

VOLUME 25 NÚMERO 1



Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia

Brazilian Journal of Geriatrics and Gerontology



Revista Brasileira de Geriatrics e Gerontologia

Brazilian Journal of Geriatrics and Gerontology

VOLUME 25, Nº 1, 2022

Editor / Editor

Renato Peixoto Veras

Editor Associado / Associate Editor

Kenio Costa de Lima

Editor Executivo / Executive Editor

Raquel Vieira Domingues Cordeiro

Grupo de Assesores / Editorial Advisory Board

Alexandre Kalache – Centro Internacional de Longevidade Brasil / International Longevity Centre Brazil (ILC BR). Rio de Janeiro-RJ - Brasil

Anabela Mota Pinto – Universidade de Coimbra. Coimbra - Portugal

Anita Liberalesso Néri – Universidade Estadual de Campinas. Campinas-SP – Brasil

Annette G. A. Leibing – Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro-RJ – Brasil

Antón Alvarez – EuroEspes Biomedical Research Centre. Corunã – Espanha

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

Carina Berterö – Linköping University. Linköping – Suécia

Catalina Rodriguez Ponce – Universidad de Málaga. Málaga – Espanha

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Normalização / Normalization

Maria Luisa Lamy Mesiano Savastano

Gisele de Fátima Nunes da Silva

Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia é continuação do título *Textos sobre Envelhecimento*, fundado em 1998. Tem por objetivo publicar e disseminar a produção científica no âmbito da Geriatria e Gerontologia, e contribuir para o aprofundamento das questões atinentes ao envelhecimento humano. Categorias de publicação: Artigos originais, Revisões, Relatos, Atualizações e Comunicações breves. Outras categorias podem ser avaliadas, se consideradas relevantes.

The Brazilian Journal of Geriatrics and Gerontology (BJGG) succeeds the publication Texts on Ageing, created in 1998. It aims to publish and spread the scientific production in Geriatrics and Gerontology and to contribute to the deepening of issues related to the human aging. Manuscripts categories: Original articles, Reviews, Case reports, Updates and Short reports. Other categories can be evaluated if considered relevant.

Colaborações / Contributions

Os manuscritos devem ser encaminhados ao Editor Executivo e seguir as “Instruções aos Autores” publicadas no site www.rbgg.com.br

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

Correspondência / Correspondence

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

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

Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia

UERJ/UnATI/CRDE

Rua São Francisco Xavier, 524 – 10º andar - bloco F - Maracanã

20 559-900 – Rio de Janeiro – RJ, Brasil

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

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

Web: www.scielo.br/rbgg

Site: www.rbgg.com.br

Indexação / Indexes

SciELO – Scientific Electronic Library Online

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

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

DOAJ – Directory of Open Access Journals

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

Free Medical Journals

Cabell's Directory of Publishing Opportunities

The Open Access Digital Library

UBC Library Journals

EDITORIAL

VACINAÇÃO CONTRA COVID-19 COMO DIREITO E PROTEÇÃO SOCIAL PARA A POPULAÇÃO IDOSA NO BRASIL

Vaccination against COVID-19 as a social right and protection for the older population in Brazil

Juliana Kabad, Ester Paiva Souto

ARTIGOS ORIGINAIS

ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DO TEAM MEMBER PERSPECTIVES OF PERSON-CENTERED CARE (TM-PCC) EM PESSOAS IDOSAS INSTITUCIONALIZADAS

Cross-cultural adaptation of the Team Member Perspectives of Person-Centered Care (TM-PCC) in institutionalized older adults

Valadares, Victor Fernandes, Clara Paula Gonçalves Mendes, Júlia Ferreira Alves, Júlia Guimarães Bernardes, Beatriz Aparecida Ozzello Gutierrez, Henrique Salmaço da Silva

AUTOPERCEÇÃO DE SAÚDE EM IDOSOS DE BAIXA ESCOLARIDADE: FATORES DEMOGRÁFICOS, SOCIAIS E DE COMPORTAMENTOS EM SAÚDE RELACIONADOS

Self-perceived health in older adults with low education: demographic, social and health-related behavior factors

Andressa Carine Kretschmer, Mathias Roberto Loch

MULTIMORBIDADE EM IDOSOS COMUNITÁRIOS: PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS

Multimorbidity in community-dwelling older adults: prevalence and associated factors

Maria Suelly Fernandes Gusmão, Pâmela de Oliveira Cunha, Brenda Gomes dos Santos, Fernanda Marques da Costa, Antônio Prates Caldeira, Jair Almeida Carneiro

ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO ADOTADAS POR PESSOAS IDOSAS COM HIV NO BRASIL

Coping strategies adopted by elderly people with HIV in Brazil

Rosane Paula Nierotka, Fátima Ferretti

SÍNDROME DE FRAGILIDADE ENTRE PESSOAS IDOSAS LONGEVAS DE UMA MACRORREGIÃO DE SAÚDE EM MINAS GERAIS

Frailty syndrome among oldest old individuals in a health macro-region of Minas Gerais

Ana Claudia Moreira dos Santos, Nayara Gomes Nunes Oliveira, Gianna Fiori Marchiori, Darlene Mara dos Santos Tavares

UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE ESPECIALIZADOS POR PESSOAS IDOSAS NO SUL DO BRASIL

Use of specialized public health services by older people in southern Brazil

Karen Chisini Coutinho Lütz, Carla Cristiane Becker Kottwitz Bierhals, Idiane Rosset, Lisiane Manganelli Girardi Paskulin

BAIXA RESERVA MUSCULAR EM PESSOAS IDOSAS E FATORES ASSOCIADOS

Low muscle reserve in older adults and associated factors

Danúbia Joanes Rosa Guerra, Dalila Pinto de Souza Fernandes, Renato Pereira da Silva, Andréia Queiroz Ribeiro

ARTIGO DE REVISÃO

ADESÃO TERAPÊUTICA AO USO DE ANTIPARKINSONIANOS EM PESSOAS IDOSAS E SEUS FATORES ASSOCIADOS: REVISÃO INTEGRATIVA

Antiparkinson drugs use and adherence in older adults and associated factors: an integrative review

Géssica Cazuzu de Medeiros, Gabriela Avelino da Silva, Nadja Maria Jorge Asano, Maria das Graças Wanderley de Sales Coriolano



Vacinação contra covid-19 como direito e proteção social para a população idosa no Brasil

Vaccination against COVID-19 as a social right and protection for the older population in Brazil

A promoção da saúde e da qualidade de vida da população idosa está diretamente relacionada com o sistema de proteção social que um país é capaz de proporcionar aos seus cidadãos. A noção de estado de bem-estar social ou *Welfare State*, que emergiu na Europa do século XIX, defende que cabe ao Estado a garantia de direitos e serviços considerados básicos para a sobrevivência e a qualidade de vida. No Brasil, a Constituição Federal de 1988 garante em termos legais um sistema de proteção social constituído por três componentes estruturantes, que são: a saúde, a assistência social e a previdência social. Consequentemente, compõem a seguridade social brasileira, o Sistema Único de Saúde (SUS), o Sistema de Assistência Social (SUAS) e a Previdência Social (INSS). Apesar de constituir um importante marco legal e com incidência direta na promoção da saúde e aumento da expectativa de vida, diversos são os desafios para a completa implementação da proteção social à população idosa no Brasil¹.

Como parte do direito e acesso irrestrito à saúde, conforme preconiza o SUS e o paradigma da proteção social, a imunização compõe um dos principais programas nacionais desde sua constituição na década de 1970. O Programa Nacional de Imunização (PNI) tem sido fundamental para a diminuição da mortalidade infantil, o aumento dos anos de vida e a prevenção de agravos diversos, possibilitando que a pirâmide demográfica da população brasileira se aproxime aos dos países desenvolvidos².

Os idosos, estimados em 30 milhões de pessoas no Brasil, fazem parte do grupo vulnerável para o adoecimento e morte por covid-19 e, portanto, são prioritários no calendário de vacinação. Essa vulnerabilidade está associada ao fato dos casos graves e fatais terem se concentrado majoritariamente na população acima de 60 anos no início da transmissão comunitária do vírus, em março de 2020, e assim permanecido a maior parte da pandemia. Com o início da vacinação nos primeiros meses de 2021 e o seu lento processo de aplicação, por conta de problemas de escassez dos imunizantes, desencontros de faixas etárias e estágios diferentes de imunização entre regiões, estados e municípios do país, o perfil etário dos casos graves e óbitos se modificou, indicando que a prioridade do calendário vacinal obteve resultado. Por conseguinte, no mês de junho de 2021, observamos um recuo de idade nos óbitos e internações (casos graves), que coincidiu com um momento de grande cobertura vacinal dos idosos³.

Atualmente, o debate centra-se na aplicação da terceira dose, também conhecida como dose de reforço. Com a chegada do inverno no Hemisfério Norte (meses de dezembro a fevereiro), diversos países europeus têm apostado nas doses de reforço e na vacinação infantil para fortalecer as suas defesas contra um ressurgimento de novas ondas e variantes do vírus SARS-CoV-2. Se na Europa a preocupação é com a sazonalidade das infecções respiratórias, no Brasil temos as aglomerações para as festas de fim de ano e o carnaval.

O Ministério da Saúde anunciou em setembro de 2021 que qualquer pessoa com 18 anos ou mais pode obter uma dose de reforço, desde que tenha recebido sua segunda dose da vacina há pelo menos 5 meses. Na ocasião, 93% dos idosos estavam com a vacinação completa e foi a primeira parcela da população a receber a terceira dose⁴. Novamente observou-se um movimento de recuo do número de óbitos e agravamento da doença na população idosa, sugerindo um forte indicativo do benefício desse protocolo de vacinação³.

Ainda tem sido difícil identificar quem são os indivíduos que não retornaram para a segunda dose, bem como se a terceira dose terá uma boa aderência como a primeira, dessa forma será importante promover uma agenda de investigação sobre hesitação vacinal na população idosa. Se antes a segurança da vacina era um dos principais motivos levantados na hesitação, hoje podemos destacar também o baixo nível de medo do vírus. Nesse mesmo sentido, é preciso investir em pesquisas que avaliem o alcance e abrangência da vacinação, tal qual aferir os impactos dos esquemas vacinais propostos.

Não temos dúvidas de que gestores e profissionais de saúde devam insistir na divulgação da necessidade de imunização como estratégia de mitigação da pandemia. Em especial quanto à aplicação da terceira dose, que complementada com as medidas de proteção individual e distanciamento social, podem ser capazes de minimizar a propagação do vírus e o impacto da covid-19 na população idosa. Por isso é importante seguirmos com o incentivo às doses propostas e já nos prepararmos para uma provável segunda rodada do protocolo completo da vacinação, não só para a dose de reforço. Grandes indústrias farmacêuticas, privadas e públicas, já se preparam para o desenvolvimento de vacinas mais específicas para lidar com as mutações do vírus que ameaçam a eficácia da vacina. Então, o panorama aponta a necessidade de esclarecimento e incentivo contínuo através de campanhas de vacinação específicas aos grupos populacionais, especialmente aos idosos, que estejam centradas em suas dúvidas e reticências, com linguagem e meios de acesso adequados.

No atual momento (dezembro de 2021), observamos uma queda e estabilização dos casos por um longo período, temos um cenário pandêmico mais favorável do que o que vivenciamos no decorrer de toda a pandemia no Brasil. No entanto, uma nova onda e o surgimento da variante *ômicron* traz novamente incertezas para a ciência, os governos, as populações, o mercado e poderá afetar diretamente as eleições de 2022 no Brasil. Infelizmente, temos visto que o debate em torno da vacinação tem sido utilizado como ferramenta de disputa ideológica, esvaziando o debate em torno do direito à proteção social, à saúde, à vacina e do seu excelente custo benefício como estratégia de saúde pública. Nesse sentido, consideramos que a imunização da população precisa ser contemplada em uma política de Estado, alinhada aos propósitos do SUS e do sistema de proteção social brasileiro.

Juliana Kabad¹ 

Ester Paiva Souto² 

REFERÊNCIAS

1. Souza MS. Proteção social aos idosos no Brasil de 1988 a 2016: trajetória e características [Tese na Internet]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2018 [acesso 09 dez. 2021]. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/30880/2/ve_Michele_Souza_ENSP_2018.pdf
2. Domingues CMAS, Maranhão AGK, Teixeira MA, Fantinato FFS, Domingues RAS. 46 anos do Programa Nacional de Imunizações: uma história repleta de conquistas e desafios a serem superados. Cad Saúde Pública [Internet]. 2020;36(Suppl 2):e00222919. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00222919>.

¹ Socióloga, Doutora em Saúde Pública e pesquisadora colaboradora da Fundação Oswaldo Cruz (ORCID - 0000-0002-9471-6418)

² Psicóloga, Doutora em Epidemiologia e pesquisadora colaboradora da Fundação Oswaldo Cruz. (ORCID - 0000-0002-8168-8585)

3. Fundação Oswaldo Cruz, Observatório COVID-19. Boletim Observatório Covid-19: Semana Epidemiológica 47 [Internet] . Brasília, DF; FIOCRUZ; 2020 [acesso em 04 dez. 2021]. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/documento/boletim-do-observatorio-covid-19-semana-47>
4. Brasil. Ministério da Saúde. LocalizaSUS. Informe Covid-19 Vacinação: Doses Aplicadas. Brasília, DF: MS; 2021 [acesso em 05 dez. 2021]. Disponível em: https://infoms.saude.gov.br/extensions/DEMAS_C19_Vacina_v2/DEMAS_C19_Vacina_v2.html




Adaptação transcultural do *Team Member Perspectives of Person-centered Care* (TM-PCC) em pessoas idosas institucionalizadas


Cross-cultural adaptation of the *Team Member Perspectives of Person-Centered Care* (TM-PCC) in institutionalized older adults


Valadares, Victor Fernandes¹ 

Clara Paula Gonçalves Mendes¹ 

Júlia Ferreira Alves¹ 

Júlia Guimarães Bernardes¹ 

Beatriz Aparecida Ozello Gutierrez² 

Henrique Salmazo da Silva³ 

Resumo

Objetivo: Realizar a tradução, retrotradução para o português falado no Brasil e a adaptação transcultural do instrumento *Team Member Perspectives of Person-Centered Care* (TM-PCC) e ainda, a sua validade de constructo. O objetivo do TM-PCC é avaliar a frequência de comportamentos e de práticas de cuidados centrados no indivíduo segundo os profissionais que atuam nas Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs). **Método:** Foram seguidos o processo de tradução, retrotradução e adaptação transcultural por meio da equivalência semântica, idiomática, experiencial e conceitual realizado por cinco juízes especialistas da área de Geriatria e da Gerontologia e, por fim, aplicou-se o instrumento piloto em 49 profissionais de quatro ILPIs de três estados brasileiros. **Resultados:** Após a avaliação realizada pelos juízes especialistas, obteve-se discordância quanto aos termos “previous associations”, “fulfilling relationships” e “incorporate this caring into my daily routine”, os quais foram substituídos por “histórias progressas”, “relações satisfatórias”, e “incorporar esse cuidado na minha rotina diária”. Após as correções e revisões, o questionário foi reenviado aos juízes, obtendo-se 100% de concordância. Observou-se boa compreensão das questões durante a aplicação piloto e boa consistência interna por meio do alfa de Cronbach= 0,78. **Conclusão:** O TM-PCC pode ser ferramenta útil para avaliação dos cuidados centrados ao indivíduo em ILPIs, no Brasil, segundo a avaliação de profissionais. Isso possibilitará ao gestor ou profissional supervisor de cuidados, planejar e desenvolver intervenções educacionais e de gestão voltadas a promoção dos cuidados centrados ao indivíduo nas ILPI.

Palavras-chave: Instituição de Longa Permanência para Idosos. Serviço de Saúde para Idosos. Humanização da Assistência. Equipe de Assistência ao Paciente. Estudo de Validação.

¹ Universidade Católica de Brasília, Curso de graduação em medicina, Taguatinga, DF, Brasil.

² Universidade de São Paulo, Escola de Artes, Ciência e Humanidades, São Paulo, SP, Brasil

³ Universidade Católica de Brasília, Pós-Graduação em Gerontologia, Taguatinga, DF, Brasil.

Financiamento da pesquisa: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). N° do processo: 420859/2018-7. Chamada MCTIC/CNPq N° 28/2018.

Os autores declaram não haver conflito na concepção deste trabalho.

Correspondência/Correspondence
Henrique Salmazo da Silva
henriquesalmazo@yahoo.com.br

Recebido: 10/05/2022

Aprovado: 19/09/2022

Abstract

Objective: To carry out the translation and back-translation into Brazilian Portuguese, and the cross-cultural adaptation of the instrument called Team Member Perspectives of Person-Centered Care (TM-PCC), as well as its construct validity. The objective of the TM-PCC is to assess the frequency of behaviors and care practices centered on the individual according to professionals who work in Long-Term Care Facilities for Older Adults (ILPIs). *Method:* The process of translation, back-translation, and cross-cultural adaptation was followed through semantic, idiomatic, experiential, and conceptual equivalence carried out by five expert judges in the field of Geriatrics and Gerontology, with the pilot instrument being administered to 49 professionals from four ILPIs in three Brazilian states. *Results:* After the assessment was conducted by the expert judges, disagreement was found regarding the terms “previous associations,” “fulfilling relationships,” and “incorporate this caring into my daily routine,” which were replaced by “histórias pregressas” (past stories), “relações satisfatórias” (satisfactory relationships), and “incorporar esse cuidado na minha rotina diária” (incorporate this care into my daily routine). After these corrections and revisions, the questionnaire was sent back to the judges, who were in total agreement. Good understanding of the questions was observed during the pilot application and good internal consistency through Cronbach’s alpha (0.78). *Conclusion:* The TM-PCC can be a useful tool for assessing individual-centered care in ILPIs in Brazil, according to the assessment of professionals. This will enable patient care managers or supervisors to plan and develop educational and management interventions aimed at promoting individual-centered care in ILPIs.

Keywords: Long Term Care Facility for the Elderly. Health Service for the Elderly. Humanization of Assistance. Patient Assistance Team. Validation Study.

INTRODUÇÃO

A humanização dos cuidados de longa duração à população idosa representa um dos maiores desafios do século XXI^{1,2}. Profissionais, gestores públicos, e estudiosos se defrontam com o acelerado envelhecimento populacional e ao mesmo tempo com a emergência em planejar intervenções orientadas às condições de vida e saúde da população longeva^{3,4}. Dentro das alternativas de cuidados de longa duração no Brasil, as Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs) constituem modalidade assistencial mais prevalente depois dos cuidados ofertados em domicílio⁵.

As ILPIs possuem o caráter residencial, na forma de domicílio coletivo para pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, com ou sem suporte familiar, abrigando residentes com características de saúde distintas⁶. Até 2010, de acordo com o IPEA, havia 3.548 instituições no território brasileiro, o qual englobava somente 0,5% da população idosa do Brasil⁵. Após a proliferação do SARS COV 2 nas instituições brasileiras e as elevadas taxas de mortalidade entre a população idosa institucionalizada, a Frente Nacional de Fortalecimento das ILPIs, grupo da sociedade civil

organizada composto por especialistas, estudiosos e profissionais empenha-se em acompanhar, apoiar, orientar e levantar informações das ILPIs brasileiras de modo a ter um panorama mais atualizado sobre como se organizam os cuidados nessas instituições⁷. De acordo com levantamento realizado pelo grupo, o Brasil conta com 7.029 instituições, das quais 4.232 situam-se no Sudeste, 1.874 na Região Sul, 493 no Nordeste, 351 no Centro-oeste e 79 na Região Norte⁷. Grande parte dessas instituições são empresas privadas sem fins lucrativos/filantrópicas, seguidas por instituições privadas e públicas (pequena parcela)⁷.

Dentro das necessidades observadas, há escassez de instrumentos para mensurar práticas de cuidados centrados no indivíduo na realidade brasileira, em especial para medir práticas de cuidados de acordo com a visão dos profissionais que trabalham nas ILPIs. Os cuidados centrados no indivíduo compõem um conjunto de iniciativas voltadas à promoção de cuidados dignos e de qualidade, cujos alvos são a autonomia dos residentes nos cuidados e atividades; capacitação da equipe; compartilhamento da tomada de decisões; escolha compartilhada; interações sociais significativas; e espaços domiciliares, pautados nas

relações da pessoa idosa com o ambiente e com os profissionais, residentes, e comunidade⁸⁻¹⁰.

Estudo desenvolvido por Boscart *et al.*⁸ observou que a literatura dispõe de 20 instrumentos para avaliação dos cuidados centrados no indivíduo, mas a maioria ainda não foi validada. Dentre esses instrumentos, apenas dois deles são os mais utilizados, o Person-Centered Care Assessment tool (PCCA-t) e o Person-Directed Care Measure (PDCM). No entanto, o PDCM foi adaptado por possuir alta consistência interna, confiabilidade e por já ter sido utilizado no contexto norte-americano. Dessa forma, dos 64 itens originais foram eleitos, em painel que reuniu especialistas, gestores, administradores, familiares e residentes, 11 itens mais importantes baseados na relevância para mensurar os cuidados centrados no indivíduo e no desempenho psicométrico individual de cada item. Adicionalmente, com base na revisão da literatura e na avaliação conduzida pelos participantes do painel, os autores realizaram a inclusão de outros três domínios para capturar a avaliação subjetiva sobre relacionamentos entre funcionários e residentes. Após os ajustes, foi proposto o *Team Member Perspectives of Person-Centered Care (TM-PCC)*. O questionário foi aplicado em 461 profissionais canadenses e observou-se a existência de três componentes: Apoio às relações sociais; Familiaridade com as preferências dos residentes; e Relacionamentos significativos entre residente e equipe.

O TM-PCC, em comparação com a pesquisa original, apresentou menos componentes (ou seja, não tratava sobre autonomia residente, personalidade, conforto, trabalho com residentes, ambiente pessoal e estrutura administrativa), mas incluiu um novo componente (Relações com a equipe). O TM-PCC teve uma consistência interna semelhante ao PDCM original (coeficiente alfa de Cronbach 0,82 vs. 0,74-0,91). Com base nesses achados, Boscart *et al.*⁸ concluíram que o TM-PCC pode ser usado para avaliar o PCC da perspectiva da equipe de profissionais que atuavam em ILPIs. A vantagem desta versão é a rapidez para aplicação e preenchimento (5 a 10 minutos) e por detectar itens que são sensíveis à humanização dos cuidados, como a comunicação, os relacionamentos, o conhecimento a respeito dos residentes e o suporte emocional.

Diante do exposto, este trabalho possui como objetivo realizar adaptação transcultural do instrumento *TM-PCC*, que foi proposto por Boscart *et al.*⁸, a fim de avaliar as práticas da equipe de profissionais que atuam em ILPI a respeito dos cuidados centrados ao indivíduo¹¹.

MÉTODO

Trata-se de estudo de adaptação transcultural do instrumento *Team Member Perspectives of Person-Centered Care (TM-PCC)* desenvolvido por Boscart *et al.*³. O TM-PCC é um questionário composto por 11 questões que solicitam aos profissionais avaliarem, por meio de escala Likert de 1 a 5, o quanto praticam ou não itens relacionados aos cuidados centrados no indivíduo, incluindo o conhecimento sobre os hábitos dos residentes, comidas e músicas favoritas, disponibilidade para ajuda a ir ao banheiro quando o residente solicita e sem o residente solicitar, apoio em caso de agitação, apoio social, interação com as famílias e relacionamento com os residentes. Ao todo as questões são organizadas em três domínios: Apoio às relações sociais (itens 1, 2, 3 e 4); Familiaridade com as preferências dos residentes (itens 5, 6, 7 e 8); e Relacionamentos significativos entre residente e equipe (itens 9, 10 e 11).

Primeira etapa - adaptação

Neste estudo foram seguidos os processos de adaptação cultural já descritos na literatura por Beaton, Bombardier, Guillemin e Ferraz¹¹ e Guillemin¹² que incluiu obtenção de equivalência semântica, idiomática, experiencial e conceitual na tradução por meio de técnicas de retrotradução (do português ao inglês, com posterior julgamento de tradutor nativo na língua inglesa); e avaliação de juízes especialistas no assunto para adequação semântica e de constructos; e por fim aplicação piloto.

Nessa abordagem, a equivalência semântica refere-se à avaliação entre as semelhanças gramaticais e de vocabulário entre os idiomas, visto que há palavras em um determinado idioma que não possuem a tradução equivalente em outro idioma. A equivalência idiomática identifica a existência de dificuldades

na tradução de expressões coloquiais utilizadas em diferentes países. A equivalência experimental, também definida como equivalência cultural, avalia a coerência dos termos traduzidos com as experiências da população à qual se destina. Por fim, a equivalência conceitual verifica a adequação dos conceitos perante os termos ou expressões utilizadas, visto que os termos ou expressões podem apresentar significados distintos¹².

O processo de adaptação cultural consistiu na obtenção de equivalência semântica por meio de técnicas de tradução, síntese e retrotradução. Inicialmente, elaborou-se a tradução independente para o português do questionário original em inglês com a participação de dois tradutores ingleses independentes e qualificados com domínio na língua e cultura inglesa, sendo que apenas um dos tradutores conhecia o objetivo do estudo. Ao final dessa fase, obteve-se a tradução 1 (T1) e a tradução 2 (T2). Em seguida, realizou-se a síntese entre a T1 e T2 por três pesquisadores deste estudo e os tradutores, após ajustes e consensos, resultou a versão T12.

Posteriormente, com o intuito de verificar se a versão T12 possuía semelhança com a versão original foi realizada a retrotradução por outros dois tradutores ingleses com domínio fluente do português falado no Brasil.

Após a retrotradução, a versão original da escala e a versão traduzida foram novamente comparadas e discutidas entre os três pesquisadores e os tradutores visando eliminar falhas que pudessem comprometer os significados e a consistência do instrumento.

Por fim, o julgamento das equivalências conceitual e de itens, semântica, idiomática e cultural entre as versões foi realizado por uma banca de juízes.

Essa banca de juízes foi constituída por cinco especialistas atuantes nas áreas da Geriatria e da Gerontologia, com experiência clínica, técnica e de pesquisa no contexto do atendimento às pessoas idosas institucionalizadas. A amostra foi obtida por critério de conveniência e com base na expertise relacionada ao tema. Inicialmente, foram convidados por e-mail 15 pesquisadores que atuavam nas regiões Sudeste, Sul e Nordeste do Brasil. O critério de inclusão dos juízes foi ser profissional da saúde, pesquisar ou

atuar no âmbito dos cuidados de longa duração e ter experiência com adaptação de instrumentos. Os critérios de exclusão foi indisponibilidade para responder ao julgamento da avaliação em prazo hábil a esta pesquisa. Aceitaram participar deste estudo cinco juízes. Após o aceite, os avaliadores receberam uma carta com as questões do instrumento.

Para cada especialista, foi disponibilizado o material necessário para o processo de validação de conteúdo disponível em Formulário Google. Assim, os juízes receberam o projeto de pesquisa deste estudo, o manual original do instrumento, o instrumento adaptado e as instruções para o preenchimento do formulário para cálculo posterior do Índice de Validação de Conteúdo (IVC). Para cada questão do instrumento os juízes deveriam julgar, por meio de uma escala: "-1 discordo"; "0 nem discordo, nem aprovo"; "+1 aprovo"; e "outros". Optou-se por essa configuração de modo a abarcar todas as sugestões e possibilidades de ajustes, conforme trabalho de Zukeran et al.¹³. Foi atribuída uma escala de -1 a 1 para a avaliação do índice de concordância entre os avaliadores. O item "outros" teve pontuação atribuída como -1.

O cálculo da concordância foi feito utilizando-se a frequência de concordância quanto aos itens do questionário. Considerou-se o Índice de Validade de Conteúdo (IVC), o correspondente à taxa de precisão de $\geq 80\%$ para cada item como critério para adequação.¹⁴ As questões com IVC menor que 80% foram revisadas, acatando possíveis sugestões dos juízes, e enviadas novamente para avaliação, de forma a obter o máximo de concordância entre os examinadores e o consenso final. Após esse consenso, concretizou-se a versão final e adaptada da escala. Por fim, após a avaliação dos juízes e a verificação do IVC, foram realizadas mudanças nas questões e ao final, os juízes receberam o questionário modificado para obter-se a concordância final.

Segunda etapa - Aplicação piloto

Amostra

Para finalizar o processo de adaptação cultural, cumprindo a fase do pré-teste, o instrumento foi aplicado em uma amostra de conveniência composta

por 49 profissionais que atuavam nos cuidados diretos às pessoas idosas (cuidadores, equipe de enfermagem, profissionais da equipe técnica e que ofertavam atendimento às pessoas idosas institucionalizadas) de quatro ILPIs, sendo uma situada em Brasília/DF, uma em Pontalina/GO e duas em São Paulo/SP. Todas as instituições eram filantrópicas com subsídio do Sistema Único de Assistência Social, funcionavam há mais de três anos e dispunham de registro na Supervisão de Vigilância Sanitária do município (SUVIS). Os profissionais avaliados atuavam na instituição por no mínimo seis meses e dispunham de disponibilidade para responder as questões via formulário eletrônico. Os critérios de exclusão foram estar afastado temporariamente do trabalho, estar em férias e ou condições de saúde que inviabilizassem a participação, como transtornos mentais autorreferidos sem tratamento e ou sem acompanhamento médico.

A coleta de dados ocorreu durante o mês de dezembro de 2021 a janeiro de 2022 e foi realizada por meio de questionário Google Forms. O link do questionário e a carta convite foi enviada por e-mail aos gestores das instituições e, posteriormente retransmitidos aos colaboradores em formato eletrônico. Nas cartas convite todos os participantes foram esclarecidos quanto aos objetivos do estudo e, posteriormente, orientados quanto à assinatura do

Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE), respeitando os princípios éticos de pesquisa conforme Portaria 466/2012 do Ministério da Saúde (MS).

Para caracterizar o perfil sociodemográfico dos residentes, foram levantados dados referentes a idade (anos), tempo de atuação (anos), sexo (masculino e feminino), ocupação (cuidador, profissional de ensino técnico, superior ou apoio) e faixa de escolaridade (ensino fundamental, médio, técnico ou superior). Os dados foram analisados de forma quantitativa por meio de análise descritiva (frequência, média, desvio padrão) e descrição do Alfa de Cronbach para avaliar a consistência interna do questionário.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Católica de Brasília, (Número do Parecer: 3.621.190), de acordo com as atribuições definidas na Resolução do Conselho Nacional de Saúde 466/2012.

RESULTADOS

Adaptação do questionário

Após o emprego das etapas de tradução, retrotradução e avaliação dos juízes, foi realizada análise pormenorizada das sugestões para adequação semântica, conforme Quadro 1.

Quadro 1. Tradução e adaptação transcultural do TM-PCC, 2022.

Versão Original	Índice de Concordância Inicial	Versão Final	Sugestões
I know the preferred habits for ___ (never/ rarely / sometimes /almost all the times /all the time) of my residents	75%	Eu ___ (nunca/ quase nunca / às vezes /quase sempre /sempre) conheço os hábitos preferidos dos meus residentes	Inserir como alternativas na escala Likert: nunca, às vezes, maioria das vezes e sempre.
I know ___ (never/ rarely / sometimes /almost all the times /all the time) of my residents' favorite foods	100%	Eu ___ (nunca/ quase nunca / às vezes /quase sempre /sempre) conheço a comida favorita dos meus residentes	Sem sugestões
I know ___ (never/ rarely / sometimes /almost all the times /all the time) of my residents' favorite music	100%	Eu ___ (nunca/ quase nunca / às vezes /quase sempre /sempre) conheço a música favorita dos meus residentes	Sem sugestões
I quickly help ___ (never/ rarely / sometimes /almost all the times /all the time) of my residents to the toilet when they request or need help	50%	Eu ___ (nunca/ quase nunca / às vezes /quase sempre /sempre) ajudo meus residentes com rapidez, quando pedem minha ajuda ao banheiro	Substituir o verbo "Requisitam" por "pedem".

continua

Continuação do Quadro 1

Versão Original	Índice de Concordância Inicial	Versão Final	Sugestões
I help ___ (never/ rarely / sometimes /almost all the times / all the time) of my residents stay connected to their families	75%	Eu ___ (nunca/ quase nunca / às vezes /quase sempre /sempre) ajudo meus residentes a manterem contato com seus familiares	Substituir “estarem conectado” por “manterem contato”.
I help ___ (never/ rarely / sometimes /almost all the times / all the time) of my residents stay connected to previous associations	75%	Eu ___ (nunca/ quase nunca / às vezes /quase sempre /sempre) ajudo meus residentes a manterem contato com suas histórias pregressas	Traduzir “previous associations” como “histórias pregressas”
I help ___ (never/ rarely / sometimes /almost all the times / all the time) of my residents keep family members as part of their life	100%	Eu ___ (nunca/ quase nunca / às vezes /quase sempre /sempre) ajudo meus residentes a manterem os membros da família como parte da sua vida	Sem sugestões.
I help ___ (never/ rarely / sometimes /almost all the times /all the time) of my residents spend time with people they like	100%	Eu ___ (nunca/ quase nunca / às vezes /quase sempre /sempre) ajudo meus residentes a passarem tempo com as pessoas que eles gostam	Sem sugestões.
I (never/ rarely / sometimes / almost all the times /all the time) look after the same residents from day to day	100%	Eu ___ (nunca/ quase nunca / às vezes /quase sempre /sempre) cuido dos mesmos residentes todos os dias	Sem sugestões
I am (never/ rarely / sometimes / almost all the times /all the time) able to build fulfilling relationships with residents	75%	Sou ___ (nunca/ quase nunca / às vezes /quase sempre /sempre) capaz de construir relações satisfatórias com os residentes	Traduzir “fulfilling relationships” como “relações satisfatórias”
I (never/ rarely / sometimes / almost all the times /all the time) can learn from residents and their family members and incorporate this caring into my daily routine	50%	Posso ___ (nunca/ quase nunca / às vezes /quase sempre /sempre) aprender com os residentes e suas famílias e incorporar esse cuidado na minha rotina diária	Traduzir “incorporate this caring into my daily routine” como “incorporar esse cuidado na minha rotina diária”

A avaliação da retrotradução apontou que, do total de 11 itens, dois apresentaram boa correspondência entre a versão original e a retrotraduzida. Nos outros foram identificados diferentes graus de divergência em pelo menos um juiz (seis itens) e em dois juízes (três itens). A maior parte das sugestões correspondeu a problemas de concordância e/ou conjugação verbal, seguidas de dificuldades de compreensão da questão original e problemas envolvidos na tradução ou retrotradução. No item 6 um dos juízes sugeriu traduzir “previous associations” como “histórias pregressas”. No item 10 um dos juízes sugeriu que o termo “fulfilling relationships” fosse traduzido como “relações profundas”. Após discussões entre os autores, optou-se que o termo fosse traduzido

por “relações satisfatórias”. No item 11, optou-se por traduzir “incorporate this caring into my daily routine” “incorporar esse cuidado na minha rotina diária”. Após essas correções e revisões, o questionário foi reenviado aos juízes, obtendo-se 100% de concordância após os devidos ajustes. A versão final do questionário corresponde à última coluna da Tabela 1.

Aplicação piloto

Dos 49 participantes da aplicação piloto, 40 eram do sexo feminino e 9 do sexo masculino. A média etária da população foi de 40,2 anos (+9,81) e o tempo

médio da função exercida foi de 5,37 anos (+4,82). Quanto ao local de atuação, 20 participantes atuavam em ILPI de Brasília, 14 em ILPI em Pontalina/Goias, e 15 participantes em ILPI do município de São Paulo/SP. A principal função desempenhada foi a de cuidador(a) (n=37), seguida por profissionais de ensino técnico ou superior (n=9) e de apoio (n=3). Apenas três participantes tinham ensino fundamental completo, e os demais referiram possuir ensino médio ou superior.

A aplicação piloto do instrumento indicou que os participantes apresentaram boa compreensão das questões. A maioria dos participantes referiu que o instrumento era de fácil compreensão (77,6%) e os demais referiram compreensão intermediária (20,4%) ou difícil compreensão (2%).

Conforme Tabela 1, dos itens do TM-PCC, as maiores frequências de “Sempre” foram as questões 10 “construir relações satisfatórias com os residentes”

(75,5%), 9 “cuidado dos meus residentes todos os dias” (69,4%) e 11 “aprender com os residentes e suas famílias e incorporar esse cuidado na minha rotina diária” relativas ao domínio Relações significativas; questão 4 “ajudo meus residentes com rapidez quando pedem minha ajuda para ir ao banheiro” (65,3%) relativo ao domínio Familiaridade com as preferências dos residentes. As menores prevalências de “Sempre”, por sua vez, foram as questões 6 “ajudo os meus residentes a manterem contato com histórias progressas” (6,1%) relativo ao domínio Apoio as Relações Sociais e a questão 3 “conheço a música favorita dos meus residentes” (16,3%) relativa ao domínio Familiaridade com a preferência dos residentes.

A consistência interna do instrumento, o alfa de Crombach geral foi de 0,78, o que indica uma boa consistência interna. Os valores da consistência para cada domínio, variaram entre 0,65 a 0,72 conforme a tabela 2.

Tabela 1. Resultados da aplicação piloto do TM-PCC adaptado transculturalmente ao Brasil em 49 profissionais de ILPI, 2022.

Questões do TM_PCC	Nunca	Quase Nunca	Às vezes	Quase sempre	Sempre
	N (%)				
Conheço os hábitos preferidos dos meus residentes	0	2 (4,1)	5 (10,2)	19 (38,8)	23 (46,9)
Conheço a comida favorita dos meus residentes	0	2 (4,1)	14 (28,6)	12 (24,5)	21 (42,9)
Conheço a música favorita dos meus residentes	2 (4,1)	2 (4,1)	14 (28,6)	23 (46,9)	8 (16,3)
Ajudo meus residentes com rapidez, quando pedem minha ajuda ao banheiro	1 (2,0)	2 (4,1)	5 (10,2)	9 (18,4)	32 (65,3)
Ajudo meus residentes a manterem contato com seus familiares	3 (6,1)	1 (2,0)	12 (24,5)	10 (20,4)	23 (46,9)
Ajudo meus residentes a manterem contato histórias progressas*	22 (44,9)	7 (14,3)	10 (20,4)	7 (14,3)	3 (6,1)
Ajudo meus residentes a manterem os membros da família como parte da sua vida	2 (4,1)	2 (4,1)	12 (24,5)	11 (22,4)	22 (44,9)
Ajudo meus residentes a passarem tempo com as pessoas que eles gostam	4 (8,2)	2 (4,1)	8 (16,3)	18 (36,7)	17 (34,7)
Cuido dos mesmos residentes todos os dias	1 (2,0)	1 (2,0)	0	13 (26,5)	34 (69,4)
Sou capaz de construir relações satisfatórias com os residentes	0	0	3 (6,1)	9 (18,4)	37 (75,5)
Posso aprender com os residentes e suas famílias e incorporar esse cuidado na minha rotina diária	2 (4,1)	1 (2,0)	6 (12,2)	13 (26,5)	27 (55,1)

* Embora os juízes tenham elegido o termo “histórias progressas”, sugere-se acrescentar ao termo a palavra “relações” de modo a abranger os aspectos semânticos do termo “previous associations” em inglês, referindo-se aos aspectos relacionais e associados as reminiscências e histórias autobiográficas. Portanto, a questão final ficaria “Ajudo meus residentes a manterem contato com relações e histórias progressas”

Tabela 2. Valores Alfa de Crombach para cada domínio do questionário TM-PCC, 2022.

Domínio	Número de questões	Média	Desvio Padrão	Alfa de Crombach
Familiaridade com a Preferência dos Residentes	4	3,91	0,780	0,672
Apoio as relações sociais	4	3,52	0,892	0,726
Relacionamentos significativos entre residente e equipe	3	4,52	0,767	0,652

DISCUSSÃO

No presente estudo, descreve-se o processo de tradução e adaptação transcultural do instrumento TM-PCC para a língua portuguesa falada no Brasil, atendendo ao rigor metodológico preconizado na literatura internacional^{11,12}. Nessa etapa participaram como juízes especialistas os profissionais da área da saúde com atuação nas áreas da Geriatria e da Gerontologia que foram essenciais para o sucesso desta pesquisa. Também, na aplicação piloto do instrumento apresentou-se evidências que sustentam a adequação das propriedades psicométricas desta versão do instrumento para ser utilizado junto aos profissionais de ILPIs brasileiras, conforme recomendado por seus idealizadores⁸.

No presente estudo houve boa consistência interna do questionário, com valores semelhantes aos observados no estudo de Boscart et al.⁸ (alfa de Crombach de 0,78 versus 0,82 no estudo de construção da escala). Os valores de alfa de Crombach para cada domínio também foram semelhantes ao estudo original (0,65 a 0,72 no presente estudo versus 0,62 a 0,83 no estudo de Boscart et al.⁸). Em ambos os estudos a menor consistência foi observada no domínio Relacionamentos significativos entre residente e equipe (0,65 versus 0,62) e as maiores no domínio Apoio às relações sociais (0,72 versus 0,83). A menor consistência neste último domínio pode ter sido mediada pelo tamanho amostral, menor no presente estudo, ou por questões culturais, socioeconômicas e educacionais que podem ser mais bem elucidadas em outros estudos.

No que se refere à adaptação do instrumento, foram desenvolvidas adaptações no item 6 no item “previous associations” traduzido por “histórias progressas”, no item 10 com relação ao termo

“fulfilling relationships” traduzido por “relações satisfatórias”, e no item 11 com relação ao termo “incorporate this caring into my daily routine” traduzido por “incorporar esse cuidado na minha rotina diária”. Observa-se que a adaptação envolveu ajustes que levaram em consideração aspectos idiomáticos, semânticos e gramaticais, necessários para a compreensão do instrumento. Após os ajustes finais houve 100% de concordância com as alterações propostas. Nesse contexto, o TM-PCC pode ser uma ferramenta útil para avaliação dos cuidados centrados no indivíduo.

Contudo, conforme discutiram Boscart et al.⁸ os domínios de gestão e autonomia dos residentes foram retirados do original PDCM para confecção do TM-PCC, o que pode ser considerado uma das principais limitações da escala. Por outro lado, a estratégia dos autores foi eleger itens mais sensíveis aos cuidados centrados no indivíduo e compor uma escala mais enxuta que pudesse ser respondida rapidamente. Os domínios avaliados pelo TM-PCC compreendem Familiaridade com a Preferência dos Residentes (item 1, 2, 3 e 4), Apoio às Relações Sociais (itens 5, 6, 7 e 8) e Relacionamentos Significativos entre Equipe e Idosos (Item 9, 10 e 11).

A adaptação transcultural do TM-PCC mostrou-se bem-sucedida. Diante da escassez de avaliações padronizadas para mensurar os cuidados centrados no indivíduo no Brasil, o TM-PCC oferece a profissionais, estudiosos e especialistas a oportunidade de avaliar a adoção de práticas humanizadas no contexto dos profissionais que atuam nas ILPIs. O enfoque do instrumento visa os aspectos voltados nos relacionamentos entre profissionais e idosos, bem como a interação, comunicação e conhecimentos que os profissionais possuem a respeito das preferências dos residentes⁸.

