cognição, comparativamente, ao MMSE. Em primeiro lugar, na quantificação do escore total do COGTEL, são considerados os seis subtestes

(memória prospectiva; memória verbal de curto prazo; memória de trabalho; raciocínio indutivo; fluência verbal e memória verbal de longo prazo) com diferentes ponderações em uma equação final do COGTEL. No caso do MMSE, todas as tarefas entram com o mesmo peso nas contas finais. Em segundo lugar, o MMSE apresenta limitações em estudos em indivíduos residentes na comunidade com um envelhecimento saudável no funcionamento cognitivo. Isto significa que o MMSE não é suficientemente sensível para diferenciar níveis de desempenho individuais, uma vez que é restringido pelo seu efeito teto (*ceiling effect*)^{3,4}. Por outras palavras, não permite monitorizar as diferenças interindividuais no funcionamento cognitivo em indivíduos que, à partida, já tenham atingido o escore total da escala^{5,6}.

Adicionalmente, com o propósito de estudar a validação concorrente, suportamo-nos em estudos anteriores^{16,17,3}, em que foram calculadas as associações entre os testes das funções cognitivas e o nível de educação. Esse quadro conceptual baseia-se no pressuposto de que a educação, normalmente definida como o número de anos de estudo formal completados, tem provado ser um importante determinante da performance cognitiva⁸. Portanto, existe alguma unanimidade na ideia que a capacidade intelectual e a escolaridade contribuem para o desenvolvimento da reserva cognitiva, por trás da qual estará a capacidade de atenuar os efeitos do comprometimento neural nas habilidades cognitivas decorrentes do processo de envelhecimento^{2,18,19}. Esse quadro de resultados suporta o COGTEL como um instrumento de avaliação da função cognitiva válido, que pode ser utilizado em estudos epidemiológicos com adultos idosos na comunidade.

Este estudo apresenta, contudo, algumas limitações que devem ser consideradas na

interpretação dos resultados. Em primeiro lugar, os participantes eram essencialmente voluntários, e, por isso, podem ser geralmente mais saudáveis do que aqueles que não participaram. Em segundo, o viés de sobrevivência, especialmente entre os homens nas faixas etárias mais velhas, não pode ser descartado como um potencial fator confundidor, particularmente, nas comparações entre gêneros. Por fim, embora tenham sido identificados os casos de hipoacusia severa, pequenos deficit auditivos não foram totalmente controlados, o que pode ter levado a dificuldades de compreensão das tarefas a realizar por parte das pessoas idosas.

CONCLUSÃO

Este estudo apresenta evidências preliminares de fiabilidade/estabilidade e validade concorrente do COGTEL na avaliação das funções cognitivas em adultos idosos residentes na comunidade. Os resultados do presente estudo suportam a utilização do COGTEL como um instrumento breve, fiável e válido para analisar diferenças interindividuais no funcionamento cognitivo em estudos com adultos idosos.

AGRADECIMENTOS

Os autores do presente estudo agradecem ao Dr. Jefferson Jurema pela supervisão na recolha de informação e aprovação no Comitê de Ética, à Floramara T. Machado, Angeany P. Odím e Bárbara R. Muniz pela gestão e assistência técnica na recolha de informação, assim como a todos os elementos da equipe de campo. Estamos especialmente gratos a todos os voluntários participantes que aceitaram integrar a amostra.

REFERÊNCIAS

1. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. Mini-Mental State: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res.* 1975;32:189-98.
2. Creavin ST, Wisniewski S, Noel-Storr AH, Trevelyan CM, Hampton T, Rayment D, et al. Mini-Mental State

Examination (MMSE) for the detection of dementia in clinically unevaluated people aged 65 and over in community and primary care populations. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2016 [acesso em 30 out. 2018];13(1):1-185. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26760674>

3. Kliegel M, Martin M, Jäger T. Development and validation of the Cognitive Telephone Screening Instrument (COGTEL) for the assessment of cognitive function across adulthood. *J Psychol.* 2007;32:147-70.
4. Ihle A, Gouveia ER, Gouveia BR, Kliegel M. The Cognitive Telephone Screening Instrument (COGTEL): a Brief, Reliable, and Valid Tool for Capturing Interindividual Differences in Cognitive Functioning in Epidemiological and Aging Studies. *Dement Geriatr Cogn Disord Extra.* 2017;7(3):339-45.
5. Kang JM, Cho YS, Park S, Lee BH, Sohn BK, Choi CH, et al. Montreal cognitive assessment reflects cognitive reserve. *BMC Geriatr* [Internet]. 2018 [acesso em 31 out. 2018];18(1):1-8. Disponível em: <https://bmcgeriatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12877-018-0951-8>
6. Lopez M, Charter R, Mostafavi B, Nibut L, Smith W. Psychometric properties of the Folstein Mini-Mental State Examination. *Assessment.* 2005;32:137-44.
7. Ihle A, Gouveia E, Gouveia B, Freitas D, Jurema J, Kliegel M, et al. The relation of education, occupation, and cognitive activity to minimal state in old age: the role of frailty. *Int Psychogeriatr.* 2017;29(9):1469-74.
8. Casemiro F, Rodrigues I, Dias J, Alves L, Inouye K, Grato A. 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.
9. Tinôco A, Kliegel M, Patriarca B, Jurema J, Ihle A, Gouveia ER, et al. Correlates of cognitive function in older adults from Amazonas, Brazil: a Pilot Study. In: 39º Simpósio Internacional de Ciências do Esporte; 6-8 out 2016; São Paulo, SP. (Revista Brasileira de Ciência e Movimento; 2016).
10. American College of Sports Medicine. ACSM's guidelines for exercise testing and prescription. 10th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2017.
11. Rikli RE, Jones CJ. Senior fitness test manual. 2nd ed. Champaign, IL: Human Kinetics Publishers Inc; 2013.
12. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Critério de classificação econômica Brasil [Internet]. [Sem Local]: ABEP; 2018 [acesso em 10 fev. 2018]. Disponível em: <http://www.abep.org>
13. Thomas JR, Nelson JK. Research Methods in Physical Activity. 7th ed. Champaign, IL: Human Kinetics Publishers Inc; 2015.
14. Karakas S, Kafadar H, Eski R. Test-retest reliability of the Turkish standardization of Wechsler memory scale-revised. *Turk Psikoloji Dergisi.* 1996;11(38):46-55.
15. Bosnes O, Troland K, Torsheim T. A Confirmatory factor analytic study of the Wechsler Memory Scale-III in an elderly norwegian sample. *Arch Clin Neuropsychol.* 2016;31(1):12-7.
16. Tombaugh TN, McIntyre NJ. The Mini-Mental State Examination: a comprehensive review. *J Am Geriatr Soc.* 1992;32:922-35.
17. Tsoi F, Chan C, Hirai W, Wong A, Mok T, Lam W, et al. Recall Tests Are effective to detect mild cognitive impairment: a systematic review and meta-analysis of 108 Diagnostic Studies. *J Am Med Dir Assoc.* 2017;18(9):17-29.
18. Lenihan E, Summers J, Saunders L, Summers J, Vickers C. Relationship between education and age-related cognitive decline: a review of recent research. *Psychogeriatric.* 2015;15(2):154-62.
19. Souza PS, Falcão JT, Leal MC, Marino JG. Avaliação do desempenho cognitivo em idosos. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2007;10(1):29-38.



Mudanças na qualidade de vida: a experiência de idosas em uma universidade aberta à terceira idade

Changes in quality of life: the experience of elderly persons at a university of the third age

Rita de Cassia Cabral de Campos Martins¹ 

Sidnei José Casetto² 

Ricardo Luís Fernandes Guerra³ 

Resumo

Objetivos: Esta pesquisa, de abordagens qualitativa e quantitativa, visou investigar se a participação de idosos na Universidade Aberta à Terceira Idade da Universidade Federal de São Paulo *campus* Baixada Santista-Unifesp/BS promove a percepção de melhorias em sua qualidade de vida; a concepção dos participantes acerca do termo qualidade de vida e se a educação e a convivência social são consideradas como relevantes nesta percepção de melhorias. **Método:** A coleta de dados deu-se pela aplicação do questionário SF-36 e por entrevistas semiestruturadas, ao início e ao término do ano letivo. **Resultados:** Os dados quantitativos não apontaram diferenças significativas nos momentos inicial e final, a não ser para a variável Vitalidade (V). Os resultados qualitativos, porém, sinalizaram a percepção de transformações em relação à educação, ao convívio social e à qualidade de vida. **Conclusão:** Os dados obtidos indicaram que a participação na Universidade Aberta à Terceira Idade da Universidade Federal de São Paulo *campus* Baixada Santista- Unifesp/BS associou-se à percepção de mudanças positivas na qualidade de vida dos idosos que consideraram a convivência social e a educação como aspectos relevantes dessas melhorias.

Palavras-chave: Idoso; Educação; Convivência Social; Qualidade de Vida; Universidade Aberta à Terceira Idade.

Abstract

Objectives: The aim of the present qualitative and quantitative study was to investigate whether the participation of elderly persons in the University of the Third Age (U3A) of the Federal University of São Paulo, Baixada Santista (Unifesp/BS) led to a perceived improvement in quality of life; the meaning of the term quality of life for the participants; and whether education and social interaction are considered relevant in any such perceived improvement. **Method:** Data were collected through the SF-36 questionnaire and semi-structured interviews at the beginning and end of the academic year. **Results:** The

Keywords: Elderly; Education; Social Interaction; Quality of Life; University of the Third Age.

1 Universidade Federal de São Paulo *campus* Baixada Santista, Programa de Mestrado Ensino em Ciências da Saúde- Modalidade Profissional. Santos, São Paulo, Brasil.

2 Universidade Federal de São Paulo *campus* Baixada Santista, Instituto Saúde e Sociedade, Departamento de Saúde, Clínica e Instituições, Programa de Mestrado Ensino em Ciências da Saúde- Modalidade Profissional. Santos, São Paulo, Brasil.

3 Universidade Federal de São Paulo *campus* Baixada Santista, Instituto Saúde e Sociedade, Departamento de Ciências do Movimento Humano, Programa de Mestrado Ensino em Ciências da Saúde-Modalidade Profissional. Santos, São Paulo, Brasil.

Correspondência

Rita de Cassia Cabral de Campos Martins
ritamartins.unifesp@gmail.com

Recebido: 19/09/2018
Aprovado: 28/11/2018

quantitative data did not differ significantly between the beginning and end of the research period, except for the variable Vitality (V). The qualitative results, however, signaled a perception of change in terms of education, social interaction and quality of life. *Conclusion:* The data indicated that participation in the University of the Third Age at the Federal University of São Paulo, Baixada Santista (Unifesp/BS) was associated with a perception of positive changes in the quality of life of the elderly persons, who considered social interaction and education to be an important part of these improvements.

INTRODUÇÃO

Envelhecimento e qualidade de vida

O envelhecimento pode ser interpretado como um processo de variadas dimensões, que engloba mudanças dependentes de fatores biológicos, psicológicos e sócio-históricos. Suas facetas incluem aspectos singulares a cada indivíduo, tais como a genética e hábitos cotidianos; e comuns a certo grupo populacional como, por exemplo, os aspectos socioeconômicos e culturais¹⁻³. Deve-se salientar, no entanto, que essa etapa de mudanças não diz respeito apenas ao declínio físico e emocional, mas abre portas a novas explorações e experiências^{2,4}.

Em 2030, segundo a organização internacional *Global AgeWatch*⁵, 18,8% de toda a população do Brasil terão 60 anos ou mais e por volta de 2050, essa porcentagem alcançará os 30%, de modo que o total de idosos em idade maior ou igual a 80 anos será maior que o de crianças menores de quatro anos⁶. Tal aumento significativo da população idosa apresenta novos desafios à sociedade e suas instituições como o de criar e incrementar políticas públicas direcionadas à população idosa que possibilitem melhorias em sua qualidade de vida e que lhes permitam quebrar o paradigma de improdutividade e dependência e desfrutar de uma velhice digna e participativa⁷⁻⁹.

A qualidade de vida, conceito relativo à subjetividade, tem sido definido como um fenômeno de múltiplas perspectivas estando, na velhice, relacionado à capacidade de adaptar-se às perdas físicas, sociais e emocionais, à situação socioeconômica, ao amparo familiar, à manutenção da atividade intelectual, em suma, à valorização dos aspectos favoráveis da vida^{2,8,10}. Neste sentido, o convívio social, o lazer e a educação aparecem como dimensões importantes na manutenção da qualidade de vida dos idosos^{8,11}.

Educação e convivência social na terceira idade

Abraçando-se o conceito de educação permanente sugerido pela Organização das Nações Unidas para Educação, Ciência e Cultura (UNESCO), pode-se dizer que esse é um sistema dinâmico, no qual a construção e a apropriação do conhecimento dão-se ao longo de toda a vida, de forma constante^{12,13}. A participação dos idosos no processo educativo torna-se fator preponderante à sua qualidade de vida, pois, por meio dela, conseguirão manter-se integrados à sociedade, em constante transformação, desenvolvendo seu senso crítico e sendo reconhecidos como agentes de sua própria história^{13,14}. Assim, as atividades educacionais na terceira idade, franqueadas por meio das Universidades Abertas à Terceira Idade (UATI) devem atender às especificidades dessa faixa etária, valorizando as histórias de vida, a participação, a reflexão, a expansão das relações sociais e as práticas de novos aprendizados relevantes aos idosos^{9,13-15}.

As parcerias entre as UATI, instituições de ensino e o auxílio de outros profissionais qualificados contribuem para a diminuição dos estereótipos e auxiliam na criação de novas interpretações sociais^{2,16} incentivando o chamado envelhecimento ativo^{2,17}. Esse novo paradigma exige transformações que enfatizem o respeito aos idosos e a capacidade de contribuir com a sociedade, nessa fase da vida tanto quanto em qualquer outra, ajudando a solidificar uma nova percepção do envelhecimento, que será plenamente alcançada quando as políticas públicas de valorização e apoio ao idoso tornarem-se, efetivamente, uma realidade^{2,9,17}.

Devem-se ressaltar os benefícios da convivência intergeracional na terceira idade², uma vez que a interação entre jovens e idosos em programas de educação permite o acolhimento de novas percepções e a renovação de expectativas em relação ao futuro^{2,18}.

Desta forma, os grupos de convivência, como as UATI, consagram-se como um ambiente de integração, no qual a educação pode ser reafirmada por meio de novas aprendizagens e trocas de experiências¹² auxiliando os idosos a melhorar sua qualidade de vida física e mental, despertando-lhes a importância do autocuidado e da autovalorização, aumentando sua motivação, autoestima e resgatando sua cidadania^{2,4}.

As UATI e a UATI- UNIFESP/BS

Na França, as UATI foram criadas por Pierre Vellas para promover as atividades de interação entre os idosos, no início da década de 1970¹³. No Brasil, entretanto, a primeira incursão no ensino de idosos foi desenvolvida pelo Serviço Social do Comércio de São Paulo (SESC), nos anos 1960. Desde então, as UATI vêm se tornando mais acessíveis e populares, prestando auxílio no desenvolvimento da saúde física, mental e social dos idosos por meio das dinâmicas pedagógicas oriundas das universidades. A maioria dos programas das UATI no Brasil visa promover reflexões sobre o envelhecimento e seus desdobramentos biopsicossociais, auxiliando na suplantação de preconceitos e estigmas relacionados à velhice, no intuito de superá-los. Tais programas objetivam incentivar a convivência social, aguçar a memória, retomar a criatividade e auxiliar na prevenção de doenças, na transposição das perdas, na socialização das vivências e na prevenção de doenças psicossomáticas¹²⁻¹⁹.

Ao realizar-se uma investigação sobre UATI em universidades federais brasileiras²⁰, verificou-se que muitas delas oferecem espaço à participação dos idosos. Da totalidade pesquisada, 36 mantêm universidades abertas oferecendo aos idosos cursos e atividades, dispondo de núcleos de estudo vinculados à extensão e pesquisa, projetos e programas direcionados a essa faixa etária ou ainda celebrando algum tipo de parceria com fundações, associações, estados e municípios. Três delas, a exemplo da Universidade Federal de São Paulo *campus* Baixada Santista- Unifesp/BS, facultam aos idosos a participação nas aulas de graduação. Os professores são, em sua maioria, docentes e técnicos

da universidade, atuando voluntariamente. Tais universidades, considerando suas características e localização ofertam cursos, palestras, oficinas e atividades de lazer aos idosos participantes²⁰⁻²².

Este estudo objetivou identificar se a participação dos idosos na Universidade Federal de São Paulo Baixada Santista- Unifesp/BS promove a percepção de melhorias em sua qualidade de vida; caracterizar essa noção a partir da perspectiva dos participantes e verificar se a educação e convivência social evidenciam-se como aspectos relevantes dessa percepção. A pesquisa se justifica na medida em que o estudo propicia o incentivo à participação de um maior número de idosos em atividades acadêmicas e de extensão universitária, como é o caso da Universidade Aberta à Terceira Idade da Universidade Federal de São Paulo Baixada Santista- Unifesp/BS.

MÉTODO

Realizou-se uma pesquisa descritiva e exploratória de abordagens qualitativa e quantitativa. Os participantes foram os alunos integrantes das duas turmas da UATI- Unifesp/BS, (Silva Jardim e Zona Noroeste), de 50 alunos cada, predominantemente femininas, sendo em sua totalidade 93% mulheres e 7% homens, moradores de Santos, SP.

Partindo-se da lista de nomes dos integrantes, dos dois grupos da UATI-Unifesp/BS, elencados em ordem alfabética, procedeu-se uma seleção randomizada dos idosos, utilizando-se o programa BR.Calc - o que resultou em um número aleatório entre os 50 listados. Esse processo foi repetido até que se atingisse o número previsto de participantes: dez para cada grupo, de acordo com cálculo amostral realizado considerando a variável Média do instrumento SF-36²³, com desvio-padrão estimado em 15, diferença a ser encontrada em 22, nível de significância de 5% e poder do teste de 90% para comparação entre médias. Em seguida, foram excluídos os idosos que não se enquadraram nos critérios de inclusão previamente estabelecidos. Tais critérios foram: ter idade entre 65 e 90 anos; participar de um dos grupos da UATI- Unifesp/BS e responder às entrevistas e aos questionários, ao

início e ao final do ano letivo, sendo indicados neste trabalho por (I) e (II). Como critério de exclusão da amostra estabeleceu-se a inserção em outros grupos de convivência social após o início das atividades da UATI- Unifesp/BS.

Os idosos foram contatados e as entrevistas agendadas, individualmente, com aqueles que aceitaram, levando-se em conta os aspectos éticos preestabelecidos e nos termos do Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE). Todas as entrevistas foram realizadas, e registradas pela pesquisadora, em uma das salas da instituição.

Para a obtenção dos dados quantitativos, ao início e ao final do ano letivo da UATI- Unifesp/BS, foi empregada a Versão Brasileira do Questionário de Qualidade de Vida SF-36, do inglês *Short Form 36*²³ traduzido, adaptado e validado no Brasil por Ciconelli et al.²³. Tal instrumento é um questionário genérico que visa mensurar a percepção de qualidade de vida dos idosos por meio de seus itens, divididos em oito domínios: capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral da saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental. Sua pontuação varia de zero a cem pontos, de modo que quanto maior a pontuação, melhor a percepção da qualidade de vida do entrevistado.

Os dados quantitativos foram dispostos em planilha *Excel* para descrição, cálculo de média e respectivo desvio-padrão das diferentes variáveis. Depois de confirmada a ausência de normalidade dos dados pelo Teste D'Agostino-Pearson, foi realizado o Teste de comparação de Wilcoxon para amostras dependentes, entre os momentos inicial e final, e o teste de Mann Whitney para amostras independentes entre os grupos, sendo o nível de significância fixado em 5%, $p \leq 0,05$. Tais análises foram realizadas por meio do *software S GraphPad Prism7*.

Juntamente ao SF-36²³, aplicou-se o Questionário Socioeconômico da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa de Mercado (ABIPEME)²⁴ para classificar os grupos de participantes. Esse instrumento baseia-

se na escolaridade e na posse de bens de consumo para categorizar socioeconomicamente a população.

Quanto à investigação qualitativa, entrevistas semi-estruturadas guiadas por um roteiro foram realizadas e gravadas antes da aplicação do questionário SF-36²³, ao início e ao final do ano letivo. As perguntas versaram sobre a decisão de participação na UATI- Unifesp/BS; as expectativas em relação a essa participação e as opiniões sobre as atividades propostas durante as aulas. As idosas foram instadas a conceituar o termo “qualidade de vida”, avaliá-lo e relatar os aspectos que o influenciavam.

As entrevistas foram posteriormente transcritas e analisadas sob a técnica de Análise de Conteúdo/análise temática²⁵. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de São Paulo, sob parecer nº 936.239 e observou todas as diretrizes indicadas pelo referido órgão.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Inicialmente, dos 20 sorteados, 16 mulheres e dois homens responderam aos instrumentos de pesquisa (10 do grupo Silva Jardim e oito do grupo Zona Noroeste) aqui denominados E1 a E18. No segundo momento de entrevista, porém, dois desses participantes foram excluídos por terem se inserido em outros grupos sociais, dois por terem desistido da participação e ainda, por conta do tamanho amostral masculino não ter sido representativo do universo total da amostra, optou-se pela exclusão de outro participante, a fim de melhor homogeneizar o grupo amostral. Assim, a amostra final deste estudo foi composta por treze mulheres: no grupo Silva Jardim-SJ (n=7) com média de idade de 74,86 ($\pm 3,34$) anos e classificação socioeconômica categorizada como B e, no grupo Zona Noroeste- ZN (n=6), com média de idade de 74,86 ($\pm 3,34$) anos e classificação socioeconômica categorizada como C.

Os resultados relativos à percepção da qualidade de vida obtidos pelo instrumento SF36²³ podem ser observados na Tabela 1, a seguir:

Tabela 1. Percepção da Qualidade de vida (SF-36²³) de idosas participantes da Universidade Aberta à Terceira Idade. Santos, SP, Brasil, 2016.

Variáveis	Total Geral (N=13)	Grupo SJ (n=7)	Grupo ZN (n=6)
Capacidade Funcional	70,00 (± 17,56)	70,71 (± 18,80)	69,17 (± 17,72)
Capacidade Funcional 2	71,54 (± 19,41)	80,00 (± 13,23)	61,67 (± 21,83)
Limitação por Aspectos Físicos	71,15 (± 41,89)	71,43 (41,90)	70,83 (± 45,87)
Limitação por Aspectos Físicos 2	69,23 (± 44,67)	78,57 (± 30,37)	66,67 (± 51,64)
Dor	67,08 (± 20,43)	70,57 (± 17,79)	63,00 (± 24,19)
Dor 2	66,54 (± 19,70)	70,14 (± 23,55)	62,33 (± 15,03)
Estado Geral de Saúde	65,15 (± 17,18)	65,57 (± 14,35)	64,67 (± 21,47)
Estado Geral de Saúde 2	63,15 (± 23,57)	67,86 (± 15,77)	62,33 (± 31,86)
Vitalidade	63,08 (± 19,64)	53,57 (± 15,20)	+74,17 (±19,34)
Vitalidade 2	72,69*(± 21,85)	70,00* (± 15,81)	75,83 (± 28,71)
Aspectos Sociais	80,77 (± 18,83)	76,79 (± 18,30)	85,42 (± 20,03)
Aspectos Sociais 2	82,37 (± 24,34)	76,79 (± 22,16)	88,89 (± 27,22)
Limitação por Aspectos Emocionais	76,92 (± 39,40)	71,43 (± 40,50)	83,33 (± 40,82)
Limitação por Aspectos Emocionais 2	79,49 (± 34,80)	71,43 (± 71,43)	88,89 (± 27,22)
Saúde Mental	77,23 (± 17,16)	68,57 (± 16,40)	87,33 (± 12,50)
Saúde Mental 2	80,31 (± 15,53)	77,14 (± 15,09)	84,00 (± 16,59)
Média	71,42 (± 17,76)	68,58 (± 15,75)	74,74 (± 20,86)
Média 2	73,43 (± 18,20)	73,99 (± 16,31)	73,83 (± 24,34)

O número 2 ao lado das variáveis do SF-36²³ refere-se à obtenção de resultados no final do ano letivo. Significância: $p \leq 0,05$ representada por (*) para comparação entre os momentos e (+) para comparação entre os grupos. Total Geral: * $p = 0,044$ entre inicial e final para o domínio Vitalidade. Grupo SJ: * $p = 0,009$ entre inicial e final para o domínio Vitalidade + $p = 0,049$ comparando-se os valores entre os grupos.

Os resultados quantitativos indicaram que não houve diferenças significativas entre os dados iniciais e finais relacionados à aplicação do questionário SF-36²³ no grupo Zona Noroeste. No grupo Silva Jardim também não foram registradas variações relevantes à exceção da Vitalidade (V), cujos valores aumentaram significativamente entre os momentos inicial e final ($p=0,009$) e entre os grupos ($p=0,049$). O mesmo pode ser observado na amostra total, indicando que o aumento da Vitalidade (V) no grupo Silva Jardim afetou a variação desses dados. Comparando-se os valores Vitalidade (V) para ambos os grupos e considerando estudo anterior de Bittar et al.²⁶ [n=53; média de idade 67,90 (±6,11)], cujos valores iniciais para Vitalidade (V) [68,56 (±23,18)] foram semelhantes aos do grupo Zona Noroeste [74,17 (±19,34); média de idade 67,83 (±1,17)], pode-se inferir que o valor inicial para a Vitalidade (V) no grupo Silva Jardim [53,57 (±15,20)] estava abaixo do esperado antes do

início das atividades da UATI- Unifesp/BS, embora sua média de idade fosse superior [74,86 (±3,34)].

Almeida et al.²⁷ também relacionam resultados positivos em todos os domínios do SF-36²³, em teste comparativo entre um grupo de idosos participantes de grupo de convivência (G1) e um grupo controle (G2). No estudo foi averiguada significância estatística, entre os grupos, especialmente nas variáveis: capacidade funcional ($p=0,000$), estado de saúde geral ($p=0,004$), vitalidade ($p=0,014$), aspectos sociais ($p=0,005$) e saúde mental ($p=0,035$).

Os resultados qualitativos, por outro lado, apontaram que as entrevistadas consideraram sua experiência na UATI- Unifesp/BS como notadamente benéficas. A análise de conteúdo das entrevistas permitiu a identificação de núcleos de sentido, posteriormente sintetizados em temas, dos quais se apresentará uma síntese a seguir.

As entrevistas versavam sobre a decisão de participação na UATI-Unifesp/BS; as expectativas em relação a essa participação e as opiniões sobre as atividades propostas. As idosas foram instadas a conceituar o termo “qualidade de vida”, avaliá-la e relatar os aspectos que o influenciavam. As respostas evidenciaram que a maioria delas foi encorajada a participar da UATI- Unifesp/BS por familiares ou amigos; suas expectativas diziam respeito à socialização ou preenchimento do tempo livre e a ampla maioria das atividades pedagógicas propostas despertaram seu interesse e curiosidade, tanto em sala de aula quanto em seu dia a dia.

“Aí eu vi que ia falar sobre a água e eu pensei “é interessante para mim. É coisa que eu vou ter que usar no trabalho”. Então comecei, passei o domingo assistindo a TV Cultura, falando sobre a água, sobre o planeta. Então são coisas que é interessante, que mexe com a sua vida, mas não desperta interesse. Aí por conta da UATI, por conta do trabalho, ampliou minha visão que estava limitada a receitas e jornal. Você passa a dar importâncias para coisas que até então passava por despercebido na sua vida” (I) (E7).

Quanto à concepção de qualidade de vida nas primeiras entrevistas, os participantes relacionavam o conceito à saúde e felicidade, à satisfação das necessidades básicas e à convivência com as famílias e amigos. No segundo momento foram adicionados elementos mais detalhados e outras dimensões foram mencionadas como gozar de saúde física e emocional; ter acesso à boa alimentação e moradia digna; poder participar de atividades culturais e de lazer; realizar ações benemerentes, ter autonomia e paz de espírito, além das boas relações familiares, corroborando a constatação de que tal formulação é concebida de modo subjetivo e variado, e levando em consideração fatores determinantes tais como a saúde, o bem-estar emocional, a família, a sociabilidade, as funções motoras e intelectuais, as relações familiares, a satisfação com a vida, o autocuidado e a espiritualidade^{3,28,29}.

“Qualidade de vida é você ter saúde, né? Você usufruir de um certo conforto, morar num lugar prático, de facilidades para você se movimentar, né? O principal é saúde!” (I) (E2).

“Qualidade de vida? É o idoso ter condições, assim, de participar de atividades, de sair, de ir ao cinema, poder ir ao cinema, poder ir ao teatro, que por sinal eu gosto muito!” (II) (E13).

Quanto à avaliação de sua qualidade de vida, nas primeiras entrevistas, algumas das participantes do grupo Silva Jardim demonstraram certa insatisfação. Ao final do ano letivo, porém, ambos os grupos avaliaram sua qualidade de vida como boa ou ótima.

“Atualmente? Ah é ótima! É, eu saio. Eu passeio. Eu me divirto. Eu saio quando eu quero. Volto a hora que eu quero, então... (risos)” (II) (E1).

“Eu acho que minha qualidade de vida é boa! Primeiro que eu faço bastante exercício físico, tenho muita preocupação na alimentação também, né? E procuro conviver com outras pessoas” (II) (E16).

Quanto aos fatores de influência sobre a qualidade de vida, no início do ano letivo foram apontados fatores que diziam respeito ao trabalho, família e filhos. Ao final do ano, porém, tornaram-se mais variados, acrescentando-se outros: o estado civil, saúde, família, filhos, capacidade funcional e autonomia, autoimagem, interações sociais e relacionamentos amorosos.

“O que eu acho que tem mais influência? É o amor dos meus filhos por mim” (II) (E4).

“Na minha qualidade de vida foi a UATI e o (namorado). Tanto é que eu respondi numa entrevista que teve lá. Não! numa descrição sobre a UATI, e no fim eu pus, né, que Deus...que eu estava muito feliz! Que eu tinha [...] que eu já estava com saudades da UATI porque ela me deu esse aqui esse ano de faculdade e me deu a pessoa que está me fazendo tão feliz, porque foi na UATI” (II) (E1).

A participação de idosos em atividades educacionais tem sido relacionada a decorrências positivas, como a redução de doenças psicossomáticas¹²⁻¹⁹ ao aumento da reserva cognitiva^{12,30} e à consequente melhoria da qualidade de vida¹². Nesse mesmo sentido, constatou-se que a participação na UATI-Unifesp/BS possibilitou a revisão dos estudos da juventude, a aquisição de novos conhecimentos, a possibilidade de expor as próprias ideias, o ouvir e ser ouvido, além

de pôr em prática os aprendizados adquiridos, num exercício do que se convencionou chamar de educação continuada ao longo da vida^{12,15,19,30}.

“Eu não separava o lixo. Então com a aula que eu estou tendo, o projeto [...], com o trabalho que a gente está fazendo com o meio ambiente, eu agora separo tudo. Reciclável não pode misturar. Estou aplicando, né? E eu tomei mais assim: Poxa, eu tô errada, né?” (II) (E2).

Muito embora o termo educação não tenha sido mencionado nas entrevistas, observou-se, repetidas vezes, a utilização de termos similares: *aprendizado, aprender e conhecimentos*, vinculados aos benefícios da participação na UATI-Unifesp/BS, numa demonstração de que os idosos reconhecem a relevância da educação na qualidade de vida.

”Eu não gostava de computador e consegui aprender dentro do que eu quero! Para procurar uma receita, um artesanato, já tô me virando” (II) (E8).

As idosas salientaram também, por diversas vezes, a importância da convivência social em sua qualidade de vida^{2,12} tanto no que se refere às expectativas apresentadas no início da participação, quanto ao final do ano letivo. A participação na UATI- Unifesp/BS parece ter fornecido aos idosos o apoio social, facultando-lhes novas interações, a manutenção da saúde cognitiva e mais autonomia^{12, 30,31}.

“Eu tive um problema de saúde, tive que faltar então, quando retorno, eu sinto aquela, sabe? Que todos notaram minha ausência e isso é como se valorizasse, né? Eu senti valorizada, porque perceberam que eu não estive lá” (II) (E7).