Os resultados da aplicação piloto indicaram que o questionário foi bem compreendido pelos participantes. Das questões analisadas, houve menor frequência de realização ao item 3 “conheço a música favorita dos meus residentes” relativo ao domínio Familiaridade com a preferência dos residentes; e ao item 6 “ajudo os meus residentes a manterem contato com histórias progressas” do domínio Apoio às relações sociais. Destaca-se nas respostas o item 6, indicando que a manutenção do contato com histórias progressas é um desafio no contexto dos cuidados, pois ressalta o intercâmbio entre a vivência em um espaço coletivo de cuidados e a manutenção dos contatos e história de vida progressa.

Outro aspecto que pode ter subsidiado a baixa frequência de profissionais na questão 6 é uma possível dificuldade de compreender a questão. Apesar da concordância dos juízes acerca do termo “histórias progressas” o termo em inglês “previous associations” carrega consigo uma amplitude semântica maior, relacionada tanto a reminiscências e memória autobiográfica quanto a questões relacionais, pessoais e relativas aos contatos sociais que as pessoas idosas acumularam ao longo da vida. Sugere-se, portanto, complementar a questão com termos que possam auxiliar a compreensão dessa variedade semântica no contexto da língua portuguesa, como “relações e histórias progressas/prévia/anteriores”. O respeito a singularidade e história de vida dos residentes trata-se de um tema sensível e que deve ser mais explorado pelos estudos, de forma a instrumentalizar o trabalho técnico e social das ILPI e trabalhadores.

Oliveira e Rozendo¹⁵ em pesquisa qualitativa com idosos institucionalizados destacaram que a instituição aparece como um lugar ambíguo para os idosos, pois ao mesmo tempo em que os acolhe, abriga e atende suas necessidades, é um ambiente que pode inviabilizar a vida independente e autônoma em função das rotinas ou do cotidiano de cuidados. Michel¹⁶, ao entrevistar os significados da vivência de idosos em ILPI, observou que para os residentes a instituição significa a possibilidade do cuidado como forma de manutenção da vida e otimização de seu bem-estar, e diante das normas e rotinas da instituição desenvolvem estratégias próprias contra

a mortificação do eu. Dessa forma, é possível que esses resultados sejam subsidiados pela confluência do contexto em que os idosos se institucionalizaram, demarcados, muitas vezes, por um histórico conturbado de relações familiares e pela ausência de alternativas de cuidados de longa duração que mantenham os idosos em seus domicílios, até o desenvolvimento de trabalho técnico que dialogue entre os desafios de manter a individualidade, privacidade e a vida social ativa mesmo na presença de espaço coletivo como as ILPI.

Nesse contexto, o cuidado centrado no indivíduo busca melhorar a qualidade de vida e o cuidado, de forma integral e ancorada em uma abordagem biopsicossocial, com tratamento individualizado e humanizado, visto que o foco está na pessoa¹⁷⁻¹⁹.

Observou-se, no presente estudo, que os profissionais investigados apresentaram elevados escores nas questões relativas às Relações Significativas com os Residentes (itens 9, 10 e 11), o que indica que a operacionalização de cuidados que atendam os domínios de Apoio das relações sociais e a Familiaridade das Preferências dos Residentes poderiam ser mais facilmente operacionalizáveis mediante ações de educação, sensibilização dos profissionais e levantamento dos recursos internos e externos relacionados ao trabalho, de forma a promover mudanças estruturais e organizacionais necessárias ao bem-estar do idoso e da equipe de profissionais. Assim, torna-se essencial trabalhar com os profissionais que atuam nas ILPI dimensões como distanciamento familiar, o declínio funcional dos idosos e a resistência dos idosos sobre essas questões²⁰.

Ressalta-se como limitações do presente estudo a necessidade de verificar as todas as propriedades psicométricas do instrumento para que possa ser utilizado junto aos profissionais. Torna-se necessário delinear estudos para ajustes da estrutura interna, confiabilidade e acurácia como um instrumento de diagnóstico situacional. Além disso, sugere-se comparar os achados do TM-PCC com pesquisas que utilizem técnicas de observação ou outras escalas de avaliação dos cuidados centrados ao indivíduo nos profissionais que atuam nas ILPI.

CONCLUSÃO

O TM-PCC pode ser uma ferramenta útil para avaliação dos cuidados centrados ao indivíduo no contexto da atenção aos idosos em ILPI no Brasil. Ele mostra-se bem-sucedido, tanto pela aceitação dos juízes especialistas quanto pela facilidade de compreensão pelos profissionais e pela adequada avaliação da análise de Familiaridade com a Preferência dos Residentes, do Apoio às Relações Sociais e dos Relacionamentos Significativos entre Equipe e Idosos. O instrumento,

quando validado, permitirá identificar o diagnóstico situacional sobre o quanto os profissionais estão familiarizados com as preferências dos residentes e ao verificar o trabalho social e as relações que se estabelecem entre idosos e profissionais. A proposta traduzida e adaptada transculturalmente apresentada no presente estudo pode subsidiar futuras pesquisas que objetivem a validação e análise dos componentes psicométricos do instrumento.

Editado por: Yan Nogueira Leite de Freitas

REFERÊNCIAS

1. IPEA. Infraestrutura Social e Urbana no Brasil: subsídios para uma agenda de pesquisa e formulação de políticas públicas. [Internet] Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2010 [cited 2020 Oct 26]. Available from: https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/livros/42543_Livro_InfraestruturaSocial_vol2.pdf
2. Thompson G, Shindruk CL, Adekoya AA, Demczuk L, McClement S. Meanings of “centredness” in long-term care facilities: A scoping review protocol. *BMJ Open*. 2018;8(8):1–5
3. Veras, R. P. e Oliveira, M. Envelhecer no Brasil: a construção de um modelo de cuidado. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2018, v. 23, n. 6, p. 1929–1936. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.04722018>>.
4. Silva HS da, Gutierrez BAO. A educação como instrumento de mudança na prestação de cuidados para idosos. *Educ em Rev*. 2018;34(67):283–96.
5. Camarano AA, Barbosa P. Instituições de longa permanência para idosos no Brasil: do que está se falando. In: Alcântara AO, Camarano AA, Giacomini KC, editores. *Política Nacional do Idoso: velhas e novas questões*. Rio de Janeiro: Ipea; 2016. p. 479-514
6. Brasil. Resolução de Diretoria Colegiada – RDC nº 283 (2005, 26 de setembro). Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Disponível em: http://portal.anvisa.gov.br/documents/10181/2718376/RDC_283_2005_COMP.pdf/a38f2055-c23a-4eca-94ed76fa43acb1df. Acessado em Mar 19, 2019
7. Fernandes DS, Taveira RC, Silva LM, Kusumota L, Giacomini KC, Rodrigues RAP. Atuação de movimentos sociais e entidades na pandemia da COVID-19 no Brasil: O cuidado à pessoa idosa em Instituições de Longa Permanência. *Ver Bras Geriatr Gerontol* 2021; 24(2):e210048.
8. Boscart V, Davey M, Ploeg J, Heckman G, Dupuis S, Sheiban, et al. Psychometric Evaluation of the Team Member Perspectives of Person-Centered Care (TM-PCC) Survey for Long-Term Care Homes. *Healthcare*. 2018;6(2):59
9. Doll GA. et al. Actualizing culture change: The Promoting Excellent Alternatives in Kansas Nursing Homes (PEAK 2.0) program. *Psychol Serv*. 2017 Aug;14(3):307-315.
10. Scales K, Lepore M, Anderson RA, McConnell ES, Song Y, Kang B, et al. Person-Directed Care Planning in Nursing Homes: Resident, Family, and Staff Perspectives. *J Appl Gerontol*. 2019;38(2):183–206
11. Beaton DE, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB. Guidelines for the Process of Cross-Cultural Adaptation of Self-Report Measures. *Spine*. 2000; 25(24): 3186-91.
12. Guillemin F. Cross-cultural adaptation and validation of health status measures. *Scand J Rheumatol*. 1995;24(2):61–3.
13. Zukeran MS, Aprahamian I, Vicente BM, Ribeiro SML. Portuguese version of the snaq questionnaire: translation and cultural adaptation. *Arq Gastroenterol*. 2020;57(2):178-81. <https://doi.org/10.1590/S0004-2803.202000000-33>
14. Alexandre NMC, Coluci MZO. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. *Cienc e Saude Coletiva*. 2011;16(7):3061–8
15. Oliveira JM de, Rozendo CA. Instituição de longa permanência para idosos: um lugar de cuidado para quem não tem opção? *Rev Bras Enferm*. 2014;67(5):773–9.

16. Michel T, Lenardt MH, Betiolli SE, Neu DKM. Significado atribuído pelos idosos à vivência em uma Instituição de Longa Permanência: Contribuições para o cuidado de enfermagem. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, 2012 Jul-Set; 21(3): 495-504.
17. Poey JL, Hermer L, Cornelison L, Kaup ML, Drake P, Stone RI, et al. Does Person-Centered Care Improve Residents' Satisfaction With Nursing Home Quality? *J Am Med Dir Assoc*. 2017;18(11):974–9.
18. Fagundes, K. V. D. L. et al. Instituições de longa permanência como alternativa no acolhimento das pessoas idosas. *Revista de Salud Pública* [online]. 2017, v. 19, n. 2 p. 210-214. Disponível em: <<https://doi.org/10.15446/rsap.v19n2.41541>>.
19. Zahra Ebrahimi Z, Patel H, Wijk H, Ekman I, Olaya-Contreras P. A systematic review on implementation of person-centered care interventions for older people in out-of-hospital settings. *Geriatric Nursing* 42 (2021) 213-224. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0197457220302482?via%3Dihub>
20. Tomaselli G. et al. Person-centered care from a relational ethics perspective for the delivery of high quality and safe healthcare: A Scoping Review. *Front. Public Health*, 06 March 2020 Sec. Health Economics <https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.00044>



Autopercepção de saúde em idosos de baixa escolaridade: fatores demográficos, sociais e de comportamentos em saúde relacionados

Self-perceived health in older adults with low education: demographic, social and health-related behavior factors

Andressa Carine Kretschmer¹ 

Mathias Roberto Loch² 

Resumo

Objetivo: Verificar a relação entre a autopercepção de saúde positiva (AS positiva) em idosos de baixa escolaridade com variáveis demográficas, de participação social e comportamentais. **Método:** Tratou-se de um estudo transversal (n=12.367), com idosos de mais de 60 anos de ambos os sexos, com até quatro anos de estudo de diversas cidades do Brasil entrevistados pela Pesquisa Nacional de Saúde do ano de 2019. Para a análise de dados, inicialmente, realizou-se a descrição das prevalências e, posteriormente, construíram-se três modelos de regressão de Poisson com ajuste robusto para variância, sendo as análises estratificadas por sexo. **Resultados:** A prevalência de AS positiva foi de 38,8% nos homens e 34,8% nas mulheres. No último modelo de regressão construído foram encontradas associações com menores prevalências de AS positiva nas mulheres pretas ou pardas, enquanto maiores prevalências foram encontradas nas solteiras, com renda mais elevada, que participam de alguma associação, de atividades religiosas, iam ao médico com mais frequência, eram fisicamente ativas e consumiam regularmente frutas e hortaliças. Nos homens, foram encontradas menores prevalências nos pretos ou pardos e nos viúvos, já maiores prevalências foram encontradas naqueles que participavam de atividades religiosas e iam ao médico mais frequentemente. **Conclusões:** O estudo reforça a importância de políticas para a melhoria de renda, bem como para promoção de comportamentos saudáveis e estímulo a participação social.

Palavras-chave: Estilo de Vida. Percepção. Saúde do Idoso. Inquéritos Populacionais.

¹ Universidade Estadual de Londrina, Departamento de Saúde Coletiva, Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Londrina, PR, Brasil.

² Universidade Estadual de Londrina, Departamento de Saúde Coletiva, Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Londrina, PR, Brasil.

Os autores declaram não haver conflito de interesse para a elaboração deste trabalho.

Financiamento: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

Correspondência/Correspondence
Andressa Carine Kretschmer
kretschmerandressa@gmail.com

Recebido: 12/06/2022

Aprovado: 07/10/2022

Abstract

Objective: To verify the relationship between positive self-perception of health (positive SPH) in less-educated older adults and demographic, social participation, and behavioral variables. **Methods:** This was a cross-sectional study (n=12,367), with elderly people over 60 years old of both sexes, with up to four years of study from several cities in Brazil, interviewed by the National Health Survey of the year 2019. For the analysis of data, the prevalence was initially described, and later, three Poisson regression models with robust adjustment for variance were constructed, with the analyzes being stratified by sex. **Results:** The prevalence of positive SPH was 38.8% in men and 34.8% in women. The last regression model built revealed associations with a lower positive SPH prevalence in black or brown women. In contrast, higher prevalence levels were found in single women, with higher income, participating in some associations, engaged in religious activities, visiting the doctor more often, physically active, and regularly consuming fruits and vegetables. In men, relationships with lower prevalence were found in blacks or browns and widowers, and higher prevalence levels were found in those engaging in religious activities and visiting the doctor more often. **Conclusions:** The study reinforces the importance of policies aimed at improving income, promoting healthy behaviors and encouraging social participation.

Keywords: Lifestyle. Perception. Elderly Health. Population Surveys.

INTRODUÇÃO

A Autopercepção de Saúde (AS) trata-se de uma medida epidemiológica costumeiramente utilizada em estudos gerontológicos, da qual pode ser considerada um bom preditor de morbimortalidade¹⁻⁴. É uma medida de saúde de fácil aplicação, que possibilita, através de uma única pergunta, contemplar aspectos sobre a saúde de uma maneira geral^{1,5}.

Idosos apresentam particularidades no que tange a saúde, pois essa é a fase da vida na qual, em geral, passam a surgir as doenças crônicas, as limitações e as fragilidades⁶. Estudos envolvendo a AS com a população idosa têm utilizado tal medida com a finalidade de compreender os fatores relacionados ao envelhecimento saudável e ao bem-estar^{1,3,5}. Essas pesquisas têm observado importantes associações da AS com a presença de morbidades^{7,8}, estilo de vida^{8,9} e a participação social^{10,11}.

Pesquisas também indicam que indivíduos mais escolarizados tendem a relatar com mais frequência uma percepção positiva de saúde^{9,12}, assim como uma prevalência menor de doenças crônicas e doenças degenerativas^{4,7,13}. Em parte, isto ocorre em virtude de que indivíduos com maior nível educacional em geral apresentam menores taxas desemprego, renda mais elevada, mais acesso a serviços de saúde e um letramento maior em saúde quando comparados a indivíduos com menos anos de estudo^{14,15}.

No contexto brasileiro, a quantidade de anos de estudo tem relação com a faixa etária, sendo os idosos com baixa renda aqueles que possuem menor escolaridade, representando esses a maior proporção de analfabetos no Brasil^{16,17}. Na atualidade, estima-se que 18% dos idosos com 60 anos ou mais são analfabetos^{16,17}, não obstante o fato de que grande parte das políticas públicas em prol da alfabetização ainda serem focadas em jovens e adultos¹⁶⁻¹⁸.

Devido aumento da expectativa de vida, os idosos representam o grupo populacional que mais cresce no Brasil e que necessita de uma atenção em saúde mais elevada, em virtude do natural declínio que apresentam^{6,16,17}. Para tanto, o objetivo deste trabalho foi identificar fatores associados a autopercepção de saúde positiva (AS positiva) em idosos brasileiros de baixa escolaridade.

MÉTODO

Tratou-se de um recorte de estudo transversal oriundo de um banco de dados maior, o banco de dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) do ano de 2019.

O processo de amostragem da PNS 2019 deu-se por conglomerado. Inicialmente, foi selecionada uma amostra-mestra aleatória de 8.036 unidades primárias de amostragem da base de dados do

Sistema Integrado de Pesquisas Domiciliares (SIPD) do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), base essa que dá também origem a outras pesquisas nacionais^{19,20}.

Para a seleção da amostra da PNS, excluíram-se os domicílios que se situavam em localidades de difícil acesso e instituições tais como hospitais, quartéis e conventos, o que resultou em 94.114 domicílios elegíveis, sendo que destes, em 90.846 pelo menos um morador respondeu o questionário, o que resultou em uma amostra de 293.731 indivíduos de 15 anos ou mais^{19,20}.

Dos 293.731 indivíduos que participaram da PNS 2019, 12.467 tinham 60 anos ou mais, apresentavam baixa escolaridade (nenhum a quatro anos de estudo) e responderam a pergunta sobre a AS. Desses, foram excluídos 99 sujeitos por se autodeclararem indígenas (em função do n pequeno) e um da qual não respondeu à pergunta sobre raça/cor. Assim, o presente estudo contou com uma amostra de 12.367 sujeitos.

A coleta de dados ocorreu através de entrevistas face a face, por entrevistadores devidamente identificados e treinados para tal função via smartphone, da qual já possuía neste instalado um programa da qual realizava a análise das variáveis^{19,20}. Mais informações a respeito do método e da amostragem da PNS 2019, podem ser encontradas no documento “Pesquisa Nacional de Saúde, 2019 - Informações sobre domicílios, acesso e utilização dos serviços de saúde”^{19,20}.

A variável dependente foi a AS, da qual foi obtida através da pergunta “Em geral como o senhor (a) percebe a sua saúde?”. As opções de resposta eram: muito bom, bom, regular, ruim e muito ruim. Posteriormente, foi realizada a dicotomização dessa variável, sendo considerados com AS positiva aqueles que responderam muito bom e bom, e com autopercepção de saúde negativa os que responderam regular, ruim e muito ruim.

As variáveis independentes e seus respectivos critérios de classificação (informações abaixo que estão entre parênteses) foram:

- **Variáveis sociodemográficas:** sexo (feminino; masculino); cor (brancos, amarelos; pretos e

pardos); faixa etária (em anos: 60-64; 65-69; 70-74; 75-79; 80 ou mais); renda familiar *per capita*, em salários-mínimos (SM), (0 a 1SM mais de 1SM a 3SM; mais de 3SM); situação conjugal (casados; separados ou divorciados; viúvos; solteiros).

- **Variáveis sobre comportamentos em saúde:** última consulta médica (há mais de 3 anos, de um ano a três, até um ano), atividade física suficiente no lazer ≥ 150 minutos/semana (sim, não), consumo de tabaco (sim, não), consumo regular de frutas (≤ 5 dias na semana, ≥ 5 dias na semana), consumo regular de hortaliças (≤ 5 dias na semana, ≥ 5 dias na semana).
- **Variáveis de participação social:** participação social na comunidade (associações), (algumas vezes no ano, raramente ou não participa, mensal, semanal), participação em atividades religiosas (algumas vezes no ano, raramente ou não participa, mensal, semanal).

Inicialmente realizou-se a descrição da distribuição da amostra de idosos com 60 anos ou mais entrevistados pelo PNS, 2019 de acordo com a faixa de escolaridade (0-4; 5-8; 9-11; 12 anos ou mais).

Posteriormente, realizou-se a análise analítica da amostra de idosos com 0 a 4 anos de escolaridade. Para tanto, fez-se uso de razão de prevalência (RP), cujo cálculo foi realizado por meio do método de Wald, considerando-se o intervalo de confiança de 95% (IC 95%). Em seguida, construíram-se dois modelos de Razão de prevalência ajustada (RPaj) com o uso de regressão de Poisson com ajuste robusto para variância. O primeiro contemplou variáveis sociais e demográficas (sexo, cor, renda, estado civil); o outro, além dessas, contemplou variáveis relativas à saúde (presença de morbidade em saúde, diabetes, hipertensão arterial). Essas três análises foram estratificadas por sexo. As análises dos dados deste estudo foram realizadas no programa SPSS vs. 19.0.

A equipe responsável pela PNS foi capacitada para a coleta de dados. A pesquisa somente foi iniciada mediante a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido pelos entrevistados^{19,20}. A PNS foi aprovada pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), do Conselho Nacional de Saúde (CNS), em 2019^{19,20}.

RESULTADOS

Na PNS de 2019 constavam 21.179 adultos idosos de 60 anos ou mais que responderam à pergunta relativa à AS e ao número de anos estudados. Destes, 12.367 possuíam 0 a 4 anos de escolaridade, 2.538, de 5 a 8 anos de estudo, 3.588 de 9 a 11 anos, 2.686 tinham 12 anos ou mais de escolaridade (Tabela 1).

É possível verificar na Tabela 1 importantes variações nas prevalências de AS positiva e na renda

de acordo com a faixa de escolaridade. A prevalência do relato da AS positiva e da renda per-capita mais elevada cresce à medida que escolaridade aumenta. Enquanto a prevalência do relato da AS como “muito boa” e “boa” nos indivíduos com 0 a 4 anos de escolaridade é de respectivamente 4,5% e 32,2%, naqueles que possuem 12 anos ou mais de estudo é de 20% e 54,9%. O mesmo ocorreu com a renda, na qual apenas 5% dos indivíduos com 0 a 4 anos de escolaridade possuíam renda per-capita de mais de três salários-mínimos, já aqueles com 12 anos ou mais representam 65,8% (Tabela 1).

Tabela 1. Distribuição da amostra de idosos com 60 anos ou mais entrevistados pelo PNS, Brasil, 2019. (N=21.179).

	Todos (N=21.179)	0 a 4 anos de escolaridade (n=12.367)	5 a 8 anos de escolaridade (n=2.538)	9 a 11 anos de escolaridade (n=3.588)	12 anos ou mais de escolaridade (n=2.686)
Variáveis	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Sexo					
Masculino	9.449 (44,6)	5.729 (46,3)	1.089 (42,9)	1.486 (41,4)	1.145 (42,6)
Feminino	11.730 (55,4)	6.638 (46,3)	1.449 (57,1)	2.102 (58,6)	1.541 (57,4)
Faixa Etária (em anos)					
60-64	6.407 (30,3)	2.998 (24,3)	1.002 (39,5)	1.401 (39,0)	1.006 (37,5)
65-69	5.364 (25,3)	2.925 (23,7)	679 (26,8)	1.001 (27,9)	759 (28,3)
70-74	3.915 (18,5)	2.486 (20,1)	381 (15,0)	567 (15,8)	481 (17,9)
75-79	2.707 (12,8)	1.906 (15,4)	235 (9,3)	316 (8,8)	250 (9,3)
80 ou mais	2.786 (13,2)	2.052 (16,6)	241 (9,5)	303 (8,4)	190 (7,1)
Cor					
Branco e amarelos	9.634 (45,5)	4.702 (38,0)	1.131 (44,1)	1.909 (53,2)	1.892 (70,4)
Pretos e pardos	11.545 (54,5)	7.665 (62,0)	1.407 (56,0)	1.679 (46,8)	794 (29,6)
Renda per-capita (SM)					
0 a 1	9.291 (43,9)	7.100 (57,4)	1.088 (42,9)	935 (26,1)	168 (6,3)
mais de 1 a 3	8.380 (39,6)	4.649 (37,6)	1.213 (47,8)	1.751 (48,8)	767 (28,6)
Mais de 3	3.505 (16,6)	618 (5)	237 (9,3)	899 (25,1)	1.751 (65,2)
Estado Civil					
Solteiros	3.871 (18,3)	2.229 (18,0)	479 (18,9)	665 (18,5)	498 (18,5)
Casados ou em união estável	9.312 (44,0)	5.309 (42,9)	1.106 (43,6)	1.613 (45,0)	1.284 (47,8)
Viúvos	5.638 (26,6)	3.784 (30,6)	645 (25,4)	776 (21,6)	433 (16,1)
Separados ou Divorciados	2.358 (11,1)	1.045 (8,4)	308 (12,1)	534 (14,9)	471 (17,5)
Autopercepção de Saúde Positiva					
Muito Boa	1.596 (7,5)	555 (4,5)	135 (5,3)	368 (10,3)	538 (20,0)
Boa	8.079 (38,1)	3.976 (32,2)	970 (38,2)	1.658 (46,2)	1.475 (54,9)
Regular	9.030 (42,6)	5.963 (48,2)	1.148 (45,2)	1.319 (36,8)	600 (22,3)
Ruim	1.977 (9,3)	1.506 (12,2)	219 (8,6)	190 (5,3)	62 (2,3)
Muito Ruim	497 (23)	367 (3,0)	66 (2,6)	53 (1,5)	11 (0,4)

Dos 12.367 idosos de 0 a 4 anos de estudo que compuseram esse recorte, a maioria era do sexo feminino (53,7%), 62% se referiram como pretos ou pardos, 42,9 % residiam com companheiro(a), mais da metade (57,4%) tinha a renda per-capita de até 1 salário-mínimo. Em relação à AS, 4,5% referiram sua saúde como “muito boa”, 32,2 % “boa”, 48,2% “regular”, 12,2% “ruim”, e 3 % “muito ruim” (Tabela 1).

Foi encontrada a prevalência de AS positiva de 36,7% em ambos os sexos, e de 34,8% nas mulheres e 38,8% nos homens, sendo encontradas as seguintes associações no último modelo de regressão construído ajustado por variáveis sociais, demográficas e de saúde.

Em relação as variáveis sociodemográficas, o estudo demonstrou menores prevalências de AS positiva nos indivíduos que se autodeclararam pretos ou pardos quando comparados aos brancos e amarelos (RPaj=0,96; IC95% 0,94-0,99 nas mulheres vs RPaj=0,94; IC95% 0,91-0,96 nos homens), quanto ao estado civil, foram encontradas associações com maiores prevalências nas mulheres solteiras (RPaj=1,04; IC95% 1,01-1,08), e menores prevalências nos homens viúvos (RPaj=0,93; IC95% 0,88-0,98). Maiores prevalências foram observadas naqueles que possuíam renda de 3 ou mais salários-mínimos (RPaj=1,18; IC95% 1,11-1,24 nas mulheres vs RPaj=1,29; IC95% 1,22-1,37 e nos homens), de 1 a 3 salários-mínimos (RPaj=1,09; IC95% 1,03-1,15 nas mulheres vs RPaj=1,18; IC95% 1,12-1,26 nos homens), quando comparados àqueles que recebiam 0 até 1 salários-mínimos. Em relação a variável faixa

etária, foram encontradas relações somente nos homens de 70 a 74 anos (RPaj=0,96; IC95% 0,91-1,0).

Quanto as variáveis relacionadas a comportamentos em saúde, foram encontradas relações naqueles que realizaram pelo menos uma consulta médica no último ano (RPaj=1,25; IC95% 1,16-1,35 nas mulheres vs RPaj=1,22; IC95% 1,16-1,28 nos homens), ou de um até três anos realizaram a última consulta (RPaj=1,14; IC95% 1,04-1,24 nas mulheres vs RPaj=1,16; IC95% 1,09-1,23 nos homens), quando comparados àqueles dos quais faziam mais de três anos e que não realizaram alguma consulta médica. No consumo regular de frutas e vegetais, obteve-se associação com esse comportamento apenas nas mulheres (RPaj=1,07; IC95% 1,05-1,10). Também foram encontradas relações nas mulheres que praticavam atividade física suficiente no lazer (RPaj=1,13; IC95% 1,08-1,19).

Já em relação as variáveis de apoio social foram encontradas associações naqueles que iam a igreja semanalmente quando comparados àqueles que frequentavam alguma vez no ano, raramente ou não participavam (RPaj=1,25; IC95% 1,16-1,35 nas mulheres vs RPaj=1,22; IC95% 1,16-1,28 nos homens) e nas mulheres que participavam semanalmente de alguma associação comunitárias quando comparados àqueles que não participavam ou participavam com pouca frequência (RPaj=1,08; IC95% 1,0-1,18).

Das variáveis estudadas, evidenciou-se um maior número de associações nas mulheres, sendo essas em geral mais fortes, salvo na variável renda, a qual demonstrou uma relação mais explícita nos homens.

Tabela 2. Associação entre variáveis socioeconômicas e comportamentais e a autopercepção de saúde positiva em mulheres idosas de 60 anos ou mais com 0 a 4 anos de escolaridade, Brasil, PNS, Brasil, 2019, (n=6.638).

Variável	RP*	Rpaj**	Rpaj***
Cor			
Branco e Amarelo	1	1	1
Pretos e Pardos	0,94(0,92; 0,96)	0,96(0,93; 0,98)	0,96(0,94; 0,99)
Faixa Etária (em anos)			
60-64	1	1	1
65-69	1,0(0,96; 1,04)	0,99(0,95; 1,03)	0,98(0,94; 1,02)
70-74	1,01(0,98; 1,05)	0,99(0,95; 1,03)	0,98(0,94; 1,01)
75-79	1,03(0,99; 1,06)	1,0(0,96; 1,04)	0,99(0,96; 1,03)
80 ou mais	1,0(0,97; 1,04)	0,97(0,93; 1,01)	0,98(0,94; 1,02)
Estado Civil			
Casados	1	1	1
Divorciados	0,99(0,96; 1,02)	1,01(0,98; 1,05)	1,0(0,97; 1,03)
Viúvos	1,01(0,96; 1,06)	1,02(0,98; 1,07)	1,01(0,97; 1,06)
Solteiros	1,04(1,0; 1,07)	1,05(1,01; 1,09)	1,04(1,01; 1,08)
Renda per-capita (SM)			
0 a 1	1	1	1
mais de 1 a 3	1,09(1,03; 1,16)	1,08(1,02; 1,15)	1,09(1,03; 1,15)
Mais de 3	1,19(1,13; 1,26)	1,17(1,11; 1,24)	1,18(1,11; 1,24)
Participação social na comunidade (associações)			
Algumas vezes no ano, raramente ou não participa	1	1	1
Mensal	1,03(0,89; 1,19)	1,02(0,88; 1,18)	0,99(0,86; 1,15)
Semanal	1,11(1,02; 1,20)	1,09(1,01; 1,18)	1,08(1,0; 1,18)
Participação em atividades religiosas			
Algumas vezes no ano, raramente ou não participa	1	1	1
Mensal	1,04(1,01; 1,09)	1,04(1,01; 1,09)	1,04(1,0; 1,08)
Semanal	1,05(1,02; 1,08)	1,05(1,02; 1,07)	1,05(1,03; 1,08)
Última Consulta Médica			
Há mais de 3 anos	1	1	1
De um ano a três	1,17(1,08; 1,26)	1,17(1,08; 1,27)	1,14(1,04; 1,24)
Até um ano	1,36(1,26; 1,44)	1,36(1,28; 1,46)	1,25(1,16; 1,35)
Atividade física suficiente no lazer (≥150 minutos/semana)			
Não	1	1	1
Sim	1,11(1,05; 1,16)	1,13(1,07; 1,18)	1,13(1,08; 1,19)
Consumo de Tabaco			
Sim	1	1	1
Não	1,06(0,91; 1,23)	1,07(0,92; 1,24)	1,06(0,91; 1,23)
Consumo Regular de Frutas e Hortaliças			
≤ 5 dias na semana	1	1	1
≥ 5 dias na semana	1,09(1,07; 1,12)	1,07(1,04; 1,09)	1,07(1,05; 1,10)

IC95%: intervalo de confiança de 95%; *Razões de Prevalências bruta (RP); **Razões de Prevalências Ajustadas (Rpaj) por variáveis sociais e demográficas (sexo, cor, renda, estado civil); ***Razões de Prevalências Ajustadas (Rpaj) por variáveis sociais (sexo, cor, renda, estado civil) e demográficas e de saúde (presença de morbidade em saúde; diabetes, hipertensão arterial).

Tabela 3. Associação entre variáveis socioeconômicas e comportamentais e a autopercepção de saúde positiva em homens idosos de 60 anos ou mais com 0 a 4 anos de escolaridade, Brasil, PNS, Brasil, 2019, (n=5.729).

Variável	RP*	Rpaj**	Rpaj***
Cor			
Branco e Amarelos	1	1	1
Pretos e Pardos	0,93(0,90; 0,95)	0,94(0,92; 0,97)	0,94(0,91; 0,96)
Faixa Etária (em anos)			
60-64	1	1	1
65-69	1,01(0,97;1,06)	1,0(0,96; 1,05)	0,99(0,94;1,04)
70-74	0,97(0,93;1,01)	0,96(0,92; 1,01)	0,96(0,91;1,0)
75-79	0,99(0,95;1,03)	0,98(0,94; 1,02)	0,98(0,94; 1,02)
80 ou mais	0,95(0,91;0,99)	0,94(0,90; 0,98)	0,96(0,92; 1,0)
Estado Civil			
Casados	1	1	1
Divorciados	0,94(0,90; 0,99)	0,97(0,93; 1,02)	0,96(0,91; 1,0)
Viúvos	0,92(0,87; 0,97)	0,95(0,90; 1,0)	0,93(0,88; 0,98)
Solteiros	0,98(0,95; 1,02)	1,01(0,97; 1,04)	0,98(0,94; 1,01)
Renda per-capita (SM)			
0 a 1	1	1	1
mais de 1 a 3	1,19(1,12; 1,26)	1,17(1,11; 1,25)	1,18(1,12; 1,26)
Mais de 3	1,30(1,22; 1,38)	1,27(1,19; 1,34)	1,29(1,22; 1,37)
Participação social na comunidade (associações)			
Algumas vezes no ano, raramente ou não participa	1	1	1
Mensal	0,93(0,79; 1,09)	0,90(0,77; 1,06)	0,89(0,77; 1,04)
Semanal	1,13(1,0; 1,28)	1,09(0,97;1,23)	1,10(0,98; 1,24)
Participação em atividades religiosas			
Algumas vezes no ano, raramente ou não participa	1	1	1
Mensal	0,99(0,95; 1,04)	1,0(0,95; 1,05)	1,0(0,96; 1,05)
Semanal	1,06(1,02; 1,09)	1,05(1,02; 1,08)	1,05(1,02; 1,08)
Última Consulta Médica			
Há mais de 3 anos	1	1	1
De um ano a três	1,15(1,09; 1,22)	1,17(1,10; 1,24)	1,16(1,09; 1,23)
Até um ano	1,29(1,24; 1,35)	1,31(1,26; 1,37)	1,22(1,16; 1,28)
Atividade física suficiente no lazer (≥ 150 minutos/semana)			
Não	1	1	1
Sim	1,03(0,97; 1,10)	1,03(0,98; 1,10)	1,03(0,98; 1,10)
Consumo de Tabaco			
Sim	1	1	1
Não	1,08(0,95; 1,24)	1,09(0,96; 1,25)	1,08(0,94; 1,24)
Consumo Regular de Frutas e Hortaliças			
≤ 5 dias na semana	1	1	1
≥ 5 dias na semana	1,04(1,01; 1,07)	1,01(0,98; 1,04)	1,03(1,0; 1,06)

IC95%: intervalo de confiança de 95%; *Razões de Prevalências bruta (RP); **Razões de Prevalências Ajustadas (RPaj) por variáveis sociais e demográficas (sexo, cor, renda, estado civil); ***Razões de Prevalências Ajustadas (RPaj) por variáveis sociais (sexo, cor, renda, estado civil) e demográficas e de saúde (presença de morbidade em saúde; diabetes, hipertensão arterial).

DISCUSSÃO

Entre os principais achados deste estudo, destaca-se: 1) A prevalência mais elevada de AS positiva nos homens (38,8%) do que nas mulheres (34,8%); 2) Maior número de associações observadas nas mulheres; 3) Em relação as variáveis sociodemográficas, foram encontradas relações em ambos os sexos com menores prevalências de AS positiva naqueles autodeclararam como pretos e pardos, já maiores prevalências do desfecho foram constatadas naqueles que possuíam renda mais elevada. Na variável estado civil foram encontrados menores prevalências nos homens viúvos, e maiores prevalências nas mulheres solteiras; 4) Quanto as variáveis relacionadas a saúde e ao estilo de vida observaram-se associações com a prática de atividade física suficiente no lazer e no consumo de frutas e hortaliças somente nas mulheres. Já a realização de consultas médicas com maior frequência foi associada em ambos os sexos; 5) Em relação a participação social foram encontradas associações com a participação social em associações comunitárias nas mulheres, e a participação em atividades religiosas em ambos os sexos.

Prevalências maiores de AS positiva foram encontradas em outros estudos realizados no Brasil, com a população idosa de 60 anos ou mais, Confortin et al.,²¹ ao estudar uma amostra da região sul, da qual encontrou uma prevalência de 51,2%, Silva et al.²², 50,4% com uma amostra de três municípios do interior do Brasil das regiões Nordeste, Sudeste e Sul, e Borim et al.,³ encontrou uma prevalência de 80,9% em Campinas, São Paulo. Essas diferenças são possivelmente explicadas pela faixa de escolaridade da amostra, já que no presente estudo incluíram-se somente idosos com baixa escolaridade. Estudos com o tema têm encontrado indivíduos com menos anos de escolarização apresentam pior AS quando comparados aos mais escolarizados, assim como tendem a possuir comportamentos de saúde menos saudáveis^{12,15}.

Pesquisas com o tema revelam que os homens tendem a relatar com mais frequência a saúde como positiva^{21,23}. Barata¹⁴ argumenta que isso ocorre, em parte, em virtude do papel histórico e social que é atribuído às mulheres de possuírem relativo cuidado e que está relacionado a uma percepção

mais acentuada a respeito de eventuais problemas de saúde, enquanto os homens, por vezes, acabam negligenciando tais cuidados, devido à construção social que ainda persiste no gênero masculino de não demonstrar fragilidades.

Assim como outros estudos^{8,24}, este estudo constatou menores prevalências de AS positiva naqueles que se referiram como pretos ou pardos, resultados dos quais são plausíveis em virtude das desigualdades históricas e sociais que ainda persistem entre negros e brancos no contexto brasileiro, e mais evidentes na população com menos anos de estudo.

Poucas diferenças foram encontradas entre as faixas etárias estudadas, o que também é atribuído a homogeneidade da amostra, porém cabe salientar que uma parcela da literatura retrata que à medida que a idade cresce, menor é a prevalência do relato da saúde como positiva, pois o número de patologias e limitações tende a aumentar com o decorrer do envelhecimento^{5,9}.

A relação entre AS e renda já é conhecida na literatura^{12,14,25}. Alguns autores argumentam que indivíduos que possuem uma renda mais elevada tendem a apresentar melhores condições de saúde no envelhecimento^{12,26}, em virtude desses terem melhores condições financeiras e poderem realizar o dispêndio de mais recursos com aspectos relacionados a saúde^{12,26}.

Menores prevalências de AS positiva foram encontradas nos viúvos e maiores nas mulheres solteiras. Achados similares foram encontrados por Jesus & Aguiar²⁷ com idosos viúvos das capitais brasileiras e do Distrito Federal. Uma possível hipótese se trataria da dificuldade que os homens viúvos têm em lidar com atividades da rotina diária quando comparados com os casados (alimentação, organização, aspectos relacionados a saúde), enquanto as mulheres idosas solteiras teriam mais tempo para atividades diárias relacionadas ao lazer quando comparadas as casadas.

Importantes associações foram encontradas com variáveis relacionadas ao suporte social, como é o caso da participação de associações comunitárias nas mulheres, relação também observada por outros autores^{10,28}. Encontrar-se dentro de uma rede de

suporte social está relacionado a uma saúde cognitiva e psicológica mais elevada como observado por Uchino²⁸ em um estudo de revisão com o tema.

Outros autores^{8,11} também observaram associações entre participar com mais frequência de atividades religiosas. Além da participação religiosa representar um importante apoio social, cabe salientar que participar de atividades religiosas está relacionado com prevalências maiores de outros comportamentos de saúde positivos tais como; menor consumo de tabaco, bebidas alcóolicas, e otimismo para lidar com adversidades da vida.

Contrariamente a alguns estudos conduzidos^{8,29} não foram encontradas associações com o hábito de fumar, mas foram encontradas associações entre o consumo regular de frutas e hortaliças e a prática suficiente de atividade física no lazer nas mulheres, variáveis comportamentais cuja importância e a relação com a AS já é bem retratada pela literatura^{21,30-32}. Evitar o tabaco, consumir frutas e hortaliças assim como praticar de atividade física está relacionado com o retardo no aparecimento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT)³³.

A relação entre a frequência de consultas ao médico e a AS parece ser pouco explorada na literatura, porém uma possível explicação para a associação é de que realizar mais frequentemente consultas ou possuir maior acesso a serviços de saúde está relacionado ao tratamento e ao diagnóstico mais facilitado de doenças e uma segurança em relação a condição da própria saúde.

Os resultados apresentados pelo estudo contribuem para o conhecimento de fatores relacionados à AS positiva na população idosa de baixa escolaridade, reforçam a importância da promoção de políticas públicas que incentivem a prática de comportamentos de saúde saudáveis e

estímulo a participação social. Revelam a pertinência de políticas em prol da melhoria da qualidade de vida na população com menos anos de estudo ou do acesso a subsídios econômicos/sociais dos quais facilitem a adoção de comportamentos de saúde saudáveis nessa população.

O presente estudo apresenta limitações, tal como o desenho transversal da qual impede com que se estabeleça a relação entre causa e efeito das variáveis estudadas, não foi utilizado o método da ponderação na análise e o número limitado de variáveis disponíveis e utilizadas exploradas do banco de dados da PNS, 2019. Como pontos positivos, aponta-se o poder estatístico que a amostra apresenta e a contribuição que o estudo traz à literatura ao relacionar a AS na população idosa de baixa escolaridade.

CONCLUSÕES

A pesquisa encontrou associações com a situação conjugal (maiores prevalências nas mulheres solteiras e menores nos homens viúvos), a renda mais elevada, ir mais frequentemente ao médico e a igreja. Foram encontradas relações somente no sexo feminino com a prática de atividade física suficiente no lazer, o consumo de frutas e hortaliças e a participação em associações comunitárias.

Os achados revelam a importância de políticas que promovam comportamentos saudáveis, incentivo à participação social, busca mais frequente por serviços de saúde. Igualmente, demonstram a importância de políticas públicas para a melhoria da renda na população com menor escolaridade, pois essa é uma variável intrinsecamente ligada às desigualdades sociais em saúde.

Editado por: Tamires Carneiro de Oliveira Mendes

REFERÊNCIAS

1. Wuorela M, Lavonius S, Salminen M, Vahlberg T, Viitanen M, Viikari L. Self-rated health and objective health status as predictors of all-cause mortality among older people: a prospective study with a 5, 10, and 27-year follow-up. *BMC Geriatr.* 2020;20(120).
2. Szybalska A, Broczek K, Puzianowska-Kuznicka M, Slusarczyk P, Chudek J, Skalska A, Mossakowska M. Self-rated health and its association with all-cause mortality of older adults in Poland: The PolSenior project. *Arch Gerontol Geriatr.* 2018;79:13-20.







3. Borim FS, Neri AL, Francisco PM, Barros MB. Dimensions of self-rated health in older adults. *Rev Saude Publica*. 2014;48(5):714-722.
4. Silva TR, Menezes PR. Autopercepção de saúde: um estudo com idosos de baixa renda de São Paulo. *Rev Med (São Paulo)*. 2007;86(1):28-38.
5. Bombak AE. Self-rated health and public health: a critical perspective. *Front Public Health*. 2013;1-15.
6. Veras RP, Oliveira M. Envelhecer no Brasil: a construção de um modelo de cuidado. *Ciênc Saúde Colet*. 2018;23(6):1929-36.
7. Camargo-Casas S, Suarez-Monsalve S, Zepeda MUP, García-Pena C, Cano-Gutierrez CA. Multimorbidity, Depressive Symptoms, and Self-Reported Health in Older Adults: a Secondary Analysis of the Sabe Bogota Study. *Rev Inves Clin*. 2018;70(4):192-197.
8. Gomes MM, Paixão LA, Faustino AM, Cruz RC, Moura LB. Marcadores da autopercepção positiva de saúde de pessoas idosas no Brasil. *Acta Paul Enferm*. 2021;34:eAPE02851.
9. Reichert FF, Loch MR, Capilheira MF. Autopercepção de saúde em adolescentes, adultos e idosos. *Cien Saude Colet*. 2012;17(12):3353-3362.
10. Machón M, Vergara I, Dorronsoro M, Vrotsou K, Larrañaga I. Self-perceived health in functionally independent older people: associated factors. *BMC Geriatr*. 2016;16(66).
11. Reyes-Ortiz C, Payan C, Altamar G, Gómez F, Koenig H. Religiosity and self-rated health among older adults in Colombia. *Colomb Med North America*. 2019;50(2):67-76.
12. Andrade FCD, Mehta JD. Increasing educational inequalities in self-rated health in Brazil, 1998-2013. *Plos One*. 2018;13(4):e0196494.
13. Carneiro JA, Gomes CAD, Durães W, Jesus DR, Chaves KLL, Lima CA, Costa FM, Caldeira AP. Autopercepção negativa da saúde: Prevalência e fatores associados entre idosos assistidos em centro de referência. *Cien Saude Colet*. 2020;25(3):909-918.
14. Barata RB. Ser rico faz bem à saúde? In: Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009.
15. Zajacova A, Lawrence E. The Relationship Between Education and Health: Reducing Disparities Through a Contextual Approach. *Annu Rev Public Health*. 2018;39:273-289.
16. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística/IBGE. Coordenação de Trabalho e Rendimento. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua: Educação 2018a – Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2018a.
17. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística/IBGE. Projeções da População 2018b. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9109-projecao-da-populacao.html?=&t=o-que-e>>. Acesso em: 08 set 2021.
18. Peres MAC. Velhice e analfabetismo, uma relação paradoxal: a exclusão educacional em contextos rurais da região Nordeste. *Soc Estado*. 2011;26(3).
19. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística/IBGE. Coordenação de Trabalho e Rendimento. Pesquisa nacional de saúde 2019: atenção primária à saúde e informações antropométricas – Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2019.
20. Stopa SR, Szwarcwald CL, Oliveira MM, Govea ECDP, Vieira MLFP, Freitas MPS, Sardinha LMV, Macário EM. Pesquisa Nacional de Saúde 2019: histórico, métodos e perspectiva. *Epidemiol Serv Saude*. 2020;29(5).
21. Confortin SC, Giehl MWC, Antes DL, Schneider IJC, d'Orsi E. Autopercepção positiva de saúde em idosos: estudo populacional no Sul do Brasil. *Cad de Saúde Pública*. 2015;32(5).
22. Silva RJ, Smith-Menezes A, Tribess S, Romo-Perez V, Virtuoso JS. Prevalência e fatores associados a percepção negativa da saúde em pessoas idosas do Brasil. *Rev Bras Epidemiol*. 2012;15(1):49-62.
23. Lindemann IL, Reis NR, Mintem GC, Menzonza-Sassi RA. Autopercepção da saúde entre adultos e idosos usuários da Atenção Básica de Saúde. *Cien Saude Colet*. 2019;24(1):45-52.
24. Chiavegatto Filho ADP, Laurenti R. Disparidades étnico raciais em saúde autoavaliada: análise multinível de 2,697 indivíduos residentes em 145 municípios brasileiros. *Cad Saúde Pública*. 2013;29(8):1572-1582.
25. Brasil CH, Maia LC, Caldeira AP, Figueiredo MFS, Pinho L. Autopercepção positiva de saúde entre idosos não longevos e longevos e fatores associados. *Cien Saude Colet*. 2020;26(suppl 3):5157-5170.
26. Santos AMA, Jacinto PA, Tejada CAO. Causalidade entre Renda e Saúde: Uma Análise Através da Abordagem de Dados em Painel com os Estados do Brasil. *Estud Econ*. 2012;42(2):229-61.
27. Jesus SR, Aguiar HJR. Autopercepção positiva de saúde entre idosos na região Nordeste do Brasil. *BJHR*. 2021;4(5):20025-41.
28. Uchino BN. Support and Health: A Review of Physiological Processes Potentially Underlying Links to Disease Outcomes. *J Behav Med*. 2006;29:377-387.

29. Feenstra M, van Munster BC, MacNeil Vroomen JL, de Rooij SE, Smidt N. Trajectories of self-rated health in an older general population and their determinants: the Lifelines Cohort Study. *BMJ Open*. 2020;10(2):e035012.
30. Babo M, Poinhos R, Franchini B, Afonso C, Oliveira BMPM, Almeida MDV. The relationship between health self-perception, food consumption, and nutritional status among Portuguese older adults. *Eur J Clin Nutr*. 2019; 73(12):1613-1617.
31. Han J. Physical activity and self-rated health: role of contexts. *Psychol Health Med*. 2021;26(3):347-358.
32. Andrade GF, Loch MR, Silva AMR. Mudanças de comportamentos relacionados à saúde como preditores de mudanças na autopercepção de saúde: estudo longitudinal (2011-2015). *Cad. Saúde Pública*. 2019;35(4): e00151418.
33. World Health Organization/WHO. Non communicable diseases 2021. Disponível em: <<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>>. Acesso em: 20 set 2021.



Multimorbidade em idosos comunitários: prevalência e fatores associados

Multimorbidity in community-dwelling older adults: prevalence and associated factors

Maria Suely Fernandes Gusmão¹ 
Pâmela de Oliveira Cunha² 
Brenda Gomes dos Santos² 
Fernanda Marques da Costa³ 
Antônio Prates Caldeira³ 
Jair Almeida Carneiro³ 

Resumo

Objetivo: analisar a prevalência de multimorbidade em idosos e seus fatores associados. **Método:** estudo transversal, parte de uma coorte de base populacional, realizado em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. Realizou-se uma amostragem probabilística, por conglomerados, em dois estágios: por setor censitário e por domicílios, segundo a densidade populacional de idosos. A variável dependente foi a multimorbidade, considerando o acúmulo simultâneo de duas ou mais e três ou mais doenças crônicas em idosos comunitários. Foram estimadas as razões de prevalência por meio da regressão de Poisson, com variância robusta. **Resultado:** a prevalência de multimorbidade em idosos, com duas ou mais e três ou mais doenças crônicas, foi de 67,8% e 43,4%, respectivamente. Após análise múltipla, o sexo feminino (RPaj=1,15; IC95% 1,04-126)/(RPaj=1,19; IC95% 108-1,31), a fragilidade (RPaj=1,15; IC95% 1,05-1,27)/(RPaj= 1,28; IC95% 1,16-1,41) e a realização de consulta médica nos últimos 12 meses (RPaj=1,25; IC95% 1,06-1,47)/(RPaj=1,22; IC95% 1,06-1,41) relacionaram-se à multimorbidade, tanto com duas ou mais, quanto com três ou mais doenças crônicas, respectivamente. A autopercepção de saúde ruim (RPaj=1,20; IC95% 1,09-1,32) associou-se à multimorbidade com duas ou mais doenças crônicas, enquanto não possuir plano de saúde particular (RPaj=1,14; IC95% 1,04-1,25) foi associado à multimorbidade com três ou mais doenças crônicas. **Conclusão:** A prevalência de multimorbidade foi alta em idosos comunitários, considerando duas ou mais e três ou mais doenças crônicas. O conhecimento dessas condições pode auxiliar nas ações de promoção, prevenção e vigilância em saúde de idosos comunitários.

Palavras-chave:

Envelhecimento.
Multimorbidade.
Doenças crônicas. Idoso.
Epidemiologia. Fatores de risco.

¹ Universidade Estadual de Montes Claros, Programa de Pós-Graduação em Cuidado Primário em Saúde. Montes Claros, MG, Brasil.

² Universidade Estadual de Montes Claros, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde (CCBS). Montes Claros, MG, Brasil.

³ Universidade Estadual de Montes Claros, Programa de Pós-Graduação em Cuidado Primário em Saúde da Unimontes, Centro Universitário FIPMoc/Afya (UNIFIPMoc/Afya). Montes Claros, MG, Brasil.

Não houve financiamento para a execução deste trabalho.

Os autores declaram não haver conflito na concepção deste trabalho.

Correspondência/Correspondence
Maria Suely Fernandes Gusmão
suelyfergusmao@gmail.com

Recebido: 28/06/2022
Aprovado: 11/11/2022

Abstract

Objective: to analyze the prevalence of multimorbidity in the elderly and its associated factors. **Method:** cross-sectional study, part of a population-based cohort, carried out in Montes Claros, Minas Gerais, Brazil. A probabilistic sampling was carried out, by conglomerates, in two stages: by census sector and by households, according to the population density of the elderly. The dependent variable was multimorbidity, considering the simultaneous accumulation of two or more and three or more chronic diseases in community-dwelling elderly. Prevalence ratios were estimated using Poisson regression, with robust variance. **Result:** the prevalence of multimorbidity in the elderly, considering two or more and three or more chronic diseases, was 67.8% and 43.4%, respectively. After multiple analysis, the female sex (PRaj=1.15; 95%CI 1.04-1.26)/(PRaj=1.19; 95%CI 1.08-1.31), frailty (PRaj=1.15; 95%CI 1.05-1.27)/(PRaj= 1.28; 95%CI 1.16-1.41) and medical consultation in the last 12 months (PRaj=1.25; 95%CI 1.06-1.47)/(PRaj=1.22; 95%CI 1.06-1.41) were associated with multimorbidity, both with two or more and with three or more chronic diseases, respectively. Poor self-perception of health (PRaj=1.20; 95%CI 1.09-1.32) was associated with multimorbidity with two or more chronic diseases, while not having a private health plan (PRaj=1.14; 95%CI 1.04-1.25) was associated with multimorbidity with three or more chronic diseases. **Conclusion:** The prevalence of multimorbidity was high in community-dwelling elderly, considering two or more and three or more chronic diseases. Knowledge of these conditions can help in health promotion, prevention and surveillance actions for community-dwelling elderly people.

Keywords: Aging.
Multimorbidity. Chronic diseases. Elderly.
Epidemiology. Risk Factors.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional decorrente do declínio da fecundidade e da redução da mortalidade proporcionou uma mudança no perfil epidemiológico da população¹. Junto à maior expectativa de vida, uma carga de doenças e agravos não transmissíveis também sobrevieram, ocasionando a multimorbidade em idosos e, conseqüentemente, uma maior demanda por serviços de saúde².

A multimorbidade pode ser definida como a presença de duas ou mais doenças crônicas simultaneamente no mesmo indivíduo^{3,4}. Porém, outros autores consideram essa condição como a presença de três ou mais condições crônicas. Há uma diversidade na concepção dessa condição no que diz respeito ao número de doenças crônicas. Essa variedade metodológica e a ausência de um consenso na sua definição originam desigualdades nas estatísticas de prevalência^{5,6}.

A multimorbidade piora a qualidade de vida, eleva o risco de morte e se torna também um desafio para os serviços de saúde, devido aos maiores custos com consultas médicas e internações prolongadas⁷. Por sua prevalência e gravidade, a prevenção e o

acompanhamento da multimorbidade têm se tornado uma prioridade para a saúde pública^{3,4}. A prevalência dessa condição em idosos é alta, com um percentual que pode atingir mais de 50%, considerando a presença de duas ou mais doenças crônicas, com tendência a aumentar com o envelhecimento populacional⁸.

Diante desse importante desafio para a saúde pública, sobretudo a multimorbidade em idosos, justifica-se a necessidade de estudos que possam ampliar a discussão, com vistas ao aprimoramento dos cuidados à saúde da pessoa idosa. Os aspectos relacionados a essa condição são considerados indicadores essenciais para avaliar a saúde de idosos, assim como oferecer informações imprescindíveis para a elaboração de políticas públicas, contribuir para ampliar a reflexão acerca do planejamento em saúde e auxiliar a compreensão acerca da magnitude da multimorbidade em âmbito nacional⁹. Ademais, os resultados nos permitirão conhecer as características sociodemográficas dos idosos portadores de multimorbidades e suas condições de saúde e, assim, possibilitar a formulação de estratégias voltadas para a prevenção e vigilância desses agravos para os idosos comunitários. Além disso, esta pesquisa poderá agregar conhecimento às demais contribuições científicas, visto que boa

parte dos autores que se propuseram a estudar esse tema o fizeram em populações de pequeno porte. Este estudo apresenta o seguinte questionamento: Qual é a prevalência de multimorbidade em idosos e seus possíveis fatores determinantes? A partir desse questionamento, desenha-se uma ampla discussão sobre a multimorbidade, que representa o acúmulo de duas ou mais e três ou mais doenças. Permite-se, assim, uma análise mais completa e profunda sobre a temática.

Nesse contexto, este estudo tem por objetivo analisar a prevalência de multimorbidade em idosos e seus fatores associados.

MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal alinhado a uma coorte de base populacional, de caráter analítico e domiciliar. O estudo foi desenvolvido com idosos comunitários na cidade de Montes Claros, localizada no Norte de Minas Gerais, Brasil. O município conta com uma população estimada em 2021 de aproximadamente 417.478 habitantes e representa o principal polo urbano regional¹⁰.

O tamanho da amostra na linha de base foi calculado para estimar a prevalência de cada desfecho em saúde investigado no inquérito epidemiológico, considerando uma população estimada de 30.790 idosos, residentes na região urbana, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), com um nível de confiança de 95%, uma prevalência conservadora de 50% para os desfechos desconhecidos e um erro amostral de 5%. Por tratar-se de amostragem por conglomerados, o número identificado foi multiplicado por um fator de correção e efeito de delineamento (*deff*) de 1,5% e acrescido de 15% para eventuais perdas. O número mínimo de idosos definido pelo cálculo amostral foi de 656 pessoas.

Na linha de base do estudo, ocorrido entre maio e julho de 2013, o processo de amostragem foi probabilístico, por conglomerados e em dois estágios. No primeiro estágio, o setor censitário foi utilizado como unidade amostral. No segundo estágio, foi definido o número de domicílios,

conforme a densidade populacional de idosos com idade maior ou igual a 60 anos.

A fim de dar continuidade à investigação de saúde desses idosos, foi realizada a primeira onda do estudo, entre os meses de novembro de 2016 e fevereiro de 2017, configurando o segundo estágio. Nessa etapa, o domicílio de todos os idosos que participaram na linha de base foi considerado elegível para outra entrevista.

A população da presente investigação é composta pelos idosos que permaneceram no estudo durante o seguimento da primeira onda. A opção por trabalhar com a população da primeira onda se deve a esses dados serem mais recentes. A fim de garantir representatividade semelhante entre a população da linha de base e a da primeira onda, foi realizada a análise de perda diferencial por meio do teste qui-quadrado de Pearson.

Destaca-se que, ao se optar por trabalhar com os idosos que permaneceram no estudo, não há comprometimento em relação ao seu poder estatístico, já que a quantidade de idosos que se mantiveram na investigação é superior ao número mínimo amostral para estudos de prevalência. Isso pode ser evidenciado pelos seguintes parâmetros amostrais para estudos transversais: população de 30.790 idosos, prevalência conservadora de 50%, erro amostral de 5% e intervalo de confiança de 95%, que perfazem um cálculo mínimo de 380 pessoas.

A variável desfecho foi a multimorbidade, representada pelo acúmulo simultâneo de duas ou mais, bem como de três ou mais doenças crônicas em idosos comunitários. As comorbidades incluídas foram: acidente vascular encefálico, asma, embolia pulmonar, diabetes mellitus, doença cardíaca, doença osteoarticular, doença pulmonar obstrutiva crônica, hipertensão arterial sistêmica, neoplasia e osteoporose. Nesse sentido, a variável dependente foi dicotomizada em dois níveis: sem multimorbidade (até uma doença crônica autorreferida) e com multimorbidade (duas ou mais doenças crônicas autorreferidas), bem como sem multimorbidade (até duas doenças crônicas autorreferidas) e com multimorbidade (três ou mais doenças crônicas autorreferidas).

As variáveis de exposição analisadas foram igualmente dicotomizadas: sexo (masculino ou feminino), faixa etária (até 79 anos ou ≥ 80 anos), situação conjugal (com ou sem companheiro), arranjo familiar (residir sozinho ou acompanhado), escolaridade (até quatro anos de estudo ou mais que quatro anos de estudo), alfabetização (sabe ler ou não), renda própria (sim ou não), renda familiar mensal (até um salário mínimo ou mais que um salário mínimo), prática religiosa (sim ou não), tabagismo (sim ou não), polifarmácia (sim ou não), perda de peso nos últimos três meses (sim ou não), presença de cuidador (sim ou não), queda nos últimos 12 meses (sim ou não), consulta médica nos últimos 12 meses (sim ou não), internação nos últimos 12 meses (sim ou não), dificuldade de acesso ao serviço de saúde (sim ou não) e plano de saúde particular (sim ou não).

Também foram consideradas variáveis independentes a autopercepção de saúde e a fragilidade. A autopercepção de saúde foi avaliada por meio da questão “Como o(a) Sr.(a). classificaria seu estado de saúde?”, cujas respostas possíveis eram “muito bom”, “bom”, “regular”, “ruim” ou “muito ruim”. Assumiu-se como percepção positiva da saúde as respostas “muito bom” e “bom”. Por outro lado, as respostas “regular”, “ruim” e “muito ruim” foram classificadas como percepção negativa da saúde¹¹. A fragilidade foi identificada pela *Edmonton Frail Scale - EFS*¹², considerada uma ferramenta de fácil manuseio e aplicação por todos os profissionais da área da saúde. A EFS inclui nove domínios: cognição, estado de saúde, independência funcional, suporte social, uso de medicamento, nutrição, humor, continência urinária e desempenho funcional, distribuídos em 11 itens com pontuação de 0 a 17. O escore final de 0 a 4 indica que não há presença de fragilidade; 5 e 6 definem o idoso como aparentemente vulnerável para fragilidade; 7 e 8, como fragilidade leve; 9 e 10, como fragilidade moderada; e 11 ou mais pontos, como fragilidade severa^{12,13}. Os resultados dessa variável independente foram dicotomizados em dois níveis: sem fragilidade (escore final ≤ 6) e com fragilidade (escore final >6).

As análises bivariadas foram realizadas para identificar os fatores associados à variável resposta

pelo teste qui-quadrado de Pearson. Aquelas que se mostraram associadas até o nível de 20% ($p \leq 0,20$) foram selecionadas para análises de associação múltipla entre as variáveis de exposição e a variável desfecho, por meio de regressão múltipla de Poisson, com variância robusta. A magnitude das associações foi estimada a partir das razões de prevalência (RP), seguidas de seus respectivos Intervalos de Confiança de 95% (IC 95%), sendo adotado para o modelo final o nível de significância de 5% ($p < 0,05$). Para escolha do modelo final mais ajustado foram utilizados os testes de ajuste *Deviance goodness-of-fit* e de *Pearson goodness-of-fit*, também foram analisados valores e mudanças do *Log Likelihood*. A análise dos resíduos foi feita por meio do R2 ajustado. A multicolinearidade foi avaliada e por meio dela foram identificadas variáveis correlacionadas entre si que foram retiradas para melhor ajuste do modelo final. As informações coletadas foram analisadas por meio do programa *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*, versão 20.0 (SPSS).

Todos os participantes foram orientados sobre a pesquisa e apresentaram a sua anuência ao assinar o termo de consentimento livre e esclarecido. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Integradas Pitágoras de Montes Claros, por meio do Parecer Consubstanciado nº 1.629.395, respeitando a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde/ Ministério da Saúde.

RESULTADOS

Participaram desta pesquisa 394 idosos comunitários, dentre aqueles 685 idosos avaliados no ano-base, pois 67 idosos não foram encontrados na residência após a realização de três visitas, 78 idosos mudaram de endereço residencial e não foram localizados, 92 idosos se recusaram a participar da segunda fase e 54 idosos haviam falecido.

A Tabela 1 apresenta a comparação das características do ano-base entre a população de idosos acompanhada e a população de idosos perdida durante o seguimento deste estudo. Não foram encontradas diferenças significativas para as principais características dos grupos, o que destaca uma perda não diferencial.

Tabela 1. Comparação das principais características entre idosos acompanhados e perdidos na primeira onda de seguimento do estudo. Montes Claros, MG, 2013-2017.

Variáveis	Acompanhados n (%)	Perdas de seguimento n (%)	p-valor
Sexo			0,163
Masculino	130 (33,0)	111 (38,1)	
Feminino	264 (67,0)	180 (61,9)	
Faixa etária			0,089
< 80 anos	341(86,5)	238 (81,8)	
≥ 80 anos	53 (13,5)	53 (18,2)	
Escolaridade			0,964
≤ 4 anos	300 (76,1)	222 (76,3)	
> 4 anos	94 (23,9)	69 (23,7)	
Renda familiar mensal			0,158
≤ 1 salário mínimo	121 (30,7)	75 (25,8)	
> 1 salário mínimo	273 (69,3)	216 (74,2)	
Hipertensão Arterial			0,937
Sim	280 (71,1)	206 (70,8)	
Não	114 (28,0)	85 (29,2)	
Diabetes <i>Mellitus</i>			0,137
Sim	80 (20,3)	73 (25,1)	
Não	314 (79,7)	218 (74,9)	
Sintomas depressivos			0,870
Sim	116 (29,4)	84 (28,9)	
Não	278 (70,6)	207 (71,1)	
Polifarmácia			0,229
Sim	86 (21,8)	75 (25,8)	
Não	308 (78,2)	216 (74,2)	
Fragilidade			0,209
Frágil	132 (33,5)	111 (38,1)	
Não frágil	262 (66,5)	180 (61,9)	

A prevalência de multimorbidade entre os idosos, considerando duas ou mais, três ou mais, quatro ou mais e cinco ou mais doenças crônicas foi de 67,8%, 43,4%, 23,1% e 9,6%, respectivamente.

A Tabela 2 evidencia que as variáveis (análise bivariada) que se mostraram estatisticamente associadas à multimorbidade com duas ou mais Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) (autorreferidas) foram o sexo feminino (67%), possuir cuidador (12%), a ocorrência de queda nos últimos 12 meses (31%), a autopercepção de saúde ruim (53%), a presença de fragilidade (37%) e a realização de consulta nos últimos 12 meses (91%).

Em análise da Tabela 3, percebe-se que as variáveis (análise bivariada) sexo feminino (67%), faixa etária (92%), queda nos últimos 12 meses (31%), autopercepção de saúde ruim (53%), possuir fragilidade (37%) e consulta nos últimos 12 meses (91%) mantiveram-se associadas à multimorbidade entre os idosos que apresentaram três ou mais DCNT (autorreferidas). Quanto à situação conjugal (51%), declararam não possuir companheiro, e o grau de escolaridade (75%) predominante foi até quatro anos ou menos de estudos, com (24%) das pessoas analfabetas. Entre os idosos, (62%) afirmaram não possuir plano de saúde particular.

Tabela 2. Caracterização demográfica, social, econômica e cuidados relacionados à saúde de idosos comunitários e fatores associados à multimorbidade com duas ou mais DCNT (análise bivariada). Montes Claros, MG, 2017.

Variáveis independentes	Multimorbidade com duas ou mais DCNT			RP	IC 95%	p
	Total Amostra n(%)	Sim n(%)	Não n(%)			
Sexo						0,005
Masculino	131(33,0)	76 (58,0)	55 (42,0)	1		
Feminino	263(67,0)	191(72,6)	72 (27,4)	1,09	1,03-1,16	
Faixa etária						0,669
< 79 anos	302(76,0)	203(67,2)	99 (32,8)	1		
≥ 80 anos	92 (23,0)	64 (69,6)	28 (30,4)	1,01	0,95-1,08	
Situação conjugal						0,185
Com companheiro	195(49,0)	126(64,6)	69 (35,4)	1		
Sem companheiro	199(51,0)	141(70,9)	58 (29,1)	1,04	0,98-1,10	
Arranjo familiar						0,143
Não reside sozinho	344(87,0)	229(66,6)	115(33,4)	1		
Reside sozinho	50 (13,0)	38 (76,0)	12 (24,0)	1,06	0,98-1,14	
Escolaridade						0,092
> 5 anos	99 (25,0)	60 (60,6)	39 (39,4)	1		
≤ 4 anos	295(75,0)	207(70,2)	88 (29,8)	1,06	0,991-1,13	
Sabe ler						0,978
Sim	300(76,0)	206(68,7)	94 (31,3)	1		
Não	94 (24,0)	61 (64,9)	33 (35,1)	0,98	0,91-1,04	
Prática religiosa						0,326
Sim	381(97,0)	260(68,2)	121(31,8)	1		
Não	13 (3,0)	7 (53,8)	6 (46,2)	0,91	0,76-1,09	
Renda própria						0,316
Sim	355(90,0)	238(67,0)	117(33,0)	1		
Não	39 (10,0)	29 (74,4)	10 (25,6)	1,04	0,96-1,13	
Renda familiar mensal						0,212
>1 salário mínimo	292(74,0)	193(66,1)	99 (33,9)	1		
≤1 salário mínimo	102(26,0)	74 (72,5)	28 (27,5)	1,04	0,98-1,10	
Tabagismo						0,998
Não	363(92,0)	246(67,8)	117(32,2)	1		
Sim	31 (8,0)	21 (67,7)	10 (32,3)	1,00	0,90-1,11	
Ter cuidador						0,005
Não	348(88,0)	229(65,8)	119(34,2)	1		
Sim	46 (12,0)	38 (82,6)	8 (17,4)	1,10	1,03-1,18	
Quedas nos últimos 12 meses						0,063
Não	271(69,0)	176(64,9)	95 (35,1)	1		
Sim	123(31,0)	91 (74,0)	32 (26,0)	1,05	1,00-1,11	
Autopercepção de saúde						<0,001
Boa	187(47,0)	104(55,6)	83 (44,4)	1		
Ruim	207(53,0)	163(78,7)	44 (21,3)	1,15	1,09-1,21	

continua

Continuação da Tabela 2

Variáveis independentes	Multimorbidade com duas ou mais DCNT			RP	IC 95%	<i>p</i>
	Total Amostra n(%)	Sim n(%)	Não n(%)			
Fragilidade						<0,001
Não frágil	249(63,0)	150(60,2)	99 (39,8)	1		
Frágil	145(37,0)	117(80,7)	28 (19,3)	1,13	1,07-1,19	
Consulta nos últimos 12 meses						0,007
Não	34 (9,0)	15 (44,1)	19 (55,9)	1		
Sim	360(91,0)	252(70,0)	108(30,0)	1,18	1,05-1,33	
Internação nos últimos 12 meses						0,627
Não	337(86,0)	230(68,2)	107(31,8)	1		
Sim	57 (14,0)	37 (64,9)	20 (35,1)	0,98	0,90-1,06	
Dificuldade de acesso ao serviço de saúde						0,080
Não	214(54,3)	137(64,0)	77 (36,0)	1		
Sim	180(45,7)	130(72,2)	50 (27,8)	1,05	0,99-1,11	
Plano de saúde particular						0,276
Sim	149(38,0)	96 (64,4)	53 (35,6)	1		
Não	245(62,0)	171(69,8)	74 (30,2)	1,03	0,97-1,09	

Tabela 3. Caracterização demográfica, social e econômica, cuidados relacionados à saúde de idosos comunitários e fatores associados à multimorbidade com três ou mais DCNT (análise bivariada). Montes Claros, MG, 2017.

Variáveis independentes	Multimorbidade com três ou mais DCNT			RP	IC 95%	<i>p</i>
	Total Amostra n(%)	Sim n(%)	Não n(%)			
Sexo						<0,001
Masculino	131(33,0)	41 (31,3)	90 (68,7)	1		
Feminino	263(67,0)	130(49,4)	133(50,6)	1,14	1,06–1,22	
Faixa etária						0,049
< 79 anos	302(76,0)	123(40,7)	179(59,3)	1		
≥ 80 anos	92 (23,0)	48 (52,2)	44 (47,8)	1,08	1,00–1,17	
Situação conjugal						0,030
Com companheiro	195(49,0)	74 (37,9)	121(62,1)	1		
Sem companheiro	199(51,0)	97 (48,7)	102(51,3)	1,08	1,01–1,15	
Arranjo familiar						0,927
Não reside sozinho	344(87,0)	149(43,3)	195(56,7)	1		
Reside sozinho	50 (13,0)	22 (44,0)	28 (56,0)	1,00	0,91–1,11	
Escolaridade						0,004
> 5 anos	99 (25,0)	68 (68,7)	31 (31,3)	1		
≤ 4 anos	295(75,0)	155(52,5)	140(47,5)	1,12	1,04–1,22	

continua

Continuação da Tabela 3

Variáveis independentes	Multimorbidade com três ou mais DCNT			RP	IC 95%	<i>p</i>
	Total Amostra n(%)	Sim n(%)	Não n(%)			
Sabe ler						0,025
Sim	300(76,0)	121(40,3)	179(59,7)	1		
Não	94 (24,0)	50 (53,2)	44 (46,8)	1,09	1,01–1,18	
Prática religiosa						0,338
Sim	381(97,0)	167(43,8)	214(56,2)	1		
Não	13 (3,0)	4 (30,8)	9 (69,2)	0,91	0,75–1,10	
Renda própria						0,155
Sim	355(90,0)	150(42,3)	205(57,7)	1		
Não	39 (10,0)	21 (53,8)	18 (46,2)	1,08	0,97–1,20	
Renda familiar mensal						0,525
> 1salário mínimo	292(74,0)	124(42,5)	168(57,5)	1		
≤ 1salário mínimo	102(26,0)	47 (46,1)	55 (53,9)	1,02	0,95–1,11	
Tabagismo						0,030
Não	363(92,0)	163(44,9)	200(55,1)	1		
Sim	31 (8,0)	8 (25,8)	23 (74,2)	0,87	0,76–0,99	
Ter cuidador						0,101
Não	348(88,0)	146(42,0)	202(58,0)	1		
Sim	46 (12,0)	25 (54,3)	21 (45,7)	1,09	0,98–1,20	
Quedas nos últimos 12 meses						0,010
Não	271(69,0)	106(39,1)	165(60,9)	1		
Sim	123(31,0)	65 (52,8)	58 (47,2)	1,10	1,02–1,18	
Autopercepção de saúde						<0,001
Boa	187(47,0)	64 (34,2)	123(65,8)	1		
Ruim	207(53,0)	107(51,7)	100(48,3)	1,13	1,06–1,21	
Fragilidade						<0,001
Não frágil	249(63,0)	85 (34,1)	164(65,9)	1		
Frágil	145(37,0)	86 (59,3)	59 (40,7)	1,19	1,11–1,27	
Consulta nos últimos 12 meses						0,008
Não	34 (9,0)	8 (23,5)	26 (76,5)	1		
Sim	360(91,0)	163(45,3)	197(54,7)	1,18	1,04–1,33	
Internação nos últimos 12 meses						0,278
Não	337(86,0)	150(44,5)	187(55,5)	1		
Sim	57 (14,0)	21 (36,8)	36 (63,2)	0,95	0,86–1,04	
Dificuldade de acesso ao serviço de saúde						0,665
Não	214(54,3)	95 (44,4)	119(55,6)	1		
Sim	180(45,7)	76 (42,2)	104(57,8)	0,98	0,92–1,05	
Plano de Saúde particular						0,007
Sim	149(38,0)	52 (34,9)	97 (65,1)	1		
Não	245(62,0)	119(48,6)	126(51,4)	1,10	1,07–1,18	

As variáveis que se mostraram associadas até o nível de 20% ($p \leq 0,20$) foram selecionadas para análises de associação múltipla entre as variáveis de exposição e a variável desfecho por meio de regressão múltipla de *Poisson*, com variância robusta. A magnitude das associações foi estimada a partir das razões de prevalência (RP), seguidas de seus respectivos Intervalos de Confiança de 95% (IC 95%), sendo adotado para o modelo final o nível de significância de 5% ($p < 0,05$).

Após análise múltipla, as variáveis que se mantiveram estatisticamente associadas à multimorbidade em

idosos comunitários com duas ou mais doenças crônicas foram: sexo feminino (RPaj=1,15; IC95% 1,04-1,26), autopercepção de saúde ruim (RPaj=1,20; IC95% 1,09-1,32), fragilidade (RPaj=1,15; IC95% 1,05-1,27) e ter realizado consulta médica nos últimos 12 meses (RPaj=1,25; IC95% 1,06-1,47). Ao se considerar três ou mais doenças crônicas, estiveram estatisticamente associados à multimorbidade o sexo feminino (RPaj=1,19; IC95% 1,08-1,31), não possuir plano de saúde particular (RPaj=1,14; IC95% 1,04-1,25), a fragilidade (RPaj= 1,28; IC95% 1,16-1,41) e ter realizado consulta médica nos últimos 12 meses (RPaj=1,22; IC95% 1,06-1,41) (Tabela 4).

Tabela 4. Fatores associados à multimorbidade em idosos comunitários (análise múltipla). Montes Claros, MG, 2017.

Variáveis independentes	Multimorbidade com duas ou mais DCNT			Multimorbidade com três ou mais DCNT		
	RPaj	IC95%	<i>p</i>	RPaj	IC95%	<i>p</i>
Sexo			0,005			
Masculino	1			1		
Feminino	1,15	1,04 – 1,26		1,19	1,08 - 1,31	<0,001
Autopercepção de saúde			<0,001			-
Boa	1			-	-	
Ruim	1,20	1,09 – 1,32		-	-	
Fragilidade						
Não	1		0,002	1		<0,001
Sim	1,15	1,05 – 1,27		1,28	1,16 - 1,41	
Consulta nos últimos 12 meses						
Não	1		0,008	1		
Sim	1,25	1,06 – 1,47		1,22	1,06 - 1,41	0,005
Plano de saúde particular						
Sim	-	-	-	1		0,006
Não	-	-		1,14	1,04 - 1,25	

Ajuste do modelo final: com duas ou mais DCNT - *Deviance goodness-of-fit* (50,085) de *Pearson goodness-of-fit* (46,723), *Log Likelihood* (-500,972), *R2* (0,185). Com três ou mais DCNT - *Deviance goodness-of-fit* (58,782) de *Pearson goodness-of-fit* (59,520), *Log Likelihood* (-475,873), *R2* (0,324), *Collinearity Statistic* entre as variáveis do modelo final todas que permaneceram apresentaram valores dentro recomendado (*Tolerance* > 0,1 e *VIF* <10).

DISCUSSÃO

Este estudo analisou a prevalência de multimorbidade em idosos comunitários e permitiu conhecer alguns fatores associados. A prevalência de multimorbidade encontrada, considerando duas ou mais e três ou mais doenças crônicas, foi de 67,8% e 43,4%, respectivamente. A multimorbidade foi maior entre mulheres, frágeis, que realizaram consulta médica nos últimos 12 meses, com autopercepção de saúde ruim e que não possuíam plano de saúde. A alteração do número de doenças crônicas acumuladas, incluídas na definição de multimorbidade, promoveu uma diferenciação na prevalência e nos fatores associados.

A prevalência de multimorbidade em idosos apresenta uma ampla variação nos estudos pesquisados. Uma revisão de literatura realizada em idosos residentes em países de alta renda encontrou prevalência de 66,1%, 44,2% e 12,3%, considerando a multimorbidade com duas ou mais, com três ou mais e com cinco ou mais doenças crônicas, respectivamente⁹. Tal resultado é parecido ao encontrado neste trabalho, o qual identificou uma prevalência de multimorbidade entre os 394 idosos comunitários com duas ou mais e três ou mais doenças crônicas de 67,8% e 43,4%, respectivamente.

Em revisão sistemática de 70 estudos, com tamanho amostral variando de 264 a 162.464 participantes e com análises globais e estratificadas, utilizou-se como ponto de corte para a definição de multimorbidade ≥ 2 doenças crônicas incluídas na meta-análise e identificou-se a prevalência de multimorbidade de 37,9% em países de alta renda, e 29,7% nos países de média e baixa renda³.

Outro estudo internacional identificou uma prevalência de multimorbidade em idosos de 30,7% na Índia¹⁴, 39,2% no Vietnã¹⁵, 45,0% em Kosovo¹⁶ e 55,0% na Suécia¹⁷. Em estudos nacionais, considerando a base de dados da Pesquisa Nacional de Saúde, a prevalência da multimorbidade na população idosa foi de 53,1%⁸ e em idosos longevos, de 57,1%¹⁸. Uma revisão integrativa identificou uma prevalência variando de 30,7% a 57,0% de multimorbidade em idosos⁵. A prevalência com duas ou mais, três ou mais, quatro ou mais e cinco ou mais condições de

saúde em idosos foi de 93,4%, 85,9%, 76,2% e 64,7%, respectivamente, em estudo realizado em Pelotas, Rio Grande do Sul².

Esses resultados sugerem uma certa tendência de menor prevalência de multimorbidade por doenças crônicas em idosos com menor renda ou residentes em países em desenvolvimento. Também é possível notar que, na região Sul do Brasil, em geral com melhores índices de desenvolvimento, a prevalência de multimorbidade foi mais alta que a observada no presente estudo. Foi semelhante àquela observada em países europeus com prováveis melhores condições sociais e de saúde. Diante dessas observações, algumas hipóteses explicativas podem ser descritas, como a possibilidade de, entre pessoas com melhor renda e residentes em locais com melhores condições sociais e de saúde, o acesso aos serviços diagnósticos ser mais adequado, o que poderia facilitar a confirmação de diversas condições crônicas. Além disso, o acesso a alimentos industrializados em populações com melhores condições socioeconômicas, considerados até certo ponto saudáveis pela indústria alimentícia, porém ricos em sal e conservantes, pode estar associado ao maior desenvolvimento de doenças crônicas. Importante salientar que essas são hipóteses explicativas que, para serem comprovadas, precisam ser objeto de estudos longitudinais.

De acordo com Salive⁷, a alta prevalência de multimorbidade com duas ou mais e três ou mais doenças pode ser explicada pelo aumento da expectativa de vida desses idosos comunitários, o que proporciona uma maior probabilidade de aquisição e acúmulo de doenças crônicas por esses indivíduos.

Considerando a alta ocorrência dessa condição, percebe-se a necessidade de se atentar aos fatores associados a essa situação. Ademais, através desse achado, verifica-se que a multimorbidade pode acarretar a alta demanda de atendimentos hospitalares, o que, conseqüentemente, gera maiores custos com cuidados e tratamento em saúde⁸. Sendo assim, tornam-se necessárias a criação de estratégias preventivas e de vigilância em saúde, visando ao cuidado qualificado desses indivíduos.

Os resultados deste estudo identificaram, após análise múltipla, que as variáveis sexo feminino, fragilidade e ter realizado consulta médica nos

últimos 12 meses associaram-se à multimorbidade em idosos comunitários, tanto com duas ou mais, como com três ou mais doenças crônicas acumuladas. Ainda, mostraram que a autopercepção de saúde ruim esteve associada à multimorbidade com duas ou mais doenças crônicas, enquanto não possuir plano de saúde particular foi associado à multimorbidade com três ou mais doenças crônicas.

O desfecho de diversos estudos identificou a associação do sexo feminino com a multimorbidade em idosos comunitários^{3,5,8,14,16,19}. Isso pode ser justificado pelo fato de as mulheres possuírem maior expectativa de vida, mesmo com a presença de doenças crônicas, em comparação aos homens⁸. Além disso, as mulheres utilizam mais os serviços de saúde, o que permite o diagnóstico precoce das condições de saúde²⁰. Outro importante ponto relacionado ao gênero é a crescente ocupação das mulheres no mercado de trabalho, que, quando associada às atribuições do lar, pode gerar uma rotina três vezes maior em relação aos homens. Há também o aspecto biológico, pois as mulheres na pós-menopausa têm uma redução do estrogênio, período em que se tornam mais suscetíveis às DCNT⁸.

A fragilidade também se mostrou associada à multimorbidade em idosos neste estudo. A multimorbidade e a fragilidade são condições complexas que estão relacionadas com o envelhecimento²¹. Trata-se da redução das reservas energéticas pelas alterações envolvidas no processo de envelhecimento, constituída pela sarcopenia, desregulação neuroendócrina e disfunção imunológica^{22,23}. A fragilidade em idosos representa um estado de vulnerabilidade fisiológica e não pode ser confundida com multimorbidade²¹, já que pode ser identificada em idosos debilitados fisiologicamente para sustentar ou retomar a homeostase após o surgimento de eventos estressores²³.

Em revisão de literatura, com estudos transversais e longitudinais, a multimorbidade foi associada à fragilidade em análises agrupadas, e a prevalência dessa condição em indivíduos frágeis foi de 72%, enquanto que a prevalência de fragilidade entre indivíduos multimórbidos foi de 16%. Estudo sugere uma associação bidirecional entre multimorbidade e fragilidade. Conclui-se que os achados encontrados

não são conclusivos para afirmar uma associação causal entre as duas condições. Ressalta-se a importância de mais estudos longitudinais, bem desenhados, a fim de desvendar a relação entre fragilidade e multimorbidade²⁴.

Este estudo encontrou uma associação entre consulta médica nos últimos 12 meses e multimorbidade em idosos comunitários. A multimorbidade é comum entre os idosos e está associada à utilização dos serviços de saúde^{15,25,26}. Pacientes com múltiplas doenças crônicas buscaram mais consultas clínicas e tiveram maior número de encaminhamentos para cuidados especializados e mais prescrições medicamentosas do que pacientes com uma ou sem doença crônica²⁵. Nesse sentido, percebe-se que o envelhecimento da população exige esforços alocados na prestação de serviços de saúde para idosos na comunidade e na capacitação dos profissionais da atenção primária para enfrentar a carga de doenças crônicas presente na população idosa¹⁴.

Pesquisas com metodologia transversal de base populacional, delineamento amostral por conglomerados, bem como análise de razões de prevalência por meio de regressão de Poisson e revisão sistemática, mostram associação da multimorbidade em idosos comunitários que referiram a autopercepção de saúde ruim^{18,21,27}. A autopercepção do estado de saúde compreende componentes físicos, cognitivos e emocionais do idoso, bem como aspectos ligados ao bem-estar e à satisfação com a própria vida. É um indicador subjetivo da percepção do idoso sobre a própria saúde¹¹.

O idoso com multimorbidade pode apresentar limitações, dificuldades de autocuidado, uso de mais medicamentos para controlar as doenças crônicas existentes, assim como necessitar de consultas médicas mais frequentes e exames complementares para a avaliação da condição de saúde^{5,28}. Assim, é possível supor que eventos como o acúmulo de DCNT refletem uma percepção negativa da própria saúde²⁹. Um estudo demonstra que a presença de doenças crônicas exerce influência na autoavaliação da saúde, de forma geral, e revela forte associação entre pior saúde percebida e aumento do número de doenças²¹.

Quanto à variável não possuir plano de saúde particular, difere dos apresentados na literatura^{8,21}, pois idosos longevos com plano de saúde médico apresentaram maior acúmulo de doenças crônicas²¹. Sabe-se que a posse de plano de saúde pode facilitar o acesso aos serviços de saúde, a realização de mais consultas médicas e, por consequência, a maior oportunidade para o diagnóstico de doenças crônicas. Todavia, idosos mais debilitados procuram adquirir planos de saúde particular a fim de melhorar o acesso aos serviços de atenção secundária e terciária^{8,21}. Pesquisa realizada no Vietnã reitera a importância do acesso aos serviços de saúde, ao mostrar a associação de multimorbidade com a incapacidade de obtenção de cuidados médicos pelos idosos¹⁶.