Quanto à Vitalidade (V), seus significados parecem estar associados às questões propostas pelo SF-36²³. *Quanto tempo você tem se sentindo cheio de vigor, cheio de vontade, cheio de força? Quanto tempo você tem se sentindo com muita energia? Quanto tempo você tem se sentindo esgotado? Ou Quanto tempo você tem se sentindo cansado?* Traçando-se um paralelo entre as variações do domínio Vitalidade (V) e as avaliações da qualidade de vida nas entrevistas ao início do ano letivo, a avaliação da qualidade de vida do grupo Zona Noroeste, nas primeiras entrevistas,

já se mostrava predominantemente positiva e ao seu final, sofreu poucas alterações. No grupo Silva Jardim, a avaliação da qualidade de vida no início do ano letivo apresentou relatos divergentes; entretanto, ao final, mostrou-se predominantemente positiva, constatando-se uma alteração paralela à do domínio Vitalidade (V/V2) nesse grupo. Não foram apontadas, nos relatos, mudanças relevantes nas condições de saúde e foram excluídas conexões extra- UATI- Unifesp/BS que pudessem explicar essa alteração, como novas atividades físicas ou novos engajamentos sociais, que frequentemente contribuem para manutenção do bem-estar físico e mental na velhice, afastando a solidão e depressão^{12,27,32}.

“Desânimo, depressão, descrença [...] Eu não acreditava que meu marido tinha morrido. E depois que chegou a UATI, aí eu melhorei de novo. Eu voltei a ter uma vida!” (II) (E11).

Outro aspecto é a classificação socioeconômica refletida pela aplicação do questionário socioeconômico²⁴. O grupo Silva Jardim foi categorizado como B, enquanto o grupo Zona Noroeste como C ($60,57 \pm 10,41$ x $46,20 \pm 8,29$ $p=0,015$). A amostra total foi categorizada como classe C ($57,17 \pm 10,01$). Em relação ao âmbito social, pode-se sugerir que não necessariamente a condição socioeconômica mais baixa implique em uma pior percepção dos domínios relacionados aos aspectos da qualidade de vida e vice-versa, pois é impossível restringir tal conceito a um só elemento, devendo-se considerar que vários aspectos concorrem para uma melhor ou pior qualidade de vida³³.

A ocorrência, nos resultados, do grupo caracterizado como classe C ter avaliado sua qualidade de vida de modo predominantemente positivo desde o início do ano letivo, em contraste com o grupo caracterizado como classe B, pode ser interpretada por uma série de fatores, entre os quais, a possível necessidade de gerenciar os problemas do dia a dia sem a ajuda de terceiros; a inter-relação mais frequente com membros mais jovens da família, que dependem de sua ajuda para situações cotidianas e, finalmente, a própria condição social que pode favorecer a valorização de acontecimentos considerados insignificantes para os mais afortunados economicamente.

As entrevistadas, além de apontar a importância de interagirem socialmente e fazer novos amigos^{2,12} relataram sentirem-se capazes e bem recebidas. Uma delas salientou o fato de que não ter sofrido nenhuma forma de discriminação.

“O carinho, o carinho, como nós fomos recebidos pelos professores, sem diferença alguma social ou classe ou raça. Quando eu cheguei aqui, a convite de uma amiga, me senti muito bem, fui bem recebida; e acredito que não, não tive nenhum, nenhuma dificuldade, não. Até porque eu me sentia inferior às pessoas, devido à minha classe social, né? E eu me senti muito feliz, porque não teve diferença nenhuma. Nenhuma!”(I) (E5).

Importa ressaltar que relatos dessa natureza indicam indivíduos vitimados pelo preconceito associado à condição socioeconômica e pela concepção de que as políticas públicas são favores e atitudes caritativas, contrariamente à materialização de seus direitos estabelecidos por lei. Não é possível pensar em qualidade de vida sem considerar aspectos inerentes à sobrevivência, como baixa renda, precariedade de moradia, parca alimentação entre outros, que originam o desalento e a falta de dignidade^{3,9}.

A participação na UATI-Unifesp/BS parece ter favorecido a reflexão sobre os elementos que importam à satisfação pessoal e conseqüentemente à qualidade de vida^{3,12,27}. As menções, ao final do ano letivo, não se ativeram ao mínimo necessário ou a aspectos gerais daquele conceito, mas mostraram-se incisivas e detalhadas, elencando outros componentes significativos a ele. Os testemunhos colhidos, em que pesem as dificuldades inerentes à idade e condição social e destacando-se o fato de que as entrevistadas relatam experiências e histórias marcantes, respaldam os dados qualitativos desse estudo, os quais sugerem que a participação na UATI-Unifesp/BS possibilitou melhorias na qualidade de vida das participantes^{2,12,27}. Elas também destacam a educação e, principalmente, a convivência social como seus elementos mais relevantes:

“E conviver com outras pessoas também. Não pode-se ficar só dentro de sua casa sozinha. Isso é muito ruim. Eu acho que isso não é qualidade de vida. Porque do momento que você fica sozinha,

você fica sem conversar com ninguém. Ou você se encolhe dentro da tua vida. Então, é muito importante a convivência com outras pessoas. Eu acho que o ser humano não está aqui no mundo para viver sozinho” (II) (E16).

Neste estudo as duas abordagens, qualitativa e quantitativa, visaram propiciar um quadro mais abrangente das percepções dos idosos inseridos nos grupos da UATI- Unifesp/BS, não havendo assim abordagem melhor ou mais correta ou mesmo uma oposição direta entre a objetividade e a subjetividade pressupostas, respectivamente, nas duas metodologias³⁴. Entretanto, observa-se comumente a prevalência de um dos formatos de pesquisa e as deficiências de ambos, porém seu entrelaçamento propicia uma visão mais abrangente e profunda do objeto de estudo³⁵.

É necessário mencionar, nesse cenário, as limitações da pesquisa em referência à ausência de um grupo controle para comparação de dados, uma vez que foi totalmente realizada no âmbito do *campus* Baixada Santista desta universidade. Também se pode ponderar que o fato de alguns idosos, ao terem se desligado do estudo, exercendo seu direito estabelecido no TCLE, contribuiu para a diminuição do número de participantes previsto, sendo esta uma limitação para maiores extrapolações das análises quantitativas.

CONCLUSÃO

Neste estudo, os resultados obtidos pelos dois instrumentos, quantitativo e qualitativo, produziram dados que se complementam. Pelas entrevistas constatou-se que houve percepção da melhoria na qualidade de vida das participantes, mesmo não tendo sido observadas mudanças na maioria das áreas investigadas pelo SF-36. Ao que tudo indica a avaliação de melhoria na qualidade de vida não se deu pela totalidade dos aspectos relacionados a ela no instrumento quantitativo, mas pelo destaque a um deles - a vitalidade. Do ponto de vista qualitativo, a educação e a convivência social também foram enfatizadas, sugerindo uma associação entre esses resultados dos dois instrumentos.

Esta pesquisa procurou traçar um paralelo entre a inserção dos idosos nos grupos da Universidade Aberta à Terceira Idade da Unifesp/BS e a percepção de mudanças em sua qualidade de vida, tomando como base seus testemunhos e avaliações. Neles as idosas caracterizaram sua qualidade de vida como tendo se transformado positivamente. Deste modo, pode-se afirmar que a Universidade Aberta à Terceira Idade da Universidade Federal de São Paulo *campus* Baixada Santista favoreceu a percepção de mudanças

na qualidade de vida dos participantes inseridos em seus grupos.

Importa, então, considerar a relevância da criação de políticas públicas destinadas à implantação de iniciativas que, como as Universidades Abertas à Terceira Idade, atuem elevando a qualidade de vida dos idosos, por favorecer a convivência social e a aprendizagem contínua, ajudando a alavancar a autoestima, a inclusão e o estabelecimento de novos objetivos de vida.

REFERÊNCIAS

1. Antunes PC, Silva AM. Elementos sobre a concepção de Meia-Idade no processo de envelhecimento humano. Rev Kairós [Internet]. 2013 [acesso em 12 jul. 2018];16(5):123-40. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/viewFile/18926/14090>
2. Oliveira RCS, Scortegagna PA, Silva FOA. A educação permanente protagonizada pelo idoso na Universidade Aberta para a Terceira Idade/UEPG. Rev Eletr Extensão [Internet]. 2017 [acesso em 29 out. 2018];14(27):19-33. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/extensio/article/view/1807-0221.2017v14n27p19>
3. Dawalibi NW, Goulart RMM, Aquino RC, Witter C, Buriti MA, Prearo LC. Índices de desenvolvimento humano e qualidade de vida de idosos frequentadores de universidades abertas para a terceira idade. Psicol Soc [Internet]. 2014 [acesso em 28 out. 2018];26(2):496-505. Disponível em: http://www.academia.edu/36643062/%C3%8Dndice_De_Developmento_Humano_e_Qualidade_De_Vida_De_Idosos_Frequentadores_De_Universidades_Abertas_Para_a_Terceira_Idade
4. Pereira AAS, Couto VVD, Scorsolini-Comin F. Motivações de idosos para participação no programa Universidade Aberta à Terceira Idade. Rev Bras Orientaç Prof [Internet]. 2015 [acesso em 05 maio 2018];16(2):207-17. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-33902015000200011
5. HelpAge International. Global Age Watch INDEX 15 [Internet]. [place unknow]: Helpage; 2015 [acesso em 21 dez.2015]. Disponível em: <http://www.helpage.org>
6. Medeiros FAL, Nóbrega MML, Medeiros ACT, Bittencourt GKVD, Leite GA. Contextualização do envelhecimento saudável na produção científica brasileira. Rev Enferm UFPE on line [Internet]. 2015 [acesso em 03 jul. 2018];9(2):985-93. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/10424/11214>
7. Sousa GS, Silva RM, Figueiredo AEB, Minayo MCS, Vieira LJE. Circunstâncias que envolvem o suicídio de pessoas idosas. Interface Botucatu [Internet]. 2014 [acesso em 14 jun. 2018];18(49):389-402. Disponível em: https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/icse/v18n49/1807-5762-icse-1807-576220130241.pdf
8. Martinelli M, Carneiro AM, Rueda FJM. Lazer e qualidade de vida: considerações frente ao processo de envelhecimento. Sci Med. 2014 [acesso em 18 jul. 2018];24(3):217-23. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5660466.pdf>
9. Lima KC. Educação em Saúde para o envelhecimento ativo. In: Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização, Diversidade e Inclusão. Coletânea de textos CONFITEA Brasil +6: tema central e oficinas temáticas. Seminário Internacional de Educação ao Longo da Vida e Balanço Intermediário da 6ª CONFITEA no Brasil [Internet]; 2015; Porto Seguro. Brasília, DF: Secadi; 2016 [acesso em 24 jul. 2018]. p. 252-8. Disponível em: <http://unesdoc.unesco.org/images/0024/002446/244672POR.pdf>
10. Patrocínio WP, Pereira BCP. Efeitos da educação em saúde sobre as atitudes de idosos e sua contribuição para a educação gerontológica. Trab Educ Saúde [Internet]. 2013 [acesso em 09 nov. 2015];11(2):375-94. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tes/v11n2/a07v11n2.pdf>







11. Gouveia OMR, Matos AD, Schouten MJ. Redes sociais e qualidade de vida dos idosos: uma revisão e análise crítica da literatura. *Rev Bras Geriatr Gerontol* [Internet]. 2016 [acesso em 02 jul. 2018];19(6):1030-40. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rbagg/v19n6/pt_1809-9823-rbagg-19-06-01030.pdf
12. Carvalho L, Silva MF. Universidades da terceira idade: dimensão educativa e social. *Rev Aprender* [Internet]. 2015 [acesso em 29 out. 2018];36:48-62. Disponível em: <http://legado.esep.pt/aprender/index.php/revistas/116-revista-aprender-n-36>
13. Cachioni M, Ordonez TN, Batistioni SST, Lima-Silva TB. Metodologias e estratégias pedagógicas utilizadas por educadores de uma Universidade Aberta à Terceira Idade. *Educ Real* [Internet]. 2015 [acesso em 23 jun. 2018];40(1):81-103. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2175-62362015000100081&lng=pt&nrn=iso&tlng=pt
14. Mott LCG. O desafio da educação na terceira idade. In: Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização, Diversidade e Inclusão. Coletânea de textos CONFITEA Brasil +6: tema central e oficinas temáticas. Seminário Internacional de Educação ao Longo da Vida e Balanço Intermediário da 6ª CONFITEA no Brasil [Internet]; 2015; Porto Seguro. Brasília, DF: Secadi; 2016 [acesso em 24 jul. 2018]. p. 259-67. Disponível em: <http://unesdoc.unesco.org/images/0024/002446/244672POR.pdf>
15. Escuder-Mollon P, Esteller-Curto R, Ochoa L, Bardus M. Impact on senior learners' quality of life through lifelong learning. In: 3rd World Conference on Educational Technology Researches 2013 [Internet];7-9 nov. 2013; Antália. [Amsterdam]: Elsevier; 2014 [acesso em 05 abr. 2016]. p. 510-6. (Procedia Soc Behav Sci, vol. 1 part spec). Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1877042814030675>
16. Inouye K, Orlandi FS, Pavarini SCL, Pedrazani ES. Efeito da Universidade Aberta à Terceira Idade sobre a qualidade de vida do idoso. *Educ Pesqui* [Internet]. 2018 [acesso em 18 jul. 2018];44:1-19. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-97022018000100300&lng=en&nrn=iso&tlng=pt
17. World Health Organization. Envelhecimento ativo: uma política de saúde [Internet]. Gontijo S, tradutora. Brasília, DF: OPAS; 2005 [acesso em 17 set. 2015]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf
18. Oliveira RF, Novais JWZ, Silva NCO, Carvalho RR, Oliveira MM, Oliveira Jr AJ, et al. Análise da percepção de estudantes e funcionários quanto a inclusão e o desenvolvimento cognitivo de alunos da terceira idade no ambiente universitário. *UNICIÊNCIAS* [Internet]. 2016 [acesso em 15 jun. 2018];20(1):55-60. Disponível em: <http://www.pgsskroton.com.br/seer/index.php/uniciencias/article/view/3447/3378>
19. De Donder L, Brosens D, DE Witte N, Buffel T, Dury S, Smetcoren AS, et al. Lifelong Learning in old age: results from the Belgian ageing studies. In: 5th World Conference on Educational Sciences [Internet]; 2013; Roma. [Amsterdam]: Elsevier; 2014 [acesso em 01 abr. 2016]. p. 513-7. (Procedia Soc Behav Sci, vol.16). Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1877042814002511>
20. Silva FM, Silva ATD, Rocha RA. Onde estão as UNTI das universidades públicas federais do Brasil. In: 17º Colóquio Internacional de Gestão Universitária- Universidade, desenvolvimento e futuro na Sociedade do Conhecimento [Internet]; 22-24 nov. 2017; Argentina. Florianópolis: UFSC; 2017 [acesso em 29 nov. 2018]. p. 1-17. Disponível em: https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/181218/101_00171.pdf?sequence=1
21. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Universidades Públicas Federais: Brasil [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2016 [acesso em 01 jun. 2016]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/disseminacao/online/outroslinks/federal.shtm>
22. Universidade Federal de São Paulo. Universidade Aberta à Terceira Idade - UNIFESP campus Baixada Santista. Santos: UNIFESP; 2015.
23. Ciconelli RM, Ferraz MB, Santos W, Meinão I, Quaresma MR. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36)*. *Rev Bras Reumatol* [Internet]. 1999 [acesso em 25 out. 2018];39(3):143-50. Disponível em: <http://www.luzimarteixeira.com.br/wp-content/uploads/2011/04/validacao-sf-36-brasildoc.pdf>
24. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa de Mercado. Critério de classificação econômica Brasil [Internet]. [Sem Local] : ABIPEME; 2003 [acesso em 22 fev. 2015]. Disponível em: <ftp://ftp.est.ufmg.br/pub/lupercio/ABIPEME.doc>
25. Gomes R. Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa. In: Minayo MCS, organizadora. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes; 2009. p.79-108
26. Bittar IGL, Guerra RLF, Lopes FC, Mello MT, Antunes HKM. Efeitos de um programa de jogos pré-desportivos nos aspectos psicobiológicos de idosos. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2013;16(4):713-25.