Alguns fatores foram associados à multimorbidade em outras investigações^{5,8,28}, mas não se mostraram presentes neste estudo: tabagismo, consumo de álcool, morar em áreas rurais, baixa escolaridade, renda familiar baixa, idosos longevos⁵, viúvos⁸ e polifarmácia²⁸. As diferenças observadas retratam provavelmente as particularidades apresentadas por grupo populacional estudado³⁰.

O conhecimento dessas condições pode auxiliar nas ações de promoção de saúde e prevenção de doenças crônicas não transmissíveis em idosos comunitários, em que a Atenção Primária à Saúde é o nível de assistência mais adequado para a abordagem da multimorbidade, pelo enfoque generalista e por possuir características complexas e amplas, que perpassam várias áreas do conhecimento médico.

Quanto às limitações do presente estudo, é preciso considerar que a multimorbidade se limita ao diagnóstico autorreferido de DCNT, sujeitando-se à subnotificação por viés de memória do idoso ou cuidador entrevistado.

REFERÊNCIAS

1. Guimarães RM, Andrade FCD. Expectativa de vida com e sem multimorbidade entre idosos brasileiros: Pesquisa Nacional de Saúde 2013. *Rev bras estud pop*. 2020; 37. doi: 10.20947/S0102-3098a0117
2. Costa CS, Flores TR, Wendt A, Neves RG, Tomasi E, Cesar JA et al. Inequalities in multimorbidity among elderly: a population-based study in a city in Southern Brazil. *Cad Saúde Pública*. 2018 34(11):e00040718. doi: 10.1590/0102-311X00040718

CONCLUSÃO

A partir dos resultados encontrados, a prevalência de multimorbidade entre os 394 idosos comunitários, com duas ou mais e três ou mais doenças crônicas, foi de 67,8% e 43,4%, respectivamente.

Ser do sexo feminino, a fragilidade e a realização de consulta médica nos últimos 12 meses associaram-se à multimorbidade em idosos comunitários, tanto com duas ou mais quanto com três ou mais doenças crônicas não transmissíveis. Por outro lado, a autopercepção de saúde ruim relacionou-se à multimorbidade com duas ou mais doenças crônicas simultâneas, enquanto não possuir plano de saúde particular associou-se à multimorbidade com três ou mais doenças crônicas.

Os resultados identificados podem impulsionar novos estudos na área da pesquisa, na assistência clínica e na saúde pública. Esses resultados também poderão contribuir para garantir a esse público, em especial, a manutenção da sua autonomia e independência. Ademais, por meio das evidências deste estudo, os perfis de idosos mais suscetíveis podem ser monitorados e atenuados com práticas voltadas para a reabilitação funcional e prevenção da multimorbidade nessa população.

Além disso, por meio desses achados, é possível implementar protocolos de rastreio que culminem na identificação do perfil funcional de idosos comunitários, o que pode viabilizar a implementação de medidas direcionadas à promoção do envelhecimento saudável com menores prevalências de multimorbidades.

Editado por: Marquiony Marques dos Santos

3. Nguyen H, Manolova G, Daskalopoulou C, Vitoratou S, Prince M, Prina AM. Prevalence of multimorbidity in community settings: A systematic review and meta-analysis of observational studies. *J Comorb.* 2019;9:2235042X19870934. doi: 10.1177/2235042X19870934
4. Christofolletti M, Duca GFD, Gerage AM, Malta DC. Simultaneidade de doenças crônicas não transmissíveis em 2013 nas capitais brasileiras: prevalência e perfil sociodemográfico. *Epidemiol. Serv. Saúde.* 2020;29(1):e2018487.
5. Melo LA, Braga LC, Leite FPP, Bittar BF, Oséas JMF, Lima KC. Factors associated with multimorbidity in the elderly: an integrative literature review. *Rev bras geriatr gerontol.* 2019;22(1). doi: 10.1590/1981-22562019022.180154
6. Romana QG, Kislaya I, Salvador MR, Gonçalves SC, Nunes B, Dias C. Multimorbidade em Portugal: dados do primeiro inquérito nacional de saúde com exame físico. *Acta Med Port.* 2019;32(1):30-37. doi: 10.20344/amp.11227
7. Salive, ME. Multimorbidity in older adults. *Epidemiol Rev.* 2013;35(1): 75-83. doi: 10.1093/epirev/mxs009
8. Melo LA, Braga LC, Leite FPP, Bittar BF, Oséas JMF, Lima KC. Prevalência e fatores associados a multimorbidades em idosos brasileiros. *Cien Saúde Coletiva.* 2020;25(10):3869-3877. doi: 10.1590/1413-812320202510.34492018
9. Ofori-Asenso R, Chin KL, Curtis AJ, Zomer E, Zoungas S, Liew D. Recent patterns of multimorbidity among older adults in high-income countries. *Popul Health Manag.* 2019;22(2):127-137. doi: 10.1089/pop.2018.0069
10. IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Montes Claros. 2021. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/montes-claros/panorama>. Acesso em: 22 set. 2022.
11. Carneiro JA, Lima CA, Costa FM, Caldeira AP. Cuidados em saúde estão associados à piora da fragilidade em idosos comunitários. *Rev Saúde Pública.* 2019;53:32. doi: 10.11606/S1518-8787.2019053000829
12. Rolfson DB, Majumdar SR, Tsuyuki RT, Tahir A, Rockwood K. Validity and reliability of the Edmonton Frail Scale. *Age ageing.* 2006;35(5):526-529, 2006. doi: 10.1093/ageing/af1041
13. Fabrício-Wehbe SCC, Schiaveto FV, Vendrusculo TRP, Haas VJ, Dantas RAS, Rodrigues RAP. Cross-cultural adaptation and validity of the "Edmonton Frail Scale-EFS" in a Brazilian elderly sample. *Revista latino-am enfermagem.* 2009;17(6):1043-1049. doi: 10.1590/S0104-11692009000600018
14. 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):e013529. doi: 10.1136/bmjopen-2016-013529
15. 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):1-7. doi: 10.1186/s12939-015-0177-8
16. 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 geriatrics.* 2013;13(1):1-9. doi: 10.1186/1471-2318-13-22
17. 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(7):1198-1200. doi: 10.2105/AJPH.2007.121137
18. Francisco PMSB, Assumpção D, Bacurau AGM, Silva DSM, Malta DC, Borim FSA. Multimorbidade e uso de serviços de saúde em idosos muito idosos no Brasil. *Rev bras Epidemiol.* 2021;24(suppl2). doi: 10.1590/1980-549720210014.supl.2
19. Leite BC, Oliveira-Figueiredo DST, Rocha FL, Nogueira MF. Multimorbidade por doenças crônicas não transmissíveis em idosos: estudo de base populacional. *Rev bras Geriatr Gerontol.* 2020;22(6):e190253. doi: 10.1590/1981-22562019022.190253
20. Barreto-Santos L, Vanconcelos-Rocha S, Souza-Lessa R, Alves-Vilela AB. Multimorbidade em idosos de um município do nordeste brasileiro: prevalência e fatores associados. *Rev salud pública.* 2019;21(5):1-7. doi: 10.15446/rsap.v21n5.77775
21. Lourenço RA, Moreira VG, Mello RGB, Santos IS, Lin SM, Pinto ALF et al. Consenso brasileiro de fragilidade em idosos: conceitos, epidemiologia e instrumentos de avaliação. *Geriatr., Gerontol. Aging (Impr.).* 2018;12(2):121-135. doi: 10.5327/Z2447-211520181800023
22. Lacas A, Rockwood K. Frailty in primary care: a review of its conceptualization and implications for practice. *BMC med.* 2012;10(1): 1-9. doi: 10.1093/gerona/gly110
23. Clegg A, Young J, Iliffe S, Rikkert MO, Rockwood K. Frailty in elderly people. *Lancet.* 2013;381(9868):752-762. doi: 10.1016/S0140-6736(12)62167-9
24. Vetrano DL, Palmer K, Marengoni A, Marzetti E, Lattanzio F, Roller-Wirnsberger R et al. Frailty and multimorbidity: a systematic review and meta-analysis. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2019;74(5):659-666. doi: 10.1093/gerona/gly110

25. Van Oostrom SH, Picavet HS, Bruin SR, Stirbu I, Korevaar JC, chellevis FG, Baan CA. Multimorbidity of chronic diseases and health care utilization in general practice. *BMC Fam Pract.* 2014;15(1):1-9. doi: 10.1186/1471-2296-15-61
26. Violán C, Foguet-Boreu Q, Roso-Llorach A, Rodriguez-Blanco T, Pons-Vigués M, Pujol-Ribera E et al. Burden of multimorbidity, socioeconomic status and use of health services across stages of life in urban areas: a cross-sectional study. *BMC Public Health.* 2014;14(1):1-13. doi: 10.1186/1471-2458-14-530
27. Pagotto V, Bachion MM, Silveira EAS. Autoavaliação da saúde por idosos brasileiros: revisão sistemática da literatura. *Rev Panam Salud Publica.* 2013;33(4): 302-310.
28. Cavalcanti G, Doring M, Portella MR, Bortoluzzi EC, Marcarelo A, Dellani MP. Multimorbidade associado à polifarmácia e autopercepção negativa de saúde. *Rev bras Geriatr Gerontol.* 2017;20(5):634-642. doi: 10.1590/1981-22562017020.170059
29. Medeiros SM, Silva LSR, Carneiro JA, Ramos GCF, Barbosa ATF, Caldeira AP. Fatores associados à autopercepção negativa da saúde entre idosos não institucionalizados de Montes Claros, Brasil. *Cien Saude Coletiva.* 2016;21(11):3377-3386. doi: 10.1590/1413-812320152111.18752015
30. Carneiro JA, Gomes CAD, Durães W, Jesus DR, Chaves KLL, Lima CA et al. Autopercepção negativa da saúde: prevalência e fatores associados entre idosos assistidos em centro de referência. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2020;25(3):909-918. doi:10.1590/1413-81232020253.16402018



Estratégias de enfrentamento adotadas por pessoas idosas com HIV no Brasil

Coping strategies adopted by elderly people with HIV in Brazil

Rosane Paula Nierotka¹ 

Fátima Ferretti² 

Resumo

Objetivo: desvelar as estratégias de enfrentamento adotadas pelas pessoas idosas no percurso de suas vidas para superar as dificuldades vivenciadas pela condição de ser uma pessoa com HIV. **Métodos:** Estudo qualitativo pautado no método história oral. Participaram seis idosos com HIV de um município da grande mesorregião oeste catarinense. A coleta dos dados foi realizada por meio de entrevista em profundidade no Serviço de Atendimento Especializado (SAE) e no domicílio das pessoas idosas. A análise de dados foi realizada por meio da análise de conteúdo temática. **Resultados:** As estratégias de enfrentamentos adotadas estiveram centradas no apoio dos profissionais de saúde (rede formal) e por parte da família e amigos (rede informal). Alguns adotam o sigilo do diagnóstico como modo de enfrentar os atos discriminatórios e de preconceito, já a espiritualidade fortaleceu a resiliência e a fé no tratamento e na recuperação. **Conclusão:** As estratégias de enfrentamento adotadas pelas pessoas idosas contribuíram para um viver mais adaptado a essa realidade, com menor sofrimento e maior resiliência.

Palavras-chave: Idoso. Vírus da Imunodeficiência Humana. Estratégias de Enfrentamento. Síndrome de Imunodeficiência Adquirida. HIV.

Abstract

Objective: It aims at unveiling the coping strategies adopted by the elderly people in the course of their lives to overcome the difficulties experienced by the condition of being a person with HIV. **Methods:** Qualitative study based on the oral history method. Six older adults with HIV from a city in the great west mesoregion of Santa Catarina took participated in it. Data was collected through in-depth interviews at the Specialized Care Service (SAE) and the elderly people's homes. Data analysis was performed through thematic content analysis. **Results:** The coping strategies adopted were centered on the

Keywords: Elderly. Human Immunodeficiency Virus. Coping Strategies. Acquired Immunodeficiency Syndrome. HIV.

¹ Universidade Comunitária da Região de Chapecó (Unochapecó), Área de Ciências da Saúde, Curso de Graduação de Fisioterapia. Chapecó, SC, Brasil.

² Universidade Comunitária da Região de Chapecó (Unochapecó), Área de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde. Chapecó, SC, Brasil.

Financiamento da pesquisa: Coordenação de aperfeiçoamento de pessoal de nível superior (CAPES). Bolsa de estudos de dedicação exclusiva.

Os autores declaram não haver conflito na concepção deste trabalho.

Correspondência/Correspondence
Rosane Paula Nierotka
rosanenier@hotmail.com

Recebido: 25/06/2022
Aprovado: 17/11/2022

support of health care professionals (formal network) and the part of relatives and friends (informal network). Some adopt the confidentiality of the diagnosis as a way of facing discriminatory acts and prejudice, while spirituality strengthened resilience and faith in treatment and recovery. *Conclusion:* The coping strategies adopted by the elderly patients contributed to living more adapted to this reality, with less suffering and greater resilience.

INTRODUÇÃO

No Brasil, o número de idosos com HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana) tem aumentado nos últimos anos. Apenas no ano de 2020, até o mês de junho, foram 528 novos casos de HIV em pessoas idosas e 666 casos de Aids¹. Viver com HIV, ainda hoje, está permeado pelo preconceito e pela discriminação social². Uma vida sexual sem informação ou cuidados torna o idoso mais exposto ao HIV, o que após o contágio, se configura num evento estressante³, que os leva a adotar diversas estratégias para enfrentar as adversidades de ser uma pessoa idosa com HIV.

A teoria de *coping* de Folkman e Lazarus enfatiza que dentre essas estratégias estão um conjunto de ações de caráter cognitivo e comportamental, adotadas por pessoas para enfrentar e se adaptar a circunstâncias adversas ou estressantes da vida, na tentativa de aumentar o bem-estar psicológico e reduzir o sofrimento. O modelo de *coping* parte do princípio de que, quando um indivíduo se depara com um evento estressor é desencadeado um pensamento avaliativo para analisar se esse é uma ameaça ou não ao seu bem-estar, após essa análise são realizadas escolhas na tentativa de controlar esse evento³.

As estratégias de enfrentamento se configuram numa resposta de adaptação que o indivíduo constrói para melhor se adaptar a situações estressantes, que podem ser decorrentes de doenças ou da perda de uma pessoa, ou de que emergem em situações de preconceito e discriminação^{4,5}. Nesse sentido, a questão que balizou a realização desta pesquisa foi: Quais foram as estratégias de enfrentamento adotadas pelos idosos, no percurso de suas vidas, para superar as dificuldades vivenciadas pela condição de ser uma pessoa com HIV?

Revisão sistemática integrativa, que sistematizou a produção sobre HIV em idosos, concluiu que a

maioria das pesquisas traz dados relacionados ao perfil clínico, com estudos de caráter epidemiológico, de natureza quantitativa, com poucas pesquisas que se debruçam sobre as vivências ou os elementos mais subjetivos e qualitativos de viver com HIV enquanto pessoa idosa o que se configura numa lacuna epistemológica que precisa ser investigada⁶.

Pondera-se, ainda, que ao identificar essas estratégias e os principais fatores estressantes do viver e conviver com essa enfermidade compilar-se-á informações importantes para o planejamento de ações de cuidado nos serviços de assistência, bem como, que empoderem os idosos em suas trajetórias de vida com HIV, para melhor viver e conviver com essa doença crônica^{7,8}.

Ao dar voz as pessoas idosas com HIV para que relatem as estratégias de enfrentamento adotadas, é possível retratar melhor essa realidade de vida e dar visibilidade as demandas desse coletivo. Nessa perspectiva propõe-se desvelar as estratégias de enfrentamento adotadas pelas pessoas idosas com HIV no percurso de suas vidas para superar as dificuldades.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo com uma abordagem qualitativa, que assumiu a história oral temática como método de pesquisa⁹. A história oral registra as lembranças e as experiências individuais, por meio da escuta de múltiplos e diferentes narradores, que reunidas dão visibilidade a um grupo, visto que a memória de uma pessoa pode representar a memória de um coletivo¹⁰.

A história oral possibilita que um segmento social possa ser ouvido, que um determinado grupo se movimente e fale por si mesmo, não é apenas um registro documental ou uma técnica de captação

de entrevistas, envolve o conhecimento do que se vivencia no dia a dia⁹.

A população deste estudo foi constituída por conveniência. Integraram a pesquisa seis idosos com HIV moradores de um município da mesorregião oeste catarinense, no Brasil, três eram mulheres e três homens, com média de idade de 70 anos (65-83 anos) e de diagnóstico há 18 anos (12-25 anos). Foram incluídas pessoas idosas com 65 anos ou mais, que apresentavam vivências com o HIV/Aids há mais de cinco anos, com maior tempo de diagnóstico, de ambos os sexos e que possuíam conhecimento prévio sobre seu diagnóstico. Também deveriam apresentar função cognitiva preservada, testada pelo Miniexame do Estado Mental (MEEM)¹¹.

A quantidade de colaboradores foi definida de acordo com o critério de saturação teórica, que suspende a inclusão de novos participantes quando os dados obtidos passam a apresentar, na avaliação do pesquisador, uma certa redundância ou repetição¹².

Após aprovação pelo comitê de ética, seguindo todas as normas e recomendações sanitárias quanto aos riscos de infecção pela covid-19, foi iniciada a aproximação com o campo de pesquisa no Serviço de Assistência Especializada (SAE). A realização da coleta de dados foi realizada no período de novembro de 2020 a janeiro de 2021.

O primeiro contato com a pessoa idosa foi realizado pelo profissional do SAE. Este explicou os objetivos e a intencionalidade do projeto e identificou quais idosos aceitavam ter sua identidade e sorologia abertas, após eram colocados em contato com a pesquisadora, que já se encontrava em outra sala. Dentre os 16 idosos consultados, 10 não aceitaram participar por não ter tempo disponível ou não desejar ter a sorologia aberta.

A pesquisadora era uma profissional fisioterapeuta e no momento da entrevista doutoranda em Ciências da Saúde, com experiência em pesquisa qualitativa com pessoas idosas. No primeiro contato foram esclarecidos os objetivos da pesquisa, a forma da coleta e utilização dos dados, bem como, sobre o uso do gravador de áudio e a garantia de anonimato e liberdade de escolha quanto a participar ou não do

estudo. Aqueles que aceitaram participar assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido em duas vias.

Inicialmente era aplicado o MEEM, e para aqueles que possuíam o cognitivo preservado, se organizava o próximo encontro, que poderia ser na sua residência ou no SAE, conforme escolha da pessoa idosa. Dos seis colaboradores, quatro realizaram as entrevistas em sua casa e dois no SAE, pois tinham o diagnóstico aberto com seus familiares. Não havia outra pessoa presente na coleta de dados, somente os participantes e a pesquisadora.

O encontro seguinte buscou estabelecer maior vínculo com a pessoa idosa. Foi realizada uma observação/conversa sobre sua moradia, suas redes de convívio social, seu grupo familiar, suas condições socioeconômicas, uso de medicações, dentre outras informações, registradas num diário de campo.

A entrevista em profundidade foi realizada com base num roteiro pré-elaborado e verificado previamente por um teste piloto, realizado no semestre anterior ao da coleta de dados, com a finalidade de testar o roteiro e realizar modificações. O roteiro possuía questões sobre as vivências das pessoas idosas com HIV e sobre as estratégias de enfrentamento adotadas nesse processo de viver e conviver com essa síndrome. A duração de cada entrevista foi de duas a quatro horas, realizadas em uma média de três visitas. Ao final de cada encontro com a pessoa idosa, imediatamente após encerrar a entrevista, o pesquisador registrava em arquivo de word as notas de observação do campo.

Após a versão gravada era transcrita na íntegra e entregue na segunda visita de forma impressa e lida na íntegra ao colaborador, para este validá-la, acrescentar novas informações ou excluir falas indesejadas. Em cada etapa da entrevista, era respeitada essa organização: registro, transcrição e validação.

Após concluir todas as etapas da entrevista, uma versão completa da história oral de cada colaborador foi-lhe entregue e após a leitura na íntegra o idoso autorizou sua publicação, mediante assinatura da Carta de Autorização e Uso das Entrevistas. A passagem do oral para o escrito foi dividida em três momentos: a

transcrição, a textualização e transcrição⁹ e a análise de dados seguiu a proposição de Minayo¹², com uso da técnica análise de conteúdo temático. Todos foram identificados com nomes de árvores, segundo a sua escolha. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade sob o número 4.379.290.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após análise das histórias orais emergiram cinco categorias analíticas que representam as estratégias de enfrentamento adotadas pelos idosos que participaram do estudo, conforme disposto no quadro 1.

Quadro 1. Categorias de análise das estratégias de enfrentamento adotadas pelas pessoas idosas para viver e conviver com o HIV, Chapecó, 2022.

Categorias analíticas	Número pessoas idosas que adotaram essa estratégia
Manter o sigilo do diagnóstico do HIV a fim de evitar discriminação/preconceito	Seis
Apoiar-se em amigos e familiares para (con)viver com o HIV	Quatro
Ancorar-se em redes de apoio formais após o HIV	Seis
Fortalecer a espiritualidade e a religiosidade para superar essa fase	Cinco
Nutrir o otimismo com a vida e a recuperação	Quatro

Fonte: Elaborada pelas autoras.

Manter o sigilo do diagnóstico do HIV a fim de evitar discriminação/preconceito

Na tentativa de reduzir o sofrimento e aumentar o bem-estar psicológico, após a descoberta do HIV, todos os colaboradores deste estudo preferiram manter, inicialmente, o sigilo do diagnóstico a fim de evitar preconceito e discriminação, aspecto ainda presente na sociedade. Os relatos abaixo evidenciam essa questão:

“[...]ainda hoje existe muito preconceito, caso as pessoas souberem do diagnóstico do outro, já olham diferente, se afastam, sentem medo de sentar ou de passar por perto [...] por esse motivo que eu tenho muito cuidado para não contar a ninguém, assim eu não preciso passar por essa discriminação e/ou isolamento. [...]” (Ipê roxo, 18 anos com HIV, grifo meu)

“Porque infelizmente existe um preconceito danado ainda hoje, por esse motivo poucas pessoas sabem do meu diagnóstico, [...], pois caso elas souberem, provavelmente me olhariam com um outro olhar, principalmente as pessoas que tem uma cabeça muito fechada, vão se afastando com medo de se contaminar ou evitam até mesmo de abraçar, então para enfrentar melhor só fala para as pessoas certas [...]” (Ipê amarelo, 12 anos com HIV, grifo meu)

O diagnóstico do HIV na vida das pessoas idosas pode vir acompanhado de sentimentos, como o medo e a vergonha, o que gera apreensão sobre a vida com essa condição. Estudos têm evidenciado que o preconceito com HIV, ainda hoje, está presente na sociedade pelo fato de a doença ser estigmatizada, o que, por vezes, faz com que os idosos enfrentem sozinhos situações constrangedoras e discriminatórias^{13,14,8}.

Esse silenciamento em torno do diagnóstico interfere na capacidade dos idosos de estruturar, juntamente com seus familiares e amigos, estratégias para enfrentar essa realidade de vida^{15,7}. As pessoas idosas deste estudo enfatizaram essa preocupação com a revelação do diagnóstico, para alguns, o silêncio se manteve apenas durante um tempo, para outros, o sigilo permanece:

“Após a descoberta do meu diagnóstico, eu demorei seis anos para contar à minha família, pensei que eles iam me rejeitar ou ficar muito bravos comigo se soubessem, também fiquei com vergonha, me sentindo mal com isso [...]” (Laranjeira, 12 anos com HIV, grifo meu)

“No presente momento poucas pessoas sabem que eu tenho o HIV, pois eu nunca falei por receio de

rejeição, quem sabe são os meus filhos, as noras, os netos e mais algumas poucas pessoas [...]” (Kiwizeiro, 20 anos com HIV, grifo meu)

“[...]Eu..... sei de algumas pessoas no bairro onde eu moro que também têm a doença, mas não se manifestam com ninguém por medo de sofrer preconceito, de não serem aceitos ou serem isolados [...]” (Palmeira, 19 anos com HIV, grifo meu)

O medo de ser julgado e rejeitado pelas pessoas após a revelação do diagnóstico do HIV é forte, principalmente em função dos preconceitos historicamente construídos¹⁶. Como enfrentar essa situação? Parece-nos que um modelo integral de atenção à saúde do idoso com HIV, que não assuma o foco apenas centrado na doença¹⁷ e que garanta a inclusão de ações que consideram os aspectos sociais, culturais, religiosos, educacionais e econômicos que o indivíduo está exposto, se configura numa alternativa mais assertiva. Um modelo de rede que não fragmenta o cuidado a pessoa idosa com HIV, mas sim, integra as equipes e setores de saúde, seus familiares e a sociedade geral.

As pessoas idosas desse estudo que conseguiram abrir seu diagnóstico, ainda que para poucas pessoas, como alguns familiares e amigos, tiveram uma base de apoio maior, o que facilitou o enfrentamento das demandas de cuidado que essa condição crônica requer, como se observa na categoria a seguir.

Apoiar-se em amigos e familiares para (con)viver com o HIV

As pessoas idosas que compartilharam seu diagnóstico com a família e com os amigos, quando acolhidos e apoiados, tornaram-se mais fortes e resistentes para enfrentar essa condição crônica, conforme mencionam em suas narrativas:

“Outras pessoas que ficaram sabendo posteriormente do meu diagnóstico foram a minha irmã que veio conosco para cá e uma de suas filhas, elas me deram muito apoio. [...]” (Ipê amarelo, 12 anos com HIV, grifo meu)

“[...]A minha família me apoiou e me ajudou muito, minha esposa trabalhava na casa de uma família e acabou parando para se dedicar aos meus cuidados, tenho lembranças dela e de uma filha de 12 anos na época, me carregando no colo até o banheiro, me banhavam, faziam tudo por mim.” (Palmeira, 19 anos com HIV, grifo meu)

“[...] Havia também um grande amigo meu lá, no conhecemos por acaso, ele morava no mesmo prédio, começamos a conversar, como ele era sozinho, fazíamos almoço juntos e nos identificamos, assim eu criei maior liberdade e contei para ele do meu diagnóstico e foi bom, pois ele se cuidava, nos falávamos tudo abertamente.” (Kiwizeiro, 20 anos com HIV, grifo meu)

Neste estudo, o apoio e a proximidade de familiares e amigos se constituíram numa estratégia que promoveu bem-estar e compreensão do que representa ser uma pessoa idosa com HIV^{18,19,8}. Estudos internacionais realizados na China, com idosos vivendo com HIV, confirmam que a família é a principal fonte de apoio e contribui para uma maior adaptabilidade da vida após o diagnóstico^{20,21}.

A família, enquanto rede de apoio, se configura como o principal base nesse processo de saúde-doença, atua como um porto seguro, um conforto nos momentos críticos, o que contribui para a promoção da resiliência, tão importante para um viver com qualidade^{22,23}.

O respeito, apoio e solidariedade das pessoas mais próximas, como os amigos, são elementos que podem colaborar para a ressignificação da vida nessa fase, apesar das adversidades vividas. Assim, ao refletir sobre um modelo de atenção integral a pessoa idosa com HIV, pondera-se a importância do envolvimento da equipe interprofissional para mapear o contexto familiar dessa pessoa, e assim promover aproximações facilitem essas relações ao longo da vida, bem como, informar a pessoa idosa e seus familiares sobre as possibilidades de acesso de cuidado nas linhas assistenciais. Para além das redes informais, as de caráter formal também são imprescindíveis nesse processo de enfrentamento do HIV.

Ancorar-se em redes de apoio formais após o HIV

Outra estratégia de enfrentamento adotada pelos colaboradores do estudo foi a ancoragem em redes de apoio formais para superar os desafios impostos pelo HIV em suas vidas. Nessa rede, os colaboradores salientam a atuação dos profissionais da equipe de saúde, desde o momento do diagnóstico, com uma escuta qualificada, o repasse de orientações quanto ao HIV e os cuidados a seguir.

“[...]Desde o primeiro momento [...] da descoberta do HIV os médicos e toda a equipe de saúde me acolheram bem, me explicaram tudo e após eu sair do hospital, eles me direcionaram para o serviço que iria acompanhar com o HIV, tinha uma enfermeira do posto de saúde que vinha em minha casa e me fazia caminhar, então eu tenho um carinho muito grande por eles. [...]” (Palmeira, 19 anos com HIV, grifo meu)

“[...]no posto de saúde, onde comecei a ser atendida, eu tive acompanhamento psicológico, conversei com as enfermeiras, com os médicos e recebi muitas orientações, sempre que eu levava meu marido nas consultas lá no posto, elas me ajudavam [...] Em um primeiro momento no posto me orientaram sobre tudo, foi bem legal, eles falaram sobre como se comportar na sociedade, para não dar atenção aos ouvidos dos outros, explicaram que era uma doença normal, me incentivaram a ser forte, a enfrentar isso e cuidar, o cuidado um com o outro, para não passar o vírus.” (Videira, 23 anos com HIV, grifo meu)

“[...]o hospital dia, lá eles me trataram muito bem e sempre me deram muita força, coragem e estabilidade para viver [...]” (Laranjeira, 12 anos com HIV, grifo meu)

O diálogo, o empenho e o acolhimento oferecido pelas equipes de saúde, tanto na descoberta, quanto no decorrer da vida após o HIV, contribui para que os idosos se sintam valorizados, confiantes e respeitados, o que auxilia no enfrentamento, na aceitação da sua condição e na adesão aos tratamentos. O envolvimento das equipes na atenção à saúde do idoso favorece a adoção de ações de autocuidado e a mudança do estilo de vida, o que possibilita um envelhecer mais saudável^{24,8}.

Experiências positivas nos serviços de saúde favorecem o retorno, o engajamento e a maior adesão do idoso aos cuidados com sua saúde após o HIV. Logo, um modelo contemporâneo de saúde, que atenda com eficiência os idosos, preconizará ações com foco na educação e promoção da saúde, na prevenção de doenças evitáveis e na postergação de doenças²⁵. Ainda, segundo o autor, é fundamental que a linha de cuidado ao idoso integre os serviços especializados com a atenção primária à saúde, porta de entrada no sistema.

Uma pessoa idosa do presente estudo adotou como estratégia de enfrentamento à vivência em um grupo de apoio, formado por Pessoas Vivendo com HIV (PVHIV) de todas as idades, com tempos diferentes de diagnóstico. Alguns já haviam passado pelo processo de aceitação, outros estavam na fase das inseguranças e dos medos relacionados à vida após o HIV. O grupo representava um lugar de confraternização, de trocas de experiências e de escuta, que promoveu um novo significado a experiência negativa do viver com HIV.

“Essa médica e outro médico que atendiam as pessoas com HIV nesta cidade, formaram um núcleo de apoio onde a cada 3 meses em uma sala no hospital regional reuniam pessoas que tinham HIV [...]lá era um momento de escuta onde nos colocávamos “ó escuta, nós estamos aqui, tu tá vivo meu Deus do céu”, para fazer a pessoa reviver um pouco e esquecer da patologia [...]” (Kiwizeiro, 20 anos com HIV, grifo meu)

Ao se deparar com um agente estressor, considerado nesse estudo o HIV, outro serviço que promoveu o bem-estar psicológico e reduziu o sofrimento foi o Grupo de Apoio e Prevenção à Aids (GAPA), como observado no relato a seguir:

“[...]o médico que estava me acompanhando me encaminhou para o GAPA, esse serviço me ajudou bastante, eles davam orientações, mostravam como seguir a vida depois do HIV, eram bem atenciosos conosco[...]” (Ipê roxo, 18 anos com HIV, grifo meu).

Diante do exposto, se argumenta na direção de fortalecer as redes de apoio formais, que possam ser

integradas por diferentes serviços e profissionais, para conhecer essa realidade de vida e viabilizar a construção de laços com a pessoa diagnosticada, garantindo o acompanhamento longitudinal dessa pessoa num percurso assistencial de qualidade. Para que essa assistência seja efetiva, é necessário um olhar livre de preconceito, em que o indivíduo é percebido de forma integral, com respeito e valorização.

Fortalecer a espiritualidade e a religiosidade para superar essa fase

O enfrentamento neste estudo esteve ancorado também no fortalecimento da espiritualidade e da religiosidade. A espiritualidade teve uma forte presença na vida das pessoas idosas, se configurou como um alicerce após o HIV, como contemplado nas narrativas a seguir:

“[...] Já o que me ajudou a enfrentar a vida após o HIV, foi a minha própria fé [...]” (Laranjeira, 12 anos com HIV, grifo meu)

“[...]Um dos meus irmãos, com o qual tinha muita afinidade me ajudou e fomos buscar ajuda espiritual, nós buscamos de todas as maneiras, para ter força, eu busquei muita oração, pois fazer o quê, tinha que aceitar [...]” (Videira, 23 anos com HIV, grifo meu)

“[...]Acredito que o que me ajudou a enfrentar essa patologia e seguir minha vida está muito relacionado [...] o espiritismo e as palavras de um médium que ouço diariamente, ele me traz muitos ensinamentos de vida e paz [...]” (Ipê amarelo, 12 anos com HIV, grifo meu)

A espiritualidade, compreendida como um domínio existencial, é uma força vital e universal, uma presença íntima, um movimento interno que atribui significado e sentido para a vida, ocupa um lugar na essência de todos os seres humanos e pode influenciar positivamente no processo de envelhecimento²⁶. Em idosos com HIV, a fé contribui para aumentar a resiliência e a capacidade de a pessoa gerenciar as emoções negativas, as dores – sejam elas emocionais ou físicas²⁴.

Para se adaptarem às diversas circunstâncias diárias, também procuram fortalecer a religiosidade e a união com as igrejas, como observado nos relatos:

“[...] A religião e a fé em Deus mudaram tudo em minha vida, a igreja me acolheu muito após o AVC e a descoberta do vírus [...]” (Palmeira, 19 anos com HIV, grifo meu).

“Perto de onde eu morava havia duas igrejas católicas [...]eu frequentava sempre, então falavam “ah, ele é santo, tá sempre na igreja”, mas como morava sozinho, porque eu iria ficar em casa, eu gostava de ir lá [...]” (Kiwizeiro, 20 anos com HIV, grifo meu)

“Eu sempre fui uma mulher de muita fé e busquei muito as igrejas e Deus, depois do HIV, para ter força [...]” (Videira, 23 anos com HIV, grifo meu)

A religiosidade diz respeito ao modo que uma pessoa expressa sua fé e espiritualidade, ancorada em seus valores, crenças, cultos e rituais, que podem ou não ter ligação com uma religião^{26,27}. A religiosidade e a espiritualidade são uma fonte de apoio psicoemocional para as pessoas com HIV. As crenças e práticas espirituais, como a oração, a meditação e as atividades religiosas são recursos que contribuem para o enfrentamento das adversidades que o HIV produz^{28,8}.

Salienta-se a importância do acolhimento, que integre a dimensão da espiritualidade e da religiosidade como elementos desse olhar ampliado para a vida da pessoa idosa, o que pode nutrir o otimismo com a vida e na recuperação, categoria apresentada a seguir.

Nutrir o otimismo com a vida e a recuperação

A nutrição do otimismo também auxiliou as pessoas idosas deste estudo a enfrentar e a superar as dificuldades vivenciadas após o HIV, como se pode evidenciar nos relatos a seguir:

“[...]Acredito que o que me ajudou a enfrentar essa patologia e seguir minha vida está muito relacionado a minha força de vontade de viver, meu pensamento positivo [...]” (Ipê amarelo, 12 anos com HIV, grifo meu)

“[...]comecei a aceitar e me acostumar com o diagnóstico do HIV, sempre com pensamento positivo acreditando que eu iria viver e assim aconteceu [...]” (Palmeira, 19 anos com HIV, grifo meu)

“[...] Eu sou uma pessoa sempre para cima [...] Observo muitas pessoas reclamando de várias coisas e sempre penso “se soubessem o que eu tive que lutar com isso, e mesmo assim estou aqui, sempre vendo o lado positivo de tudo.”” (Videira, 23 anos com HIV, grifo meu)

A adoção de pensamentos positivos, com manutenção do otimismo em relação à vida após o HIV, foi outro modo que as pessoas idosas deste estudo assumiram para seguir uma vida normal. O idoso, após o diagnóstico do HIV, precisa ser incentivado, seja pelos familiares, pelos amigos e profissionais da saúde a seguir em frente, deixando os pensamentos negativos de lado^{29,30}.

Estudos internacionais têm enfatizado que o enfrentamento da vida com HIV perpassa por altos e baixos, porém manter-se otimista na vida e na recuperação, principalmente, aceitar essa nova condição crônica, está intimamente relacionado ao bem-estar psicológico e a esperança de uma vida longa^{31,32}. Pondera-se que adotar atitudes comportamentais otimistas tornam as pessoas mais resilientes e capazes de se adaptar a fatores estressantes, como o diagnóstico e a vivência com HIV. Essa evidência reforça a necessidade do desenvolvimento de estratégias de cuidado que integrem ações voltadas a preservação do status cognitivo e do bem-estar psíquico e emocional, numa lógica de cuidado humanizado e de assistência longitudinal e integral.

CONCLUSÃO

As estratégias de enfrentamentos mais utilizadas pelos colaboradores do estudo estiveram centradas no apoio advindo dos profissionais de saúde (rede

formal) e da família e amigos (rede informal). No entanto, por medo de sofrer discriminação e preconceito, alguns tendem a manter o sigilo sobre o diagnóstico, como uma forma de enfrentar e se proteger dessa realidade. A espiritualidade se configurou numa estratégia que fortaleceu a resiliência e a fé no tratamento, na recuperação e na perspectiva de viver uma boa vida.

Espera-se que os resultados desta pesquisa contribuam para o aprimoramento e ampliação dos conhecimentos sobre essa realidade de vida, em especial dos profissionais de saúde que prestam assistência as pessoas idosas soropositivas.

O estudo apresentou como limitação o período de coleta de dados, que seu deu em tempos de pandemia, ocasião em que as pessoas idosas não estavam frequentando com regularidade o SAE, o que diminuiu o público para realização da pesquisa.

Por fim, cabe destacar que a pesquisa não buscou estabelecer generalizações em relação a situação pesquisada, tampouco teve a pretensão de esgotar as possibilidades de debate em torno desse tema. No entanto, os resultados descritos e problematizados neste estudo, podem contribuir com a reorganização de processos de trabalho e de práticas profissionais, com vistas a sustentar ações para acolher, cuidar e empoderar as pessoas idosas que vivenciam essa realidade. Enfatiza-se a necessidade de novas pesquisas que aprofundem a análise sobre os mecanismos de enfrentamento e os modos de implementar ações efetivas para superar os estereótipos, estigmas e preconceitos quanto ao HIV, na tentativa de humanizar essa realidade de vida.