27. Almeida EA, Madeira GD, Arantes PMM, Alencar MA. Comparação da qualidade de vida entre idosos que participam e idosos que não participam de grupos de convivência na cidade de Itabira- MG. Rev Bras Geriatr Gerontol [Internet]. 2010 [acesso em 29 out. 2018];13(3):435-43. Disponível em: www.scielo.br/pdf/rbgg/v13n3/a10v13n3.pdf
28. Dalla Vecchia R, Ruiz T, Bocchi SCM, Corrente JE. Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjetivo. Rev Bras Epidemiol [Internet]. 2005 [acesso em 16 dez. 2015];8(3):246-52. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2005000300006
29. Nunes MGS, Leal MCC, Marques APO, Mendonça SS. Idosos longevos: avaliação da qualidade de vida no domínio da espiritualidade, da religiosidade e de crenças pessoais. Saúde Debate [Internet]. 2017 [acesso em 09 jul. 2018];41(115):1102-15. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010311042017000401102&lng=en
30. Panitsides EA. Lifelong learning as a tool in combating age-related dementia and activating the potential of seniors: "WISE"-Designing a project of integrated educational interventions during third age. In: International Conference: Education and Psychology Challenges – Teachers for the Knowledge Society – 2nd edition EPC –TKS 2013; 2013; Sinaia. Amsterdam: Elsevier; 2014 [acesso em 29 mar 2016]. p. 4-9. (Procedia- Social and Behavioral Sciences, vol. 128). Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1877042814022009>
31. Luchesi BM, Brito TRP, Costa RS, Pavarini SCL. Suporte social e contato intergeracional: estudando idosos com alterações cognitivas. Rev Eletr Enferm. 2015 [acesso em 28 jun. 2018];17(3):1-8.
32. Lee KL, Wu CH, Chang CI, Wu YC, Chen CY. Active engagement in social groups as a predictor for mental and physical health among Taiwanese older adults: a 4-year longitudinal study. Int J Gerontol [Internet]. 2015 [acesso em 28 mar. 2016];9(1):1-6. Disponível em : <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1873959815000071>
33. Wiggins RD, Higgs PFD, Hyde M, Blane DB. Quality of life in the third age: key predictors of the CASP-19 measure. Ageing Soc [Internet]. 2004 [acesso em 02 jun. 2016];24(5):693-708. Disponível em: <http://journals.cambridge.org/action/displayAbstract?fromPage=online&aid=245001&fileId=S0144686X04002284>
34. Minayo MCS, Sanches O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? Cad Saúde Pública [Internet].1993 [acesso em 31 maio 2016];9(3):239-62. Disponível em: http://unisc.br/portal/upload/com_arquivo/quantitativo_qualitativo_oposicao_ou_complementariedade.pdf
35. Dal-Farra RA, Fetters MD. Recentes avanços nas pesquisas com métodos mistos: aplicações nas áreas de educação e ensino. Acta Sci [Internet]. 2017 [acesso em 21 jul. 2018];19(3):466-92. Disponível em: <http://www.periodicos.ulbra.br/index.php/acta/article/viewFile/3116/2368>



Fatores associados à disfunção temporomandibular em pessoas idosas: uma revisão integrativa da literatura

Factors associated with temporomandibular dysfunction in the elderly: an integrative literature review

Patrícia Fernanda Faccio¹ 
Maria Angélica Bezerra dos Santos¹ 
Taís Arcanjo Maropo da Silva¹ 
Eduarda Correia Moretti² 
Maria das Graças Wanderley de Sales Coriolano¹ 
Carla Cabral dos Santos Accioly Lins¹ 

Resumo

Objetivo: Identificar os fatores associados à disfunção temporomandibular em pessoas idosas. **Método:** Trata-se de revisão integrativa da literatura, em que foram avaliadas publicações científicas indexadas em cinco bases de dados: MEDLINE/PubMed, SCOPUS, WEB OF SCIENCE, CINAHL e LILACS, sem restrição temporal ou de idioma. Os artigos foram avaliados pelo instrumento *The Newcastle-Ottawa Scale* adaptado. **Resultados:** Dos 888 artigos provenientes das bases de dados, quatro foram considerados elegíveis para esta revisão. Segundo a análise do risco de viés, um artigo foi classificado como de baixo risco e os demais como de risco intermediário. **Conclusão:** Os fatores associados à disfunção temporomandibular em pessoas idosas indicados nos estudos foram: ser do sexo feminino, ter idade entre 60-70 anos, ser de baixa renda, apresentar zumbido, tontura, depressão, cefaleia ou bruxismo; ter dor à palpação da articulação temporomandibular, músculos mastigatórios e cervicais, número de dentes reduzido e fazer uso de próteses totais.

Palavras-chave:

Transtornos da Articulação Temporomandibular; Idoso; Idoso de 80 Anos ou Mais.

Abstract

Objective: To identify the factors associated with temporomandibular dysfunction among elderly persons. **Method:** An integrative literature review was carried out, evaluated by scientific publications indexed in five databases: MEDLINE/PubMed, SCOPUS, WEB OF SCIENCE, CINAHL and LILACS, without date or language restrictions. The adapted Newcastle-Ottawa Scale was used to evaluate the articles. **Results:** Of the 888 articles from the databases, four were considered eligible for this review. Risk of bias analysis classified one article as low risk and the other as intermediate risk. **Conclusion:** The factors associated with temporomandibular dysfunction in the elderly indicated by the studies were: female gender, age between 60-70 years, a low income, suffering from tinnitus, dizziness, depression, headache or bruxism; experience temporomandibular joint palpation, masticatory and cervical muscle pain, a low number of teeth and the use of complete dentures.

Keywords:

Temporomandibular Joint Disorders; Elderly; Aged, 80 and Over.

¹ Universidade Federal de Pernambuco, Programa de Pós-Graduação em Gerontologia. Recife, Pernambuco, Brasil.

² Universidade Federal de Pernambuco, Programa de Pós-Graduação em Fisioterapia. Recife, Pernambuco, Brasil.

INTRODUÇÃO

A população com 60 anos ou mais cresce rapidamente em relação aos outros grupos etários, existindo cerca de 962 milhões de pessoas com 60 anos ou mais, o que representa 13% da população total. De acordo com os resultados da *World Population Prospects: The 2017 Revision*, a população mundial chegou a quase 7,6 bilhões em meados de 2017 e o número de pessoas idosas no mundo tem sido projetado para ser 1,4 bilhões em 2030, 2,1 em 2050, podendo atingir 3,1 em 2100¹. Ao contrário de todas as outras regiões do mundo, a África está em estágios iniciais da transição demográfica e apresenta altas taxas de fertilidade, tendo sua estrutura formada por pessoas de idade jovem. A grande maioria dos países africanos, têm menos de 5% da população total com idade de 65 anos ou mais, e em 21 países a quota é de 3% ou menos, como por exemplo na Etiópia 2,9% e em Uganda 2%².

Embora o envelhecimento seja um processo natural, as mudanças no corpo humano devido ao avanço da idade envolvem características sistêmicas, fisiológicas e/ou anatômicas e influenciam na presença ou ausência de doenças. Além disso, fatores relacionados à saúde surgem do estilo de vida de cada indivíduo e desempenham um papel relevante no planejamento da assistência a essas pessoas³.

As limitações encontradas no envelhecimento acontecem, em média, na faixa etária entre 50 e 60 anos, momento em que se inicia o declínio das unidades motoras funcionais, associado à atrofia dos tecidos do organismo. Destaca-se que as alterações funcionais também envolvem a região da cavidade bucal, que apresenta alterações como perda da elasticidade da mucosa aos tecidos subjacentes e de sustentação, estruturas musculares e ósseas. Nessa região, há aumento do tecido conectivo e adiposo na língua, redução do número de dentes, além de limitações gustativas e diminuição do paladar, acarretando uma diminuição na qualidade de vida dos idosos⁴⁻⁶.

A disfunção da articulação temporomandibular (DTM) pode incluir patologias relacionadas à articulação temporomandibular (ATM), estruturas musculoesqueléticas, caracterizadas por dor ou desconforto na ATM ou ambos; é a principal causa

de dor não-dentária em região orofacial, podendo levar à restrição do movimento mandibular, aumento da tensão muscular, além de rangidos, afetando a qualidade de vida do indivíduo⁷. Entretanto, durante o envelhecimento pode ocorrer uma sobrecarga funcional na ATM causada pela falta de substituição de dentes perdidos, por hábitos parafuncionais, oclusão deficiente ou, ainda, traumatismos/alterações⁸.

Com as alterações na cavidade bucal, torna-se pertinente sugerir que idosos possam apresentar DTM, entretanto os dados disponíveis a respeito dessa condição mostram-se conflitantes. Enquanto alguns estudos indicam que a prevalência na população idosa pode estar presente⁹ ou ser rara^{10,11}, outras pesquisas relatam que os idosos geralmente podem sofrer com a DTM¹².

Diante do exposto, o objetivo deste estudo foi realizar um levantamento da literatura científica a fim de identificar quais os fatores associados à disfunção da articulação temporomandibular em pessoas idosas.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo revisão integrativa¹³. Foram utilizadas seis etapas metodológicas: 1) Estabelecimento da questão de pesquisa; 2) Busca na literatura; 3) Avaliação dos dados; 4) Categorização dos estudos; 5) Interpretação dos resultados e integração dos dados; e 6) Apresentação da revisão integrativa. A revisão foi conduzida pela seguinte pergunta norteadora: “Quais os fatores associados à disfunção temporomandibular em pessoas idosas?”.

As buscas por artigos científicos foram realizadas em outubro/2017 e as seguintes bases de dados foram acessadas: MEDLINE/PubMed (*Medical Literature Analysis and Retrieval System On-line*), SCOPUS (Base de Dados Bibliográficos), WEB OF SCIENCE (Base de Dados Bibliográficos), CINAHL (*The Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature*) e LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde). Não houve restrição de idioma ou temporal a fim de aumentar a sensibilidade da pesquisa. As estratégias de buscas utilizadas para localização dos artigos em cada base de dados estão

descritas no Quadro 1. Ressalta-se que, quando aplicável, foram utilizados os descritores de acordo com o MeSH (*Medical Subject Headings*) e o DeCS (Descritores em Ciências da Saúde).

Esta revisão incluiu estudos científicos que avaliassem os fatores associados à DTM em pessoas idosas (60 anos ou mais). Ademais, foram excluídos artigos de revisão de literatura e dois artigos que não estavam disponíveis na íntegra escritos em chinês e japonês.

A seleção dos estudos foi realizada em duas etapas: leitura dos títulos/resumos e posteriormente leitura completa dos trabalhos selecionados. A primeira foi feita por dois investigadores de forma independente, com base nos critérios de inclusão e exclusão, classificando os potencialmente elegíveis e desconsiderando os estudos duplicados. Na segunda etapa, realizou-se a leitura completa dos artigos selecionados e as divergências durante a seleção foram resolvidas com uma reunião de consenso entre os investigadores.

A coleta das informações dos artigos foi realizada utilizando uma ficha de extração de dados, elaborada especificamente para esta revisão, contendo os

seguintes itens: autor, ano, país, tamanho da amostra, sexo, objetivo, instrumentos de avaliação e variáveis associadas à DTM (Quadro 2). Com os dados extraídos, foi realizada a análise do risco de viés dos artigos, por meio da versão adaptada da *The Newcastle-Ottawa Scale* (NOS) para estudos transversais¹⁴⁻¹⁵. A escala NOS avalia a qualidade metodológica de um estudo quanto à seleção dos grupos do estudo, comparabilidade entre os grupos e resultados. Para cada item da escala, uma alta qualidade era representada com uma estrela, enquanto uma baixa qualidade não era representada por estrela alguma.

RESULTADOS

A busca nas bases de dados selecionadas levou à identificação de potenciais 888 artigos para a inclusão nesta revisão integrativa, destes, 400 estavam duplicados e foram desconsiderados. Dos 488 artigos restantes, 16 foram lidos integralmente. Desses, 12 artigos não atenderam aos critérios de elegibilidade e foram excluídos. Ao final, foram selecionados quatro artigos¹⁷⁻²⁰ para compor a presente revisão. As etapas que compreenderam o processo de seleção dos estudos estão apresentadas através do fluxograma proposto pelo PRISMA¹⁶, representado na Figura 1.

Quadro 1. Estratégias de busca usadas para as bases de dados. Recife, PE, 2018.

BASE DE DADOS	ESTRATÉGIA DE BUSCA
MEDLINE/PubMed	<i>(("temporomandibular joint disorders"[MeSH Terms] OR ("temporomandibular"[All Fields] AND "joint"[All Fields] AND "disorders"[All Fields]) OR "temporomandibular joint disorders"[All Fields]) AND ("aged"[MeSH Terms] OR "aged"[All Fields])) AND ("aged, 80 and over"[MeSH Terms] OR "80 and over aged"[All Fields] OR "aged, 80 and over"[All Fields])</i>
SCOPUS	<i>(TITLE-ABS-KEY (temporomandibular AND joint AND disorders) AND TITLE-ABS-KEY (aged) AND TITLE-ABS-KEY (aged, 80 AND over))</i>
WEB OF SCIENCE	<i>(temporomandibular joint disorders) AND (aged) AND (aged, 80 and over)</i>
CINAHL	<i>temporomandibular joint disorders AND aged AND (aged, 80 and over)</i>
LILACS	transtornos da articulação temporomandibular [Palavras] and idoso [Palavras] and idoso de 80 anos ou mais [Palavras]

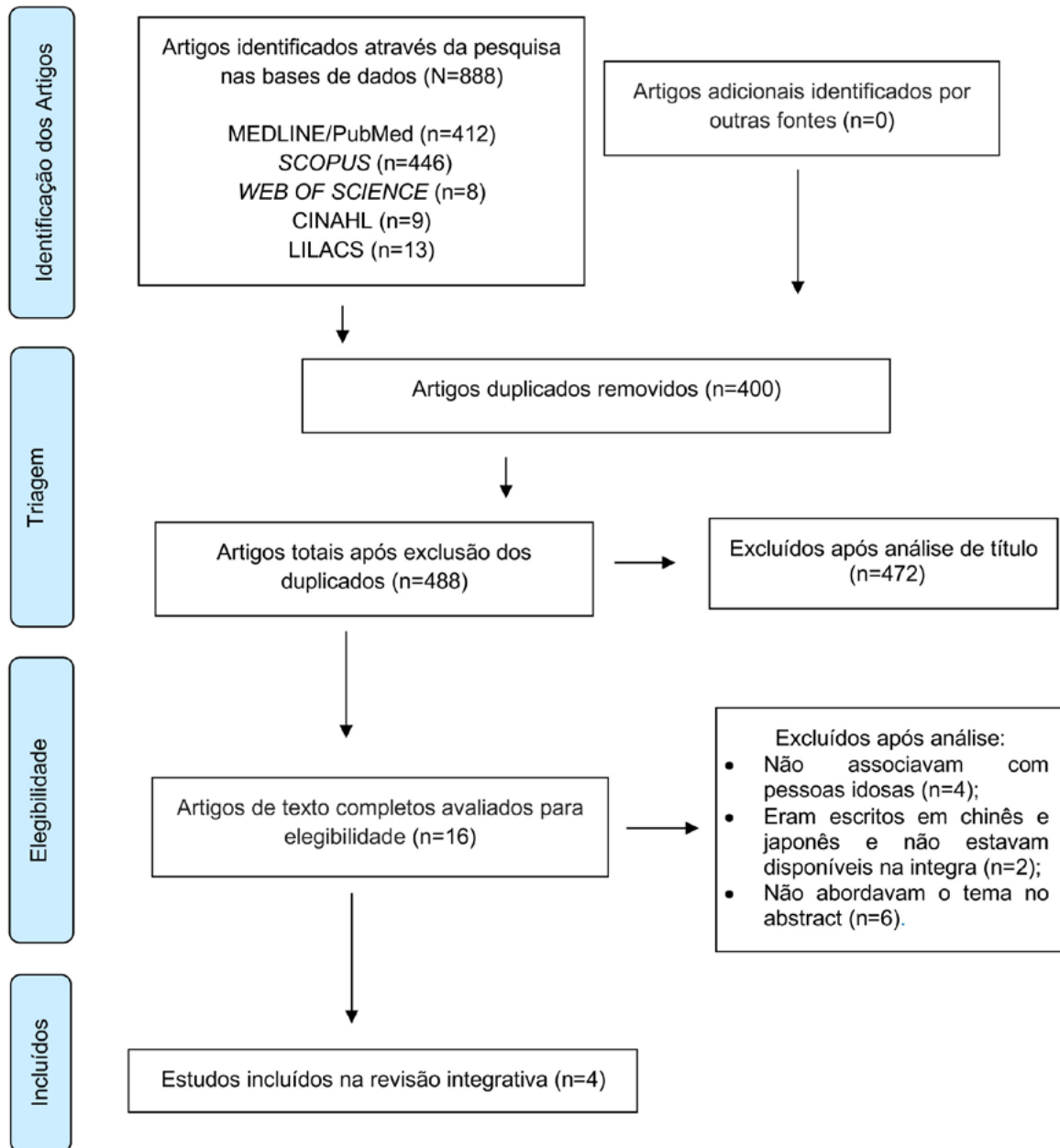


Figura 1. Fluxograma das etapas do processo de seleção dos artigos de acordo com o PRISMA. Recife, PE, 2018.

Dos quatro artigos incluídos¹⁷⁻²⁰, dois foram feitos com populações especiais (indivíduos institucionalizados) e todos eram estudos transversais, sendo: dois realizados no Brasil, um na Suécia e o outro nos Estados Unidos da América. O tamanho da amostra dos estudos variou de 117 a 8.619 pessoas idosas de ambos os sexos, com idade, 60 a 94 anos e o ano de publicação dos artigos variou de 1990 a 2016 (Quadro 2).

Todos os artigos estavam escritos na língua inglesa e apresentaram, segundo a análise de risco de viés, as seguintes pontuações de acordo com a escala NOS: um com 7 estrelas¹⁹, indicando baixo risco de viés, e o restante pontuou 5 estrelas^{17,18,20}, representando risco intermediário. Os resultados da análise do risco de viés estão expressos no Quadro 3.

Quadro 2. Características gerais dos artigos incluídos na revisão. Recife, PE, 2018.

Autor, ano, país	Tamanho da amostra e sexo	Objetivo	Instrumentos de Avaliação	Variáveis associadas com a DTM
Sampaio et al., 2016, Brasil ¹⁷	307 Pessoas idosas de ambos os sexos.	Determinar os fatores associados à DTM em idosos institucionalizados e não institucionalizados.	Índice Anamnésico de Fonseca (IAF).	DTM em 50,5% da amostra. Não institucionalizados (49,8%) e indivíduos institucionalizados (52,5%). Prevalência de DTM, com significância estatística para sexo feminino, idade entre 60-70 anos, baixa renda, presença de zumbido, tontura e depressão.
Camacho et al., 2013, Brasil ¹⁸	200 Pessoas idosas de ambos os sexos.	Investigar a prevalência de DTM em idosos e sua associação com a palpação da ATM, dos músculos mastigatórios e cervicais, bem como a presença de dores de cabeça e ruídos articulares.	Questionário anamnésico, uma avaliação da ATM e um exame muscular.	DTM em 61% da amostra. Maior no sexo feminino (72,4%). Associação significativa entre a gravidade da DTM e a palpação da ATM ($p = 0,0168$), dos músculos mastigatórios ($p < 0,0001$) e dos músculos cervicais ($p < 0,0001$). Cefaleia e à presença de DTM.
Carlsson et al., 2014, Suécia ¹⁹	8619 Pessoas idosas de ambos os sexos.	Avaliar a prevalência de sintomas relacionados à DTM em duas amostras populacionais, 70 e 80 anos em dois Condados Suecos.	Questionário com 53 perguntas. Elaborado pelo pesquisador.	DTM em 34% da amostra. Nos de 70 anos, 12% das mulheres e 7% dos homens. Nos de 80 anos, a prevalência foi de 8% e 7%. Bruxismo foi associado à DTM.
Harriman et al., 1990, Estados Unidos da América ²⁰	117 Pessoas idosas do sexo feminino.	Examinar a associação entre DTM e idade, educação, estado mental, funções físicas, artrite e situação dos dentes em uma população idosa.	Questionário do Estado Mental de Pfeiffer. Teste de Williams. Questionário pré estruturado pelos autores. Os critérios diagnósticos de sinais e sintomas da ATM desenvolvido por Friction e Schiffman foram utilizados (estalos, bloqueio, abertura, desvio lateral, creptos, e crepitação grosseira).	DTM em 22% da amostra. Associada a presença de próteses totais ($p = 0,05$). E a ausência de dentes posteriores foi associada com a DTM.

Legenda: DTM: Disfunção Temporomandibular; ATM: Articulação Temporomandibular.

Quadro 3. Análise do risco de viés por meio da *The Newcastle-Ottawa Scale (NOS)* para estudos transversais (adaptada)¹⁴. Recife, PE, 2018.

	SELEÇÃO				COMPARABILIDADE			RESULTADOS	
	Representatividade da amostra	Tamanho da amostra	Não respondentes	Ferramenta	Fatores de confusão são controlados	Avaliação dos resultados	Teste estatístico		
Sampaio et al., 2016, Brasil ¹⁷			NR	**	*	*	*		
Camacho et al., 2013, Brasil ¹⁸			NR	**	*	*	*		
Carlsson et al., 2014, Suécia ¹⁹	*	*	*	*	*	*	*		
Harriman et al., 1990, Estados Unidos da América ²⁰			NR	**	*	*	*		

Pontuações: Seleção – Pode pontuar até 5 estrelas; Comparabilidade – Pode pontuar até 1 estrela; Resultado – Pode pontuar até no máximo 3 estrelas. Legenda: NR – Não relatado pelo pesquisador.

Na avaliação da qualidade metodológica dos artigos em relação à seleção, o estudo na Suécia foi o único que relatou a representatividade da amostra através de uma amostragem aleatória e foi estabelecida a comparação entre respondentes e não-respondentes aos questionários. Os outros três estudos tiveram grupo selecionado de usuários (informações autorrelatadas), não apresentaram cálculo amostral e nenhuma descrição da taxa de não-resposta foi informada.

Em relação à comparabilidade e resultados, os quatro estudos apresentaram-se de forma similar, com controle do estudo para qualquer fator adicional, resultados através de um autorrelato e teste estatístico para análise dos dados descritos e apropriados (com intervalo de confiança e valor de p presente). Os principais fatores associados à DTM em pessoas idosas identificados nesta revisão foram: ser do sexo feminino, ter idade entre 60-70 anos, ser de baixa renda, apresentar: zumbido, tontura, depressão, cefaleia ou bruxismo, ter dor à palpação da ATM, nos músculos mastigatórios e cervicais, número de dentes reduzido e fazer uso de próteses totais.

DISCUSSÃO

O processo do envelhecimento, muitas vezes, traz consigo alterações que dizem respeito tanto à saúde geral quanto à saúde bucal e que acabam por fazerem parte do declínio funcional do indivíduo devido a condições crônicas e comportamentais relacionadas ao tempo e à saúde²¹.

Analisando os sinais e sintomas de DTM nos estudos pesquisados, observou-se que não houve um consenso dos resultados entre os autores¹⁷⁻²⁰; uma pesquisa apontou que existe associação entre a severidade da doença e a presença de dor à palpação da ATM, cefaleia e músculos mastigatórios e cervicais¹⁸. Outros relacionaram a DTM com o bruxismo¹⁹, ausência de dentes posteriores e o uso de próteses totais²⁰, e fatores ontológicos como zumbido e tontura, além da depressão¹⁷. Embora estes sinais e sintomas sejam frequentes em portadores de DTM, eles não podem ser considerados sintomas de diagnóstico, pois podem, também, ser encontrados em indivíduos que não sofrem desta doença²².

O sexo feminino apresentou uma maior prevalência de DTM¹⁷⁻²⁰ estando estes achados de acordo com os resultados de outros estudos^{23,24}, atingindo com mais frequência as mulheres. Fatores emocionais²⁵, mudanças hormonais (menopausa)²⁶ e alterações anatômicas, relacionadas à má-postura dos côndilos do occipital, deslocamento anterior de disco na ATM e frouxidão ligamentar são os fatores apontados como possíveis explicações^{27,28}.

As condições de desigualdades sociais de uma população refletem uma diferenciação nos perfis epidemiológicos ao observar os diferentes grupos. Sendo assim, condições socioeconômicas, culturais e ambientais de uma população geram uma estratificação dos indivíduos e grupos populacionais, com diferentes posições sociais as quais têm relação direta com as condições de saúde. Tais disparidades se expressam através da renda, educação e classe social, materializando as desigualdades sociais²⁹. Sampaio et al.¹⁷, com o objetivo de determinar quais fatores sociodemográficos estavam associados à DTM em pessoas idosas, analisaram a prevalência de DTM entre diferentes níveis educacionais e observaram que idosos não-institucionalizados e que estudaram apenas até o ensino fundamental, apresentaram prevalência de DTM de 62,7%.

Sampaio et al.¹⁷, entrevistaram 307 pessoas idosas de ambos os sexos, onde 80 eram institucionalizadas e 227 não-institucionalizadas, a prevalência de DTM foi de 50,5% da amostra, sendo: 49,8% não-institucionalizados e 52,5% institucionalizados. Nos idosos não-institucionalizados, houve uma maior prevalência de DTM entre 60-70 anos (59,5%), nas pessoas com baixa renda (100%), e naquelas que apresentavam zumbido (64,4%), tontura (68,4%) e depressão (67,2%)¹⁷. Esses dados corroboram outras pesquisas que relataram que zumbido e tontura são sintomas comuns em pessoas idosas^{30,31}, como também em pessoas com DTM. E diferem de um estudo realizado em Minnesota – EUA²⁰ com mulheres idosas institucionalizadas, o qual não encontrou associação entre a gravidade da DTM e a faixa etária e observou tendência de diminuição dos sintomas da doença com o passar da idade, além da sua ausência naquelas com mais de 80 anos.

Na pesquisa realizada por Carlsson et al.¹⁹ verificou-se que ser idoso e ter bruxismo pode aumentar de 3-6 vezes as chances de desenvolver DTM. O bruxismo é uma atrição rítmica de movimento não-mastigatório dos dentes e mandíbula, estando relacionado às atividades parafuncionais e pode ocorrer durante o sono ou pelo dia. Pode estar associado ao apertamento dentário, mordida do lábio, bochecha ou outros objetos, sucção digital, hábitos inadequados de postura, assim como outros hábitos que o indivíduo realiza, na maioria das vezes, inconscientemente³⁴.

A perda de dentes ou o edentulismo podem alterar a mecânica e a pressão na boca, e com isso provocar uma sobrecarga mecânica da ATM, levando a alterações clínicas^{35,36}. Esse fato foi observado no estudo de Harriman et al.²⁰ que verificaram que a ausência dos dentes posteriores e uso de próteses totais influenciaram na presença de DTM. Discordando com a pesquisa de Ribeiro et al.³⁷ em que não foi encontrada associação entre uso de prótese e DTM.

Depressão foi o mais forte preditor associado com prevalência de DTM¹⁷. Em muitos estudos, fatores psicológicos são indicados como etiológicos para DTM, no entanto, pouco se sabe sobre a relação entre DTM e a etiologia neurofisiológica da depressão^{38,39}. Para os indivíduos institucionalizados, a prevalência de DTM entre aqueles com depressão foi 72,2%¹⁷, representando um crescimento em comparação com aqueles sem depressão (67,2%).

Em relação ao tamanho da amostra, houve divergência entre as pesquisas selecionadas. A maioria dos estudos não fez cálculo amostral, o que pode limitar a interpretação e generalização dos resultados e conclusão desta revisão. Apenas um estudo informou qual foi o teste de avaliação cognitiva utilizado antes da coleta de dados com as pessoas idosas²⁰. Nenhum analisou a questão da deglutição e o estado nutricional dos entrevistados

com DTM. Ademais, as amostras foram selecionadas por conveniência, de maneira não-aleatória e identificadas em serviço específico^{17,18,20}, o que pode gerar viés de seleção. É importante ressaltar, ainda, que diversos instrumentos são utilizados para avaliar a DTM e os estudos incluídos na revisão utilizaram ferramentas de medições validadas ou descritas pelos autores, entretanto, não há relato de um instrumento específico/adaptado para pessoas idosas nos artigos analisados, o que pode refletir um viés de aferição e interferir nos resultados encontrados.

CONCLUSÃO

A presente revisão integrativa revelou que os principais fatores associados à disfunção temporomandibular em pessoas idosas foram: ser do sexo feminino, ter idade entre 60-70 anos, ser de baixa renda, apresentar: zumbido, tontura, depressão, cefaleia ou bruxismo, ter dor à palpação na articulação temporomandibular, nos músculos mastigatórios e cervicais, número de dentes reduzido e fazer uso de próteses totais.

O crescente número de pessoas idosas contribui para o alto número de pesquisas voltadas para esse público. Fatores emocionais, sociais e patologias sistêmicas podem afetar o idoso e é imprescindível a compreensão das alterações morfofisiológicas e das patologias que possam estar associadas.

Entender o estado de saúde e bem-estar das populações mais velhas é essencial, não apenas para o idoso, mas também para os profissionais, para a realização de um correto diagnóstico, melhor atendimento, como também para o sistema econômico, a assistência social, possibilitando planejar diferentes políticas e serviços de saúde, além de apoio social e consequente melhor qualidade de vida à pessoa idosa.

REFERÊNCIAS

1. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. World Population Prospects: the 2017 revision, Key findings and advance tables [Internet]. New York: UN; 2017 [acesso em 5 fev. 2018]. Working Paper No. ESA/P/WP/248. (Economic & social Affairs). Disponível em: https://esa.un.org/unpd/wpp/publications/files/wpp2017_keyfindings.pdf
2. He W, Goodkind D, Kowal PUS. An Aging World: 2015. International Population Reports [Internet]. Washington, DC: Government Publishing Office; 2016 [acesso em 27 fev. 2018]. Disponível em: <https://www.census.gov/content/dam/Census/library/publications/2016/demo/p95-16-1.pdf>
3. Esquenazi D, Silva SRB, Guimarães MAM. Aspectos fisiopatológicos do envelhecimento humano e quedas em idosos. Rev HUPE-UERJ [Internet]. 2014 [acesso em 10 jan. 2018];13(2):11-20. Disponível em: http://revista.hupe.uerj.br/detalhe_artigo.asp?id=467
4. Mendes DC, Poswar FO, Oliveira MV, Haikal DS, da Silveira MF, Martins AM, et al. Analysis of sociodemographic and systemic health factors and the normative conditions of oral health care in a population of the Brazilian elderly. Gerodontology [Internet]. 2012 [acesso em 13 jan. 2018];29(2):206-14. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21083742>
5. Ulinski KG, Nascimento MA, Lima AM, Benetti AR, Poli-Frederico RC, Fernandes KB, et al. Factors related to oral health-related quality of life of independent Brazilian elderly. Int J Dent. 2013 [acesso em 16 jan. 2018];(3):1-9. Disponível em: <https://www.hindawi.com/journals/ijd/2013/705047/>
6. Simões AC, Carvalho DM. A realidade da saúde bucal do idoso no sudeste brasileiro. Ciênc Saúde Colet [Internet]. 2011 [acesso em 17 fev. 2018];16(6):2975-82. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232011000600035&script=sci_abstract&tlng=pt
7. Giro G, Policastro VB, Scavassin PM, Leite AR, Mendoza Marin DO, Gonçalves DA, et al. Mandibular kinesiographic pattern of women with chronic TMD after management with educational and self-care therapies: A double-blind, randomized clinical trial. J Prosthet Dent [Internet]. 2016 [acesso em 09 jan. 2018];116(5):749-55. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27236596>
8. Oliveira BS, Delgado SE, Brescovici SM. Alterações das funções de mastigação e deglutição no processo de alimentação de idosos institucionalizados. Rev Bras Geriatr Gerontol [Internet]. 2014 [acesso em 20 jan. 2018];17(3):575-87. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v17n3/1809-9823-rbgg-17-03-00575.pdf>
9. Cavalcanti MO, Lima CM, Lima JM, Gomes I, Goldim JR. Prevalência da Disfunção Temporomandibular em Idosos Não Institucionalizados. Estud Interdiscip Envelhec [Internet]. 2015 [acesso em 11 jan. 2018];20(2):551-66. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rdor/v13n3/v13n3a08.pdf>
10. Almagro CI, Castro SAM, Matarán PGA, Quesada RJM, Guisado BR, Moreno LC. Temporomandibular joint dysfunction, disability and oral health in a community-dwelling elderly population. Nutr Hosp [Internet]. 2011 [acesso em 30 jan. 2018];26(5):1045-51. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22072351>
11. Blanco-Hungría A, Rodríguez-Torronteras A, Blanco-Aguilera A, Biedma-Velázquez L, Serrano-del-Rosal R, Segura-Saint-Gerons R, et al. Influence of sociodemographic factors upon pain intensity in patients with temporomandibular joint disorders seen in the primary care setting. Med Oral Patol Oral Cir Bucal [Internet]. 2012 [acesso em 31 jan. 2018];17(6):1034-41. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3505699/>
12. Honda M, Lida T, Komiya O, Masuda M, Uchida T, Nishimura H, et al. Characteristics of middle-aged and older patients with temporomandibular disorders and burning mouth syndrome. J Oral Sci [Internet]. 2015 [acesso em 6 fev. 2018];57(4):355-60. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26666859>
13. Ercole FF, Melo LS, Alcoforado CLGC. Revisão integrativa versus revisão sistemática. Rev Min Enferm [Internet]. 2014 [acesso em 08 fev. 2018];18(1):9-12. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/904>
14. Wells GA, Shea B, O'Connell D, Peterson J, Welch V, Losos M, et al. The Newcastle-Ottawa Scale (NOS) for assessing the quality of nonrandomized studies in meta-analyses [Internet]. [Ottawa]: Ottawa Hospital Research Institute; 2014 [acesso em 9 jan. 2018]. Disponível em: http://www.ohri.ca/programs/clinical_epidemiology/oxford.asp