Editado por: Maria Helena Rodrigues Galvão

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico HIV/Aids 2020. [Brasília]: Ministério da Saúde; Número especial, 2020. [Acesso em 12 dez. 2021]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2020/boletim-epidemiologico-hiv-aids-2020>. Acesso em 12 dez 2021.
2. Martins ERC, Caminha ELG, Costa CMA, Correia BPS, Spindola T, Figueiredo RAR, et al. Comportamento sexual de idosos e as vulnerabilidades às infecções sexualmente transmissíveis. Res. Soc. Dev. 2020; 9(11): e1569119641. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i11.9641>





3. Dias EM, Pais-Ribeiro JL. O modelo de coping de Folkman e Lazarus: aspectos históricos e conceituais. *Rev. Psicol. Saúde* [Internet]. 2019; 11(2): 55-66. DOI: <http://dx.doi.org/10.20435/pssa.v11i2.642>
4. Nunes CMNS. O conceito de enfrentamento e a sua relevância na prática da psiconcologia. *Encontro, Rev. psicol.* 2010; 13(19): 91-102. Disponível em: <https://seer.pgskroton.com/renc/article/view/2519>
5. Pereira TB, Branco VLR. As estratégias de coping na promoção à saúde mental de pacientes oncológicos: uma revisão bibliográfica. *Rev. Psicol. Saúde* [Internet]. 2016; 8(1):24-31. DOI: <http://dx.doi.org/10.20435/2177093X2016104>
6. Nierotka RP, Ferretti F. Idosos com HIV/Aids: uma revisão integrativa. *Rev. Estud. Interdiscipl. envelhec.* 2021; 26(2): 333-56. DOI: <https://doi.org/10.22456/2316-2171.98707>
7. Silva LC, Felício EEAA, Casséte JB, Soares LA, Morais RA, Prado TS, et al. Impacto psicossocial do diagnóstico de HIV/aids em idosos atendidos em um serviço público de saúde. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.* 2015; 18(4): 821-33. DOI: <https://doi.org/10.1590/1809-9823.2015.14156>
8. Brandão BMGM, Angelim RCM, Marques SC, Oliveira RC, Abrão FMS. Living with HIV: coping strategies of seropositive older adults. *Rev Esc Enferm USP.* 2020; 54: e03576. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018027603576>
9. Meihy JCSB, Holanda F. História oral: como fazer, como pensar. 2.ed. São Paulo: Contexto; 2018.
10. Thompson P. A voz do passado: história oral. Tradução de Lólio Lourenço de Oliveira. 3.ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2002.
11. Bertolucci PHF, Brucki SMD, Campacci SR, Juliano Y. O mini-exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. *Arq. e Neuropsiquiatr.* 1994; 52(1): 1-7. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/anp/a/Sv3WMxHYxdkkgmcN4kNfVTv/?lang=pt&format=pdf>
12. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14.ed. São Paulo: Hucitec; 2014.
13. Villarinho MV, Padilha MI. Sentimentos relatados pelos trabalhadores da saúde frente à epidemia da Aids (1986-2006). *Texto contexto - enferm.* 2016; 25(1): e0010013,1-9. DOI: <https://doi.org/10.1590/0104-07072016000010013>
14. Silva AO, Loreto MDS, Mafra SCT. HIV na terceira idade: repercussões nos domínios da vida e funcionamento familiar. *Rev. Em Pauta.* 2017; 15(39): 129-54. DOI: <https://doi.org/10.12957/rep.2017.30380>
15. Warren-Jeanpiere L, Dillaway H, Hamilton P, Young M, Goparaju L. Life begins at 60: Identifying the social support needs of African American women aging with HIV. *J Health Care Poor Underserved.* 2017; 28(1): 389-405. DOI: <https://doi.org/10.1353/hpu.2017.0030>
16. Salvadori M, Hahn GV. Confidencialidade médica no cuidado ao paciente com HIV/aids. *Rev. Bioét.* 2019; 27(1): 153-63. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422019271298>
17. Veras RP, Oliveira M. Envelhecer no Brasil: a construção de um modelo de cuidado. *Cien Saúde Colet.* 2018; 23(6): 1929-36. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/envelhecer-no-brasil-a-construcao-de-um-modelo-de-cuidado/16670?id=16670>
18. Furlotte C, Schwartz K. Mental health experiences of older adults living with HIV: Uncertainty, Stigma, and Approaches to Resilience. *Can J Aging.* 2017; 36(2):125-40. DOI: <https://doi.org/10.1017/S0714980817000022>
19. Bestard CM, Torres, VMM, Muñoz NMM, Luna LL. Aspectos metodológicos y psicológicos para asesorar y acompañar a las personas con VIH/sida. *Rev. inf. Cient.* 2019; 98(5): 659-72. Disponível em: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-99332019000500659
20. Xu Y, Lin X, Chen S, Liu Y, Liu H. Ageism, resilience, coping, family support, and quality of life among older people living with HIV/AIDS in Nanning, China. *Glob Public Health.* 2018; 13(5): 612-25. DOI: <https://doi.org/10.1080/17441692.2016.1240822>
21. Chen D, Duan L, Chen X, Zhang Q, Chen Y, Yuan Z, et al. Coping strategies and associated factors among older Chinese people living with HIV/AIDS. *Psychol Health Med.* 2020; 25(7): 898-907. DOI: <https://doi.org/10.1080/13548506.2019.1659983>
22. Lemos APF, Ribeiro C, Fernandes J, Bernardes K, Fernandes R. Saúde do homem: os motivos da procura dos homens pelos serviços de saúde. *Rev. enferm. UFPE on line.* 2017; 11(supl.11): 4546-53. DOI: <https://doi.org/10.5205/reuol.11138-99362-1-SM.1111sup201714>
23. Hlongwane N, Madiba S. Navigating Life with HIV as an Older Adult in South African Communities: A Phenomenological Study. *Int J Environ Res Public Health.* 2020; 17(16): 5797, 1-14. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph17165797>
24. Emlet CA, Harris L, Furlotte C, Brennan DJ, Pierpaoli CM. 'I'm happy in my life now, I'm a positive person': approaches to successful ageing in older adults living with HIV in Ontario, Canada. *Ageing Soc.* 2016; 37(10): 1-24. DOI: <https://doi.org/10.1017/S0144686X16000878>

25. Veras R. Linha de cuidado para o idoso: detalhando o modelo. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.* 2016; 19(6): 887-905. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-22562016019.160205>
26. Tavares CQ, Valente TCO, Cavalcanti APR, Carmos HO. Espiritualidade, religiosidade e saúde: velhos debates, novas perspectivas. *Interações [Internet]*. 2016; 11(20): 85-97. DOI: <https://doi.org/10.5752/P.1983-2478.2016v11n20p85>
27. Inoue TM, Vecina MVA. Espiritualidade e/ou religiosidade e saúde: uma revisão de literatura. *J Health Sci Inst.* 2017; 35(2): 127-30. Disponível em: http://www.espiritualidades.com.br/Artigos/i_autores/INOUE_Thais_et_VECINA_Marion_tit_Espiritualidade_e-ou_religiosidade_e_saude_revisao_de_literatura.pdf
28. Arrey AE, Bilsen J, Lacor P, Deschepper R. Spirituality/Religiosity: A Cultural and Psychological Resource among Sub-Saharan African Migrant Women with HIV/AIDS in Belgium. *PLoS One.* 2016; 11(7): e0159488. DOI: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0159488>
29. Domingues JP, Oliveira DC, Marques SC. Representações sociais da qualidade de vida de pessoas que vivem com HIV/AIDS. *Texto contexto - enferm.* 2018; 27 (2): 01-11. DOI: <https://doi.org/10.1590/0104-070720180001460017>
30. Santana PPC, Andrade M, Almeida VS, Menezes HF, Teixeira PA. Fatores que interferem na qualidade de vida de idosos com HIV/Aids: uma revisão integrativa. *Cogitare Enferm.* 2018; (23)4: e59117. DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v23i4.59117>
31. Nixon SA, Bond V, Solomon P, Cameron C, Mwamba C, Hanass-Hancock J, et al. Optimism alongside new challenges: using a rehabilitation framework to explore experiences of a qualitative longitudinal cohort of people living with HIV on antiretroviral treatment in Lusaka, Zambia. *AIDS Care.* 2018; 30(3): 312-317. DOI: <https://doi.org/10.1080/09540121.2017.1363365>
32. Ammirati RJ, Lamis DA, Campos PE, Farber EW. Optimism, well-being, and perceived stigma in individuals living with HIV. *AIDS Care.* 2015; 27(7): 926-33. DOI: <http://dx.doi.org/10.1080/09540121.2015.1018863>



Síndrome de fragilidade entre pessoas idosas longevas de uma macrorregião de saúde em Minas Gerais

Frailty syndrome among oldest old individuals in a health macro-region of Minas Gerais

Ana Claudia Moreira dos Santos¹ 
Nayara Gomes Nunes Oliveira² 
Gianna Fiori Marchiori³ 
Darlene Mara dos Santos Tavares⁴ 

Resumo

Objetivo: identificar as condições de fragilidade e seus fatores associados entre pessoas idosas longevas residentes na área urbana de uma macrorregião de saúde de Minas Gerais, Brasil. **Métodos:** estudo transversal, desenvolvido com 314 pessoas idosas longevas residentes em uma macrorregião de saúde de Minas Gerais. Os dados foram coletados nos domicílios mediante a aplicação de instrumentos validados no Brasil. Procederam-se as análises descritiva e regressão logística multinomial ($p < 0,05$). **Resultados:** verificou-se que 44,3% do longevos eram frágeis, 44,3% pré-frágeis e 11,4% não frágeis. A condição de pré-fragilidade associou-se ao fato de morar só ($p = 0,047$) e ao desempenho físico muito ruim/baixo ($p = 0,026$), enquanto a fragilidade, ao desempenho físico muito ruim/baixo ($p < 0,001$); ao indicativo de sintomas depressivos ($p = 0,029$) e à presença de 5 ou mais morbidades ($p = 0,003$). **Conclusão:** as condições de pré-fragilidade e fragilidade foram as mais frequentes entre os longevos. A manutenção do desempenho físico é um aspecto passível de atuação pelos profissionais de saúde, a ser trabalhado entre as pessoas idosas longevas visando postergar a pré-fragilidade e a fragilidade.

Palavras-chave: Idoso de 80 Anos ou mais. Idoso Fragilizado. Fragilidade. Enfermagem Geriátrica.

Abstract

Objective: to identify frailty conditions and their associated factors among oldest old individuals living in the urban area of a health macro-region of Minas Gerais state. **Methods:** a cross-sectional study of 314 oldest old from a health macro-region in Minas

¹ Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Curso de Graduação em Enfermagem. Uberaba, MG, Brasil.

² Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia. Uberlândia, MG, Brasil.

³ Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Programa de Pós-Graduação stricto sensu em Atenção à Saúde. Uberaba, MG, Brasil.

⁴ Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Departamento de Enfermagem em Educação e Saúde Comunitária. Uberaba, MG, Brasil.

Financiamento da pesquisa: O presente trabalho foi realizado com apoio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG).

Os autores declaram não haver conflito na concepção deste trabalho.

Correspondência/Correspondence
Darlene Mara dos Santos Tavares
darlenetavares@enfermagem.uftm.edu.br

Recebido: 18/07/2022
Aprovado: 18/11/2022

Gerai state, Brazil, was conducted. Data were collected from households by applying instruments validated for use in Brazil. Descriptive and multinomial logistic regression analyses ($p < 0.05$) were carried out. *Results:* In the sample assessed, 44.3% of the oldest old were frail, 44.3% pre-frail and 11.4% non-frail. The pre-frail condition was associated with living alone ($p = 0.047$) and very poor/poor physical performance ($p = 0.026$), while frailty was associated with very poor/poor physical performance ($p < 0.001$), the presence of depressive symptomatology ($p = 0.029$) and of ≥ 5 morbidities ($p = 0.003$). *Conclusion:* pre-frail and frail conditions predominated among the oldest old assessed. Maintaining physical performance is an aspect that can be targeted by health professionals in oldest old to delay pre-frailty and frailty.

Keywords: Aged, 80 and over. Frail Elderly. Frailty. Geriatric Nursing.

INTRODUÇÃO

Com o aumento da expectativa de vida ocorre incremento da importância relativa das pessoas idosas e dos grupos etários com idades mais avançadas, os quais crescem em ritmo acelerado¹. Os longevos, pessoas com 80 anos ou mais de idade, representam 2,0% dos brasileiros e estima-se que em 2060 esse percentual seja de 8,8%^{1,2}.

Com o avançar da idade, há declínio das reservas fisiológicas, como a diminuição da massa muscular, considerada um forte preditor de desfechos adversos à saúde da população idosa, como a síndrome de fragilidade³. Essa síndrome biológica de múltiplas causas é caracterizada pelas reduções da força e da resistência musculares, e da função fisiológica, as quais levam ao aumento da vulnerabilidade do indivíduo, e predisposição ao desenvolvimento de dependência funcional e/ou morte⁴.

A prevalência da síndrome de fragilidade é significativamente maior entre os longevos, em pesquisas internacionais variam de 11,2% a 84,7%⁵⁻⁷, e, em nacionais de 14,8% a 58,0%⁸⁻¹⁰. Ademais, investigações entre longevos evidenciaram que, além do avançar da idade^{6,9}, a síndrome de fragilidade está associada ao sexo feminino^{6,11}; à ausência de companheiro¹²; ao maior número de morbididades¹³; ao indicativo de sintomas depressivos^{5,14,15}, ao menor desempenho físico^{5,16} e à incapacidade funcional para realizar as atividades cotidianas^{7,15}.

A identificação da presença de fatores clínicos adversos à saúde da pessoa idosa associada à avaliação criteriosa dos marcadores de fragilidade permite a gestão adequada da síndrome, com elaboração de intervenções efetivas no cuidado a esse grupo

etário⁸⁻¹⁰. Para tanto, pesquisas que busquem analisar as condições de fragilidade e seus fatores associados entre os longevos, são essenciais para subsidiar a definição de prioridades e intervenções em saúde.

Ao considerar o aumento no percentual de longevos^{1,2}, grupo etário mais vulnerável à síndrome de fragilidade⁵⁻¹⁰, a atual investigação tem como intuito contribuir para aprofundar o conhecimento sobre a temática. Ressalta-se a escassez de estudos que abordaram os fatores sociodemográficos e de saúde associados às condições de fragilidade em pessoas idosas longevas¹⁴, desta forma, os achados podem contribuir com a reorganização da rede de atenção à saúde da população idosa.

Assim, objetivou-se identificar as condições de fragilidade e seus fatores associados entre pessoas idosas longevas residentes na área urbana de uma macrorregião de saúde de Minas Gerais, Brasil.

MÉTODOS

Inquérito transversal e analítico, guiado pela ferramenta *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology* (STROBE), desenvolvido em uma macrorregião de saúde de Minas Gerais, composta por três microrregionais de saúde, totalizando 27 municípios, e habitada por 806.172 indivíduos, 15,6% dos quais com 60 anos ou mais de idade, e esse subgrupo, por sua vez, com 14,8% de pessoas idosas longevas².

A população foi constituída por pessoas idosas longevas residentes na área urbana dos 27 municípios que compõem a referida macrorregião de saúde (MG), Brasil. Para o cálculo do tamanho amostral, utilizou a prevalência de fragilidade em longevos

de 14,8%⁹, uma precisão de 5% e um intervalo de confiança de 95,0%, chegando-se a uma amostra de 277 longevos. Considerando a perda de amostragem de 20,0%, o número de tentativas de entrevistas máximo foi de 332.

Para a seleção dos longevos utilizou-se amostragem por conglomerado em múltiplo estágio. No primeiro estágio, considerou o sorteio arbitrário de 50% dos setores censitários de cada município da macrorregião de saúde, por amostragem sistemática. Após calculou-se para cada município a quantidade de domicílios a ser selecionada proporcionalmente ao número total de pessoas idosas residentes nos 27 municípios da referida macrorregião de saúde. Em seguida, a quantidade de domicílios foi dividida pelo número de setores censitários, obteve-se o número semelhante de pessoas idosas a serem entrevistadas em cada setor censitário. Por último, em cada setor censitário, o primeiro domicílio foi selecionado aleatoriamente e os demais, em sentido horário padronizado, até saturar a amostra do setor.

Os critérios de inclusão foram ter 80 anos ou mais de idade e residir na área urbana da macrorregião de saúde (MG). Excluíram-se as pessoas idosas com declínio cognitivo, avaliado por intermédio do Mini Exame do Estado Mental¹⁷; institucionalizadas; sequelas graves de acidente vascular cerebral com perda de força muscular nos membros inferiores e superiores e afasia; doença de *Parkinson* em estágio grave ou instável com comprometimentos da motricidade, fala e/ou afetividade.

Foram entrevistados 320 pessoas idosas longevas, das quais seis apresentaram declínio cognitivo. Assim, 314 longevos compuseram a amostra final da atual pesquisa.

A coleta dos dados foi realizada no domicílio das pessoas idosas, de maio de 2017 a junho de 2018, por entrevista direta. Para tal, foram selecionados dez entrevistadores da área da saúde, os quais passaram por treinamento, capacitação e abordagem sobre questões éticas da pesquisa.

Os dados sociodemográficos e as morbidades foram obtidos pela aplicação do questionário estruturado elaborado pelos membros do Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva.

Para mensuração do desempenho físico utilizou-se a versão brasileira *Short Physical Performance Battery* (SPPB) composta pela somatória da pontuação nos testes de equilíbrio, velocidade da marcha e levantar-se da cadeira cinco vezes consecutivas. O escore total varia de 0 a 12 pontos; classificados em: desempenho muito ruim (0 a 3 pontos); baixo desempenho (4 a 6 pontos), moderado desempenho (7 a 9 pontos) e bom desempenho (10 a 12 pontos)¹⁸.

Na verificação do indicativo de sintomas depressivos utilizou-se a versão reduzida da Escala de Depressão Geriátrica, validada no Brasil, composta por 15 questões e com escore total que varia de 0 a 15 pontos¹⁹. Considerou-se como indicativo de sintomas depressivos a pontuação maior que cinco¹⁹.

A capacidade funcional foi mensurada pelas atividades básicas (ABVD)²⁰ e instrumentais (AIVD)²¹ da vida diária. Utilizou-se o Índice de *Katz*, adaptado à realidade brasileira, para avaliar as ABVD, contendo seis itens que medem o desempenho da pessoa nas atividades de autocuidado²⁰. Para as AIVD, usou-se a Escala de *Lawton e Brody*, validada no Brasil, com escore que varia de 7 (maior nível de dependência) a 21 pontos (independência completa), categorizando a pessoa idosa como dependente total (7 pontos), parcial (8 a 20 pontos) e independente (21 pontos)²¹.

A síndrome de fragilidade foi identificada por meio dos cinco componentes do fenótipo de fragilidade: (1) perda de peso não intencional; (2) autorrelato de exaustão e/ou fadiga; (3) diminuição da força muscular; (4) lentidão na velocidade de marcha; (5) baixo nível de atividade física³. O primeiro componente foi avaliado pela pergunta: “No último ano, o senhor perdeu mais do que 4,5 kg ou 5% do peso corporal sem intenção?”. O segundo, mensurado por duas questões da versão brasileira da escala de depressão do *Center for Epidemiological Studies*, itens 7 (“Sentiu que teve que fazer esforço para dar conta das suas tarefas habituais?”) e 20 (“Não conseguiu levar adiante suas coisas?”)²². Para o terceiro, utilizou-se a força de preensão manual, mensurada pelo dinamômetro hidráulico manual *Jamar*, modelo *Saehan*[®] (SH5001 – 973). Foram obtidas três medidas, apresentadas em quilograma/força (kgf), com um intervalo de um minuto entre elas, sendo considerados o valor médio e os pontos de corte

ajustados pelo sexo e índice de massa corporal³. No quarto componente, considerou-se o tempo de marcha (segundos). O longevo percorreu uma distância total de 8,6 metros, sendo os dois metros iniciais e finais desconsiderados para o cálculo do tempo gasto na marcha. Foram realizadas três medidas, considerando-se o valor médio e os pontos de corte ajustados pelo sexo e altura³. O quinto foi medido pela versão longa do Questionário Internacional de Atividade Física, adaptada para pessoa idosa²³. Considerou-se ativos aqueles que despediam 150 minutos ou mais de atividade física semanal; e inativos entre 0 e 149 minutos²⁴. Os longevos com comprometimento em três ou mais itens foram classificados como frágeis; em um ou dois pré-frágeis e sem comprometimento, não frágeis²⁴.

As variáveis sociodemográficas estudadas foram: sexo (feminino; masculino), faixa etária, em anos completos (80 a 89; 90 ou mais), estado conjugal [com companheiro (a); sem companheiro (a)], arranjo de moradia [mora só; mora acompanhado (a)], escolaridade, em anos completos de estudo (0 a 4; 5 ou mais), renda individual mensal, em salários-mínimos (≤ 1 ; > 1); variáveis de saúde: desempenho físico (muito ruim/baixo; moderado/bom), indicativo de sintomas depressivos (sim; não), capacidade funcional para as ABVD (independente; dependente) e AIVD (independente; dependente total/parcial); número de morbidades (0 a 4; 5 ou mais); variável desfecho: condições de fragilidade (não frágil, pré-frágil e frágil).

Os dados foram inseridos no banco de dados no programa *Excel*[®] e realizada a dupla digitação. As inconsistências foram verificadas entre as duas bases de dados, e realizada a correção, se necessária.

Após a conferência da completude, os dados foram submetidos às análises de frequências absoluta e relativa. Para verificar os fatores associados às condições de fragilidade, realizou-se a regressão logística multinomial, precedida pela análise bivariada, empregando-se o teste *qui-quadrado*. As variáveis que atenderam o critério estabelecido ($p \leq 0,10$) foram incluídas no modelo de regressão logística multinomial, tendo como desfecho às condições de fragilidade. As variáveis independentes estudadas foram: sexo, faixa etária, estado conjugal,

escolaridade, arranjo de moradia, renda mensal individual, desempenho físico, indicativo de sintomas depressivos, capacidade funcional para as ABVD e AIVD e número de morbidades. Considerou-se um intervalo de confiança de 95% e um nível de significância de $p < 0,05$.

O projeto foi pelo aprovado Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, protocolo nº 2.053.520. Às pessoas idosas longevas, foram apresentados os objetivos e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido; e oferecidas informações pertinentes. Após a anuência e assinatura do referido Termo, conduziu-se a entrevista.

RESULTADOS

Entre os longevos ($n=314$), a média de idade foi de 84,81 ($\pm 4,12$; mín. 80 e máx. 101) anos. Ademais, a maioria era do sexo feminino, na faixa etária de 80 a 89 anos, sem companheiro, morava acompanhada, com 0 a 4 anos de estudo, renda mensal individual ≤ 1 salário-mínimo, desempenho físico moderado/bom, sem indicativo de sintomas depressivos, independente para as ABVD, dependente total/parcial para as AIVD e com 5 ou mais morbidades (Tabela 1).

A Tabela 1 apresenta a distribuição das variáveis sociodemográficas e de saúde das pessoas idosas longevas residentes em uma macrorregião de saúde (MG).

Concernente às condições de fragilidade verificou-se maior percentual entre pessoas idosas frágeis (44,3%) e pré-frágeis (44,3%), seguidos das não frágeis (11,4%).

Para identificar os fatores associados às condições de fragilidade realizou-se a análise bivariada preliminar. As variáveis que atenderam o critério estabelecido ($p \leq 0,10$) foram inseridas no modelo final de regressão logística multinomial, sendo: faixa etária ($p=0,090$); arranjo de moradia ($p=0,047$); desempenho físico ($p < 0,001$); indicativo de sintomas depressivos ($p < 0,001$); AIVD ($p=0,010$) e número de morbidades ($p < 0,001$) (Tabela 2).

A Tabela 2 apresenta a distribuição das variáveis sociodemográficas e de saúde segundo as condições

de fragilidade das pessoas idosas longevas residentes em uma macrorregião de saúde (MG).

Na Tabela 3 encontra-se o modelo final de regressão logística multinomial para as variáveis associadas às condições de fragilidade das pessoas idosas longevas residentes em uma macrorregião de saúde (MG).

A condição de pré-fragilidade associou-se ao arranjo de moradia, morar só ($p=0,047$) e ao desempenho físico muito ruim/baixo ($p=0,026$), enquanto a fragilidade, ao desempenho físico muito ruim/baixo ($p<0,001$); ao indicativo de sintomas depressivos ($p=0,029$) e à presença de 5 ou mais morbidades ($p=0,003$) (Tabela 3).

Tabela 1. Distribuição das variáveis sociodemográficas e de saúde de pessoas idosas longevas residentes em uma macrorregião de saúde, Minas Gerais, Brasil, 2021.

Variáveis	n (%)
Sexo	
Feminino	205 (65,3)
Masculino	109 (34,7)
Faixa etária (em anos completos vividos)	
80 a 89	272 (86,6)
90 ou mais	42 (13,4)
Estado conjugal	
Com companheiro (a)	78 (24,8)
Sem companheiro (a)	236 (75,2)
Arranjo de moradia	
Mora acompanhado (a)	239 (76,1)
Mora só	75 (16,9)
Escolaridade (em anos de estudos completos)	
0 a 4	261 (83,1)
5 ou mais	53 (16,9)
Renda individual mensal (em salários-mínimos)	
≤ 1	179 (57,0)
>1	135 (43,0)
Desempenho Físico	
Moderado/Bom	179 (56,1)
Muito ruim/baixo	135 (43,9)
Indicativo de sintomas depressivos	
Não	234 (74,5)
Sim	80 (25,5)
Atividades básicas da vida diária	
Independente	275 (87,6)
Dependente	39 (12,4)
Atividades instrumentais da vida diária	
Independente	48 (15,3)
Dependente parcial/total	266 (84,7)
Número de morbidades	
0 a 4	116 (12,4)
5 ou mais	198 (87,6)

Tabela 2. Distribuição das variáveis sociodemográficas e de saúde segundo as condições de fragilidade das pessoas idosas longevas residentes em uma macrorregião de saúde, Minas Gerais, Brasil, 2021.

Variáveis	Não Frágil	Pré-Frágil	Frágil	<i>p</i> *
	n (%)	n (%)	n (%)	
Sexo				
Feminino	25 (12,2)	83 (40,5)	97 (47,3)	0,181
Masculino	11 (10,1)	56 (51,4)	42 (38,5)	
Faixa etária (em anos completos vividos)				
80 a 89	31 (11,4)	126 (46,3)	115 (42,3)	0,090
90 ou mais	5 (11,9)	13 (31,0)	24 (57,1)	
Estado conjugal				
Com companheiro (a)	9 (11,5)	35 (44,9)	34 (43,6)	0,990
Sem companheiro (a)	27 (11,4)	104 (44,1)	105 (44,5)	
Arranjo de Moradia				
Acompanhado	31 (13,0)	97 (40,6)	111 (46,4)	0,047
Mora só	5 (6,7)	42 (56,0)	28 (37,3)	
Escolaridade (em anos de estudos completos)				
0 a 4	27 (10,3)	114 (43,7)	120 (46,0)	0,242
5 ou mais	9 (17,0)	25 (47,2)	19 (35,8)	
Renda individual mensal (em salários-mínimos)				
≤ 1	18 (10,1)	74 (41,9)	86 (48,0)	0,274
>1	18 (13,3)	64 (47,9)	53 (39,3)	
Desempenho Físico				
Moderado/Bom	33 (18,8)	95 (54,0)	48 (27,3)	<0,001
Muito ruim/Baixo	3 (2,2)	44 (31,9)	91(65,9)	
Indicativo de sintomas depressivos				
Não	35 (15,0)	112 (47,9)	87 (37,2)	<0,001
Sim	1 (1,3)	27 (33,8)	52 (65,0)	
Atividades básicas da vida diária				
Independente	34 (12,4)	125 (45,5)	116 (42,2)	0,109
Dependente	2 (5,1)	14 (35,9)	23 (59,0)	
Atividades instrumentais da vida diária				
Independente	9 (18,8)	27 (56,3)	12 (25,0)	0,010
Dependente total/parcial	27 (10,2)	112 (42,1)	127 (47,7)	
Número de morbidades				
0 a 4	22 (19,0)	57 (49,1)	37 (31,9)	<0,001
5 ou mais	14 (7,1)	82 (41,4)	102 (51,5)	

Tabela 3. Modelo final de regressão logística multinomial para as variáveis associadas às condições de fragilidade das pessoas idosas longevas residentes em uma macrorregião de saúde, Minas Gerais, Brasil, 2021.

Variáveis	Pré-fragilidade			Fragilidade		
	OR*	(IC)**	<i>p</i> ***	OR*	(IC)**	<i>p</i> ***
Faixa etária (em anos completos vividos)						
80 a 89	1			1		
90 ou mais	0,49	(0,15-1,61)	0,244	0,84	(0,25-2,78)	0,781
Arranjo de Moradia						
Acompanhado	1			1		
Mora só	2,89	(1,01-8,28)	0,047	1,53	(0,49-4,79)	0,458
Desempenho físico						
Moderado/Bom	1			1		
Muito ruim/Baixo	2,94	(2,25-3,84)	0,026	2,54	(1,75-3,68)	<0,001
Indicativo de sintomas depressivos						
Não	1			1		
Sim	1,80	(1,37-2,34)	0,102	1,93	(1,45-2,55)	0,029
Atividades instrumentais da vida diária						
Independente	1			1		
Dependente parcial/total	1,07	(0,42-2,71)	0,875	1,48	(0,51-4,27)	0,467
Número de morbidades						
0 a 4	1			1		
5 ou mais	2,13	(0,96-4,71)	0,060	3,57	(1,52-8,40)	0,003

1 – categoria de referência; *OR: *Odds Ratio*; **IC: Intervalo de confiança (95%); ****p*<0,05.

DISCUSSÃO

Na atual pesquisa, as condições de pré-fragilidade e fragilidade foram as mais frequentes entre os longevos. A pré-fragilidade associou-se ao arranjo de moradia, morar só e ao desempenho físico muito ruim/baixo, enquanto a fragilidade, ao desempenho físico muito ruim/baixo; ao indicativo de sintomas depressivos e à presença de 5 ou mais morbidades.

Referente às condições de fragilidade, pesquisas nacionais^{8,9,25} e internacional⁷, entre pessoas idosas da comunidade⁷⁻⁹ e cadastradas na Atenção Primária à Saúde²⁵, verificaram prevalências superiores de pré-fragilidade e não fragilidade^{7-9,25}, em relação ao atual estudo. Destaca-se que os longevos pré-frágeis representam quase metade da população da pesquisa e de acordo com a literatura científica essa condição apresenta maiores chances de melhora da condição de fragilidade²⁶. Ademais, as características das pessoas

idosas longevas pré-frágeis da atual pesquisa, como morar só^{9,12} e a presença de multimorbidade¹³ também podem contribuir para o comprometimento dos componentes do fenótipo de fragilidade.

No que concerne à prevalência de longevos frágeis, percentual superior foi identificado em estudo no município de Erval Seco (RS) (58%)⁸, na Índia (84,7%)⁵ e em Portugal (71,8%)⁶; e inferior (14,8%) em Curitiba (PR)⁹ e no Vietnã (11,2%)⁷. Em inquérito nacional, observou-se maior percentual de fragilidade entre longevos, principalmente nas faixas etárias mais avançadas como nonagenários e centenários¹⁰, o que condiz com a atual investigação. Nessa perspectiva, é essencial a construção de planos de cuidados direcionados às pessoas idosas frágeis e pré-frágeis, envolvendo uma equipe multiprofissional, a triagem precoce pelo enfermeiro na Atenção Primária à Saúde e intervenções que possibilitem a redução dos resultados adversos da fragilidade⁷.

O enfermeiro, principalmente na Atenção Primária à Saúde, ao realizar a avaliação e classificação das pessoas idosas de acordo com sua condição de fragilidade⁸ consegue direcionar os cuidados conforme as particularidades e necessidades do longo²⁵. Na consulta de enfermagem, a identificação das características sociodemográficas e de saúde que representam maior risco e do comprometimento dos componentes do fenótipo de fragilidade possibilita um plano de cuidados individualizado e com intervenções efetivas. Essas ações em saúde, em todos os níveis de atenção, devem garantir a integralidade da assistência, o apoio e o suporte social à pessoa idosa e à sua família²⁵. Diante disso, há possibilidade de identificação de prioridades, manutenção e/ou restauração da capacidade funcional e prevenção da fragilidade⁸.

A pré-fragilidade associada ao arranjo de moradia morar só diverge de estudo nacional desenvolvido entre longo⁹. A pessoa idosa que mora sozinha pode apresentar menor frequência de interação social e de realização de atividades cotidiana e físicas, que auxiliam na melhora da força muscular^{9,12}. Isso pode resultar em maior risco de comprometimento nos componentes do fenótipo de fragilidade e desenvolvimento da condição pré-frágil¹². Assim, é necessário que a pessoa idosa desenvolva ou mantenha laços sociais e de apoio⁹, mesmo morando sozinha, já que auxiliam na manutenção da saúde e na prática de condutas adaptativa em situações de eventos adversos⁹.

Tal como na atual investigação, as condições de pré-fragilidade e fragilidade foram associadas ao desempenho físico muito ruim/baixo entre longo da Índia⁵ e China¹⁶. Especificamente entre os frágeis, estudo observou que apresentam diminuição da performance física e muscular⁵, podendo impactar negativamente no desempenho de membros inferiores avaliado pelo SPPB. Ainda, os longo apresentam maiores chances de desenvolvimento de sarcopenia quando comparados aos mais jovem, e logo, podem apresentar pior desempenho físico e fragilidade⁵. Esses achados, consubstanciados pela literatura científica^{5,16}, alertam para a necessidade de avaliação da performance física como uma forma de contribuir na implementação de ações em saúde, buscando a melhoria do quadro clínico.

A associação entre a fragilidade e o indicativo de sintomas depressivos, condiz com pesquisas desenvolvidas entre longo na Índia⁵; e centenários em Portugal²⁷. Em divergência, investigação realizada entre pessoas idosas chinesas observou-se que os longo frágeis apresentaram menores chances de desenvolvimento de sintomas depressivos²⁸. Destaca-se que, a relação entre o indicativo de sintomas depressivos e a síndrome de fragilidade pode ser considerada uma via bidirecional¹⁴. A exaustão e/ou fadiga são, frequentemente, identificadas em idosos frágeis, fazendo com que haja piora do indicativo de sintomas depressivos de acordo com a progressão da fragilidade¹⁴. Ademais, os sintomas depressivos podem facilitar o comprometimento dos componentes da síndrome de fragilidade, como lentidão na velocidade de marcha, perda de peso não intencional, fadiga e diminuição da atividade física e da força muscular³, e predispor a pessoa idosa à condição frágil e pré-frágil^{5,27}. Nesse contexto, a avaliação e identificação dos fatores associados à condição de fragilidade torna-se essencial na prática clínica, visto que tanto o indicativo de sintomas depressivos quanto a fragilidade tem impacto negativo na qualidade de vida e aumentam a demanda por serviços de saúde, o número de morbidades e a mortalidade¹³. E quando ocorrem em simultâneo podem exacerbar os efeitos adversos à saúde^{5,27}.

A associação entre a fragilidade e a multimorbidade também foi identificada em revisão sistemática com metanálise¹³, entretanto, resultado divergente foi verificado em estudo nacional com longo⁸. Outra investigação obteve relação bidirecional entre a fragilidade e a presença de multimorbidade²⁹. Durante o processo de envelhecimento humano as morbidades são frequentemente identificadas entre as pessoas idosas devido ao acúmulo de deficit biológicos específicos³⁰. Além disso, as doenças crônicas interagem entre si fazendo com que haja uma potencialização de efeitos negativos e/ou desenvolvimento de novos sinais e sintomas clínicos¹⁷. Concomitante à presença de multimorbidade^{13,29-30} e acúmulo de deficit²⁹, podem ocorrer tanto o aumento de estressores que exacerbam o declínio de reservas fisiológicas em múltiplos sistemas, quanto a alteração homeostática^{3,29}. Nesse quadro clínico, a pessoa idosa pode ficar imersa em um ciclo

negativo de resultados adversos com dificuldade na recuperação da homeostase, aumento do risco de desenvolvimento de novas morbidades e piora da sua condição de fragilidade²⁹.

Ressalta-se que ainda são escassos os *Guidelines* que propuseram uma análise ampla e global da multimorbidade para o desenvolvimento de intervenções na prática clínica, considerando as necessidades individuais de idosos segundo as condições de fragilidade²⁹. A maioria objetivou ações com foco em doenças individualizadas e não avaliou a condição frágil ou pré-frágil²⁹. Isto pode gerar um tratamento ineficaz *dos que apresentam comorbidades²⁹, e/ou que estão na condição frágil*.

Este estudo tem como limitação o autorrelato das morbidades, entretanto, destaca-se que a amostra representativa de uma macrorregião de saúde de Minas Gerais e os achados apresentados, contribuem para ampliar o conhecimento científico sobre as condições de fragilidade e seus fatores associados entre pessoas idosas longevas. Ademais, os resultados fornecem subsídios para novas pesquisas, e sugere-se a realização de estudos multicêntricos e coortes nacionais, com amostras representativas da população com 80 anos ou mais de idade nos diversos estados

brasileiros, a fim de contribuir com a melhoria da atenção à saúde dos longevos.

CONCLUSÃO

As condições de pré-fragilidade e fragilidade foram as mais frequentes entre as pessoas idosas longevas. A pré-fragilidade associou-se ao arranjo de moradia, morar só e ao desempenho físico muito ruim/baixo, enquanto a fragilidade; ao desempenho físico muito ruim/baixo, ao indicativo de sintomas depressivos e à presença de cinco ou mais morbidades.

O desempenho físico é um aspecto passível de atuação pelos profissionais de saúde e deve ser trabalhado entre os longevos visando postergar a pré-fragilidade e a fragilidade. Ademais, os achados revelam uma compreensão ampliada dos fatores associados às condições de fragilidade, assim, estes resultados poderão subsidiar a proposição de ações tanto da equipe multiprofissional, como as específicas da enfermagem para a avaliação e a abordagem da pessoa idosa longeva na atenção primária à saúde, bem como, o desenvolvimento de políticas públicas relacionadas à organização da atenção à saúde do idoso.

Editado por: Maria Luiza Diniz de Sousa Lopes

REFERÊNCIAS

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Projeção da população por sexo e idade - Indicadores implícitos na projeção - 2020/2060. [Internet]. 2020 [acesso em 22 set 2021]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/index.html>.
2. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde – DATASUS. Projeção da população das unidades federação por sexo e grupos de idade: 2000-2030. [Internet]. 2021 [acesso em 22 set 2021]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?ibge/cnv/projpopuf.def>.
3. Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, et al. Frailty in Older Adults: Evidence for a Phenotype. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences* [Internet]. 2001 [citado 28 out 2022]; 56(3):146-157. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/gerona/56.3.m146>
4. Morley JE, Vellas B, Van Kan A, Anker SD, Bauer JM, Bernabei R, et al. Frailty consensus: a call to action. *J Am Med Dir Assoc*. [Internet]. 2013 [citado 28 out 2022]; 14(6):392-97. Disponível em: : <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2013.03.022>
5. Sharma PK, Reddy BM, Ganguly E. Frailty Syndrome among oldest old Individuals, aged ≥80 years: Prevalence & Correlates. *Journal of Frailty, Sarcopenia and Falls* [Internet]. 2020 [citado 28 out 2022]; 5(4):92-101. Disponível em: <https://doi.org/10.22540/jfsf-05-092>
6. Alves S, Teixeira L, Ribeiro O, Paúl C. Examining Frailty Phenotype Dimensions in the Oldest Old. *Frontiers in Psychology* [Internet]. 2020 [citado 28 out 2022]; 11. Disponível em: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00434>

7. Nguyen TT, Nguyen AT, Vu TH, Dau NT, Nguyen PQ, Nguyen TX, et al. Association of Frailty Status and Functional Disability among Community-Dwelling People Aged 80 and Older in Vietnam. *BioMed Research International* [Internet]. 2021 [citado 28 out 2022]; 1-6. Disponível em: <https://doi.org/10.1155/2021/7109452>
8. Liberalesso TE, Dallazen F, Bandeira VA, Berlezi EM. Prevalência de fragilidade em uma população de longevos na região Sul do Brasil. *Saúde em Debate* [Internet]. 2017 [citado 28 out 2022]; 41(113):553-62. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201711316>
9. Grden CRB, Lenardt MH, de Sousa JAV, Kusomota L, Dellaroza MSG, Betioli SE. Associação da síndrome da fragilidade física às características sociodemográficas de idosos longevos da comunidade. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* [Internet]. 2017 [acesso em 05 out. 2021]; 25:1-8. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1770.2886>
10. Duarte YADO, Nunes DP, Andrade FBD, Corona LP, Brito TRPD, Santos JLFD, et al. Fragilidade em idosos no município de São Paulo: prevalência e fatores associados. *Revista Brasileira de Epidemiologia* [Internet]. 2019 [acesso em 05 out. 2021]; 21:e180021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-549720180021.supl.2>
11. Mota JP, Alves VP, Moraes CF, Gomes LD, Soares CIP, Vilaça SKH. Fragilidade, sarcopenia e características sociodemográficas de idosos longevos. *Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento*. [Internet]. 2021 [citado 28 out 2022]; 25(3):97-114. Disponível em: <https://doi.org/10.22456/2316-2171.94980>
12. Klinpuatan N, Kabayama M, Gondo Y, Masui Y, Akagi Y, Srithumsuk W, et al. Association between heart diseases, social factors and physical frailty in community-dwelling older populations: The septuagenarians, octogenarians, nonagenarians investigation with centenarians study. *Geriatrics & Gerontology International* [Internet]. 2021 [acesso em 05 out. 2021]; 20(10):974-979. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/ggi.14002>
13. Vetrano DL, Palmer K, Marengoni A, Marzetti E, Lattanzio F, Roller-Wirnsberger R, et al. Joint Action ADVANTAGE WP4 Group. Frailty and multimorbidity: a systematic review and meta-analysis. *The Journals of Gerontology: Series A* [Internet]. 2019 [acesso em 05 out. 2021]; 74(5):659-666. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/gerona/glx178>
14. Soysal P, Veronese N, Thompson T, Kahl KG, Fernandes BS, Prina AM, et al. Relationship between depression and frailty in older adults: a systematic review and meta-analysis. *Ageing research reviews* [Internet]. 2017 [acesso em 05 out. 2021]; 36:78-87. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.arr.2017.03.005>
15. Coventry PA, McMillan D, Clegg A, Brown L, Van Der Feltz-Cornelis C, Gilbody S, et al. Frailty and depression predict instrumental activities of daily living in older adults: A population-based longitudinal study using the CARE75+ cohort. *PLOS ONE* [Internet]. 2020 [citado 28 out 2022]; 15(12):e0243972. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0243972>
16. Wang HY, Lv X, Du J, Kong G, Zhang L. Age- and Gender-Specific Prevalence of Frailty and Its Outcomes in the Longevous Population: The Chinese Longitudinal Healthy Longevity Study. *Frontiers in Medicine* [Internet]. 2021 [citado 28 out 2022]; 8. Disponível em: <https://doi.org/10.3389/fmed.2021.719806>
17. Bertolucci PHF, Brucki SMD, Campacci SR, Juliano Y. O miniexame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. *Arquivos de Neuropsiquiatria*. [Internet]. 1994 [acesso em 16 jun 2020]; 52(1): 1-7. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0004-282X1994000100001>
18. Nakano MM. Versão brasileira da Short Physical Performance Battery SPPB: adaptação cultural e estudo da confiabilidade [dissertação]. Campinas (SP): Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas; 2007. 163 p. Disponível em: <http://repositorio.unicamp.br/jspui/handle/REPOSIP/252485>.
19. Almeida OP, Almeida SA. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão em Geriatria (GDS) versão reduzida. *Arq Neuropsiquiatr*. [Internet]. 1999 [acesso em 16 jun 2020]; 57(2):421-6. Disponível em: [10.1590/S0004-282X1999000300013](https://doi.org/10.1590/S0004-282X1999000300013)
20. Lino VTS, Pereira SRM, Camacho LAB, Ribeiro Filho ST, Buksman S. Cross-cultural adaptation of the Independence in Activities of Daily Living Index (Katz Index). *Cad. Saúde Pública*. [Internet]. 2008 [acesso em 16 jun 2020]; 24(1):103-12. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000100010>.
21. Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*. [Internet]. 1969 [acesso em 16 jun 2020]; 9(3):179-186. Disponível em: https://doi.org/10.1093/geront/9.3_Part_1.179
22. Bastitoni SST, Neri AL, Cupertino APFB. Validity of the Center for Epidemiological Studies Depression Scale among Brazilian elderly. *Revista de Saúde Pública*. [Internet]. 2007 [acesso em 16 jun 2020]; 41(4): 598-605. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102007000400014>

23. Benedetti TRB, Mazo GZ, Barros MVG. Application of the International Physical Activity Questionnaire (IPAQ) for evaluation of elderly women: concurrent validity and test-retest reproducibility. *Revista Brasileira de Ciência do Movimento*. [Internet]. 2004 [acesso em 16 jun 2020]; 12(1): 25-33. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.18511/rbcm.v12i1.538>
24. World Health Organization. Global recommendations on physical activity for health [Internet]. Geneva: WHO, 2020. Available from: <https://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/9789241599979/en/>. –
25. Sousa JAVD, Lenardt MH, Grden CRB, Kusomota L, Dellaroza MSG, Betiolli SE. Modelo preditivo de fragilidade física em idosos longevos. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* [Internet]. 2018 [acesso em 05 out. 2021]; 26:1-9. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2346.3023>
26. Gené Huguet LG, González MN, Kostov B, Carmona MO, Francia CC, Nieto MC, et al. Pre frail 80: multifactorial intervention to prevent progression of pre-frailty to frailty in the elderly. *The journal of nutrition, health & aging* [Internet]. 2018 [acesso em 05 out. 2021]; 22(10):1266-1274. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s12603-018-1089-2>
27. Ribeiro O, Duarte N, Teixeira L, Paúl C. Frailty and depression in centenarians. *International psychogeriatrics* [Internet]. 2018 [acesso em 05 out. 2021]; 30(1):115-124. Disponível em: <https://doi.org/10.1017/S1041610217001910>
28. Liu X, Wang C, Qiao X, Si H, Jin Y. Sleep quality, depression and frailty among Chinese community-dwelling older adults. *Geriatric Nursing* [Internet]. 2021 [citado 28 out 2022]; 42(3):714-20. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2021.02.020>
29. Villacampa-Fernández P, Navarro-Pardo E, Tarín JJ, Cano A. Frailty and multimorbidity: Two related yet different concepts. *Maturitas* [Internet]. 2017 [acesso em 05 out. 2021]; 95:31-35. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2016.10.008>
30. Vetrano DL, Calderón-Larrañaga A, Marengoni A, Onder G, Bauer JM, Cesari M, et al. An international perspective on chronic multimorbidity: approaching the elephant in the room. *The Journals of Gerontology: Series A* [Internet]. 2018 [acesso em 05 out. 2021]; 73(10): 1350-1356. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/gerona/glx178>



Utilização dos serviços públicos de saúde especializados por pessoas idosas no sul do Brasil

Use of specialized public health services by older people in southern Brazil

Karen Chisini Coutinho Lütz¹ 
Carla Cristiane Becker Kottwitz Bierhals¹ 
Idiane Rosset¹ 
Lisiane Manganelli Girardi Paskulin¹ 

Resumo

Objetivo: Analisar a utilização dos serviços públicos de saúde especializados por idosos de acordo com o sexo e grupo etário no município de Porto Alegre. **Métodos:** Estudo transversal com dados secundários dos sistemas de consulta ambulatorial e de internação do município. Utilizaram-se todos os registros de 2019, sendo aplicado o teste qui-quadrado de Pearson. **Resultados:** No total, 64.888 idosos buscaram serviços especializados, gerando 113.694 atendimentos (82,8% atendimentos ambulatoriais e 17,2% internações). Verificou-se que 74,7% dos idosos foram referenciados pela atenção primária para atendimento especializado, com maiores percentuais de idosos jovens e mulheres ($p < 0,001$). Já homens e idosos com 80 anos ou mais foram encaminhados com maior frequência para atendimento a partir de hospitais e pronto atendimentos ($p < 0,001$). Mulheres e idosos entre 60 e 79 anos utilizaram em maior proporção os centros ambulatoriais, fisioterapia, centros de reabilitação, odontologia e saúde mental ($p < 0,001$). Os principais motivos de utilização dos serviços especializados foram doenças do aparelho circulatório, sendo mais expressivo entre idosos com 80 anos ou mais e homens ($p < 0,001$). As doenças osteomusculares (22,5%) foram os principais motivos de consultas ambulatoriais e, nas internações de urgência, as doenças do aparelho circulatório (37,9%). Idosos com histórico de consultas ambulatoriais tiveram menos internações hospitalares ($p < 0,001$). **Conclusão:** Destaca-se a necessidade de ações articuladas dos serviços de saúde priorizando a população masculina e longeva, enfocando a prevenção/controlar de doenças crônicas não transmissíveis e as vulnerabilidades dessa etapa de vida.

Palavras-chave: Acesso aos Serviços de Saúde. Assistência Integral à Saúde. Pesquisa sobre Serviços de Saúde. Idoso.

¹ Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Porto Alegre, RS, Brasil.

Os autores declaram não haver conflito na concepção deste trabalho.

Não houve financiamento para a execução deste trabalho.

Correspondência/Correspondence
Karen Chisini Coutinho Lütz
karenchisini@gmail.com

Recebido: 26/06/2022
Aprovado: 22/12/2022

Abstract

Objective: To analyze the use of specialized public health services by older adults, by sex and age group, in the city of Porto Alegre. **Methods:** A cross-sectional study with secondary data from the city's outpatient and inpatient consultation systems. All records from 2019 were used, and Pearson's chi-square test was applied. **Results:** In total, 64,888 older people sought specialized services, generating 113.694 visits (82,8% outpatient visits and 17,2% hospitalizations). It was found that 74,7% of the older adults were referred by primary care for specialized care, with higher percentages of young older people and women ($p < 0.001$). On the other hand, men and older adults aged 80 years or older were referred more frequently for care from hospitals and emergency rooms ($p < 0.001$). Women and older adults between 60 and 79 years old used outpatient centers, physical therapy, rehabilitation centers, dentistry and mental health in greater proportion ($p < 0.001$). The main reasons for using specialized services were diseases of the circulatory system, being more expressive among older adults aged 80 years or older and men ($p < 0.001$). Musculoskeletal diseases (22,5%) were the main reasons for outpatient consultations and, in emergency hospitalizations, diseases of the circulatory system (37,9%). Older adults with a history of outpatient consultations had fewer hospital admissions ($p < 0.001$). **Conclusion:** The need for articulated actions by health services is highlighted, prioritizing the male and long-lived population, focusing on the prevention/control of non-communicable chronic diseases and the vulnerabilities of this stage of life.

Keywords: Health Services Accessibility. Comprehensive Health Care. Health Services Research. Aged.

INTRODUÇÃO

A população idosa brasileira responde por grande utilização dos serviços de saúde, o que se deve, também, ao fato da maior frequência de doenças crônicas, fragilidades e perdas funcionais, além de menos recursos sociais e financeiros encontrados nesse grupo etário¹. A utilização de serviços de saúde compreende o contato efetivo do usuário com instituições e profissionais para obter atendimento². Informações sobre esses contatos estão disponíveis nos sistemas nacionais de informação do Ministério da Saúde, que geram dados para a análise da situação de saúde da população, mas que ainda não se encontram integrados.

No contexto internacional, sistemas de saúde com modelos integrados de cuidado³ estão consolidados e evidências^{4,5} têm demonstrado que a continuidade da assistência previne internações hospitalares, reduz a utilização dos serviços especializados e necessidade de exames, além de impactar positivamente na qualidade de vida dos idosos, em especial nos casos de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT). Em levantamento de investigações nacionais sobre utilização de serviços públicos de saúde nesse grupo etário, verificou-se que a maioria das pesquisas

explora os pontos de atenção da rede de forma isolada, ou seja, analisa um nível de atenção específico^{1,6,7}.

Já no contexto internacional, os estudos sobre a temática examinam diferentes níveis de atenção de forma conjunta com maior frequência, além de apontarem os determinantes da utilização desses serviços pela população idosa⁸⁻¹⁰. Além disso, detalhamentos da utilização de serviços de saúde por sexo ou subgrupos etários entre idosos foram encontrados de forma escassa, tanto na literatura nacional², quanto internacional^{8,10}. Embora alguns estudos mostrem dados sobre a utilização de alguns tipos de serviços de saúde por sexo, ou subgrupos etários de idosos, tais diferenças não estão claras na literatura^{2,8,10}, especialmente no que tange a diferentes níveis de complexidade. Quanto aos motivos da utilização dos serviços, estudos já realizados analisam a frequência de acesso e identificam as DCNT como as principais responsáveis pelos atendimentos, porém não realizam outras comparações com bases nesses resultados^{1,2,6,7}.

Conhecer mais sobre a temática, investigando os serviços ambulatoriais e hospitalares de modo integrado, utilizados por essa população, traz subsídios para suprir tal lacuna do conhecimento.

Explorar as interfaces desses pontos de atenção pode auxiliar na identificação de fragilidades e potencialidades na assistência e na gestão da saúde da população idosa brasileira, subsidiando o planejamento e direcionamento das ações, além do aprimoramento dos serviços prestados aos idosos. Para tanto, o presente estudo teve como objetivo analisar a utilização dos serviços públicos de saúde especializados por idosos, segundo sexo e grupo etário, no município de Porto Alegre (RS).

MÉTODOS

Estudo transversal analítico com dados secundários de atendimentos ambulatoriais e hospitalares de idosos residentes no município de Porto Alegre (RS), regulados pelos Sistemas de Gerenciamento de Consultas (GERCON) e de Gerenciamento de Internações (GERINT), da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), no ano de 2019. Os dados utilizados são de uso da SMS e foram disponibilizados por ela para utilização na presente investigação.

Em 2019, a população idosa do município era estimada em 287.022 (19,66%), sendo 237.011 (82,58%) entre 60 e 79 anos e 50.011 (17,42%) com 80 anos ou mais e 110.444 (38%) homens e 176.578 (62%) mulheres¹¹. No mesmo período, o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) era de 0,805 (muito alto)¹².

A rede municipal de serviços de saúde era formada pela Atenção Primária à Saúde (APS), pela atenção ambulatorial especializada (especialidades médicas, odontologia, saúde do trabalhador, de tuberculose, centro de reabilitação e estomatoterapia, farmácia clínica, clínicas renais e fisioterapia), pelos serviços de saúde mental, pela rede de urgências e emergências e pela atenção hospitalar, apresentados no Quadro 1. Em 2019, o município possuía 140 Unidades de Saúde (US) na APS (incluindo saúde prisional), seis centros ambulatoriais de especialidades e 16

prestadores hospitalares, sendo dois próprios e 14 contratualizados¹³. Alguns dos hospitais, além de internação, realizavam também atendimento ambulatorial. No município, os pacientes podem ser encaminhados para atendimento especializado a partir de vários pontos de atenção da área da saúde e assistência social e todos os encaminhamentos são registrados nos sistemas de gerenciamento já citados¹⁴.

No presente estudo foram incluídos os atendimentos realizados pela atenção ambulatorial e pela atenção hospitalar para idosos a partir dos 60 anos, residentes no município no ano do estudo e regulados nos sistemas, e excluídos os registros de retorno e os duplicados. Foram considerados idosos jovens usuários até 79 anos e longevos com 80 anos ou mais. Dos usuários, obtiveram-se os seguintes dados: sexo, idade e número do Cartão Nacional de Saúde, com os cinco primeiros algarismos substituídos por “ABCDE” (respeitando a Lei Geral de Proteção de Dados), possibilitando a realização do cruzamento das informações dos dois sistemas e o agrupamento dos registros individualmente. Dos atendimentos obtiveram-se as datas de solicitação e agendamento/internação, motivo principal pela Classificação Internacional de Doenças 10^a edição (CID-10), especialidade, tipo de internação (eletiva ou urgência), unidade de saúde solicitante e executante.

Os códigos da CID-10 foram categorizados pelos seus capítulos, excluindo-se o XV e o XVI, por não envolverem a população de estudo. As 197 especialidades e subespecialidades disponíveis no sistema foram agrupadas em 59 categorias. As categorias foram definidas conforme a especialidade principal, como, por exemplo, a cardiologia, que possui subespecialidades como arritmia, cardiopatia isquêmica, insuficiência cardíaca, entre outras. O Quadro 1 descreve a composição da rede municipal, a organização das unidades solicitantes e executantes em 16 categorias e o tipo de atendimento prestado à população.

Quadro 1. Descrição da composição da rede municipal de Porto Alegre, unidades que podem solicitar ou executar atendimentos e tipo de atendimento prestado. Porto Alegre, RS, 2019.

Rede Municipal	Unidade solicitante/executante	Tipo de atendimento
APS	Atenção Primária e Saúde Prisional	Atendimentos próprios de Atenção Primária
Atenção Ambulatorial Especializada	Centros Ambulatoriais	Consultas em especialidades e subespecialidades médicas
	Odontologia	Atendimentos especializados odontológicos
	Saúde do Trabalhador	Assistência especializada aos trabalhadores acometidos por doenças e/ou agravos relacionados ao trabalho
	Centro de Referência Tuberculose	Atendimento a usuários com Tuberculose
	Reabilitação	Atendimento a usuários que necessitam de reabilitação física, auditiva, visual e/ou intelectual
	Estomaterapia	Atendimento a usuários com estomias, feridas, disfunções miccionais e evacuatórias
	Farmácia Clínica	Fornecimento de insumos e orientação para usuários com diabetes
	Clínicas Renais	Atendimento a usuários com Insuficiência Renal Aguda e Crônica, com serviços de diálise peritoneal, hemodiálise e tratamento clínico
	Fisioterapia	Atendimento fisioterápico
	Assistência Social	Unidade Móvel Oftalmológica para exames e entrega de óculos de grau (armação e lentes) e encaminhamentos para cirurgia de catarata, quando necessário
Rede de urgências e emergências	Unidade de Pronto Atendimento (UPA)	Atendimento de urgência de complexidade intermediária
Atenção hospitalar	Hospital	Internações hospitalares eletivas e de urgência e consultas ambulatoriais
	Regulação	Regulação interna de pacientes já em atendimento ambulatorial na instituição hospitalar, mas que não haviam sido regulados via sistema municipal informatizado
Saúde Mental	Saúde Mental	Atendimento a usuários com transtorno mental severo e persistente
	Unidade de Adição	Unidade de internação para desintoxicação e reabilitação por uso de substâncias

Fonte: Elaborado pelas autoras.

O cálculo amostral foi realizado com base em dados da população idosa do Censo 2010¹², resultando em um mínimo de 2.960 idosos, sendo 2.517 idosos jovens e 443 longevos, com nível de confiança de 95% e margem de erro de 5%. Devido à representatividade dessa população no município, após a exclusão dos dados que não atendiam aos objetivos do estudo, optou-se pela utilização de todos os registros, totalizando 64.888 idosos. Os bancos de dados dos sistemas foram disponibilizados pela SMS em formato de planilhas.

As variáveis quantitativas foram descritas por média e desvio padrão ou mediana e amplitude interquartilica e as categóricas por frequências

absolutas e relativas. Foi utilizado o teste qui-quadrado de Pearson, complementado pela análise dos resíduos ajustados para verificar as associações da utilização de serviços e motivos de atendimento segundo o sexo e grupo etário e motivos de atendimento com os tipos de serviço.

Algumas variáveis eram de múltipla escolha, ou seja, o paciente poderia se enquadrar em mais de uma categoria. O percentual que cada categoria representa foi calculado sobre o número de pacientes e não sobre o número de atendimentos, representando, desta forma, mais de 100% na soma das categorias. O nível de significância adotado foi de 5% ($p < 0,05$).

A pesquisa está de acordo com a Resolução nº 466/2012¹⁵ e o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SMS de Porto Alegre com o parecer número 4.022.279.

RESULTADOS

Foram analisados registros de 64.888 usuários com total de 113.694 atendimentos, sendo 81.760 ambulatoriais e 31.934 internações hospitalares. A Tabela 1 apresenta as características dos idosos e dos atendimentos recebidos nos pontos de atenção em estudo.

Conforme apresentado na Tabela 2, 74,7% dos idosos com atendimento especializado foram referenciados pela APS. Os maiores percentuais de encaminhamentos para os serviços especializados pela APS foram de idosos jovens (76,9%) e mulheres (77%) ($p < 0,001$).

Os homens foram encaminhados em maior proporção do que as mulheres por hospitais (37,1%),

ambulatorios (8,1%), UPA (5,6%), estomatoterapia (0,6%) e clínicas renais (0,6%) ($p < 0,001$). Os longevos tiveram mais encaminhamentos por hospitais (42,3%) e UPA (8,7%) do que os mais jovens ($p < 0,001$).

Quanto às unidades executantes, todos os idosos tiveram pelo menos um atendimento especializado em hospital, seja para consulta ambulatorial ou internação, sem associação estatisticamente significativa com a faixa etária e sexo ($p = 1$ e $p = 0,383$). Já nos centros ambulatoriais houve diferença significativa para grupo etário ($p = 0,032$) e sexo ($p = 0,024$), sendo mais frequentes os atendimentos entre idosos mais jovens e mulheres. Atendimentos em fisioterapia, reabilitação, odontologia e saúde mental também foram maiores entre idosos jovens e em mulheres ($p < 0,001$).

Quanto aos motivos de utilização dos serviços, por capítulo da CID-10, os principais foram as doenças do aparelho circulatório (capítulo IX) (21,4%), sendo mais expressivas entre os idosos com 80 anos ou mais (25,6%) e nos homens (23,7%) ($p < 0,001$) (Tabela 3).

Tabela 1. Características demográficas dos idosos e dos atendimentos ambulatoriais e hospitalares e tipo de atendimento (N=64.888). Porto Alegre, RS, 2019.

Variáveis	n (%)
Idade (anos) – média ± DP	71,0 ± 8,2
Faixa etária (em anos)	
60 – 79	53.984 (83,2)
≥ 80	10.904 (16,8)
Sexo	
Feminino	40.033 (61,7)
Masculino	24.855 (38,3)
Número de atendimentos – mediana (P25-P75) [min–máx.]	1 (1 – 2) [1 – 23]
1	37.001 (57,0)
2	15.889 (24,5)
3 ou mais	11.998 (18,5)
Tipo de atendimento (questão de múltipla escolha)	
Ambulatório	53.719 (82,8)
Internação eletiva	6.766 (10,4)
Internação urgência	15.976 (24,6)
Ambulatório + Internação eletiva	4.377 (6,7)
Ambulatório + Internação urgência	6.754 (10,4)

Fonte: Sistemas GERCON e GERINT.

Tabela 2. Tipos de unidades de saúde solicitantes e executantes dos atendimentos dos idosos, conforme sexo e faixa etária, Porto Alegre, RS, 2019.

Variáveis (Questão de múltipla escolha)	Amostra	60-79 anos	≥80 anos	<i>p</i>	Sexo	Sexo	<i>p</i>
	total n (%)	n (%)	n (%)		masculino n (%)	Feminino n (%)	
Unidade solicitante							
Atenção Primária	48.464 (74,7)	41.512 (76,9)	6.952 (63,8)	<0,001	17.619 (70,9)	30.845 (77,0)	<0,001
Hospital*	20.823 (32,1)	16.214 (30,0)	4.609 (42,3)	<0,001	9.217 (37,1)	11.606 (29,0)	<0,001
Centros ambulatoriais	4.770 (7,4)	4.070 (7,5)	700 (6,4)	<0,001	2.022 (8,1)	2.748 (6,9)	<0,001
Unidade de Pronto Atendimento	3.107 (4,8)	2.161 (4,0)	946 (8,7)	<0,001	1.393 (5,6)	1.714 (4,3)	<0,001
Saúde Mental	1.332 (2,1)	1.281 (2,4)	51 (0,5)	<0,001	418 (1,7)	914 (2,3)	<0,001
Estomatoterapia	329 (0,5)	269 (0,5)	60 (0,6)	0,533	161 (0,6)	168 (0,4)	<0,001
Clínicas Renais	249 (0,4)	214 (0,4)	35 (0,3)	0,281	152 (0,6)	97 (0,2)	<0,001
Reabilitação	195 (0,3)	156 (0,3)	39 (0,4)	0,272	61 (0,2)	134 (0,3)	0,052
Odontologia	174 (0,3)	152 (0,3)	22 (0,2)	0,171	82 (0,3)	92 (0,2)	0,02
Regulação	169 (0,3)	119 (0,2)	50 (0,5)	<0,001	58 (0,2)	111 (0,3)	0,323
Centro de Referência Tuberculose	20 (0,0)	20 (0,0)	0 (0,0)	0,037	11 (0,0)	9 (0,0)	0,192
Unidade de Adição	23 (0,0)	23 (0,04)	0 (0,0)	0,024	6 (0,0)	17 (0,0)	0,322
Assistência Social	17 (0,0)	11 (0,0)	6 (0,1)	0,052	4 (0,0)	13 (0,0)	0,315
Saúde do Trabalhador	15 (0,0)	15 (0,0)	0 (0,0)	0,092	10 (0,04)	5 (0,01)	0,046
Fisioterapia	12 (0,0)	9 (0,0)	3 (0,0)	0,437	4 (0,0)	8 (0,0)	1
Farmácia Clínica	3 (0,0)	3 (0,0)	0 (0,0)	1	0 (0,0)	3 (0,0)	0,291
Unidade executante							
Hospital*	64.887 (99,9)	53.983 (99,9)	10.904 (100)	1	24.854 (99,9)	40.033 (100)	0,383
Centros ambulatoriais	12.852 (19,8)	10.774 (20,0)	2.078 (19,1)	0,032	5.035 (20,3)	7.817 (19,5)	0,024
Fisioterapia	9.157 (14,1)	8.098 (15,0)	1.059 (9,7)	<0,001	2.518 (10,1)	6.639 (16,6)	<0,001
Reabilitação	1.913 (2,9)	1.606 (3,0)	307 (2,8)	0,386	563 (2,3)	1.350 (3,4)	<0,001
Odontologia	1.266 (2,0)	1.164 (2,2)	102 (0,9)	<0,001	555 (2,2)	711 (1,8)	<0,001
Saúde Mental	1.211 (1,9)	1.168 (2,2)	43 (0,4)	<0,001	345 (1,4)	866 (2,2)	<0,001
Clínicas Renais	890 (1,4)	691 (1,3)	199 (1,8)	<0,001	470 (1,9)	420 (1,0)	<0,001
Farmácia Clínica	493 (0,8)	426 (0,8)	67 (0,6)	0,064	205 (0,8)	288 (0,7)	0,145
Estomatoterapia	370 (0,6)	301 (0,6)	69 (0,6)	0,378	181 (0,7)	189 (0,5)	<0,001
Assistência Social	211 (0,3)	194 (0,4)	17 (0,2)	0,001	68 (0,3)	143 (0,4)	0,08
Unidade de Adição	26 (0,0)	26 (0,05)	0 (0,0)	0,015	6 (0,0)	20 (0,0)	0,163

Fonte: Sistemas GERCON e GERINT. *Atendimentos realizados em hospitais para consulta ambulatorial ou internação.

Tabela 3. Motivo principal da utilização de serviços de saúde ambulatoriais e hospitalares por idosos, segundo os capítulos da CID-10, sexo e faixa etária. Porto Alegre, RS, 2019.

Capítulos da CID-10 (Questão de múltipla escolha)	Amostra total n (%)	60-79 anos n (%)	≥80 anos n (%)	<i>p</i>	Sexo masculino n (%)	Sexo feminino n (%)	<i>p</i>
I. Infeciosas e parasitárias	2.856(4,4)	2.200(4,1)	656(6,0)	<0,001	1.326(5,3)	1.530(3,8)	<0,001
II. Neoplasias (tumores)	6.489(10,0)	5.434(10,1)	1.055(9,7)	0,221	2.855(11,5)	3.634(9,1)	<0,001
III. Sangue e órgãos hematopoiéticos	2.601(4,0)	2.220(4,1)	381(3,5)	0,003	963(3,9)	1.638(4,1)	0,177
IV. Endócrinas, nutricionais e metabólicas	2.790(4,3)	2.393(4,4)	397(3,6)	<0,001	1.045(4,2)	1.745(4,4)	0,356
V. Transtornos mentais e comportamentais	1.509(2,3)	1.220(2,3)	289(2,7)	0,015	622(2,5)	887(2,2)	0,02
VI. Sistema nervoso	2.176(3,4)	1.819(3,4)	357(3,3)	0,634	845(3,4)	1.331(3,3)	0,622
VII. Olho e anexos	12.115(18,7)	10.303(19,1)	1.812(16,6)	<0,001	3.988(16,0)	8.127(20,3)	<0,001
VIII. Ouvido e da apófise mastóide	2.385(3,7)	1.867(3,5)	518(4,8)	<0,001	852(3,4)	1.533(3,8)	0,009
IX. Aparelho circulatório	13.917(21,4)	11.131(20,6)	2.786(25,6)	<0,001	5.883(23,7)	8.034(20,1)	<0,001
X. Aparelho respiratório	3.907(6,0)	2.710(5,0)	1.197(11,0)	<0,001	1.630(6,6)	2.277(5,7)	<0,001
XI. Aparelho digestivo	7.838(12,1)	6.879(12,7)	959(8,8)	<0,001	3.543(14,3)	4.295(10,7)	<0,001
XII. Pele e tecido subcutâneo	2.202(3,4)	1.891(3,5)	311(2,9)	0,001	805(3,2)	1.397(3,5)	0,09
XIII. Osteomuscular e tecido conjuntivo	12.320(19,0)	10.922(20,2)	1.398(12,8)	<0,001	3.133(12,6)	9.187(22,9)	<0,001
XIV. Aparelho geniturinário	6.391(9,8)	5.296(9,8)	1.095(10,0)	0,469	3.098(12,5)	3.293(8,2)	<0,001
XVII. Malformações congênitas	276(0,4)	245(0,5)	31(0,3)	0,016	83(0,3)	193(0,5)	0,006
XVIII. Sintomas, sinais e achados anormais	6.761(10,4)	5.535 (10,3)	1.226(11,2)	0,002	2.329(9,4)	4.432(11,1)	<0,001
XIX. Lesões e envenenamentos	4.013(6,2)	3.107 (5,8)	906(8,3)	<0,001	1.372(5,5)	2.641(6,6)	<0,001
XX. Causas externas	41(0,1)	33 (0,1)	8(0,1)	0,799	14(0,1)	27 (0,1)	0,699
XXI. Fatores que influenciam o estado de saúde	2.148(3,3)	1.787 (3,3)	361(3,3)	1	874(3,5)	1.274(3,2)	0,022
Sem CID	4.446(6,9)	3.866 (7,2)	580(5,3)	<0,001	1.736(7,0)	2.710(6,8)	0,299

Fonte: Sistemas GERCON e GERINT.

Na comparação com os tipos de atendimento, as doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (capítulo XIII) foram as maiores causas de consultas ambulatoriais (22,5%) (Tabela 4). Nas internações eletivas, foram as neoplasias (capítulo II) (35,2%) e nas de urgência, as doenças do aparelho circulatório (capítulo IX) (37,9%). As mesmas causas se mantiveram entre aqueles com atendimento ambulatorial e internação, com 37,1% e 47,5%, respectivamente.

Quanto à associação entre os tipos de internação com o histórico de registro de atendimento ambulatorial no ano de 2019 (Tabela 5), verificou-se que, entre os idosos que tiveram consulta, 19,1% necessitaram de algum tipo de hospitalização, enquanto no grupo sem atendimento ambulatorial, todos internaram, sendo 82,6% de urgência. Somente as internações eletivas entre idosos longevos não demonstraram associação significativamente estatística ($p=0,054$).

Tabela 4. Motivo principal da utilização de serviços de saúde ambulatoriais e hospitalares por idosos, segundo os capítulos da CID-10 e tipo de atendimento. Porto Alegre, RS, 2019.

Capítulos da CID-10 (Questão de múltipla escolha)	Amb. n (%)	Internação Eletiva n (%)	Internação de Urgência n (%)	Amb. + Int. E. n (%)	Amb. + Int. U. n (%)	Amb. + I. n (%)
I. Infeciosas e parasitárias	1.605(3,0)	273(4,0)	2.127(13,3)*	186(4,2)	884(13,1)*	928(9,0)*
II. Neoplasias (tumores)	5.197(9,7)	2.383 (35,2)*	2.144 (13,4)*	1.622 (37,1)*	1.410(20,9)*	2.603(25,3)*
III. Sangue e órgãos hematopoiéticos	2.238(4,2)*	154(2,3)	797(5,0)*	129(2,9)	453(6,7)*	534(5,2)*
IV. Endócrinas, nutricionais e metabólicas	2.393 (4,5)*	199(2,9)	934 (5,8)*	165 (3,8)	556 (8,2)*	665(6,5)*
V. Transtornos mentais e comportamentais	1.234(2,3)	59(0,9)	616(3,9)*	54(1,2)	343 (5,1)*	378(3,7)*
VI. Sistema nervoso	1.847 (3,4)*	229(3,4)	705 (4,4)*	174 (4,0)*	418 (6,2)*	553(5,4)*
VII. Olho e anexos	11.949(22,2)*	998(14,8)	963(6,0)	842 (19,2)	939 (13,9)	1.664 (16,2)
VIII. Ouvido e da apófise mastoide	2.370 (4,4)*	148(2,2)	200(1,3)	137 (3,1)	195(2,9)	313(3,0)
IX. Aparelho circulatório	10.770 (20,0)	1.609(23,8)*	6.051(37,9)*	1.169(26,7)*	3.209(47,5)*	4.051(39,4)*
X. Aparelho respiratório	2.040 (3,8)	298(4,4)	3.065(19,2)*	224 (5,1)	1.220(18,1)*	1.324(12,9)*
XI. Aparelho digestivo	6.756(12,6)*	1.260(18,6)*	1.998(12,5)	909(20,8)*	1.195(17,7)*	1.913(18,6)*
XII. Pele e tecido subcutâneo	1.998 (3,7)*	238(3,5)	448(2,8)	204 (4,7)*	267 (4,0)*	430(4,2)*
XIII. Osteomuscular e tecido conjuntivo	12.080(22,5)*	1.022 (15,1)	928(5,8)	862 (19,7)	833 (12,3)	1.598 (15,5)
XIV. Aparelho geniturinário	5.173 (9,6)	1.142 (16,9)*	2.223 (13,9)*	763 (17,4)*	1.269(18,8)*	1.827(17,8)*
XVII. Malformações congênitas	261 (0,5)*	55(0,8)*	42(0,3)	44 (1,0)*	37(0,5)	71(0,7)*
XVIII. Sintomas, sinais e achados anormais	6.159 (11,5)*	786 (11,6)*	1.599 (10,0)	655 (15,0)*	1.087(16,1)*	1.574(15,3)*
XIX. Lesões e envenenamentos	2.868 (5,3)	646 (9,5)*	1.818 (11,4)*	540 (12,3)*	738 (10,9)*	1.152(11,2)*
XX. Causas externas	30 (0,1)	8(0,1)	19(0,1)*	6(0,1)	10(0,1)*	14(0,1)*
XXI. Fatores que influenciam o estado de saúde	2.059 (3,8)*	269 (4,0)*	331(2,1)	227 (5,2)*	266 (3,9)*	457(4,4)*
Sem CID	4.446 (8,3)*	266(3,9)	385(2,4)	266 (6,1)	385(5,7)	603(5,9)

Amb. = Ambulatorial; I. = Internação; *associação estatisticamente significativa pelo teste dos resíduos ajustados a 5% de significância. Fonte: Sistemas GERCON e GERINT.

Tabela 5. Associação entre consulta ambulatorial e tipo de internação hospitalar em idosos, segundo o sexo e a faixa etária. Porto Alegre, RS, 2019.

Variáveis	Consultou em ambulatório (N=53.719) n (%)	Não consultou em ambulatório (N=11.169) n (%)	<i>p</i>
Amostra total			
Internação eletiva	4.377 (8,1)	2.389 (21,4)	<0,001
Internação urgência	6.754 (12,6)	9.222 (82,6)	<0,001
Internação geral	10.287 (19,1)	11.169 (100)	<0,001
Idade de 60 a 79 anos			
Internação eletiva	3.874 (8,4)	2.155 (26,8)	<0,001
Internação urgência	5.285 (11,5)	6.282 (78,0)	<0,001
Internação geral	8.431 (18,4)	8.052 (100)	<0,001
Idade ≥ 80 anos			
Internação eletiva	503 (6,5)	234 (7,5)	0,054
Internação urgência	1.469 (18,9)	2.940 (94,3)	<0,001
Internação geral	1.856 (23,8)	3.117 (100)	<0,001
Sexo masculino			
Internação eletiva	1.910 (9,6)	1.082 (22,0)	<0,001
Internação urgência	3.106 (15,6)	4.082 (82,9)	<0,001
Internação geral	4.599 (23,1)	4.923 (100)	<0,001
Sexo feminino			
Internação eletiva	2.467 (7,3)	1.307 (20,9)	<0,001
Internação urgência	3.648 (10,8)	5.140 (82,3)	<0,001
Internação geral	5.688 (16,8)	6.246 (100)	<0,001

Fonte: Sistemas GERCON e GERINT.

Entre os idosos que consultaram, 8,1% internaram eletivamente, enquanto, entre os que não consultaram, esse quantitativo chegou a 21,4%. Destaca-se que as internações de urgência foram mais prevalentes entre os usuários com 80 anos ou mais (94,3%) ($p < 0,001$). Em ambos os sexos, mais de 80% dos que não consultaram em especialidades médicas tiveram internação de urgência ($p < 0,001$).

DISCUSSÃO

A maior prevalência de idosos na faixa etária entre 60 e 79 anos e, do sexo feminino que utilizaram serviços de saúde especializados encontrada neste estudo, corrobora com resultados de pesquisas nacionais e internacionais sobre a temática^{1,8,16}. Considerando que a população idosa do município

estimada para 2019 era próxima a 287 mil, chama atenção que, aproximadamente, 22% dos idosos recorreram a serviços públicos especializados e, entre esses, quase a metade necessitou de mais de um atendimento de saúde especializado, ambulatorial ou hospitalar, o que pode indicar a proporção de idosos dessa população com maiores vulnerabilidades e que dependem do sistema público de saúde. Embora a APS tenha buscado alguns avanços abarcando o cuidado à pessoa idosa, como a expansão da Atenção Domiciliar e o incentivo à avaliação multidimensional, frequentemente se depara com importantes desafios, especialmente no que se refere ao envelhecimento populacional acelerado e ao crescente número de demandas dessa população¹⁴, em relação à oferta de cuidados, além da implementação da linha de cuidado à pessoa idosa no contexto nacional.

A consulta ambulatorial foi o tipo de atendimento mais utilizado, o que era esperado, e pode estar relacionado ao maior número de doenças crônicas, ocorrência de comorbidades e outras vulnerabilidades nesse grupo etário que a APS, muitas vezes, não consegue resolver. Estudo de base nacional de Meier et al.¹⁷ identificou que 64% dos idosos realizaram até quatro consultas médicas durante o ano anterior e que a utilização desses atendimentos está associada ao declínio funcional, doenças crônicas e comorbidades, sem especificação do nível de atenção em que ocorreram.

Quanto aos atendimentos hospitalares, observou-se que mais de um terço dos idosos foi hospitalizado e que o percentual que necessitou de internação de urgência foi mais que o dobro das eletivas. Embora não tenham sido identificados estudos com resultados estratificados por tipo de internação, as pesquisas nacionais evidenciam que entre 11% e 18% dos idosos relataram a ocorrência de pelo menos uma internação hospitalar em um ano. Valores semelhantes também foram encontrados em estudos realizados em países desenvolvidos como a Inglaterra (10%) e Estados Unidos (19%) e nos emergentes, como a Colômbia (13%)^{1,8-10,18,19}. Apesar de não se conhecer a história prévia dos pacientes da presente investigação, é possível que maior foco em atividades preventivas, acompanhamento das vulnerabilidades e coordenação de cuidados entre a APS e o atendimento especializado possam impactar na redução do uso das hospitalizações^{1,7}.

A identificação das unidades solicitantes dos atendimentos ambulatoriais e hospitalares possibilita conhecer o tipo de atendimento utilizado pelos usuários para acesso a outros serviços especializados no ano em estudo. Ainda que a utilização da APS não tenha sido diretamente avaliada, a significativa quantidade de encaminhamentos de idosos entre 60 e 79 anos e do sexo feminino realizados pode estar indicando que pessoas idosas desses grupos têm acessado mais a APS, reforçando seu importante papel como porta de entrada na Rede de Atenção à Saúde (RAS) e coordenadora do cuidado¹⁹. A Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2019 identificou que 70% das pessoas que utilizaram serviços de APS no Brasil eram mulheres²⁰. Já os idosos mais velhos e os homens tiveram a maioria dos

seus encaminhamentos feitos pelos hospitais e UPA para outro serviço especializado, o que pode estar relacionado à necessidade de utilização de serviços de maior complexidade quando as doenças já se encontram instaladas e até mesmo em fases mais adiantadas e pela ocorrência de fragilidade.

Considerando a composição da RAS de Porto Alegre, é possível que os longevos tenham mais dificuldade em acessar os serviços da APS por problemas de mobilidade física para deslocamentos até as unidades de saúde, que nem sempre estão localizadas próximas à suas residências, exigindo grandes deslocamentos a pé ou necessidade de utilizar transporte público ou privado. Além disso, muitos idosos residem sozinhos, necessitando, muitas vezes, de atenção domiciliar, que nem sempre consegue abarcar suas necessidades de cuidado. Assim, condições de saúde sensíveis à APS com frequência acabam agudizando, necessitando recorrer aos locais de maior complexidade.

Essa inferência baseia-se na identificação de que nas regiões com maior proporção de idosos do município há serviços de APS com número de pessoas cadastradas muito superior ao preconizado e exigindo grandes deslocamentos, como na região central que conta com somente três unidades de saúde e onde 22% da população tem 60 anos ou mais²¹. Já em sistemas de saúde internacionais, como o *National Health Service* (NHS) do Reino Unido, o perfil de utilização de serviços por idosos difere do encontrado neste estudo, no que se refere à faixa etária, com maior prevalência de atendimentos de longevos na APS (55,8%) em relação à população total com mais de 60 anos²².

Os serviços hospitalares do município concentram o maior número de atendimentos, independente do sexo ou grupo etário dos usuários, seja para consulta ou para internação e, possivelmente, por esse motivo, não houve diferença estatística no seu uso para essas variáveis. Os centros ambulatoriais foram mais utilizados por idosos mais jovens e mulheres. É possível que a regulação de casos do município encaminhe os pacientes de maior complexidade para atendimento em consultas ambulatoriais nos hospitais para facilitar o apoio diagnóstico e terapêutico.

Chama a atenção, ainda, a maior prevalência de homens atendidos em clínicas renais. Resultados de estudos que abordam pacientes com doença renal crônica, já em tratamento dialítico, identificaram que a maior parte da amostra era do sexo masculino e idosos na faixa etária de 60 a 79 anos^{23,24}. Tal fato pode estar relacionado a uma menor cultura preventiva adotada pelos homens, já que a procura tardia dos serviços de saúde contribui para que o diagnóstico seja realizado em estágios mais avançados da doença²⁵.

Quanto às unidades executantes, destaca-se a maior utilização de serviços de fisioterapia, reabilitação, saúde mental e odontologia por mulheres e idosos jovens. Foram identificados estudos nos quais as mulheres também procuraram com maior frequência atendimentos de saúde mental e atendimentos preventivos e que relacionam as dificuldades de mobilidade em longevos com a falta de adesão aos tratamentos de reabilitação, o que pode justificar os resultados encontrados²⁶⁻²⁸. A feminização da velhice também pode explicar tal achado, pois, por utilizarem os serviços de saúde com maior frequência, até mesmo por questões relacionadas ao próprio sexo, as mulheres têm diagnóstico e tratamento de condições com potencial risco para a saúde mais precocemente, o que acaba elevando sua expectativa de vida em relação aos homens¹⁷.

O impacto das DCNT na velhice e na utilização dos serviços de saúde também pode ser observado ao se analisarem os principais motivos de atendimento ambulatorial e hospitalar por grupos de causas. A maior presença de doenças do aparelho circulatório em longevos corrobora com resultado de estudo realizado em São Paulo, em que os autores apontaram que a média de idade aumentou conforme o grau de risco²⁹.

As doenças do aparelho circulatório foram as principais causas das internações hospitalares de urgência de idosos. Estudo realizado com dados sobre internações de idosos por essas doenças na região Sudeste apontou que 90,3% deles foram admitidos na instituição em caráter de urgência³⁰. Isso pode resultar da carência de ações de controle dos fatores de risco cardiovasculares na APS, como hipertensão arterial, dislipidemia e obesidade^{6,17}. Tais ações devem ser desenvolvidas nesse nível de atenção

desde a população adulta jovem, principalmente nos fatores modificáveis, como sedentarismo, dietas inadequadas e tabagismo, promovendo mudanças no estilo de vida dos futuros idosos e prevenindo as DCNT e suas complicações.

Conforme estudo de base nacional sobre prevalência de câncer em idosos brasileiros realizado por Francisco et al.³¹, 54,3% dos diagnósticos relatados eram no sexo masculino. Os autores relacionam isso ao fato da média de idade do primeiro diagnóstico nas mulheres ser antes dos 60 anos, bem como às características comportamentais masculinas em relação a sua saúde. As mulheres, pela cultura preventiva, consultaram mais nos ambulatorios, enquanto os homens necessitaram de atendimento de urgência em maior proporção, inferindo-se que o achado esteja vinculado a um padrão de busca por serviços de saúde pela população masculina quando o problema já está agravado.

Já os longevos realizaram menos consultas especializadas e tiveram mais internações de urgência, o que pode ser relacionado, como já mencionado, à dificuldade de deslocamento até os serviços de saúde para acompanhamento na APS ou ambulatorial, causando piora na sua condição de saúde e aumentando as taxas de hospitalização nesse grupo etário³².

Na análise entre os tipos de atendimento, os resultados deste estudo mostraram que os idosos que tiveram pelo menos uma consulta ambulatorial necessitaram menos de internação de urgência, tanto em relação à idade quanto ao sexo, o que é um achado positivo, já que passaram, previamente, por avaliação na sua unidade de saúde¹. O maior número de internações eletivas entre aqueles com histórico ambulatorial era previsto, já que esses procedimentos são programados após a avaliação do especialista e não possuem caráter emergencial.

A atenção especializada é necessária para dar continuidade e suporte à APS devendo ser incluída na atenção à pessoa idosa para garantir a integralidade do cuidado, com fluxos de referência e contrarreferência e acesso à rede hospitalar quando necessário³³. Para fins de comparação, não foram encontrados estudos que avaliem de forma integrada quais os pontos da RAS que essa população utilizou antes dos

atendimentos ambulatoriais e hospitalares. Pesquisas sobre a temática limitam-se a descrever o perfil e as características desses usuários em um determinado tipo de serviço, em sua maioria, unidades de APS³²⁻³⁵, UPA^{6,32} ou hospitais¹⁷, sem demonstrar a relação anterior com outros níveis de atenção.

Algumas limitações deste estudo estão relacionadas ao método empregado e ao tipo de dados utilizados. Por se tratar de um estudo transversal, não é possível medir as variações ao longo do tempo e nem estabelecer relações de causa e efeito. Além disso, a utilização de dados secundários pode gerar perdas e equívocos, pois é dependente da qualidade dos registros dos profissionais de saúde, que não foram coletados diretamente pelo pesquisador e não foram produzidos para uma pesquisa específica. Variáveis referentes a outras vulnerabilidades do envelhecimento, como a capacidade funcional, que permitiriam ampliar a compreensão da utilização desses serviços, não estavam disponíveis.

CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo fornecem subsídios para os gestores no desenvolvimento de ações relacionadas à saúde do idoso, priorizando a população masculina, longevos e o controle e prevenção de complicações das DCNT. O fortalecimento da APS na avaliação multidimensional desses usuários, monitorando suas condições e identificando prioridades individuais é essencial para que os encaminhamentos à atenção

especializada sejam qualificados, não gerando filas de espera e internações hospitalares evitáveis.

A utilização de serviços de saúde especializados por idosos na segunda capital com a maior proporção desse grupo no país mostra que, apesar dos avanços nas políticas públicas voltadas a essa população, a RAS ainda precisa evoluir para atender às suas necessidades. Outros pontos de atenção à saúde na rede são importantes, como centros dia e programas de atenção domiciliar, os quais complementariam o cuidado aos idosos e facilitariam o acesso dos mesmos.

Verificou-se que os idosos com histórico de consulta ambulatorial apresentaram percentual menor de internações do que aqueles que não o fizeram, principalmente nos casos de urgência. As proporções de longevos e homens que necessitaram de internações foram maiores, independente da realização de consulta ambulatorial prévia, apontando a necessidade da revisão das políticas voltadas à saúde masculina e à atenção domiciliar para aqueles com dificuldade de locomoção.

Os achados deste estudo demonstram a relevância de fortalecer os modelos integrados de cuidado de modo a qualificar a abordagem à saúde de homens mais velhos. Novos estudos explorando a utilização das unidades de APS e de serviços especializados são sugeridos.