15. Herzog R, Álvarez-Pasquin MJ, Díaz C, Del Barrio JL, Estrada JM, Gil A. Are healthcare workers' intentions to vaccinate related to their knowledge, beliefs and attitudes? Systematic review. *BMC Public Health* [Internet]. 2013 [acesso em 25 jan. 2018];13:154. Disponível em: <https://bmcpubhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-13-154>
16. Liberati A, Altman DG, Tetzlaff J, Mulrow C, Gøtzsche PC, Ioannidis JPA, et al. The PRISMA Statement for Reporting Systematic Reviews and Meta-Analyses of Studies That Evaluate Health Care Interventions: Explanation and Elaboration. *BMJ* [Internet] 2009 [acesso em 10 dez. 2018];339:1-28. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1000100>
17. Sampaio NM, Oliveira MC, Ortega AO, Santos LB, Alves TDB. Temporomandibular disorders in elderly individuals: the influence of institutionalization and sociodemographic factors. *CoDAS* [Internet]. 2017 [acesso em 02 mar. 2018];29(2):1-6. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S2317-178220170002003000&script=sci_arttext
18. Camacho JG, Oltramari-Navarro PV, Navarro RL, Conti AC, Conti MR, Marchiori LL, et al. Signs and symptoms of Temporomandibular Disorders in the elderly. *CoDAS* 2014 [acesso em 03 mar. 2018];26(1):76-80. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24714862>
19. Carlsson GE, Ekback G, Johansson A, Ordell S, Unell L. Is there a trend of decreasing prevalence of TMD-related symptoms with ageing among the elderly? *Acta Odontol Scand* [Internet]. 2014 [acesso em 06 mar. 2018];72(8):714-20. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24666243>
20. Harriman LP, Snowdon DA, Messer LB, Rysavy JDM, Ostwald SK, Char-Huei Lai, et al. Temporomandibular joint dysfunction and selected health parameters in the elderly. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* [Internet]. 1990 [acesso em 01 mar. 2018];70(4):406-13. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2216377>
21. Presa SL, Matos JC. Saúde bucal na terceira idade. *Rev Uningá* [Internet]. 2018 [acesso em 09 mar. 2018];39(1):137-48. Disponível em: <http://revista.uninga.br/index.php/uninga/article/view/1153>
22. Bertuol B, Scremin ALX, Marques PM, Ferreira L, Araújo TM, Biaggio EPV. Tinnitus, quality of life and emotional issues of hearing aids users. *Distúrb Comum* [internet]. 2018 [acesso em 08 mar. 2018];30(1):80-9. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/dic/article/viewFile/32973/25282>
23. Ferreira CL, Silva MA, Felício CM. Sinais e sintomas de desordem temporomandibular em mulheres e homens. *CoDAS* 2016 [acesso em 6 mar. 2018];28(1):17-21. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S2317-17822016000100017&script=sci_abstract&tlng=pt
24. Talaat WM, Adel OI, Al Bayatti S. Prevalence of temporomandibular disorders discovered incidentally during routine dental examination using the Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol* [Internet]. 2018 [acesso em 13 mar. 2018];125(3):250-9. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29274723>
25. Guerrero L, Coronado L, Maulén M, Meeder W, Henríquez C, Lovera M. Prevalencia de trastornos temporomandibulares en la población adulta beneficiaria de Atención Primaria en Salud del Servicio de Salud Valparaíso, San Antonio. *Av Odontoestomatol* [Internet]. 2017 [acesso em 10 mar. 2018];33(3):113-20. Disponível em: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852017000300003
26. Ivkovic N, Racic M, Lecic R, Bozovic D, Kulic M. Relationship between symptoms of temporomandibular disorders and estrogen levels in women with different menstrual status. *J Oral Facial Pain Headache* [Internet]. 2018 [acesso em 13 mar. 2018];32(2):151-8. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29561915>
27. Pullinger AG, Hollender L, Solberg WK, Petersson A. A tomographic study of mandibular condyle position in an asymptomatic population. *J Prosthet Dent* [Internet]. 1985 [acesso em 21 fev. 2018];53(5):706-13. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3858537>
28. Okeson JP. Etiologia e identificação dos distúrbios funcionais no sistema mastigatório. In: Okeson JP. *Tratamento das desordens temporomandibulares e oclusão*. 4ª ed. São Paulo: Artes Médicas; 2000. p. 117-272.
29. Miranda AC, Barcellos C, Moreira JC, Monken M. Território, Ambiente e Saúde [Internet]. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2015 [acesso em 21 fev 2018]. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/livro/territorio-ambiente-e-saude>
30. Li Y, Tang Z, Yu X. Survey and clinical feature analysis of the aged subjective tinnitus in a community. *Nan Fang Yi Ke Da Xue Xue Bao* [Internet]. 2013 [acesso em 10 fev. 2018];33(8):1243-5. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23996777>

31. Kim HJ, Lee HJ, An SY, Sim S, Park B, Kim SW, et al. Analysis of the prevalence and associated risk factors of tinnitus in adults. *PLoS One* [Internet]. 2015 [acesso em 27 fev. 2018];10(5):1-9. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26020239>
32. Cakur B, Yasa Y. Correlation between tinnitus and petrotympanic fissure status among patients with temporomandibular joint dysfunction. *J Oral Maxillofac Surg* [Internet]. 2016 [acesso em 2 mar. 2018];74(1):47-52. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26279489>
33. Ferendiuk E, Zajdel K, Pihut M. Incidence of otolaryngological symptoms in patients with temporomandibular joint dysfunctions. *Biomed Res Int* [Internet]. 2014 [acesso em 06 mar. 2018];(1):1-5. Disponível em: <https://www.hindawi.com/journals/bmri/2014/824684/>
34. Shetty S, Pitti V, Satish-Babu CL, Surendra-Kumar GP, Deepthi BC. Bruxism: a literature review. *J Indian Prosthodont Soc* [Internet]. 2010 [acesso em 24 fev. 2018];10:141-8. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21886404>
35. Krzemien J, Baron S. Axio-graphic and clinical assessment of tempomandibular joint function in patients with partial edentulism. *Acta Bioeng Biomech* [Internet]. 2013 [acesso em 15 fev. 2018];15(1):19-26. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23957445>
36. Shetty R. Prevalence of signs of temporomandibular joint dysfunction in asymptomatic edentulous subjects: a cross-sectional study. *J Indian Prosthodont Soc* [Internet]. 2010 [acesso em 27 fev. 2018];10(2):96-101. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3081254/>
37. Ribeiro JA, de Resende CM, Lopes AL, Farias Neto A, Carreiro Ada F. Association between prosthetic factors and temporomandibular disorders in complete denture wearers. *Gerodontology* [Internet]. 2014 [acesso em 20 fev. 2018];31(4):308-13. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23448239>
38. Giannakopoulos NN, Keller L, Rammelsberg P, Kronmüller KT, Schmitter M. Anxiety e depressão em pacientes com dor crônica da articulação temporomandibular e nos controles. *J Dent* 2010 [acesso em 26 jan. 2018];38(5):369-76. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20079799>
39. Diracoglu D, Yildirim NK, Saral I, Ozkan M, Karan A, Ozkan S, et al. Temporomandibular dysfunction and risk factors for anxiety and depression. *J Back Musculoskelet Rehabil* [Internet]. 2016 [acesso em 23 jan. 2018];29(3):487-91. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26519118>



Fatores associados à multimorbidade em idosos: uma revisão integrativa da literatura

Factors associated with multimorbidity in the elderly: an integrative literature review

Laércio Almeida de Melo¹

Luciana de Castro Braga²

Fabíola Pessoa Pereira Leite²

Breno Fortes Bittar²

Jéssica Mayara de Figueirêdo Oséas¹

Kenio Costa de Lima¹

Resumo

Objetivo: Objetivou-se identificar os fatores associados à multimorbidade em idosos por meio de uma revisão integrativa da literatura. **Método:** Foram utilizadas as bases de dados “Cochrane Library”, “MEDLINE”, “Web of Science”, “Scopus” e “LILACS”. Também foram utilizados a biblioteca virtual “SciELO” e o buscador eletrônico “Google Acadêmico”. Empregaram-se os seguintes termos para as buscas: “multimorbidity”; “multi-morbidity”; “comorbidity”; “multiple diseases”; “elderly”; “major adults”, “older people”, “older persons”, “aged”, “associated factors”, “correlated factors”, “socioeconomic factors” e “demographic factors”. Os critérios de inclusão consistiram em: estudos transversais ou longitudinais que tinham como objeto de estudo a população idosa com multimorbidade. Foram excluídos os estudos em que a multimorbidade não foi a variável dependente. **Resultados:** Um total de sete artigos foi incluído nesta revisão. Observou-se uma prevalência variando de 30,7% a 57,0% de multimorbidade em idosos. Os fatores associados foram o ato de fumar, consumo de álcool, morar em áreas rurais, baixa escolaridade, sexo feminino, idosos mais envelhecidos e não morar com crianças. Para a maioria dos artigos, uma renda familiar baixa também se mostrou associada à multimorbidade. **Conclusão:** Os resultados sugerem que a multimorbidade em idosos é uma condição comum e que ela tem sido influenciada por fatores socioeconômicos, demográficos, estilo de vida e estrutura familiar.

Palavras-chaves: Idoso; Multimorbidade; Doença Crônica.

Abstract

Objective: The objective of the present study was to identify factors associated with multimorbidity in the elderly through an integrative literature review. **Method:** The “Cochrane Library”, “MEDLINE”, “Web of Science”, “Scopus” and “LILACS” databases were used, as well as the “SciELO” virtual library and the electronic search engine “Google Academic”. The following search terms were applied: “multimorbidity”; “multi-morbidity”; “comorbidity”; “multiple diseases”; “elderly”; “major adults”, “older people”, “older persons”, “aged”, “associated factors”, “correlated factors”, “socioeconomic factors”

Keywords: Elderly; Multimorbidity; Chronic Disease.

¹ Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Departamento de Odontologia. Natal, Rio Grande do Norte, Brasil.

² Universidade Federal de Juiz de Fora, Departamento de Odontologia. Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil.

and “demographic factors.” The inclusion criterion was that the object of the study was the elderly population with multimorbidity. Studies in which multimorbidity was not the dependent variable were excluded. *Results:* A total of seven articles were included in this review. A prevalence of multimorbidity in the elderly ranging from 30.7% to 57% was found. The associated factors were smoking, alcohol consumption, lived in rural areas, low levels of schooling, the female gender, older elderly persons and not living with children. In the majority of articles a low level of family income was also associated with multimorbidity. *Conclusion:* The results suggest that multimorbidity in the elderly is a common condition and that it is influenced by socioeconomic and demographic factors, lifestyle and family structure.

INTRODUÇÃO

Nos dias hodiernos, tornou-se cada vez mais importante cuidar da vida, já que a redução da vulnerabilidade ao adoecer fortalece a proteção da incapacidade, do sofrimento crônico e da morte prematura. Em idosos, especificamente, identificar os fatores que levam ao adoecer e buscar reduzi-los torna-se crucial, uma vez que esse segmento populacional é caracterizado pela vulnerabilidade e redução da capacidade funcional nesse momento da vida¹.

Embora as doenças infecciosas sejam ainda importantes e presentes, há um crescimento significativo das doenças crônicas não transmissíveis². Tais condições são capazes de gerar incapacidades e alto grau de limitação em suas atividades de vida diária e lazer, além de provocar grande pressão sobre os serviços de saúde².

Com o aumento da expectativa de vida e da ocorrência das doenças crônicas, a multimorbidade, que corresponde a ocorrência de diferentes problemas de saúde em um mesmo indivíduo, apresenta-se como um problema frequente na população, principalmente tratando-se da população idosa³. Apesar desse conceito bem estabelecido na literatura, a definição de multimorbidade com relação ao número de condições crônicas consideradas, varia muito. Dentre essas variações, existem autores que consideram a multimorbidade com sendo a presença de pelo menos duas doenças crônicas e outros como sendo a presença de pelo menos três⁴.

Considerando a sua prevalência, gravidade e seu impacto na qualidade de vida, a multimorbidade atualmente é um problema de saúde pública⁵. A prevalência mundial de diferentes problemas de saúde em idosos é alta, com um percentual acima de 50%

e, segundo estudos, a tendência é que esse número aumente⁶⁻⁹. As consequências da multimorbidade incluem maiores riscos de morte e de declínio funcional, além de impactarem na diminuição da expectativa de vida^{10,11}. Apesar da possibilidade de ser controlada, o manejo adequado da multimorbidade é um desafio para os sistemas e serviços de saúde mundial devido ao alto custo e a complexidade do tratamento^{6,12}.

A identificação de fatores associados que possam estar relacionados a prevalência de multimorbidades, por meio de dados atuais, é primordial para a definição de políticas de saúde voltadas para a prevenção desses agravos e subsidiar a formulação de políticas públicas nas áreas de promoção, vigilância e atenção à saúde¹³.

Desta maneira, o presente estudo objetivou, por meio de uma revisão integrativa da literatura, identificar os fatores associados à multimorbidade em idosos.

MÉTODO

Realizou-se uma revisão integrativa de estudos transversais e longitudinais publicados na literatura para identificar os fatores associados à multimorbidade em idosos. Os critérios de inclusão consistiram em: estudos transversais ou longitudinais que tinham como objeto de estudo a população idosa (indivíduos acima de 60 anos) e que possuíam multimorbidade.

Nesta revisão, foram incluídos tanto estudos que consideraram multimorbidade como sendo o acúmulo de duas ou mais doenças crônicas, como aqueles que consideraram o acúmulo de três ou mais. Ademais, consideraram-se doenças crônicas

como aquelas propostas em 1957 pela Comissão de Doenças Crônicas de Cambridge (Estados Unidos), nas quais se incluem todas as condições que contêm pelo menos uma das seguintes características: permanência, presença de incapacidade residual, mudança patológica não reversível no sistema corporal, necessidade de treinamento especial do paciente para a reabilitação e previsão de um longo período de supervisão, observação e cuidados¹⁴.

No presente estudo não houve restrição de ano de publicação e idioma. Foram excluídos estudos que avaliam a multimorbidade e seus fatores associados em crianças, adolescentes e adultos. Além disso, também foram excluídos aqueles em que a multimorbidade não foi considerada como a variável dependente.

As estratégias de busca eletrônica foram conduzidas por três pesquisadores, independentemente, durante o período de maio de 2018 a julho de 2018, nas bases de dados: *Cochrane Library*, MEDLINE, *Web of Science*, Scopus e LILACS. Também foi utilizado a biblioteca virtual “SciELO” e o buscador eletrônico “Google Acadêmico”. Os seguintes descritores e/

ou palavras foram utilizados: “*multimorbidity*”; “*multi-morbidity*”; “*comorbidity*”; “*multiple diseases*”; “*elderly*”; “*major adults*”, “*older people*”, “*older persons*”, “*aged*”, “*associated factors*”, “*correlated factors*”, “*socioeconomic factors*” e “*demographic factors*”. Além da pesquisa nas bases supracitadas, também foram realizadas buscas manuais nas referências de artigos sobre o tema. As estratégias de busca elaboradas para cada base de dados estão descritas no Quadro 1.

Após as buscas nas bases de dados e manuais, os títulos e resumos foram organizados em um formulário padronizado. Em seguida, os três pesquisadores, utilizando os mesmos critérios de eleição, realizaram a seleção daqueles estudos com potencial para serem lidos na íntegra e incluídos na revisão.

Os dados dos estudos lidos na íntegra e incluídos na revisão foram anotados em uma folha de extração de dados pelos três autores que, independentemente e em trio, registraram dados referentes à pesquisa (amostra, país onde o estudo foi conduzido e fatores associados a multimorbidades), características metodológicas (tipo de estudo) e desfechos.

Quadro 1. Estratégias de busca utilizadas nas bases de dados, biblioteca virtual e buscador eletrônico.