Editado por: Maria Luiza Diniz de Sousa Lopes

REFERÊNCIAS

1. Almeida APSC, Nunes BP, Duro SMS, Lima RCD, Facchini LA. Falta de acesso e trajetória de utilização de serviços de saúde por idosos brasileiros. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2020 jun;25(6):2213-26. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.27792018>
2. Sória GS, Nunes BP, Bavaresco CS, Vieira LS, Facchini LA. Acesso e utilização dos serviços de saúde bucal por idosos de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2019;35(4):1-12. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00191718>
3. David HMSL, Riera JRM, Mallebrera AH, Costa MFL. A enfermeira gestora de casos na Espanha: enfrentando o desafio da cronicidade por meio de uma prática integral. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2020 Jan;25(1):315-24. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232020251.29272019>
4. Giebel C, Harvey D, Akpan A et al. Reducing hospital admissions in older care home residents: a 4-year evaluation of the care home innovation Programme (CHIP). *BMC Health Serv Res* 2020;20(1):94. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12913-020-4945-9>





5. Herberg S, Teuteberg F. Reducing hospital admissions and transfers to long-term inpatient care: A systematic literature review. *Health Services Management Research*. 2022;0(0). Disponível em: <https://doi.org/10.1177/09514848211068620>
6. Antunes BCS, Crozeta K, Assis F, Paganini MC. Rede de atenção às urgências e emergências: perfil, demanda e itinerário de atendimento de idosos. *Cogitare Enferm*. 2018 Abr-Jun;23(2):e53766. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v23i2.53766>
7. Macinko J, Andrade FB, Souza Junior PRBS. Primary care and healthcare utilization among older Brazilians (ELSI-Brazil). *Rev Saúde Pública*. 2018;52 Suppl 2:6s. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.11606/s1518-8787.2018052000595>
8. Dreyer K, Steventon A, Fisher R, Deeny AR. The association between living alone and health care utilisation in older adults: a retrospective cohort study of electronic health records from a London general practice. *BMC Geriatrics*. 2018 Dec;18(1):269. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12877-018-0939-4>
9. Lavelle TA, Rose AJ, Timbie JW, Setodji CM, Wensky SG, Giuriceo KD. Utilization of health care services among Medicare beneficiaries who visit federally qualified health centers. *BMC Health Serv Res*. 2018;18:41. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12913-018-2847-x>
10. Garcia-Ramirez J, Nikoloski Z, Mossialos E. Inequality in healthcare use among older people in Colombia. *Int J Equity Health*. 2020;19:168. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12939-020-01241-0>
11. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Projeções da População do Brasil e Unidades da Federação por sexo e idade: 2010-2060 [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2020 [citado em 17 jan. 2021]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/novoportal/sociais/populacao/9109-projecao-da-populacao.html?=&t=resultados>.
12. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo 2010 [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2010. Disponível em: <http://censo2010.ibge.gov.br>
13. Porto Alegre. Secretaria Municipal da Saúde. Relatório Anual de Gestão 2019 [Internet]. Porto Alegre: SMS, 2019 [citado em 17 out. 2020]. Disponível em: http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu_doc/sms_relatorio_anual_gestao2019.pdf.
14. Porto Alegre. Secretaria Municipal da Saúde. Plano Municipal de Saúde 2022-2025 [Internet]. Porto Alegre: SMS, 2021 [citado em 30 nov. 2022]. Disponível em: http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu_doc/pms_2022_25.pdf.
15. Brasil. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 13 jun. 2013. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>
16. Pianori D, Maietti E, Lenzi J, Quargnolo M, Guicciard S, Adja KYC, et al. Sociodemographic and health service organizational factors associated with the choice of the private versus public sector for specialty visits: evidence from a national survey in Italy. *PLoS ONE*. 2020;15(5):1-12. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0232827>
17. Meier JG, Cabral LPA, Zanesco C, Grden CRB, Fadel CB, Bordin D. Factors associated with the frequency of medical consultations by older adults: a national study. *Rev Esc Enferm USP*. 2020 Mar;54:e03544. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s1980-220x2018048103544>
18. Melo-Silva AM, Mambrini JVM, Souza Junior PRB, Andrade FB, Lima-Costa MF. Hospitalizações entre adultos mais velhos: resultados do ELSI-Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2018;52 Supl 2:3s. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2018052000639>
19. Ribeiro SP, Cavalcanti MLT. Atenção Primária e Coordenação do Cuidado: dispositivo para ampliação do acesso e a melhoria da qualidade. *Ciêns Saúde Coletiva*. 2020 Mai;25(5):1799-1808. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020255.34122019>
20. Brasil. Ministério da Economia. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa nacional de saúde: 2019: percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal: Brasil e grandes regiões [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2020 [citado em 1 jul. 2019]. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101764.pdf>.
21. Porto Alegre. Secretaria de Governança Local. População idosa de Porto Alegre: informação demográfica e socioeconômica [Internet]. Porto Alegre: SGL, 2015 [citado em 30 nov. 2022]. Disponível em: http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/observatorio/usu_doc/informacao_demografica_e_socioeconomica-populacao_idosa02.pdf.
22. National Health Service. Community Services Statistics. *NHS Digital 2020* [Internet]. Disponível em: <https://digital.nhs.uk/data-and-information/publications/statistical/community-services-statistics-for-children-young-people-and-adults>
23. Souza Júnior EV, Costa EL, Matos RA, Cruz JS, Maia TF, Nunes GA, et al. Morbidity-mortality epidemiology and public costs of kidney failure. *Rev Enferm UFPE On line*. 2019 Mar;13(3):647-54. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v13i03a236395p647-654-2019>

24. Viana FS, Boachat YEM, Lugon JR, Matos JPS. Diferenças na cognição e na qualidade de vida entre os pacientes idosos e os muito idosos em hemodiálise. *J Bras Nefrol.* 2019 Jul-Set;41(3):375-83. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/2175-8239-jbn-2018-0167>
25. Andrade CA, Andrade AMS. Perfil da morbimortalidade por doença renal crônica no Brasil. *Rev Baiana Saúde Pública.* 2020 Abr-Jun;44(2):38-52. Disponível em: <https://doi.org/10.22278/2318-2660.2020.v44.n2.a2832>
26. Santos CS, Collares PMC, Melo AM, Moraes GLA, Lacerda MRL, Santos DHP. Capacidade funcional de idosos acompanhados pela fisioterapia de uma unidade de Atenção Primária à Saúde. *FisiSenectus.* 2019 Jul-Dez;7(2):23-38. Disponível em: <https://doi.org/10.22298/rfs.2019.v7.n2.5120>
27. Freire MCM, Marin MJS, Lazarini CA, Damaceno DG. Life and health conditions of the elderly with mental disorders according to sex. *SMAD, Rev Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.* 2020;16(1):1-11. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.1806-6976.smad.2020.153846>
28. Schroeder FMM, Mendoza-Sassi RA, Meucci RD. Condição de saúde bucal e utilização de serviços odontológicos entre idosos em área rural no sul do Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2020 Jun;25(6):2093-02. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.25422018>
29. Massa KHC, Duarte YAO, Chiavegatto Filho ADP. Análise da prevalência de doenças cardiovasculares e fatores associados em idosos, 2000-2010. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2019 Jan;24(1):105-14. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018241.02072017>
30. Cordeiro P, Martins M. Mortalidade hospitalar em pacientes idosos no Sistema Único de Saúde, região Sudeste. *Rev Saúde Pública.* 2018 Jul;52:69. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2018052000146>
31. Francisco PMSB, Friestino JKO, Ferraz RO, Bacurau AGM, Stopa SR, Moreira Filho DCM. Prevalência de diagnóstico e tipos de câncer em idosos: dados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2020 Jan;23(2):e200023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-22562020023.200023>
32. Costa GAPC, O'Dwyer G, Carvalho YS, Campos HS, Rodrigues NCP. Perfil de atendimento de população idosa nas Unidades de Pronto Atendimento do município do Rio de Janeiro. *Saúde Debate.* 2020 Jun;44(125):400-410. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202012509>
33. Hansel CG, Silva, J, Araújo STC, Fernandes LLRA, Martins AMF, Almeida JRS. Demandas no itinerário terapêutico de idosos: um estudo descritivo. *Esc Anna Nery.* 2020 Jun;24(4):1-6. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2019-0375>
34. Silva CSO, Barbosa MMS, Pinho L, Figueiredo MFS, Amaral CO, Cunha FO, et al. Family health strategy: relevance to the functional capacity of older people. *Rev Bras Enferm.* 2018;71 Suppl 2:740-6. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0078>
35. Lubenow JAM, Silva AO. O que os idosos pensam sobre o atendimento nos serviços de saúde. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2019;22(2):1-13. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-22562019022.180195>



Baixa reserva muscular em pessoas idosas e fatores associados

Low muscle reserve in older adults and associated factors

Danúbia Joanes Rosa Guerra¹ 
Dalila Pinto de Souza Fernandes¹ 
Renato Pereira da Silva¹ 
Andréia Queiroz Ribeiro¹ 

Resumo

Objetivo: Estimar a prevalência de baixa reserva muscular e identificar os fatores associados em pessoas idosas. **Método:** Estudo transversal realizado com 784 idosos (60 anos ou mais) não institucionalizados, residentes em Viçosa, Minas Gerais no ano de 2009. As características de interesse foram sociodemográficas, hábitos de vida, condições de saúde e antropométricas. A baixa reserva muscular (BRM) foi definida como o perímetro da perna (PP) < 33 cm para mulheres e < 34 cm para homens. Realizou-se análise descritiva, análise bivariada e múltipla, por meio da regressão de Poisson com variância robusta, para identificar os fatores independentemente associados ao desfecho de interesse. **Resultados:** Mais da metade da amostra era composta por mulheres (52,9%), maior frequência de idosos mais jovens (60 – 69 anos :49,5%), com no máximo quatro anos de estudo (79,9%). A prevalência de baixa reserva muscular foi de 21,7% (IC 95% 18,9%-24,7%) e os fatores independentemente associados foram a faixa etária de 70 a 79 anos (RP:1,31; IC95%: 0,96-1,795), 80 anos ou mais (RP:1,64; IC95%:1,12-2,70), histórico de internação hospitalar (RP: 1,46; IC95%: 1,02-2,09) e baixo peso (RP: 5,45; IC95%:3,77-7,88). **Conclusões:** A prevalência da BRM na amostra é expressiva, se relaciona com a idade mais avançada, hospitalização e com o baixo peso. O monitoramento do PP mostra-se importante para o rastreamento de alterações relacionadas à baixa reserva muscular na pessoa idosa e os fatores associados devem ser considerados nas avaliações antropométricas destinadas a esta população.

Palavras-chave: Pessoa Idosa. Envelhecimento. Composição Corporal. Estado Nutricional.

Abstract

Objective: To estimate the prevalence of low muscle reserve and identify associated factors in older people. **Method:** Cross-sectional study carried out with 784 non-institutionalized older people (60 years or older), living in Viçosa, Minas Gerais, in 2009. The characteristics of interest were sociodemographic, life habits, health and anthropometric conditions. Low muscle reserve (LMR) was defined as leg circumference (LC) < 33 cm for women and <

¹ Universidade Federal de Viçosa, Departamento de Nutrição e Saúde (DNS). Viçosa, MG, Brasil.

Não houve financiamento para a execução desse trabalho.

Os autores declaram não haver conflito na concepção deste trabalho.

Correspondência/Correspondence
Danúbia Joanes Rosa Guerra
E-mail: danubia.guerra@ufv.br

Recebido: 10/10/2022
Aprovado: 18/01/2023

34 cm for men. Descriptive analysis, bivariate and multiple analysis were performed, using Poisson regression with robust variance, to identify the factors independently associated with the outcome of interest. *Results:* More than half of the sample consisted of women (52.9%), more frequently younger seniors (60 – 69 years old :49.5%), with a maximum of four years of study (79.9%). The prevalence of low muscle reserve was 21.7% (95%CI 18.9%-24.7%) and the independently associated factors were the age group from 70 to 79 years (PR:1.31; 95%CI: 0.96-1.795), 80 years or older (PR:1.64; 95%CI:1.12-2.70), history of hospitalization (PR: 1.46; 95%CI: 1.02-2.09) and low weight (PR: 5.45; 95%CI: 3.77-7.88). *Conclusions:* The prevalence of LMR in the sample is expressive, it is related to older age, hospitalization and low weight. LC monitoring is important for tracking changes related to low muscle reserve in older people and associated factors should be considered in anthropometric assessments for this population.

Keywords: Older Person.
Aging. Body composition.
Nutritional status.

INTRODUÇÃO

Um dos fenômenos de maior proeminência neste século XXI é o envelhecimento populacional, a população idosa tem aumentado consideravelmente e segundo projeções, em 2060, 33,7% da população será de pessoas idosas^{1,2,3}. Tal fato reflete conquistas, mas se constitui em desafios para a promoção de um envelhecimento saudável. Ressalta-se a prevenção e adequado controle da elevada prevalência de doenças crônicas não transmissíveis e síndromes geriátricas em pessoas idosas, as quais tem forte relação com o estado nutricional e a composição corporal dos indivíduos^{4,5}.

Durante o processo de envelhecimento ocorrem modificações de ordem fisiológica, destacando-se as mudanças associadas à composição corporal, como o acúmulo de gordura abdominal e a perda de massa muscular. Nesse sentido, a avaliação da massa muscular para estimar a reserva proteica a partir da medida do perímetro da perna é uma alternativa relevante para avaliar a perda de massa muscular nessa população⁶.

Dentre os possíveis desfechos decorrentes da baixa reserva muscular em idosos, ressalta-se a sarcopenia, doença de origem multifatorial, que consiste na depleção da massa muscular associada a perda de força. Essa condição se relaciona ao aumento da prevalência de doenças crônicas não transmissíveis, inflamação, resistência à insulina, além de alterações na funcionalidade, podendo gerar um estado de dependência do idoso em tarefas cotidianas, maior risco de quedas, fragilidade, hospitalização e óbito^{7,8}.

Tendo em vista estas consequências, tem sido crescente o interesse pelo estudo dos fatores associados ao déficit de reserva muscular. No Brasil, ainda se conhece pouco sobre a magnitude e os determinantes dessa condição na população idosa. Assim, o presente estudo teve como objetivo investigar a prevalência da baixa reserva muscular e identificar os fatores associados em pessoas idosas não institucionalizadas no município de Viçosa (MG) no ano de 2009.

MÉTODOS

Estudo transversal, oriundo do projeto de pesquisa intitulado “Condições de saúde, nutrição e uso de medicamentos por idosos do município de Viçosa (MG): um inquérito de base populacional”, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Viçosa (Nº 027/2008).

Amostra

O estudo foi composto por idosos com idade de 60 anos de idade ou mais, não institucionalizados, totalizando 7980 residentes no município de Viçosa, MG. A população fonte foi identificada a partir de um recenseamento durante a Campanha Nacional de Vacinação do Idoso em 2008 (80% de cobertura vacinal). A partir desse censo, foi gerado um banco de dados, que foi complementado com informações das bases dos registros ocupacionais e dos serviços de saúde do município.

O tamanho da amostra foi calculado considerando nível de confiança de 95%, prevalência estimada de 50% (em função de diferentes desfechos de interesse do projeto maior) e erro tolerado de 3,5%⁸. Ao adotar estes parâmetros, a amostra mínima final foi de 714 idosos, à qual se acrescentou 20% para suprir possíveis perdas, totalizando 858 pessoas idosas a serem estudadas. Essas foram selecionadas por amostragem aleatória simples.

A coleta de dados foi realizada no domicílio do participante, no período de junho a dezembro de 2009. Questionários semiestruturados foram aplicados e foi realizada aferição de medidas antropométricas, seguindo os protocolos preconizados. Os questionários foram submetidos a revisão de preenchimento por um supervisor de campo. Após a revisão, foi realizada dupla digitação dos dados para controle de qualidade.

Variáveis do estudo

Variável dependente

A variável dependente é a baixa reserva muscular (BRM), obtida pela medida do perímetro da perna (PP). Para tanto, foi utilizada uma fita métrica milimetrada, flexível e inelástica, com respectivas capacidade e precisão de 1,80 m e 0,1 mm. Para a aferição dessa medida, verificou-se a parte mais protuberante da perna esquerda, estando o idoso sentado, com a perna esquerda dobrada, formando um ângulo de 90° com o joelho⁶. No presente estudo, foi considerada a classificação proposta por Pagotto et al. (2018)¹¹ que estabeleceram valores de ponto de corte inferiores a 33 cm para mulheres e 34 cm para homens.

Variáveis independentes

As variáveis independentes avaliadas neste estudo foram selecionadas a partir da revisão de literatura e da sua disponibilidade no banco de dados do projeto. São as que se seguem:

Sociodemográficas

Foram avaliadas as informações sobre sexo (masculino e feminino), idade (contínua em anos e categorizada em 60 a 69 anos; 70 a 79; 80 anos ou mais), escolaridade (nunca estudou; 1 a 4 anos de estudo; mais de 4 anos de estudo) e coabitação (vive só; vive acompanhado).

Hábitos de vida

Foram incluídas no estudo as variáveis prática de atividade física (sim; não) e qualidade da dieta avaliada segundo o Índice de Alimentação Saudável (IAS) revisado e validado para a população brasileira¹¹. Para o cálculo do IAS foram utilizadas informações do recordatório de ingestão habitual. Este índice considera 12 componentes, sendo nove dos grupos de alimentos contidos no Guia Alimentar Brasileiro (2006), dois nutrientes (sódio e gorduras saturadas) e SoFAAS (calorias provenientes de gordura sólida, álcool e açúcar de adição)¹².

Condições de saúde

Foram consideradas as variáveis autopercepção de saúde (muito boa/boa; regular; ruim), histórico de internação hospitalar no ano anterior à entrevista (nenhuma; 1 ou mais), e histórico das seguintes doenças (sim; não): hipertensão arterial, diabetes *mellitus*, acidente vascular encefálico (AVE), infarto, asma ou bronquite, osteoporose, artrite, artrose ou reumatismo (doença reumática), dislipidemia e depressão.

Para a avaliação da incapacidade funcional foi utilizada uma escala com 14 tipos de atividades, que contemplam as ABVD (Atividades Básicas da Vida Diária) e as AIVD (Atividades Instrumentais da Vida Diária). A seleção das atividades a serem incluídas foi baseada na proposta de Katz et al. (1963)¹³ para avaliação das ABVD e de Lawton e Brody (1969)¹⁴ para avaliação das AIVD. As ABVD

selecionadas neste estudo foram: banhar-se; vestir-se; alimentar-se; e levantar-se da cama para uma cadeira. As AIVD contempladas foram: preparar os alimentos ou cozinhar; usar o telefone; sair de casa ou tomar um ônibus; tomar os medicamentos sem ajuda; administrar o dinheiro; fazer compras; arrumar a casa; realizar trabalhos manuais domésticos; e lavar e passar sua roupa.

Para cada uma das atividades avaliadas, foram consideradas as seguintes classificações quanto a dificuldade na realização: 1: Não tem dificuldade; 2: Tem pequena dificuldade; 3: Tem grande dificuldade, 4: Não consegue e 5: Não faz a atividade. A classificação da incapacidade funcional foi adaptada a partir da metodologia de Fielder e Peres (2008)¹⁵. A partir do conjunto de ABVD e AIVD, foi classificado com “incapacidade funcional” o indivíduo que declarou alguma dificuldade para realizar seis ou mais atividades (categorias 2 e 3) ou quando o não se sentiu hábil para realizar três atividades ou mais do total proposto (categoria 4). Os demais indivíduos foram classificados “sem incapacidade funcional”.

Indicadores antropométricos

O estado nutricional foi avaliado a partir do cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC) (peso corporal em quilogramas dividido pela estatura em metros elevada ao quadrado – kg/m^2). Os pontos de corte utilizados para o IMC foram os propostos pela Organização Pan-Americana de Saúde¹⁶, considerando-se baixo peso $<23 \text{ kg}/\text{m}^2$, eutrofia 23 a $27,9 \text{ kg}/\text{m}^2$, sobrepeso 28 a $29,9 \text{ kg}/\text{m}^2$, obesidade $\geq 30 \text{ kg}$. Para fins do estudo, considerou-se sobrepeso ou obesidade como excesso de peso.

Análise dos dados

Foi realizada análise descritiva dos dados, por meio de distribuição de frequências absolutas e relativas para variáveis qualitativas, e estimativa de medidas de tendência central e de dispersão para variáveis quantitativas. A avaliação da normalidade da

distribuição das variáveis quantitativas foi realizada pelo teste de *Shapiro-Wilk*. Foi estimada a prevalência de BRM com seu respectivo intervalo de confiança de 95% (IC 95%). As prevalências de BRM foram comparadas conforme as variáveis independentes de interesse, por meio dos testes qui-quadrado de Pearson e qui-quadrado de tendência linear. As comparações das médias das características de interesse, conforme a ocorrência de BRM foram realizadas com o teste t de *Student*.

Para a identificação dos fatores associados à BRM foram realizadas análises bivariada e múltipla a partir da regressão de Poisson com variância robusta. As variáveis que, na análise bivariada se associaram ao desfecho com um valor $p \leq 0,20$ foram selecionadas para a análise de regressão múltipla. Na regressão múltipla utilizou-se a estratégia *backward*, sendo mantidas no modelo final aquelas variáveis que se associaram a baixa reserva muscular com valor $p < 0,05$. O nível de significância adotado para todas as análises foi $\alpha = 0,05$.

RESULTADOS

Após excluir as perdas (falecimento, recusa, mudança para endereço não localizado) a amostra final foi de 796 pessoas idosas. No entanto, foram considerados para análise apenas os que tinham dados de perímetro da perna, totalizando 784 indivíduos. A média de idade foi de 71 anos ($dp = 8,1$ anos), sendo mais da metade composta do sexo feminino 52,9% (IC 95%: 49,0%-56,0%).

A prevalência de baixa reserva muscular foi de 21,7% (IC95%: 18,9-24,7). Conforme se observa na Tabela 1, houve um aumento significativo na prevalência de BRM conforme aumento da idade, 24,2% (RP=1,77; IC95%: 1,28-2,45) e 42,0% (RP=3,07; IC95%: 2,22-4,27) e conforme diminuição da escolaridade 9,6% (RP=0,28; IC95%: 0,16-0,49), 22,5% (RP=0,67; 0,50-0,90) e 33,6%. Em relação aos hábitos de vida, a prevalência de BRM foi significativamente menor entre idosos que praticavam algum exercício físico regular (17,3% vs. 23,3% (RP= 0,74; IC95%: 0,54-1,03).

Tabela 1. Baixa reserva muscular de acordo com características sociodemográficas e hábitos de vida de idosos. Viçosa, MG, 2009.

Variáveis	Total (n=784)		Com BRM (n=170)		Sem BRM (n=614)		Valor p	RP (IC 95%)
	n	%	n	%	n	%		
Sociodemográficas								
Sexo								
Masculino	369		75	20,3	294	79,7	0,217*	1
Feminino	415		95	22,9	320	77,1		1,13 (0,86-1,47)
Faixa etária								
60 a 69 anos	388		53	13,7	335	86,3		1
70 a 79 anos	277		67	24,2	210	75,8	<0,001**	1,77 (1,28-2,45)
80 anos ou mais	119		50	42,0	69	58,0		3,07 (2,22-4,27)
Escolaridade¹								
Nunca estudou	128		43	33,6	85	66,4		1
1 a 4 anos de estudo	498		112	22,5	386	77,5	<0,001**	0,67 (0,50-0,90)
Mais de 4 anos de estudos	157		15	9,6	142	90,4		0,28 (0,16-0,49)
Coabitação								
Vive só	93		20	21,5	73	78,5	0,543*	1
Vive acompanhado	691		150	21,7	541	78,3		1,01 (0,67-1,53)
Hábitos de Vida								
Prática de atividade física¹								
Não	557		130	23,3	427	76,7	0,048*	1
Sim	225		39	17,3	186	82,7		0,74 (0,54-1,03)
Qualidade da Dieta ¹ média (dp)	64,53 (10,81)		63,27 (11,19)	–	64,76 (10,65)	–	0,111***	0,99 (0,98-1,00)

BRM: Baixa reserva muscular; RP: razão de prevalências; IC 95%: Intervalo de Confiança de 95%

¹ O n pode variar de acordo com dados faltantes nas respectivas variáveis analisadas. Escolaridade (n= 783), atividade física (n= 782), qualidade da dieta (n=782).

*Teste Qui-quadrado de Pearson. **Teste Qui-quadrado de Tendência Linear. ***Teste t de Student.

De acordo com as condições de saúde, a prevalência de BRM foi significativamente maior entre idosos com histórico de internação no último ano 29,5% vs. 20,4%; RP= 1,45; IC95%:1,06-1,98) e com incapacidade funcional 33,3% vs. 19,2%; (RP=1,74; IC95%: 1,31-2,31). Contrariamente, observou-se menor prevalência de BRM entre aqueles com dislipidemia 17,7% vs. 8,3%; RP=0,66; IC95%: 0,51-0,87). Ao se considerar os indicadores antropométricos, a prevalência de BRM entre idosos com baixo peso foi 4,69 vezes maior que a prevalência entre idosos eutróficos (RP = 5,69; IC 95%: 3,94 –

8,23) e a prevalência entre aqueles com excesso de peso foi 72% menor do que entre os eutróficos (RP = 0,28; IC 95% 0,13 -0,64) (Tabela 2).

Na análise de regressão múltipla, observou-se que os fatores independente e positivamente associados à baixa reserva muscular foram faixa etária de 70 a 79 anos (RP:1,31; IC95%: 0,96-1,79), 80 anos ou mais (RP:1,64; IC95%:1,12-2,70), baixo peso (RP: 5,45; IC95%:3,77-7,88) e histórico de internação hospitalar (RP: 1,46; IC95%: 1,02-2,09). O excesso de peso esteve negativamente associado ao desfecho (Tabela 3).

Tabela 2. Baixa reserva muscular de acordo com condições de saúde e indicadores antropométricos da amostra. Viçosa, MG, 2009.

Variáveis	Total (n=784)	Com BRM (n=170)		Sem BRM (n=614)		Valor p	RP (IC95%)
	n	n	%	n	%		
Condição de Saúde¹							
Autopercepção de saúde							
Muito boa/ Boa	344	65	18,9	279	81,1		1
Regular	367	79	21,5	288	78,5	0,099*	1,14 (0,85-1,53)
Ruim/ Muito ruim	50	16	32,0	34	68,0		1,69 (1,07-2,68)
Histórico de internação hospitalar							
Nenhuma	658	134	20,4	524	79,6	0,025*	1
1 ou mais	122	36	29,5	86	70,5		1,45 (1,06-1,98)
Incapacidade Funcional							
Não	642	123	19,2	519	80,8	<0,001*	1
Sim	141	47	33,3	94	66,7		1,74 (1,31-2,31)
Histórico de hipertensão arterial	596	126	21,1	470	78,9	0,489*	0,90 (0,66-1,21)
Histórico de diabetes mellitus	172	40	23,3	132	76,7	0,323*	1,09 (0,80-1,49)
Histórico de AVE ^a	47	14	29,8	33	70,2	0,166*	1,40 (0,88-2,23)
Histórico de infarto	46	5	10,9	41	89,1	0,062*	0,49 (0,21-1,12)
Histórico de asma ou bronquite	123	34	27,6	89	72,4	0,056*	1,34 (0,97-1,85)
Histórico de osteoporose	108	24	22,2	84	77,8	0,488*	1,03 (0,70-1,50)
Histórico de doença reumática	180	41	22,8	139	77,2	0,700*	1,06 (0,78-1,45)
Histórico de dislipidemia	440	78	17,7	362	82,3	0,003*	0,66 (0,51-0,87)
Histórico de depressão	141	30	21,3	111	78,7	0,890*	0,97 (0,68-1,38)
Indicadores Antropométricos¹							
Índice de Massa Corporal							
Eutrofia	294	30	10,2	264	89,8		1
Baixo peso	136	79	58,1	57	41,9	<0,001**	5,69 (3,94-8,23)
Excesso de Peso	241	7	2,9	234	97,1		0,28 (0,13-0,64)

AVE: acidente vascular encefálico; BRM: baixa reserva muscular; RP: razão de prevalências; IC 95%: intervalo de confiança de 95%

¹ O n pode variar de acordo com dados faltantes nas respectivas variáveis analisadas. Autopercepção de Saúde (n=761), histórico de internação hospitalar (n=780), incapacidade funcional (n= 783), hipertensão arterial (n= 783), diabetes mellitus (n= 783), AVE (n= 783), infarto (n= 783), asma ou bronquite (n= 782), osteoporose (n= 783), doença reumática (n= 782), dislipidemia (n= 781), depressão (n= 783) índice de massa corporal (n= 671).

*Teste Qui-quadrado de Pearson. **Teste Qui-quadrado de Tendência Linear. ****Teste t de Student.

Tabela 3. Modelo final da análise de regressão múltipla da associação entre as variáveis sociodemográficas, hábitos de vida, condições de saúde e indicadores antropométricos com a baixa reserva muscular entre idosos. Viçosa, MG, 2009.

Variáveis	Baixa reserva muscular		
	RP	IC 95%	Valor p*
Faixa etária			
60 a 69 anos	1,00	-	-
70 a 79 anos	1,31	0,96-1,79	0,081
80 anos ou mais	1,64	1,12-2,70	0,011
Histórico de internação hospitalar			
Nenhuma	1,00	-	-
1 ou mais	1,46	1,02-2,09	0,037
Índice de Massa Corporal			
Eutrofia	1,00	-	-
Baixo Peso	5,45	3,77-7,88	<0,001*
Excesso de Peso	0,28	0,12-0,63	0,002*

RP: razão de prevalência; IC 95%: Intervalo de Confiança de 95%. *Regressão de Poisson com variância robusta

DISCUSSÃO

O presente estudo identificou elevada prevalência de baixa reserva muscular, visto que mais de 1/5 dos idosos apresentaram essa condição. Esse achado corrobora com os resultados de Martins Resende et al. (2017)¹⁸ que ao observar idosos de Uberaba, encontraram prevalência de BRM de 20,9%, aferida pelo PP, utilizando o ponto de corte proposto pela Organização Mundial da Saúde (1995)⁹ (< 31 cm de PP para massa muscular reduzida). Por outro lado, foi inferior ao encontrado por Machado et al. (2019)¹⁹, os quais observaram uma prevalência de 28,4% de baixa reserva muscular em idosos da comunidade em São Paulo, a partir de absorciometria de raios X de dupla energia (DXA). Valores superiores também foram observados por Pagotto et al. (2018)¹⁰, por meio da medida do PP, sendo 25,9% de prevalência de BRM em mulheres e 30,8 % em homens idosos atendidos na atenção primária de Goiás.

As diferenças nas prevalências de BRM aferidas pelo perímetro da perna podem estar relacionadas ao método de aferição e aos pontos de corte adotados para classificar a baixa reserva muscular, bem como à população fonte dos idosos que fizeram parte das amostras dos estudos. Importante destacar que não há critério validado para a população idosa e o critério

adotado pelo presente estudo é mais sensível do que o proposto pela WHO (1995)⁹, de forma a repercutir no aumento da prevalência de BRM.

Estudos mais recentes têm focalizado a sarcopenia, uma condição associada a baixa reserva muscular e diminuição da força muscular⁷. No Brasil, uma revisão sistemática sobre o tema evidenciou prevalência de sarcopenia de 20% entre as mulheres e de 12% entre os homens²⁰. O diagnóstico da sarcopenia é realizado pela combinação de diferentes métodos, incluindo métodos de detecção da massa muscular como DXA, bioimpedância elétrica (BIA) e predição da massa muscular pelo PP. Associados à essa quantificação, preconiza a avaliação da força muscular, na qual se utiliza o dinamômetro, instrumento que mede a força de prensão palmar⁶. Neste sentido, estudos recentes destacam o PP como um marcador mais acessível, quando comparado aos demais, importante para a triagem de indivíduos acometidos pela doença^{10,18,21} e muito utilizado para a avaliação indireta da massa muscular em estudos populacionais^{21,22,23}.

Quanto aos fatores associados, observou-se que a prevalência de baixa reserva muscular foi maior nas faixas etárias mais avançadas, o que pode ser parcialmente explicado por alterações fisiológicas relacionadas ao envelhecimento como

inapetência, menor consumo de fontes proteicas devido a dificuldades na mastigação e mudanças na composição corporal^{24,25}. Essa associação é reportada de forma consensual na literatura. Gonzalez et al. (2021)²⁶ observou forte correlação entre o PP e a reserva de massa muscular, com uma diminuição dos valores conforme a o avanço da idade, principalmente em mulheres.

No presente estudo a baixa reserva muscular esteve associada ao histórico de internação hospitalar. A literatura aponta que a baixa reserva muscular é um dos fatores determinantes para maiores chances de hospitalização, propensão a doenças respiratórias e incapacidade funcional em idosos²⁷. Por outro lado, também reconhece que a internação hospitalar, por diferentes motivos, predispõe a perda de massa magra⁷. No presente estudo, o desenho transversal limita o estabelecimento da direção dessa relação, de forma a não ser possível estabelecer se o histórico de internação é consequência da perda muscular ou se a perda muscular decorre do histórico de hospitalização.

A despeito dessa limitação, esse resultado evidencia a importância de se minimizar perdas de reserva muscular a fim de se evitar condições que predispoem internação e outras consequências. Deste modo, é importante garantir condutas que permitam a prevenção da baixa reserva muscular como monitoramento regular da medida do PP, promoção da saúde bucal, incentivo à atividade física, além de condutas nutricionais como a oferta adequada de alimentos proteicos nas refeições de idosos, e caso seja necessário, a suplementação. Tais estratégias são importantes também em âmbito hospitalar a fim de minimizar a perda muscular e seus desfechos, tendo em vista que a sarcopenia acomete cerca de 13% a 24% dos indivíduos hospitalizados²⁸.

Em relação aos hábitos de vida, a prática de atividade física auxilia na formação e manutenção da massa muscular, no entanto, esta não se manteve independentemente associada à baixa reserva muscular em nosso estudo. A ausência dessa associação pode ser atribuída, em parte, à forma pouco precisa de mensuração dessa variável, obtida por autorrelato, sem detalhamento do tempo gasto na realização de atividades físicas.

O baixo peso se associou independentemente com a baixa reserva muscular nos idosos, em consonância com o observado por Nunes et al. (2021)²⁹ com idosos da comunidade, em um município do interior de São Paulo. Em indivíduos idosos o déficit no consumo de proteína e na síntese muscular implicam em uma adaptação do organismo, caracterizada por uma compensação fisiológica que resulta em maior armazenamento de gordura corporal^{24,25}. Dessa forma, há um desequilíbrio entre a massa gorda e a massa muscular que resulta em um processo inflamatório devido as alterações nos mediadores anabólicos e catabólicos. Com a redução das concentrações de hormônios anabólicos como a testosterona, hormônio do crescimento (GH), insulina e IGF-1, observa-se o catabolismo, o que impede a síntese muscular³⁰.

Observou-se que o excesso de peso em pessoas idosas teve uma associação negativa com a BRM, embora se espere que no envelhecimento ocorra uma depleção da massa muscular e aumento do tecido adiposo, localizado principalmente na região abdominal de indivíduos mais velhos. No entanto, a associação entre o excesso de peso e risco à saúde ainda carece de consenso. Na população idosa, de acordo como “paradoxo da obesidade” o excesso de peso tem demonstrado efeito protetor sobre a mortalidade. Apesar disso, estudos mostram que a redistribuição da gordura é capaz de permear tecidos e órgãos. Deste modo, é importante controlar e monitorar comorbidades associadas ao excesso de peso, pois estas podem levar a uma redução na qualidade de vida, com aumento da ocorrência de incapacidade funcional e fragilidade³¹. A capacidade funcional, por sua vez, tem importante relação com a reserva muscular.

Esse estudo por ter um delineamento transversal, não permite estabelecer relação de causa e efeito entre as associações observadas. Destacam-se como pontos fortes, o fato de ser um estudo com amostra representativa de idosos, realizado por entrevistadores adequadamente treinados para aferição de medidas antropométricas a partir de protocolos bem estabelecidos. Destaca-se a utilização do PP, medida de fácil mensuração e não invasiva e que tem sido considerada um importante marcador para diagnóstico de sarcopenia em idosos^{10,21}.

CONCLUSÃO

Mais de 1/5 das pessoas idosas do estudo foram classificadas com baixa reserva muscular a partir do perímetro da perna. Esse evento mostrou relação com a idade, histórico de internação hospitalar e baixo peso. Ações que promovam o envelhecimento saudável da população devem contemplar a implementação de medidas que atuem na melhoria dos hábitos de vida, com destaque para a promoção da alimentação saudável e prática de atividade física. Tais medidas podem ter grande

impacto na manutenção da massa muscular, força e desempenho físico. Estudos subsequentes são necessários para estabelecer o melhor ponto de corte do PP para predição da BRM, tendo em vista a inexistência de um ponto de corte validado para a população idosa brasileira. Apesar dessa limitação, o monitoramento do PP em pessoas idosas é importante para o rastreamento e acompanhamento de alterações relacionadas à baixa reserva muscular.

Editado por: Tamires Carneiro de Oliveira Mendes

REFERÊNCIAS

- Oliveira AS. Transição demográfica, transição epidemiológica e envelhecimento populacional no Brasil. *Hygeia*. 2019;15(32):69-7. Disponível em:
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (BR). Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro (RJ): Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2015. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv95011.pdf>
- Souza MFM, Malta DC, França EB, Barreto ML. Transição da saúde e da doença no Brasil e nas Unidades Federadas durante os 30 anos do Sistema Único de Saúde. *Ciênc. Saúde Colet*. 2018; 23(6) :1737-1750. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.04822018>.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no Brasil 2021-2030 / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. – Brasília : Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/publicacoes-svs/doencas-cronicas-nao-transmissiveis-dcnt/09-plano-de-dant-2022_2030.pdf/view
- Silveira EA, Pagotto V, Barbosa LS, Oliveira C, Pena GG, Velasquez-Melendez G. Acurácia de pontos de corte de IMC e circunferência da cintura para a predição de obesidade em idosos. *Ciênc. Saúde Colet*. 2020;25(3):1073-1082. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020253.13762018>.
- WHO. Physical status: the use and interpretation of anthropometry. Report of a WHO Expert Committee. World Health Organization technical report series, 1995.[citado 2022 fevereiro 19]. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/37003/1/WHO_TRS_854.pdf
- Cruz-Jentoft AJ, Bahat G, Bauer J, Boirie Y, Bruyère O, Cederholm T, et al. Sarcopenia: revised European consensus on definition and diagnosis. *Age ageing* 2019;48(1):16–31. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/ageing/afz046>
- Bachettini, N. P., Bielemann, R. M., Barbosa-Silva, T. G., Menezes, A. M. B., Tomasi, E., & Gonzalez, M. C. Sarcopenia as a mortality predictor in community-dwelling older adults: a comparison of the diagnostic criteria of the European Working Group on Sarcopenia in Older People. *Eur J Clin Nutr*. 2020;74(4): 573-580. Disponível em: <https://doi.org/10.1038/s41430-019-0508-8>
- Lwanga SK, Lemeshow S. Sample size determination in health studies: a practical manual. Geneva, World Health Organization, 1991.[citado 2022 fevereiro 19]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/40062>
- Pagotto V, Santos KF, Malaquias SG, Bachion MM, Silveira EA. Calf circumference: clinical validation for evaluation of muscle mass in the elderly. *Rev Bras Enferm*. 2018 ; 71(2): 322-328. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0121>
- Previdelli AN, Andrade SC, Pires MM, Ferreira SRG, Fisberg RM, Marchioni DM. Índice de Qualidade da Dieta Revisado para população brasileira. *Rev saúde pública*. 2011; 45(4): 794-798. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102011005000035>

12. Fernandes DPS, Duarte MSL, Pessoa MC, Franceschini SCC, Ribeiro AQ. Healthy Eating Index: Assessment of the Diet Quality of a Brazilian Elderly Population. *Insights Nutr Metab.* 2018; 11:1-7. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/1178638818818845>
13. Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. The index of adl: a standardized measure of biological and psychosocial function. *JAMA.* 1963; 185:914-919. Disponível em: <https://doi:10.1001/jama.1963.03060120024016>
14. Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *The Gerontologist.* 1969;9(3):179-186. Disponível em: https://doi.org/10.1093/geront/9.3_Part_1.179
15. Fiedler MM, Peres KG. Capacidade funcional e fatores associados em idosos do Sul do Brasil: um estudo de base populacional. *Cad Saúde Pública.* 2008;;24(2):409-415. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000200020>
16. OPAS. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. XXXVI Reunión del Comitê Asesor de Investigaciones en Salud – Encuesta Multicêntrica – Salud Bienestar y Envejecimiento (SABE) en América Latina e el Caribe – Informe preliminar. 2001;12. Disponível em: <https://www.paho.org/Spanish/HDP/HDR/CAIS-01-05.PDF>
17. YANAGA MC. Sarcopenia em Idosos: Um estudo de revisão. 2020;13(3):089-094. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1055/s-0040-1718991>
18. Martins Resende TI, Meneguci J, Eidi Sasaki J, da Silva Santos A, Damião R. Comportamento sedentário e massa muscular reduzida em idosos: um estudo de base populacional. *Mundo saúde.* 2017;41(4):588-96. Disponível em: <http://doi.org/10.15343/0104-7809.20174104588596>
19. Machado KLLL. Fatores de risco para baixa massa muscular em idosos da comunidade: coorte prospectiva de base populacional no Brasil. São Paulo Ageing & Health Study (SPAH) [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. 2019. [acesso em 09 fev. 2022]. Disponível em: https://www.musculosqueleticosp.com.br/wp-content/uploads/2020/04/def_KettyLysieLibardiLiraMachado.pdf
20. Diz JBM, Leopoldino AAO, Moreira BS, Henschke N, Dias RC, Pereira LSM, et al. Prevalence of sarcopenia in older Brazilians: a systematic review and meta-analysis. *Geriatr Gerontol Int.* 2017; 17:5-16. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/ggi.12720>
21. Sunyoung K, Kim M, Lee Y, Kim B, Yoon TY, Won Won T. “Calf Circumference as a Simple Screening Marker for Diagnosing Sarcopenia in Older Korean Adults: the Korean Frailty and Aging Cohort Study (KFACS). *J. Korean Med. Sci.* 2018; 33:20 -151. Disponível em: <https://doi.org/10.3346/jkms.2018.33.e151>
22. Costa CE, Porto FE, Neto AFN, de Oliveira JP, de Melo Passinato IL, Reck HB, et al. Relação entre variáveis antropométricas, funcionalidade e massa muscular esquelética em idosos fisicamente ativos. *ConScientia e Saúde.* 2019; 18(3):312-325. Disponível em: <https://doi.org/10.5585/ConsSaude.v18n2.13887>
23. Mienche M, Setiati S, Setyohadi B, Kurniawan J, Laksmi PW, Ariane A, et al. Diagnostic Performance of Calf Circumference, Thigh Circumference, and SARC-F Questionnaire to Identify Sarcopenia in elderly compared to asian working group for sarcopenia's diagnostic standard. *Acta med. Indones.* 2019;51(2):117-127. Disponível em: http://www.actamedindones.org/index.php/ijim/article/view/976/pdf_1
24. Reis SS dos, Landim L dos SR. O processo de envelhecimento e sua relação entre sarcopenia, consumo de proteínas e estado nutricional: uma revisão de literatura. *RSD* 2020;9(11):e2009119671. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i11.9671>
25. Damião R, Meneguci J, Santos Álvaro da S, Matijasevich A, Menezes PR. Estado nutricional de idosos residentes nos municípios da Superintendência Regional de Saúde de Uberaba: estudo transversal. *Rev. Med.* 2019; 98(5):290-7. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/issn.1679-9836.v98i5p290-297>
26. Gonzalez MC, Mehrnezhad A, Razaviarab N, Barbosa-Silva TG, Heymsfield SB, Calf circle: cutoff values from the NHANES 1999–2006, *Am. J. Clin. Nutr.* 2021; 113(6):1679 –1687. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/ajcn/nqab029>
27. Cristaldo MRA, Guandalini VR, Faria SO, Spexoto MCB. Rastreamento do risco de sarcopenia em adultos com 50 anos ou mais hospitalizados. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia.* 2021;24, (2):. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-22562021024.210016pub-date>.
28. Parra FCS, Matos LBN, Ferrer R, Toledo DO. SARCPRO: Proposta de protocolo para sarcopenia em pacientes internados. *Braspen J.* 2019; 34 (1): 58–63. Disponível em: <http://arquivos.braspen.org/journal/jan-fev-mar-2019/artigos/7-AO-SARCPRO.pdf>
29. Nunes JD, Zacarin JF, Pavarini SCI, Zazzetta MS, Orlandi AAS, Orlandi FS. Fatores associados à Sarcopenia em idosos da comunidade. *Fisioter. Pesqui. (Online).* 2021; 28(2): 159-165. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1809-2950/20002828022021>.