BASE	ESTRATÉGIA
Pubmed, Medline	("multimorbidity" OR "multi-morbidity" OR "multiple diseases" OR "comorbidity") AND ("elderly" OR "major adults" OR "older people" OR "older persons" OR "aged") AND ("associated factors" OR "correlated factors" OR "socioeconomic factors" OR "demographic factors")
Web of Science	TS=("multimorbidity" OR "multi-morbidity" OR "multiple diseases" OR "comorbidity") AND TS=("elderly" OR "major adults" OR "older people" OR "older persons" OR "aged") AND TS=("associated factors" OR "correlated factors" OR "socioeconomic factors" OR "demographic factors")
Scopus	TITLE-ABS-KEY("multimorbidity" OR "multi-morbidity" OR "multiple diseases" OR "comorbidity") AND TITLE-ABS-KEY("elderly" OR "major adults" OR "older people" OR "older persons" OR "aged") AND TITLE-ABS-KEY("associated factors" OR "correlated factors" OR "socioeconomic factors" OR "demographic factors")
Cochrane	"multimorbidity" OR "multi-morbidity" OR "multiple diseases" OR "comorbidity" and "elderly" OR "major adults" OR "older people" OR "older persons" OR "aged" and "associated factors" OR "correlated factors" OR "socioeconomic factors" OR "demographic factors"
Lilacs	"multimorbidity" OR "multi-morbidity" OR "multiple diseases" OR "comorbidity" [Palavras] and "elderly" OR "major adults" OR "older people" OR "older persons" OR "aged" [Palavras] and "associated factors" OR "correlated factors" OR "socioeconomic factors" OR "demographic factors" [Palavras]
SciELO	("multimorbidity" OR "multi-morbidity" OR "multiple diseases" OR "comorbidity") AND ("elderly" OR "major adults" OR "older people" OR "older persons" OR "aged") AND ("associated factors" OR "correlated factors" OR "socioeconomic factors" OR "demographic factors")
Google acadêmico	"multimorbidity" + "multi-morbidity" + "multiple diseases" + "comorbidity" + "elderly" + "major adults" + "older people" + "older persons" + "aged" + "associated factors" + "correlated factors" + "socioeconomic factors" + "demographic factors"

Na presença de discordâncias, os autores consultaram um quarto autor e, por meio de um consenso, chegaram a uma decisão comum. Para a avaliação da qualidade dos estudos selecionados, utilizou-se o método proposto por Loney¹⁵, o qual avalia criticamente estudos de prevalência ou incidência de problemas de saúde. A sua avaliação crítica é baseada em oito itens: desenho do estudo adequado, delineamento do processo de amostragem, tamanho da amostra adequado, utilização de métodos validados, medição dos dados de forma imparcial, perda amostral inferior a 30%, intervalos de confiança presente na determinação da prevalência ou incidência e descrição detalhada dos sujeitos do

estudo. Cada um desses itens, quando adequados, pontuam com 1 ponto, e no total cada estudo pode variar a pontuação de 0 a 8 pontos.

RESULTADOS

A estratégia de busca eletrônica utilizada resultou em 356 títulos e resumos. Desses, 25 foram selecionados a partir dos critérios de inclusão e exclusão e lidos na íntegra. A busca manual, feita a partir da lista de referências dos artigos lidos completamente, resultou na obtenção de 1 artigo. Ao final, 7 foram eleitos para serem incluídos na revisão (Figura 1).

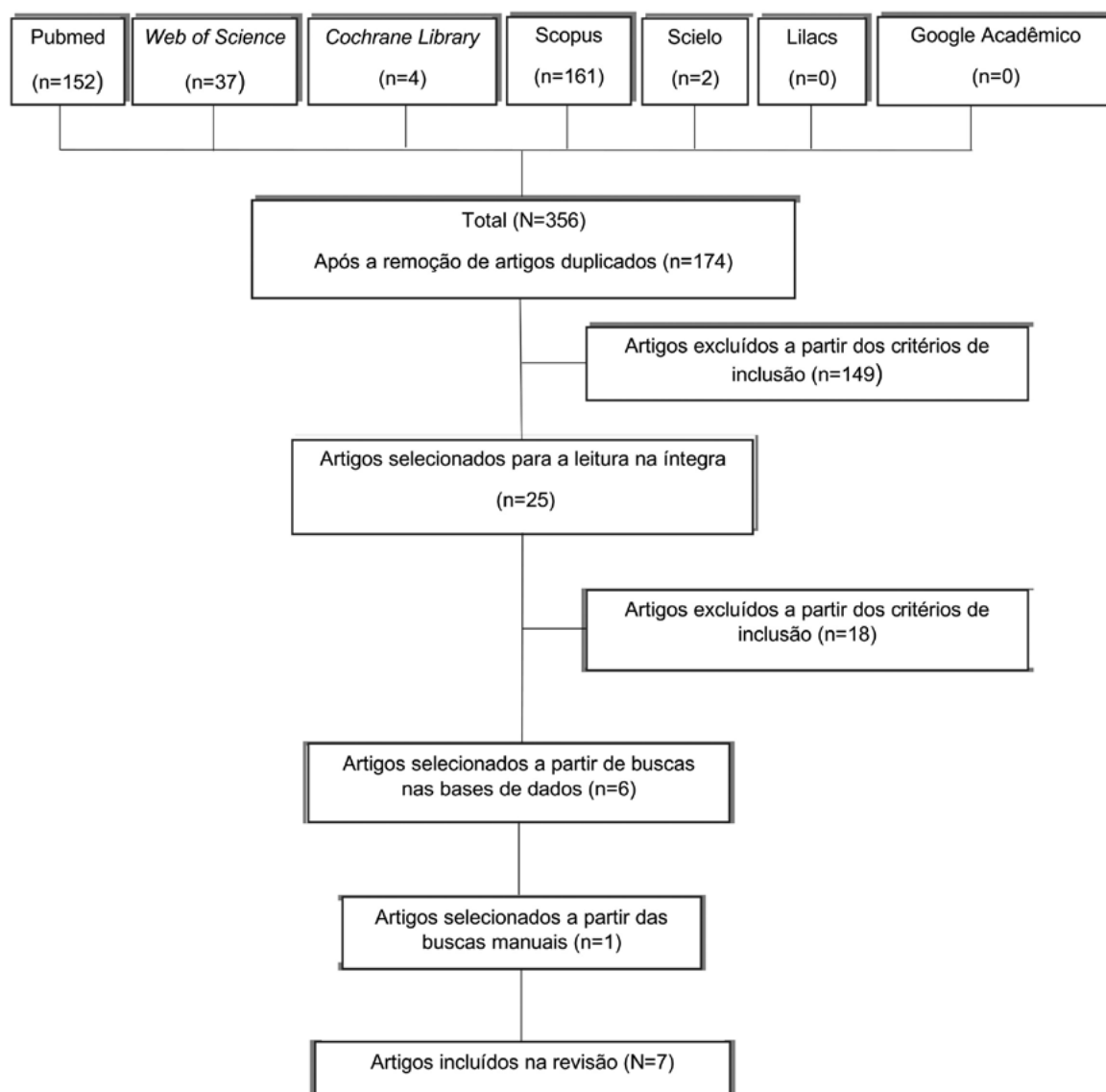


Figura 1. Fluxograma dos estudos analisados.

Um total de 17.003 idosos foi avaliado, dos quais 10.098 eram mulheres (59,39%). Todos os estudos incluídos nesta revisão foram estudos transversais. Neles, a multimorbidade foi associada com o ato de fumar, consumo de álcool, morar em áreas rurais, baixa escolaridade, sexo feminino, idosos mais envelhecidos, uso de serviços de saúde na última semana, estrutura familiar (não morar com crianças), polifarmácia e autopercepção negativa de saúde (Tabela 1). Apesar da maioria dos estudos relatarem uma associação entre multimorbidade e baixa condição econômica, houve divergência de resultados, nesta revisão, ao avaliar a influência do status econômico na prevalência de multimorbidade. A pontuação da qualidade dos estudos variou de 7 a 8 pontos.

Mini et al.³⁵ em 2017, objetivaram estimar a proporção de idosos com multimorbidade, seus fatores associados, assim como suas implicações. Um total de 9.852 idosos com idade igual ou maior que 60 anos foram entrevistados. Como resultado, os autores verificaram que naqueles indivíduos com idade ≥ 70 anos, usuários de álcool, mulheres, usuários de tabaco e mais ricos, eram mais propensos a reportar multimorbidade.

Ha et al.³⁶, procuraram determinar a prevalência de multimorbidade em idosos e identificar os fatores associados em uma população idosa no Sul do Vietnã. A amostra foi de 2.400 indivíduos com 60 anos ou mais. Após uma análise multivariada, a faixa etária, o gênero e a necessidade de ajuda para atividades básicas perderam a significância estatística. Em contrapartida, o fato do idoso não ser alfabetizado, morar na zona rural e utilizar serviços de saúde na última semana estavam associados à presença de multimorbidade.

Em 2014, Banjare et al.³⁷ avaliaram a prevalência do acúmulo de condições crônicas entre idosos rurais, assim como os fatores socioeconômicos e demográficos associados. Participaram 310 idosos com idade igual ou maior que 60 anos. Os resultados obtidos a partir da análise de regressão logística

mostram que idosos mais velhos, aqueles que possuem dependência econômica e os que fumam são mais propensos a apresentarem multimorbidade. Já em 2013, Jerliu et al.³⁸ avaliaram a prevalência de multimorbidade e fatores demográficos e socioeconômicos associados em idosos do Kosovo. Participaram do estudo 1.890 indivíduos com idade igual ou maior que 65 anos. 45% dos idosos tinham pelo menos duas doenças crônicas. A partir de uma análise multivariada, os fatores relacionados à presença de multimorbidade foram o sexo feminino, idade avançada, pobreza autopercebida e dificuldade de acesso aos cuidados médicos.

Agborsangaya et al.³⁹, em 2012, objetivaram identificar a prevalência de multimorbidade e seus fatores sociodemográficos em adultos com 18 anos ou mais. Esse estudo avaliou diferentes faixas etárias, incluindo idosos com idade igual ou maior que 65 anos. A amostra correspondente aos idosos foi de 776 indivíduos. Para esse grupo populacional, a multimorbidade esteve associada ao sexo feminino e àqueles que não vivem com crianças. Em 2008, Marengoni et al.⁴⁰ investigaram o papel da idade, gênero e status socioeconômico na ocorrência de multimorbidade em idosos com idade variando entre 77 e 100 anos. A idade avançada, o sexo feminino e um menor nível de escolaridade se mostraram-se associados à multimorbidade.

Por fim, em 2017, Cavalcanti et al.⁴¹ buscaram associação entre multimorbidade em idosos com variáveis sociodemográficas, autopercepção de saúde e polifarmácia. A amostra foi constituída de 676 indivíduos com 60 anos de idade ou mais residentes em municípios de pequeno porte do norte do estado do Rio Grande do Sul, Brasil. Após análise ajustada, a ocorrência de multimorbidade, apresentou-se associada às variáveis: percepção de saúde negativa e uso de polifarmácia. Na análise bruta, a multimorbidade esteve relacionada ao sexo feminino, idade avançada, baixo nível socioeconômico e transtornos mentais. No entanto, ao realizar a análise ajustada, essas variáveis perderam significância.

Tabela 1. Características e resumo dos resultados dos estudos incluídos na revisão.

Autor e ano do estudo	Tipo de estudo	Objetivo e local do estudo	Amostra e prevalência de multimorbidade	Fatores associados à multimorbidade	Pontuação e limitações
Míni et al. 2017 ³⁵	Transversal	Este estudo objetivou estimar a proporção de idosos com multimorbidade, seus fatores associados e implicações. O presente estudo incluiu idosos de 7 estados da Índia (Kerala, Tamil Nadu, Punjab, Himachal Pradesh, Maharashtra, Orissa e Bengala Ocidental).	A prevalência de multimorbidade foi de 30,7% (3024 idosos), dentre uma amostra composta por 9852 idosos.	Os idosos mais ricos (RP=4,68), mais envelhecidos (70 anos ou mais) (RP=2,44) do sexo feminino (RP=1,51) e usuários de álcool (RP=1,53) e tabaco (RP=1,22) foram mais propensos à apresentarem multimorbidade.	8 pontos
Ha et al. 2015 ³⁶	Transversal	Este estudo teve como objetivo examinar a prevalência de multimorbidade e os fatores associados entre idosos no Sul do Vietnã.	39,2% dos idosos (941 indivíduos) apresentaram multimorbidade. A amostra do presente estudo foi de 2400 idosos.	A prevalência de multimorbidade é mais frequente estatisticamente naqueles indivíduos que não são alfabetizados ($p=0,001$), nos que não trabalham ($p=0,001$), nos que residem na zona rural ($p<0,001$) e naqueles que utilizaram serviços de saúde na última semana antes da entrevista ($p=0,001$).	8 pontos
Banjare et al. 2014 ³⁷	Transversal	Investigar a prevalência de multimorbidade em idosos rurais e os fatores socioeconômicos e demográficos associados. A pesquisa foi realizada no distrito de Bargharh de Odisha, na Índia.	Um total de 310 idosos foram avaliados, desses, 177 possuíam multimorbidade (prevalência de 57,0%).	As análises de regressões logísticas revelaram que os idosos mais velhos (75 anos ou mais) (RP=4,65), os que são dependentes financeiramente (RP=5,21) e os que fumam (RP=1,85) apresentam maior chance de adquirirem multimorbidade.	8 pontos
Jerliu et al. 2013 ³⁸	Transversal	Identificar a prevalência da morbidade crônica e buscar associação com fatores demográficos e socioeconômicos em uma população idosa do Kosovo.	Neste estudo, 45,0% (851 indivíduos) da população idosa tinham multimorbidade. A amostra foi composta por 1890 idosos.	Os fatores associados à presença de multimorbidade foram sexo feminino ($p=0,001$), idade avançada ($p<0,001$), pobreza auto-percebida ($p<0,001$) e incapacidade de acesso aos cuidados médicos ($p<0,001$).	8 pontos

continua

Continuação da Tabela 1

Autor e ano do estudo	Tipo de estudo	Objetivo e local do estudo	Amostra e prevalência de multimorbidade	Fatores associados à multimorbidade	Pontuação e limitações
Agborsangaya et al. 2012 ³⁹	Transversal	Este estudo teve como objetivo estimar a prevalência de multimorbidade e os fatores associados em diferentes faixas etárias na província de Alberta, no Canadá.	A amostra correspondente aos idosos foi de 776 indivíduos, dos quais 35,8% (278 idosos) apresentavam multimorbidade.	Para os idosos, a multimorbidade esteve associada ao sexo feminino (RP=1,55) e àqueles que não vivem com crianças (RP=8,45).	7 pontos. Os idosos que participaram do estudo representam menos de 30,0% da amostra total.
Marengoni et al. 2008 ⁴⁰	Transversal	Objetivou-se investigar o papel da idade, gênero e status socioeconômico na ocorrência de multimorbidade em idosos com idade variando entre 77 e 100 anos.	Neste estudo, 55,0% (602 indivíduos) da população idosa tinham multimorbidade. A amostra foi composta por 1099 idosos.	Os idosos com idade avançada (igual ou maior que 85 anos) (RP=1,9), do sexo feminino (RP=1,5) e com menor nível de escolaridade (RP=1,6) tinham maiores chances de apresentarem multimorbidade.	7 pontos. Não foi descrito o processo de amostragem.
Cavalcanti et al. 2017 ⁴¹	Transversal	Verificar a associação entre multimorbidade com variáveis sociodemográficas, auto percepção de saúde e polifarmácia em idosos. O estudo foi realizado em municípios de pequeno porte do norte do estado do Rio Grande do Sul, Brasil.	Dos idosos entrevistados (676 indivíduos), 45,0% (304 idosos) apresentaram multimorbidade.	Após análise ajustada, a ocorrência de multimorbidade apresentou-se associada às variáveis: percepção de saúde negativa. ($p<0,001$) e uso de polifarmácia ($p<0,001$).	8 pontos

RP = Razão de prevalência; p = Probabilidade de significância (valores de “p” menor ou igual a 0,005 foram considerados significativos estatisticamente).

DISCUSSÃO

O presente estudo procurou identificar através de uma revisão integrativa da literatura, os fatores associados à presença de multimorbidade em idosos. Para isso, foram incluídos todos os tipos de estudos encontrados que se enquadraram nos critérios de inclusão estabelecidos. Não foi possível realizar uma revisão sistemática de ensaios clínicos randomizados, cujo nível de evidência científica é alto. Tal situação justifica-se pela ausência do idoso com multimorbidade nesses tipos de estudos, uma vez que na maioria de seus desenhos metodológicos, esse grupo populacional entra nos critérios de exclusão justamente por apresentarem doenças crônicas. Entretanto, com relação à qualidade dos estudos incluídos, pode-se perceber que os resultados propostos possuem confiabilidade, validade interna e externa, já que a pontuação variou de 7 a 8 pontos, sendo esse último escore, a pontuação máxima.

Foi possível observar, a partir dos resultados da estratégia de busca, um baixo número de trabalhos que tinham a multimorbidade como sendo a variável dependente do estudo, o que dificultou a obtenção de mais fatores que poderiam influenciar o acometimento de multimorbidade em idosos. Associado a isso, a faixa etária dessa população nos estudos encontrados variou, o que de fato reflete um baixo nível de evidência científica para responder o objetivo do presente estudo.

Em geral, os resultados da revisão apontam uma associação da multimorbidade em idosos com o hábito de fumar, consumo de álcool, morar em áreas rurais, baixa escolaridade, uso de serviços de saúde na última semana, sexo feminino, idosos mais velhos, estrutura familiar (não morar com crianças), polifarmácia e autopercepção negativa de saúde. Os estudos divergiram quanto à influência do status econômico na prevalência da multimorbidade³⁵⁻⁴¹.

Com relação ao estilo de vida, apenas o hábito de fumar e consumir álcool foram avaliados. Tais hábitos mostraram-se associados à multimorbidade, e essa correlação pode ser explicada pela interferência na nutrição adequada do idoso, já que o álcool e o tabaco competem com os nutrientes desde sua ingestão até a sua absorção e utilização⁴². Ademais, do ponto de vista da saúde pública, o

álcool e o tabaco encontram-se entre os cinco mais importantes fatores de risco para o surgimento de doenças crônicas não transmissíveis⁴².

No que se refere a uma forte associação entre morar em áreas rurais e multimorbidade em idosos, sugere-se que essa correlação esteja presente devido a pobre oferta de serviços de saúde e pouco acesso a informações nesses locais, o que pode implicar em menores oportunidades desses idosos a adquirirem hábitos saudáveis que venham prevenir o acúmulo de doenças crônicas⁴³. Diante dessa situação, mais esforços devem ocorrer para melhorar os serviços de saúde nessas áreas, sobretudo voltados para os idosos.

Com relação a alfabetização, os resultados indicam que as pessoas com melhor educação têm menos chances de serem portadoras de multimorbidade. A educação habilita um indivíduo a buscar conhecimentos. Portanto, as pessoas educadas podem ser capazes de acessar mais informações sobre promoção da saúde e adotar estilos de vida saudáveis, prevenindo o aparecimento de algumas doenças crônicas³⁶.

A utilização de serviços de saúde na última semana foi positivamente associada à prevalência de multimorbidade no estudo de Ha et al.³⁶ Como os autores estabeleceram a multimorbidade como variável dependente, os resultados sugerem que a utilização de serviços de saúde na última semana influencia numa maior prevalência de multimorbidade. Por ser um estudo do tipo transversal, as variáveis estudadas não podem ter uma relação de causa e consequência bem estabelecida. Sendo assim, a utilização desses serviços parece ser consequência do acúmulo de doenças crônicas, e não o contrário, já que diante de uma menor saúde geral, os idosos procuram com mais frequência serviços de saúde.

O mesmo ocorreu com as variáveis polifarmácia e autopercepção negativa da saúde no estudo de Cavalcanti et al.⁴¹ O uso de vários medicamentos e o relato de uma saúde ruim ou péssima parecem ser consequência do acúmulo de doenças crônicas, e não o contrário. O uso da polifarmácia pode ser entendido pela necessidade frequente dos idosos em ingerir medicações para o tratamento das doenças crônicas, enquanto autopercepção com relação a sua saúde tende a ser negativa devido a um maior

número de hospitalização desses idosos frente à multimorbidade.

Nos estudos que buscaram associação da multimorbidade em idosos com fatores socioeconômicos e demográficos, houve uma divergência com relação a associação com o sexo e renda familiar^{35-38,41}. Ha et al.³⁶ e Cavalcanti et al.⁴¹ não encontraram associação da multimorbidade com o sexo feminino, já Mini et al.³⁵, Jerliu et al.³⁸, Agborsangaya et al.³⁹ e Marengoni et al.⁴⁰ observaram essa associação. O mesmo aconteceu com o status econômico. No estudo de Mini et al.³⁵ foi verificada associação entre multimorbidade e aqueles idosos mais ricos, enquanto Banjari et al.³⁷ e Jerliu et al.³⁸ observaram associação da multimorbidade com pobreza autodeclara e dependência financeira.

A divergência desses estudos com relação a essas variáveis, podem ser oriundas de uma faixa etária distinta de idosos analisados. Mini et al.³⁵, Ha et al.³⁶, Banjare et al.³⁷ e Cavalcanti et al.⁴¹ consideraram idosos com idade igual ou maior que 60 anos, enquanto Jerliu et al.³⁸ e Agborsangaya et al.³⁹ consideraram idosos aqueles com 65 anos ou mais. Já Marengoni et al.⁴⁰, estudou apenas idosos na faixa etária de 77 a 110 anos³⁵⁻⁴¹. A associação entre o sexo feminino e a prevalência de multimorbidade pode estar relacionada ao fato das mulheres possuírem maior expectativa de vida e pior estado de saúde em comparação com os homens^{35,38,39}.

A maioria dos estudos observaram que os idosos mais envelhecidos e pobres tendem a ter maiores ocorrências de multimorbidade^{36,38}. Sugere-se que os idosos com idades avançadas devido ao envelhecimento fisiológico, tendem a possuir mais multimorbidades que os idosos mais jovens³⁸. Com relação aos mais pobres, dificuldades econômicas continuam a ser um forte preditor de saúde mesmo em idosos. A pobreza parece ser parte de um círculo vicioso: uma renda baixa durante a fase adulta favorece a persistência da pobreza na fase envelhecida, que por sua vez contribui para resultados ruins de saúde³⁸.

O fato da alta prevalência da multimorbidade ser influenciada pela não moradia dos idosos com

crianças, sugere que o convívio familiar independente de ser com cônjuge, filho ou neto são de suma importância para os cuidados em saúde dos idosos. Além disso, a importância do apoio familiar, através do manejo de doenças crônicas, pode ser um componente importante na redução da probabilidade de desenvolver outras condições crônicas³⁹.

Nesta revisão, foi verificado que a prevalência de multimorbidade em idosos varia de 30,7% a 57,0%. Essa ampla variação, pode ter ocorrido devido ao estudo de faixas etárias distintas avaliadas nos idosos, assim como pela variação de doenças crônicas estudadas nos diferentes trabalhos. Diante dos resultados encontrados, percebe-se que a multimorbidade é uma condição bastante comum em idosos. Sendo assim, para enfrentar os desafios com relação aos cuidados em saúde que o envelhecimento traz à sociedade, faz-se necessário revisar a organização dos serviços de saúde. Mais esforços devem ser direcionados para educar os profissionais de saúde a fim de priorizarem os cuidados primários em saúde com foco na prevenção de doenças crônicas. Além disso, uma atenção maior deve ser dada aos idosos mais envelhecidos, do sexo feminino e àqueles residentes em áreas rurais para os cuidados em saúde relacionados à multimorbidade.

Por fim, levando-se em consideração um baixo número de estudos que possuem a multimorbidade como variável dependente e a avaliação de seus fatores associados, além de divergências com relação a influência de variáveis socioeconômicas, fazem-se necessários estudos de abrangência populacional maior que avaliem os fatores associados à multimorbidade em idosos com o objetivo de confirmar os resultados encontrados nesta revisão.

CONCLUSÃO

Como conclusão, os resultados indicam que a multimorbidade em idosos é uma condição bastante comum e que ela tem sido influenciada por fatores socioeconômicos, demográficos, estilo de vida e estrutura familiar. A influência do status econômico em que os idosos estão inseridos ainda não é consenso na literatura.

REFERÊNCIAS

1. Oliveira MPF, Novaes MRCG. Perfil socioeconômico, epidemiológico e farmacoterapêutico de idosos institucionalizados de Brasília, Brasil. *Ciênc Saúde Colet.* 2013;18(4):1069-78.
2. Schmidt MI, Duncan BB, Silva GA, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. *Lancet.* 2011;377(9781):1949-61.
3. Salive ME. Multimorbidity in older adults. *Epidemiol Rev.* 2013;35:75-83.
4. Violan C, Foguet-Boreu Q, Flores-Mateo G, Salisbury C, Blom J, Freitag M. Prevalence, determinants and patterns of multimorbidity in primary care: a systematic review of observational studies. *PLoS ONE.* 2014;9(7):1-9.
5. Nunes BP, Thumé E, Facchini LA. Multimorbidity in older adults: magnitude and challenges for the Brazilian health system. *BMC Public Health.* 2015;15:1-11.
6. Veras R, Lima-Costa MF. Epidemiologia do envelhecimento. In: Almeida NDF, Barreto ML, editors. *Epidemiologia & saúde: fundamentos, métodos, aplicações.* Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011. p. 427-37.
7. Murray CJL, Vos T, Lozano R, Naghavi M, Flaxman AD, Michaud C, et al. Disability-adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet.* 2012;380(9859):2197-2223.
8. Vos T, Flaxman AD, Naghavi M, Lozano R, Michaud C, Ezzati M, et al. Years lived with disability (YLDs) for 1160 sequelae of 289 diseases and injuries 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet.* 2012;380(9859):2163-96.
9. Rechel B, Grundy E, Robine JM, Cylus J, Mackenbach JP, Knai C, et al. Ageing in the European Union. *Lancet.* 2013;381(9874):1312-22.
10. Gijsen R, Hoeymans N, Schellevis FG, Ruwaard D, Satariano WA, Van den Bos GA. Causes and consequences of comorbidity: a review. *J Clin Epidemiol.* 2001;54(7):661-74.
11. DuGoff EH, Canudas-Romo V, Buttorff C, Leff B, Anderson GF. Multiple chronic conditions and life expectancy: a life table analysis. *Med Care.* 2014;52(8):688-94.
12. Ording AG, Sorensen HT. Concepts of comorbidities, multiple morbidities, complications, and their clinical epidemiologic analogs. *Clin Epidemiol.* 2013;5:199-203.
13. Brasil, Ministério da Saúde. Programa de avaliação para a qualificação do Sistema Único de Saúde [Internet]. Brasília, DF: MS; 2011 [acesso em 10 jan. 2018]. Disponível em: http://observasaude.fundap.sp.gov.br/saude2/sus/Acervo/SUS_AvlQualif_3.pdf
14. Kuller L, Tonascia S. A follow-up study of the Commission on Chronic Illness morbidity survey in Baltimore. IV. Factors influencing mortality from stroke and arteriosclerotic heart disease (1954-1967). *J Chronic Dis.* 1971;24(2):111-24.
15. 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.
16. Schiøtz ML, Stockmarr A, Høst D, Glümer C, Frølich A. Social disparities in the prevalence of multimorbidity: a register-based population study. *BMC Public Health.* 2017;17:422.
17. Larsen FB, Pedersen MH, Friss K, Glümer C, Lasgaard M. A Latent class analysis of multimorbidity and the relationship to socio-demographic factors and health-related quality of life. A National Population-Based Study of 162,283 Danish Adults. *PLoS ONE.* 2017;12(1):1-17.
18. Chung RY, Mercer S, Lai FT, Yip BH, Wong MC, Wong SY. Socioeconomic Determinants of Multimorbidity: a Population-Based Household Survey of Hong Kong Chinese. *PLoS One* 2015;10(10):1-15.
19. Garin N, Koyanagi A, Chatterji S, Tyrovolas S, Olaya B, Leonardi M, et al. Global Multimorbidity Patterns: a cross-sectional, population-based, multi-country study. *J Gerontol Ser A Biol Sci Med Sci.* 2016;71(2):205-14.
20. Prazeres F, Santiago L. Prevalence of multimorbidity in the adult population attending primary care in Portugal: a cross-sectional study. *BMJ Open* 2015;5(9):1-10.
21. Jackson CA, Dobson A, Tooth L, Mishra GD. Body mass index and socioeconomic position are associated with 9-year trajectories of multimorbidity: a population-based study. *Prev Med.* 2015;81:92-8.
22. Roberts KC, Rao DP, Bennett TL, Loukine L, Jayaraman GC. Prevalence and patterns of chronic disease multimorbidity and associated determinants in Canada. *Health Promot Chronic Dis Prev Can.* 2015;35(6):87-94.
23. Pavea G, Latham K. Childhood conditions and multimorbidity among older adults. *J Gerontol Ser A Biol Sci Med Sci.* 2016;71:889-901.

24. Habib RR, Hojeij S, Elzein K, Chaaban J, Seyfert K. Associations between life conditions and multi-morbidity in marginalized populations: the case of Palestinian refugees. *Eur J Public Health*. 2014;24:727-33.
25. McLean G, Gunn J, Wyke S, Guthrie B, Watt GCM, Blane DN. The influence of socioeconomic deprivation on multimorbidity at different ages: a cross-sectional study. *Br J Gen Pract*. 2014;64:440-7.
26. Hermans H, Evenhuis HM. Multimorbidity in older adults with intellectual disabilities. *Res Dev Disabil*. 2014;35(4):776-83.
27. Phaswana-Mafuya N, Peltzer K, Chirinda W, Musekiwa A, Kose Z, Hoosain E, et al. Self-reported prevalence of chronic non-communicable diseases and associated factors among older adults in South Africa. *Glob Health Action* 2013;6(1):1-7.
28. Demirchyan A, Khachadourian V, Armenian HK, Petrosyan V. Short and long term determinants of incident multimorbidity in a cohort of 1988 earthquake survivors in Armenia. *Int J Equity Health*. 2013;12:1-8.
29. Alaba O, Chola L. The social determinants of multimorbidity in South Africa. *Int J Equity Health*. 2013;12:1-10.
30. Hudon C, Soubhi H, Fortin M. Relationship between multimorbidity and physical activity: secondary analysis from the Quebec health survey. *BMC Public Health*. 2008;8:1-8.
31. Van den Akker M, Buntinx F, Metsemakers JF, Roos S, Knottnerus JA. Multimorbidity in general practice: prevalence, incidence, and determinants of co-occurring chronic and recurrent diseases. *J Clin Epidemiol*. 1998;51:367-75.
32. Mwangi J, Kulane A, Van Hoi L. Chronic diseases among the elderly in a rural Vietnam: prevalence, associated socio-demographic factors and healthcare expenditures. *Int J Equity Health*. 2015;14:1-8.
33. Kuo RN, Lai MS. The influence of socio-economic status and multimorbidity patterns on healthcare costs: a six-year follow-up under a universal healthcare system. *Int J Equity Health*. 2013;12:1-11.
34. Ruel G, Shi Z, Zhen S, Zuo H, Kröger E, Sirois C, et al. Association between nutrition and the evolution of multimorbidity: the importance of fruits and vegetables and whole grain products. *Clin Nutr*. 2014;33:513-20.
35. Mini GK, Thankappan KR. Pattern, correlates and implications of non-communicable disease multimorbidity among older adults in selected Indian states: a cross-sectional study. *BMJ Open*. 2017;7(3):1-6.
36. Ha NT, Le NH, Khanal V, Moorin R. Multimorbidity and its social determinants among older people in southern provinces, Vietnam. *Int J Equity Health*. 2015;14:1-7.
37. Banjare P, Pradhan J. Socio-economic inequalities in the prevalence of multi-morbidity among the rural elderly in Bargarh District of Odisha (India). *PLoS ONE*. 2014;9(6):1-10.
38. Jerliu N, Toçi E, Burazeri G, Ramadani N, Brand H. Prevalence and socioeconomic correlates of chronic morbidity among elderly people in Kosovo: a population-based survey. *BMC Geriatr*. 2013:1-9.
39. Agborsangaya CB, Lau D, Lahtinen M, Cooke T, Johnson JA. Multimorbidity prevalence and patterns across socioeconomic determinants: a cross-sectional survey. *BMC Public Health*. 2012;12:1-8.
40. Marengoni A, Winblad B, Karp A, Fratiglioni L. Prevalence of chronic diseases and multimorbidity among the elderly population in Sweden. *Am J Public Health*. 2008;98:1198-200.
41. Cavalcanti G, Doring M, Portella MR, Bortoluzzi EC, Mascarelo A, Delani MP. Multimorbidity associated with polypharmacy and negative self-perception of health. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2017;20(5):634-42.
42. Zaitune MPA, Barros MBA, César CLG, Carandina L, Goudbaum M. Fatores associados ao sedentarismo no lazer em idosos. *Cad Saúde Pública*. 2007;23(6):1329-38.
43. Kassouf AL. Acesso aos serviços de saúde nas áreas urbana e rural do Brasil. *Rev Econ Sociol Rural* 2005;43(1):29-44.