30. Margutti KMM, Schuch NJ, Schwanke CHA. Inflammatory markers, sarcopenia and its diagnostic criteria among the elderly: a systematic review. *Rev. bras. geriatr. gerontol.* (Online).2017; 20(3):441-453. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-22562017020.160155>.
31. Amann VR, Santos LP, Gigante DP. Associação entre excesso de peso e obesidade e mortalidade em capitais brasileiras e províncias argentinas. *Cad. Saúde Pública.*2019;35(12). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00192518>.



Adesão terapêutica ao uso de antiparkinsonianos em pessoas idosas e seus fatores associados: revisão integrativa

Antiparkinson drugs use and adherence in older adults and associated factors: an integrative review

Géssica Cazuzza de Medeiros¹

Gabriela Avelino da Silva¹

Nadja Maria Jorge Asano²

Maria das Graças Wanderley de Sales Coriolano³

Resumo

Objetivos: Identificar os fatores associados à adesão terapêutica ao uso de antiparkinsonianos em idosos com Doença de Parkinson (DP) por meio de uma revisão integrativa da literatura. **Método:** Trata-se de uma revisão integrativa de literatura nos idiomas português, inglês, espanhol, nas bases de dados eletrônicas LILACS, MEDLINE - via PubMed, Web of Science e Scopus, sem restrição quanto ao tempo e desenho de estudo, realizada no período de agosto a setembro de 2021. A seleção dos estudos foi realizada de maneira independente por dois revisores e a validação final por um terceiro revisor. **Resultados:** Após a aplicação dos critérios de elegibilidade, dos 460 estudos encontrados, foram incluídos cinco estudos que evidenciam taxas moderadas de adesão, variando de 35,3% a 66,8%, e apontam como principais fatores associados à menor adesão à terapia antiparkinsoniana: idade mais avançada, déficit cognitivo, maior comprometimento motor, multimorbidades, alteração nos regimes terapêuticos, depressão, polifarmácia, menor escolaridade, não brancos e sexo masculino. Foram fatores descritos para maior adesão: idade mais jovem, cor branca, sem modificação de regime terapêutico, maior nível de conhecimento sobre a DP, bom controle clínico, educação, ser casado, maior renda e nível de consciência. **Conclusões:** A não adesão à terapêutica antiparkinsoniana é frequente e de dimensão multifatorial, sua compreensão torna-se relevante para subsidiar dados para a comunidade científica, objetivando a criação de políticas públicas e planejamento estratégico em serviços de saúde com o propósito de melhorar a qualidade de vida da pessoa idosa.

Palavras-chave:

Adesão à medicação.

Antiparkinsonianos.

Cooperação e adesão ao tratamento. Idoso.

¹ Universidade Federal de Pernambuco, Centro de Ciências da Saúde, Departamento de Medicina Social, Programa de Pós-Graduação em Gerontologia. Recife, PE, Brasil.

² Universidade Federal de Pernambuco, Centro de Ciências da Saúde, Departamento de Medicina, Programa de Pós Graduação em Gerontologia. Recife, PE, Brasil.

³ Universidade Federal de Pernambuco, Centro de Ciências da Saúde, Departamento de Anatomia, Programa de Pós Graduação em Gerontologia. Recife, PE, Brasil.

Os autores declaram não haver conflito na concepção deste trabalho.

Não houve financiamento para a execução deste trabalho.

Correspondência/Correspondence

Géssica Cazuzza de Medeiros

gessicamedeirosnutricionista@hotmail.com

Recebido: 15/08/2022

Aprovado: 10/01/2023

Abstract

Objectives: To identify factors associated with antiparkinson drugs use and adherence in older adults with Parkinson's disease (PD) through an integrative literature review. **Method:** An integrative literature review involving a search for relevant publications in Portuguese, English, and Spanish on the electronic databases LILACS, MEDLINE - via PubMed, Web of Science and Scopus, without restriction regarding date or study design, was carried out during the period August-September 2021. The selection of studies was performed independently by two reviewers and the final validation conducted by a third reviewer. **Results:** After applying the eligibility criteria, 5 of the 460 studies found were included in the review. Results showed moderate adherence rates (range 35.3-66.8%) and the main factors associated with lower adherence to antiparkinson therapy were older age, cognitive deficit, greater motor impairment, multimorbidities, change in therapy regimens, depression, polypharmacy, lower education, non-white ethnicity and male gender. Factors associated with greater adherence were younger age, white ethnicity, no change in therapy regimen, higher level of knowledge about PD, good clinical control, higher educational level, married status, higher income and greater level of awareness. **Conclusions:** Non-adherence to antiparkinsonian therapy was frequent and multifactorial. Understanding this behavior is important to help inform the scientific community and devise public policies and strategic planning in health services for improving the quality of life of the older population.

Keywords: Medication adherence. Antiparkinson Agents. Cooperation and adherence to treatment. Older adults.

INTRODUÇÃO

A Doença de Parkinson (DP) é um distúrbio neurodegenerativo do sistema nervoso central, de caráter progressivo, caracterizado pela perda de neurônios dopaminérgicos da substância nigra, que causa o déficit motor^{1,2}. Acredita-se que sua etiologia advém de fatores genéticos e ambientais, que podem atuar isoladamente ou em associação com os efeitos do envelhecimento³.

No tocante a prevalência, a DP é a segunda doença neurodegenerativa mais comum no mundo. Afetando 1% da população acima de 65 anos, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o que corresponde a cerca de 5 milhões de pessoas. Sendo sua prevalência estimada em 100 a 200 casos por 100 mil habitantes, no qual a maioria dos indivíduos acometidos são pessoas idosas⁴.

Essa patologia é caracterizada por sintomas motores como: tremor em repouso, rigidez muscular, bradicinesia, instabilidade postural e por sintomas não motores que incluem disfunções autonômicas (hipotensão, constipação), parestesia, ansiedade, depressão, distúrbios do sono, dores, cansaço excessivo, disfunção olfativa, movimentos oculares rápidos, déficit cognitivo e comportamental⁵⁻⁸.

O diagnóstico da DP é baseado em critérios clínicos do paciente e se caracteriza pela combinação de pelo menos dois sinais da tetrade clássica, como tremor de repouso, bradicinesia, rigidez com roda dentada, anormalidades posturais, sendo o tremor em repouso e a bradicinesia os sinais mais típicos⁶. A *International Parkinson's and Movement Disorder Society* (MDS) desenvolveu seus próprios critérios de diagnóstico clínico que incluem: presença de parkinsonismo (bradicinesia mais tremor de repouso ou rigidez); ausência de critérios de exclusão absolutos; critérios de suporte e em sinais de alerta⁹.

No que tange a complexidade desse fenômeno, a adesão ao tratamento medicamentoso na DP pode ser comprometida por fatores epidemiológicos e clínicos que incluem nível educacional, estado civil, tempo de duração da doença, polifarmácia, esquemas de medicação complexos, medo dos efeitos colaterais, transtornos de humor, depressão, ansiedade, além de aspectos relacionados à idade, como dificuldades físicas e o déficit cognitivo^{10,11}.

Uma adesão adequada à medicação, por parte dos pacientes com DP, possibilita que os médicos consigam fazer os ajustes necessários, de acordo com a resposta clínica de cada paciente, individualmente. Em contraste, a não aderência ao tratamento, ocasionada

devido à falta das medicações, horários desajustados de tomar novas doses ou até mesmo doses extras, levam ao aumento do parkinsonismo, acarretando por exemplo, piora nas flutuações motoras^{12,13}.

A não aderência terapêutica provoca repercussões negativas para o indivíduo, que influenciam em fatores socioeconômicos, transformando-se em um problema de saúde pública, uma vez que leva ao aumento da necessidade de internações hospitalares, prejudica a qualidade de vida e influencia na morbimortalidade dessa população^{14,15}.

Entretanto, ainda existe uma lacuna de informações na literatura a respeito da temática, sendo necessários estudos que possam prover mais informações à comunidade científica, a respeito das repercussões negativas da baixa adesão terapêutica por parte dos pacientes com DP. Sendo assim, o presente estudo tem como objetivo identificar os fatores associados à adesão terapêutica ao uso de antiparkinsonianos em pessoas idosas por meio de uma revisão integrativa da literatura.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, a qual permite a busca, síntese e análise crítica do conhecimento científico sobre determinado tema ou questão norteadora, contribuindo para a prática baseada em evidências¹⁶.

Para a realização deste estudo foram seguidas seis etapas metodológicas conforme são descritas a seguir: 1- identificação do tema e seleção da questão norteadora; 2- estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão dos estudos; 3- definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados e categorização desses; 4- avaliação metodológica dos estudos incluídos; 5- interpretação dos resultados; 6- apresentação da revisão e síntese do conhecimento.

Para orientar a pesquisa, na primeira etapa foi formulada a seguinte questão norteadora: *Quais são os fatores relacionados à adesão ao uso de antiparkinsonianos em pessoas idosas com Doença de Parkinson?*

Em seguida, foi realizada seleção dos artigos, entre agosto e setembro de 2021 por meio de busca, no portal da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Por meio desse, foi realizada uma busca simultânea de estudos relevantes nas bases de dados científicos: MEDLINE (Literatura Internacional em Ciências da Saúde) – via Pubmed (*U.S. National Library of Medicine*), LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde). Também foram consultadas as bases Web of Science e Scopus. As duas últimas bases de dados, as quais eram de acesso restrito, foram acessadas de maneira gratuita via acesso Comunidade Acadêmica Federada (CAFe) da Rede Nacional de Ensino e Pesquisa (RNP) usando o portal Periódicos Capes. Por fim, buscou-se complementar o levantamento com busca manual (*handsearching*) nas citações dos estudos primários identificados.

Os critérios de inclusão foram: artigos originais primários (estudos transversais, coortes, caso-controles) e literatura não publicada como resumos de congresso e documentos técnicos, que tratassem sobre os fatores associados à adesão ao uso de antiparkinsonianos em idosos (critério idade ≥ 60 anos), com Doença de Parkinson, disponibilizados nos idiomas português, inglês ou espanhol. Não houve restrição quanto ao desenho de estudo e o tempo de publicação. As referências dos artigos selecionados foram consideradas para inclusão (estratégia de “busca reversa”). As buscas dos estudos, seleção, extração e análise dos dados foram realizadas por dois pesquisadores independentes. Visando reduzir possíveis erros de busca, avaliação, análise e interpretação dos estudos diante das dúvidas que surgiram do processo de revisão, um terceiro revisor foi consultado para solucioná-las e para validar a listagem final.

Como critérios de exclusão, foram desconsiderados artigos que não contemplavam o tema, presença de outras síndromes parkinsonianas, outras doenças neurológicas, ausência de definição de idade dos sujeitos do estudos, estudos repetidos em bases de dados, publicações não disponíveis na íntegra ou cujos resultados ainda não foram publicados, revisão integrativa ou sistemática, carta ao editor, estudo reflexivo, relato de experiência.

Para a busca dos artigos foram utilizados descritores indexados aos Descritores em Ciência da Saúde (DeCS) – “Adesão à medicação”, “Cooperação e adesão ao tratamento” e “Antiparkinsonianos” e “Doença de Parkinson” e ao Medical Subject Headings (MeSH) – “Medication Adherence”

or “Treatment Adherence and Compliance” and “Antiparkinson Agents” and “Parkinson” or “Parkinson disease”. O cruzamento desses descritores ocorreu através dos operadores booleanos AND e OR. O quadro 1 apresenta as estratégias de busca.

Quadro 1. Bases de dados consultadas dos artigos que compuseram a amostra do estudo. Recife, PE, 2022.

Base de dados	Estratégia de busca utilizada para realização da pesquisa – Combinação de palavras-chave
LILACS MEDLINE	(“Adesão à medicação” or “cooperação e adesão ao tratamento”) and (“Antiparkinsonianos”) and (“Doença de Parkinson”)
PUBMED	("Medication Adherence" OR "Treatment Adherence and Compliance ") AND ("Antiparkinson Agents") AND ("parkinson" OR "parkinson disease")
WEB OF SCIENCE	(TS=((Medication Adherence) OR (Treatment Adherence and Compliance))) AND (TS=(Antiparkinson Agents)) AND (TS= parkinson) OR (parkinson disease))
SCOPUS	(KEY (“Medication Adherence” OR “Treatment Adherence and Compliance”) AND KEY (“Antiparkinson Agents”) AND KEY (“Parkinson” OR “parkinson disease”))

Fonte: elaborado pelo autor.

A presente revisão integrativa foi cadastrada no sistema OSF Registres, cujo número de protocolo é 10.17605/OSF.IO/SK3RE. Para extração dos dados, realizou-se uma segunda leitura na íntegra desses cinco artigos selecionados, que foram organizados em tabelas, considerando os seguintes tópicos: título e ano da publicação, autores e nome do periódico; objetivo, tipo de estudo/método, resultados e nível de evidência.

Para análise metodológica dos artigos incluídos, foi aplicado um instrumento que possibilitara a avaliação de diferentes desenhos de estudo: 1) instrumento adaptado do *Critical Appraisal Skill Programme* (CASP). O CASP original contempla oito ferramentas específicas de avaliação para diferentes delineamentos de estudos como revisões, coortes, estudos transversais, ensaios clínicos, entre outros. Nesta revisão utilizou-se um instrumento adaptado do CASP que contempla 10 itens a serem pontuados: 1) objetivo claro e justificado; 2) metodologia adequada; 3) apresentação e discussão dos procedimentos teóricos e metodológicos; 4) seleção adequada da amostra; 5) coleta de dados detalhada; 6) relação entre pesquisador e pesquisados; 7) aspectos éticos preservados; 8) análise de dados rigorosa e fundamentada; 9) apresentação e discussão dos resultados e 10) contribuições, limitações e indicações de novas questões de pesquisa. Para cada item foi

atribuído o valor 0 (zero) ou 1 (um), sendo o resultado final a soma das pontuações, cujo escore máximo é de 10 pontos. Os artigos selecionados foram classificados conforme as pontuações: nível A – 6 a 10 pontos (boa qualidade metodológica e viés reduzido) ou nível B – no mínimo 5 pontos (qualidade metodológica satisfatória, porém com risco de viés aumentado)¹⁷.

Os estudos foram classificados de acordo com o nível de evidência com base na classificação proposta pelo *Oxford Centre for Evidence-Based Medicine* (2009)¹⁸, composto por cinco níveis hierárquicos de evidência por tipo de estudo, conforme descrito a seguir: 1a. Revisão sistemática (com homogeneidade) de ensaios clínicos controlados randomizados (ECCR). 1b. ECCR com intervalo de confiança (IC) estreito. 1c. Resultados terapêuticos do tipo “tudo ou nada”. 2a. Revisão sistemática (com homogeneidade) de estudos de coorte. 2b. Estudo de coorte individual (incluindo ECCR de menor qualidade, por exemplo, acompanhamento abaixo de 80%). 2c. Resultados de pesquisa (observação de resultados terapêuticos ou evolução clínica); Estudos ecológicos. 3a. Revisão sistemática (com homogeneidade) de estudos caso-controle. 3b. Estudo caso-controle individual. 4. Relato de casos (incluindo coorte ou caso-controle de menor qualidade). 5. Opinião de especialistas sem avaliação crítica explícita, estudos de fisiologia, pesquisas de

bancada e “first principles”. Para sumarização dos fatores associados foi considerado o percentual de estudos cuja análise intergrupo, associação ou correlação foi significativa para o desfecho esperado.

RESULTADOS

Foram identificados 460 estudos nas bases de dados pesquisada, sendo removidos (n=11) por

estarem duplicados, resultando em 449 estudos para avaliação. Após a análise do título e do resumo de cada estudo, 418 foram removidos por não se enquadrarem a respeito da temática e/ou objetivos e critérios de inclusão do estudo. Em seguida, foram excluídos outros 8, por não estarem disponíveis na íntegra. Dessa forma, 23 estudos foram selecionados para a leitura completa, dos quais 18 foram eliminados por não contemplarem os critérios de elegibilidade, por fim, a amostra foi composta por 5 estudos (Figura 1).

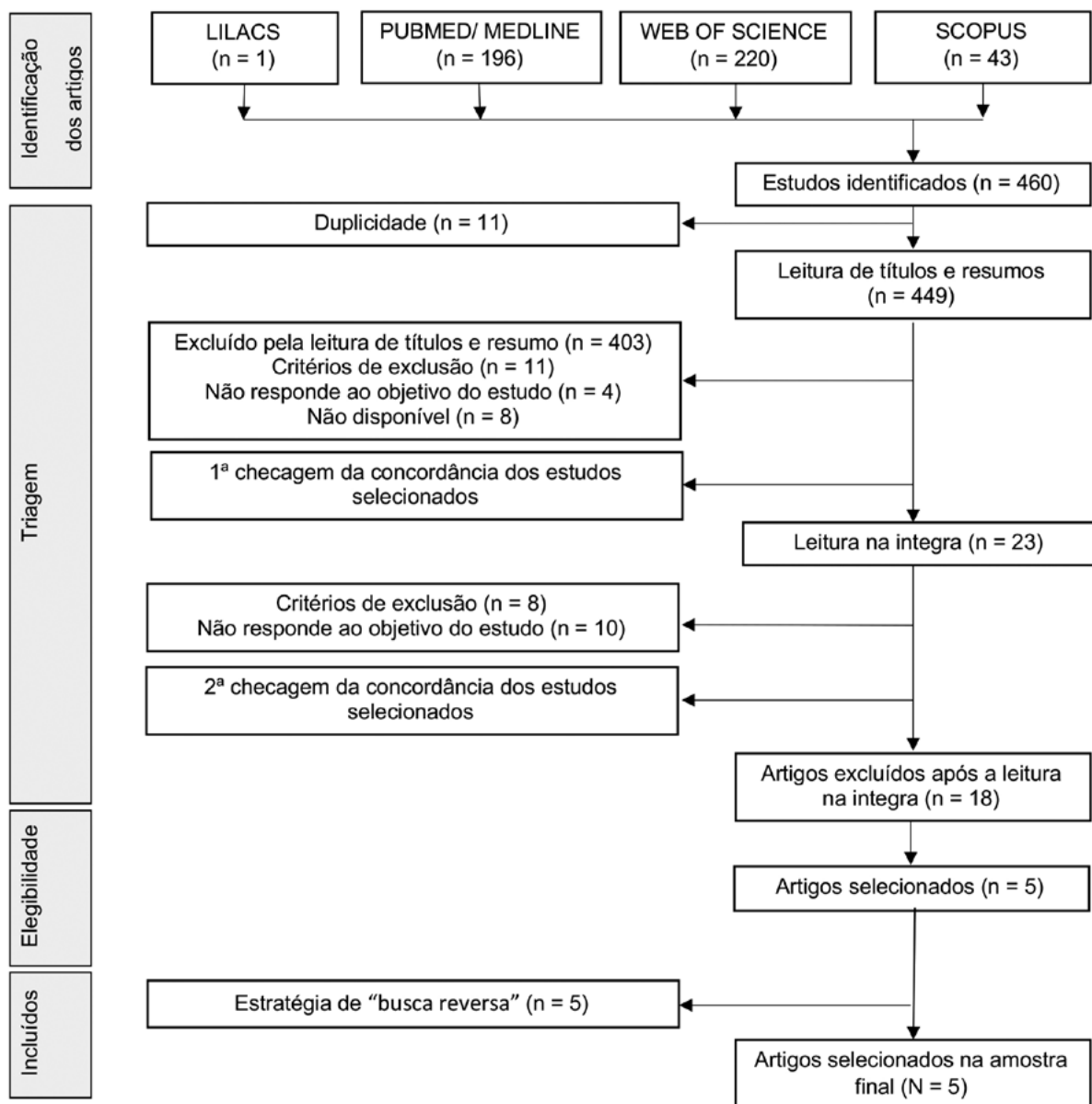


Figura 1. Fluxograma do processo de busca, etapas de seleção e motivos de exclusão dos estudos selecionados para a revisão integrativa. Recife, PE, 2022.

Na presente revisão integrativa foram analisados cinco estudos que atenderam aos critérios de seleção estabelecidos previamente e compuseram a amostra final. Todos os artigos foram publicados em língua inglesa, em periódicos internacionais e entre o período de 2011 e 2020. Os locais de estudo compreenderam três países Europeus (80%), Espanha, Alemanha e Eslováquia e um (20%) nos Estados Unidos da América. Os objetivos dos artigos contemplam a questão da pesquisa e as metodologias utilizadas foram de abordagem quantitativa.

Todos os estudos foram classificados como nível A em qualidade metodológica mediante instrumento adaptado do CASP. Os artigos selecionados abordaram os principais temas: a) grau de adesão a medicação antiparkinsoniana e b) fatores relacionados a boa adesão e baixa adesão em pacientes com DP.

Os principais elementos enumerados foram: idade; cognição; sintomas não motores; polifarmácia, e dados sociodemográficos: sexo; renda; estado civil, escolaridade; cor e etnia.

A Tabela 1 apresenta um panorama das características dos estudos incluídos nesta revisão, considerando os seguintes itens: autor, ano de publicação, local do estudo, periódico, objetivo, delineamento da pesquisa, amostra, e grau de adesão.

Na Tabela 2, está descrita o autor, ano, métodos de avaliação da adesão da DP e os fatores associados à adesão e a não adesão à farmacoterapia antiparkinsoniana. Sexo masculino, presença de sintomas não motores, maior número de fármacos e comprometimento cognitivo foram os fatores associados à não adesão medicamentosa presentes em mais de um estudo.

Tabela 1. Principais características dos estudos incluídos na revisão integrativa. Recife, PE, 2022.

Autor, ano, local e periódico	Objetivo	Desenho do estudo, amostra	Instrumentos utilizados para avaliar a adesão medicamentosa	Principais resultados relacionados a adesão
1) Valdeoriola et al. ¹⁵ , 2011, Barcelona (Espanha), <i>European Journal of Neurology</i>	Determinar as características demográficas, sociais e aspectos clínicos que modificam a adesão terapêutica em formulário de consentimento informado.	Estudo transversal, N= 418 pacientes	Opinião de neurologista (ON) Teste de Morisky-Green (MGT).	De acordo com a opinião do médico 93,7%, e de acordo com o MGT 60,4% dos pacientes aderiram à terapia parkinsoniana.
2) W.J. Yu et al. ¹⁹ , 2013, Baltimore (Maryland), <i>Clinical Therapeutics</i>	Fornecer informações atualizadas, dados populacionais abrangentes sobre o uso de Drogas Antiparkinsonianas (APD) e adesão e examinar características associadas com comportamentos de adesão	Estudo transversal N= 7.583; 65 anos (93,6%); sexo feminino (59,9%); Brancos (89,3%)	Razão de posse de medicamentos (MPR).	Apresentaram boa adesão: 72,7% da amostra.
3) Straka et al. ²⁰ , 2019, Eslováquia, <i>Journal Frontiers in Neurology</i>	Detectar a extensão da adesão à farmacoterapia em pacientes com DP que tomam três ou mais doses diárias de drogas dopaminérgicas e identificar fatores associados à não adesão	Estudo transversal, 124 indivíduos, Sexo Masculino (58%).	Teste de Morisky-Green (MGT). Autorrelato alemão Stendal Adherence to Medication Score (SAMS).	O SAMS identificou alto nível de adesão em 33,9% da amostra; nível médio de aderência em 36,3% dos idosos; e 36,3% relataram um baixo nível de adesão.

continua

Continuação da Tabela 1

Autor, ano, local e periódico	Objetivo	Desenho do estudo, amostra	Instrumentos utilizados para avaliar a adesão medicamentosa	Principais resultados relacionados a adesão
4) Mendorf et al. ²¹ , 2020, Alemanha, <i>Frontiers in Medicine</i>	Descrever motivos comuns autorrelatados para a não adesão. Replicar as associações entre diferentes graus de não adesão e parâmetros clínicos específicos da DP. Explorar o impacto dos parâmetros clínicos específicos da DP em distintos agrupamentos/ motivos de não adesão.	Estudo transversal, N= 226 pacientes, Sexo masculino (58,7%)	Autorrelato alemão Stendal Adherence to Medication Score (SAMS).	Foram totalmente aderentes: 14,2% dos idosos; moderadamente não aderentes: 66,8% e não aderentes: 19%.
5) Zipprich et al. ²² , 2021, Alemanha, <i>Brain Sci</i>	Fornecer dados adicionais para determinar se a não adesão autorreferida está relacionada à QVRS na DP	Estudo transversal, N= 164 pacientes, Sexo masculino (61%)	Autorrelato alemão Stendal Adherence to Medication Score (SAMS).	10,4% dos pacientes foram totalmente aderentes, 66,4% foram moderadamente não aderentes e 23,2% não aderentes.

*Fonte: elaborada pelo autor.

Tabela 2. Categorização dos estudos, autor, ano, instrumentos de avaliação e fatores associados à adesão e não adesão à terapêutica antiparkinsoniana em idosos. Recife, PE, 2022.

Autor, ano	Instrumentos de avaliação	Fatores associados à adesão	Fatores associados a não adesão	Medidas de associação estatística/ Nível de evidência
1) Valdeoriola et al. ¹⁵ , 2011	Percepção subjetiva do médico e do teste de Morisky-Green (MGT).	Alto nível de conhecimento sobre a doença, bom controle clínico, cônjuge ou companheiro de vida e maior renda.	Sintomas psiquiátricos	ICs de 95%/ 2b
2) W.J. Yu et al. ¹⁹ , 2013	1. Prontuário médico do Medicare; 2. Chronic Condition Data Warehouse 2006–2007.	Idade mais jovem, etnia branca, recebimento de assistência financeira, inscrição precoce, função cognitiva intacta, menos comorbidades, nenhuma mudança na prescrição medicamentosa e maior permanência em cuidados de longa duração.	Idade avançada, raça não branca, comprometimento cognitivo, alta comorbidade e troca de terapia e/ou aumento.	Razões de prevalência e ICs de 95%/ 2b
3) Straka et al. ²⁰ , 2019	Escala de Adesão à Medicação de Morisky de 8 itens (MMAS-8)	Não avaliou os fatores associados à adesão.	Sexo masculino, maior duração da Doença de Parkinson (DP), pior qualidade de vida, frequência e gravidade dos sintomas não motores e flutuações motoras e não motoras mais graves.	Coefficiente de correlação de postos de Spearman (r_s) e razão de correlação eta (η)/ 2b

continua

Continuação da Tabela 2

Autor, ano	Instrumentos de avaliação	Fatores associados à adesão	Fatores associados a não adesão	Medidas de associação estatística/ Nível de evidência
4) Mendorf et al. ²¹ , 2020	German Stendal Adherence with Medication Score (SAMS)	Não avaliou os fatores associados à adesão.	Menor escolaridade, maior comprometimento motor nas atividades de vida diária, maior número de medicamentos por dia e complicações motoras da DP	Coefficientes de regressão para o cluster/ 2b
5) Zipprich et al. ²² , 2021	Autorrelato alemão Stendal Adherence to Medication Score (SAMS).	Não avaliou os fatores associados à adesão.	Sexo masculino, menor pontuação no Montreal Cognitive Assessment (MoCA), maior pontuação no questionário de sintomas não motores (NMS-Quest), maior número de medicamentos por dia (um indicador de comorbidade) e maior pontuação no Inventário de Depressão de Beck (BDI)	Correlação/ 2b

Fonte: elaborada pelo autor.

DISCUSSÃO

A atual revisão integrativa identificou maior prevalência de boa adesão terapêutica em dois estudos^{15,19}, entretanto três trabalhos²⁰⁻²² identificaram predomínio de moderada aderência, seguido de baixa adesão, cujos percentuais variaram de 10 a 93% naqueles com maior adesão, 36,3% a 66,4% naqueles com moderada adesão e 6,3 a 36% nos resultados de menor adesão. Dentre os fatores associados à adesão terapêutica, aspectos sociodemográficos, clínicos e mentais foram mais citados em pessoas idosas com doença de Parkinson.

A produção de artigos relacionados a essa temática com as pessoas idosas no Brasil, mostra-se escassa. Evidenciou-se predominância de estudos publicados por pesquisadores europeus. Tal lacuna, destaca a necessidade de mais pesquisas com a população brasileira.

A adesão a terapêutica é influenciada por múltiplos fatores tanto na população idosa, quanto em pacientes com doença de Parkinson^{23,24}. A farmacoterapia no público com DP é muitas vezes abaixo do ideal, e a não adesão é afetada por várias circunstâncias,

como estágio da doença, complicações motoras, complexidade do horário e a presença um quadro depressivo²⁵. Um estudo realizado com 27 indivíduos em um serviço de referência no atendimento geriátrico e gerontológico, identificou uma baixa adesão a medicação em 79% das pessoas idosas²³. Outro trabalho (n=80 idosos), encontrou 16% dos pacientes totalmente aderentes e 25,9% não aderentes²⁴.

A menor adesão foi associada ao sexo masculino^{20,22}, corroborando com os achados de Weyn et al.²⁶, no qual homens representam 34% no grupo dos potenciais não aderentes a medicação, revelando que o sexo masculino, além de comparecer menos ao serviço de saúde, não possui um cuidado para a tomada das medicações da maneira correta, sendo considerado um fator de risco.

Em se tratando de idade, um estudo¹⁹ da presente revisão aponta a idade mais avançada associada a menor adesão. Tavares et al.²⁷ evidenciaram em seus achados, que indivíduos idosos menos longevos apresentam menor adesão ao tratamento, não havendo diferença significativa entre o sexo masculino e feminino. Resultados semelhantes foram destacados em outro estudo no qual homens com idade entre 60 e 79 anos

e negros apresentaram menor adesão a terapêutica²⁸. Essa correlação pode ser explicada pelo fato de idosos mais jovens terem menor suporte familiar e presença de cuidadores no tocante a oferta da terapêutica medicamentosa, quando comparado àqueles idosos mais longevos com maior déficit cognitivo²⁹.

Entretanto, o déficit cognitivo e idade mais avançada são considerados fatores de risco para não adesão à terapêutica, em virtude do aumento de comorbidades atreladas ao envelhecimento, como a modificações da memória, atenção e concentração inerentes ao declínio cognitivo³⁰.

No que concerne a não adesão ao tratamento medicamentoso relacionada; à cor de pele, uma maior prevalência de abandono ao tratamento foi relatada em pessoas não brancas. Esse achado pode ser relacionado a características socioeconômicas de baixa renda familiar, baixa escolaridade e menor acesso aos serviços de saúde³¹.

Muniz et al.³², destacam que a não adesão à terapia medicamentosa decorre de fatores associados ao déficit cognitivo, redução da independência do idoso, baixa escolaridade, a existência de comorbidades e associação à polifarmácia, o que aumenta o risco de efeitos adversos e interação medicamentosa.

Em se tratando de nível educacional, a baixa escolaridade esteve associada a menor adesão²¹. O que corrobora com os achados de Mendorf et al.³³, que afirma que a menor escolaridade estava associada principalmente à mudança da medicação e ao menor conhecimento sobre ela, entretanto, sem associação com os esquecimentos.

Variável sociodemográfica de maior renda se correlacionou positivamente com a adesão à terapia antiparkinsoniana¹⁹, ao passo que indivíduos de baixa renda eram menos propensos a aderir à terapêutica³⁴. O aspecto econômico é importante quando se refere à adesão do tratamento e diminuição dos sinais e sintomas. A DP gera limitações físicas e cognitivas que podem levar esses indivíduos ao afastamento de sua atividade profissional, acarretando perdas econômicas individuais e familiares. Além disso, o gasto com consultas, internações, medicamentos e alimentação também tende a aumentar, afetando diretamente no tratamento e evolução da doença³⁵.

Conforme evidenciado no presente estudo, maior número de medicações esteve associada a menor adesão^{19,21,22}. Grosset et al.³⁶ identificou que a adesão geral e a adesão ao tempo foram significativamente maiores para medicamentos prescritos uma vez ao dia do que os indicados com maior frequência diária. Quando avaliada a prescrição de agonistas de dopamina uma vez ao dia versus três vezes ao dia demonstrou-se que pacientes tomando mais medicamentos tiveram pior adesão diária tanto para a medicação para DP sozinha ($P=0,007$) quanto para todas as medicações combinadas ($P=0,01$).

Os fatores associados positivamente com a adesão¹⁵ também foram descritos por Almeida et al.³⁷ e Nunes et al.³⁸, os quais afirmam que pacientes que tinham companheiros apresentavam uma adesão maior ao tratamento quando comparados aos idosos que viviam sozinhos ou eram viúvos. É citado na literatura a presença de um companheiro e a participação de uma rede de apoio ativa é fundamental para a resolução das problemáticas que se desenvolvem durante o processo vivência da DP, e muitas vezes o papel de cuidador é assumido pelo próprio cônjuge, que poderá contribuir poderá contribuir no auxílio na administração de medicamentos e também no acompanhamento aos serviços de saúde.

Com relação a variável depressão, também é considerada um fator que interfere na adesão do paciente à sua terapia, principalmente por estar diretamente envolvida com a progressão dos sintomas físicos da doença, declínio cognitivo, diminuição da capacidade de autocuidado e piora na qualidade de vida³⁸. Porém não foi encontrada relação entre a adesão do paciente ao tratamento e a presença de sintomas depressivos ($p>0,05$) quando correlacionado os resultados do teste de Morisky e Green e o instrumento IAAFTR com os observados na GDS-15 utilizada no trabalho citado³⁹.

Conforme destacado na presente revisão^{15,20-22}, a Escala de Morisky-Green e a pontuação de conformidade alemã (SAMS), foram os instrumentos mais utilizados para avaliação da adesão. A literatura cita que os métodos mais comumente empregados na literatura incluem, entrevista, contagem de comprimidos, controle da dispensação de fármacos, monitorização terapêutica, questionários

semiestruturados, autoavaliação, entre outros. Fato que constitui um desafio para a comparação dos resultados encontrados⁴⁰.

A respeito das consequências da prática de não adesão a terapêutica medicamentosa, estão inclusas: falta de controle das doenças, maior risco de hospitalizações e aumento na mortalidade, levando a repercussões clínicas, sociais e econômicas⁴¹.

A síntese dos estudos analisados indica que a adesão a terapêutica antiparkinsoniana apresenta dimensões multifatoriais. Nesse sentido, é relevante a identificação prévia e a compreensão dos fatores discutidos acima, visto que, são suscetíveis de intervenções, mediante a criação de políticas públicas e planejamento estratégico e resolutivo que impliquem em intervenções em serviços de saúde, com a criação de políticas públicas voltadas para atenção ao cuidado terapêutico nesses indivíduos, a fim de contribuir para diminuição de complicações, favorecer o aumento de adesão e melhorar a qualidade de vida da pessoa idosa e para a garantia de um envelhecimento ativo e saudável.

No tocante as limitações encontradas nesta revisão integrativa, ressalta-se a insuficiência de estudos do tipo longitudinais que abordam a DP no idoso brasileiro, bem como os fatores que interferem em sua adesão. Enfatiza-se a falta da padronização dos instrumentos de avaliação dos fatores associados a adesão que podem influenciar na interpretação dos resultados. Além disso, a inclusão de autorrelato como ferramenta de avaliação da adesão é passível a risco de superestimar os resultados, em consequência dos problemas de memória nessa população idosa⁴². Todavia, destaca-se que os instrumentos utilizados em artigos que avaliaram a adesão são validados internacionalmente. Recomenda-se que sejam realizadas pesquisas futuras que incluam à inserção

de intervenções relacionadas a adesão em idosos com Doença de Parkinson.

CONCLUSÃO

A análise dos resultados desta revisão integrativa aponta quais os fatores que contribuem para uma maior ou menor adesão dos idosos à terapia antiparkinsoniana. Foram detalhados os motivos de uma adesão inadequada, na qual são descritos: o baixo nível de escolaridade, uso simultâneo de várias medicações, comorbidades, idade mais avançada, déficit cognitivo, presença de depressão e sintomas não motores. Entre os principais fatores associados à melhor adesão destacam-se: idade de jovem, maior nível de conhecimento sobre a doença e bom controle clínico dessa ausência de mudanças no regime terapêutico, cor branca, maior renda, a presença da família ou de um companheiro foi considerado um importante fator de adesão a terapia medicamentosa. Pacientes com maior nível de instrução são mais suscetíveis a apresentar condutas favoráveis a adesão positiva. Apesar dos estudos incluídos divergirem quanto ao grau de adesão na população estudada, foi verificado um número considerável com moderada a baixa adesão à terapêutica medicamentosa, em três trabalhos, cujos percentuais variaram de 36,3% a 66,4% naqueles com moderada adesão e 6,3 a 36% nos resultados de menor adesão.

Ademais, as informações listadas neste estudo contribuem para subsidiar dados para a comunidade científica no que diz respeito aos fatores que facilitam e dificultam a adesão dos idosos à terapêutica antiparkinsoniana, aperfeiçoando debates e visando compreender melhor esse processo em pessoas idosas com Doença de Parkinson.

Editado por: Tamires Carneiro de Oliveira Mendes

REFERÊNCIAS

1. Simon DK, Tanner CM, Brundin P. Parkinson disease epidemiology, pathology, genetics and pathophysiology. *Clinics in Geriatric Medicine*. 2019;36(1):1-12. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.cger.2019.08.002>
2. Martins CCM, Caon G, Moraes CMO. A Doença de Parkinson e o Processo de Envelhecimento Motor: uma Revisão de Literatura. *Saúde e Desenvolvimento Humano*. 2020;8(3):155-67. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.18316/sdh.v8i3.6567>

3. Fernandes BJD, Filho ASA. Perfil farmacológico da opicapona em pacientes com Doença de Parkinson sob tratamento com levodopa. *Revista Brasileira de Neurologia e Psiquiatria*. 2018;22(1):60-72.
4. Silva TP, Carvalho CRA. Doença de Parkinson: o tratamento terapêutico ocupacional na perspectiva dos profissionais e dos idosos. *Caderno Brasileiro de Terapia Ocupacional*. 2019;27(2):331-44. Disponível em: <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoAO1229>
5. Snell RS. *Neuroanatomia clínica*. Rio de Janeiro. 8ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2021.
6. Cabreira V, Massano J. Parkinson's Disease: Clinical Review and Update. *Acta Médica Portuguesa*. 2019;32(10):661-70. Disponível em: <https://doi.org/10.20344/amp.11978>
7. Palamarchuk A. Chronic pain in Parkinson disease. *Journal of Education, Health and Sport*. 2020;10(5):315-20. Disponível em: <https://doi.org/10.12775/JEHS.2020.10.05.033>
8. Chahine L, Tarsy D. Management of nonmotor symptoms in Parkinson disease. *UpToDate*. 2020. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/management-of-nonmotor-symptoms-in-parkinson-diseaseH2150235961>
9. Jankovic J, Tan EK. Parkinson's disease: etiopathogenesis and treatment. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2020;91:795–808. Disponível em: doi:10.1136/jnnp-2019-322338
10. Shin J, Moczygemba LR, Barner JC, Garza A, Linedeckersmith S, Srinivasa M. Patient experience with clinical pharmacist services in Travis County Federally Qualified Health Centers. *Pharm Pract*. 2020;18(2):1751. Disponível em: DOI: 10.18549/PharmPract.2020.2.1751
11. Prell T, Gaur N, Stubendorff B, Rödiger A, Witte OW, Grosskreutz J. Disease progression impacts health-related quality of life in amyotrophic lateral sclerosis. *Journal of the neurological sciences*. 2019;397:92–95. Disponível em: DOI:10.1016/j.jns.2018.12.035
12. Plasencia A. et al. Methods, information sources and algorithms for the analysis of symptoms and support to the Parkinson disease patients. *Procedia Computer Science*. 2021;186:564-554. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.procs.2021.04.175>
13. Muthumanickam S, Gayathri J, Eunice Daphne. Parkinson's Disease Detection And Classification Using Machine Learning And Deep Learning Algorithms – A Survey. *International Journal of Engineering Science Invention (IJESI)*. 2018;7(5):56–63.
14. Monterroso LEP, Sá LO, Joaquim NMT. Adherence to the therapeutic medication and biopsychosocial aspects of elderly integrated in the home-based longterm care. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 2017;38(3):9-16. Disponível em: doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.03.56234>
15. Valldeoriola F, Coronell C, Pont C, Buongiorno MT, Câmara A, Gaig C, Compta Y. Socio-demographic and clinical factors influencing the adherence to treatment in Parkinson's disease: the ADHESON study. 2011;18(7):980-87. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1468-1331.2010.03320.x>
16. Sousa LMM, Marques-Vieira C, Severino S, Antunes V. Metodologia de Revisão Integrativa da Literatura em Enfermagem. *Rev Invest Enferm*. 2017;21(2):17-26. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/321319742_Metodologia_de_Revisao_Integrativa_da_Literatura_em_Enfermagem
17. Critical Appraisal Skills Programme. CASP make sense of evidence. 10 questions to help you make sense of qualitative research [Internet]. [unknown place]: CASP; 2017 [acesso em 21 jan. 2022]. Disponível em: http://media.wix.com/ugd/dded87_25658615020e427da194a325e7773d42.pdf
18. Oxford Centre for Evidence-Based Medicine. Levels of evidence. Oxford; CEBM; 2009. Disponível em: <http://www.cebm.net/oxford-centre-evidence-basedmedicine-levels-evidence-march-2009/>.
19. Wei YJ, Palumbo FB, Simoni-Wastila L, Shulman LM, Stuart B, Beardsley R, Brown C. Antiparkinson drug use and adherence in medicare part D beneficiaries with Parkinson's disease. *Clin Ther*. 2013;35(10):1513-1525. Disponível em: DOI: 10.1016/j.clinthera.2013.09.001
20. Straka I; Minár M.; Škorvánek M.; Grofik M.; Danterová K.; Benetin J.; Kurca E; Gažová A.; Boleková V.; Wyman-Chick KA; et al. Adherence to Pharmacotherapy in Patients With Parkinson's Disease Taking Three and More Daily Doses of Medication. *Frontiers in neurology*. 2019; (10) 799. Disponível em: doi: 10.3389 / fneur.2019.00799
21. Mendorf S, Witte OW, Grosskreutz J, Zipprich HM, Prell T. What Predicts Different Kinds of Nonadherent Behavior in Elderly People With Parkinson's Disease? *Front. Med*. 2020;7:103. Disponível em: doi: 10.3389/fmed.2020.00103
22. Zipprich, H.M.; Mendorf, S.; Lehmann, T.; Prell, T. Self-Reported Nonadherence to Medication Is Not Associated with Health-Related Quality of Life in Parkinson's Disease. *Brain Sci*. 2021, 11, 273. <https://doi.org/10.3390/brainsci11020273>

23. Oliveira GL, Lula-Barros DS, Silva SLM, Leite SN. Fatores relacionados à adesão ao tratamento sob a perspectiva da pessoa idosa. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2020;23(4):e200160. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-22562020023.200160>
24. Prell T, Schaller D, Perner C, Franke GH, Witte OW, Kunze A, et al. Comparison of anonymous versus nonanonymous responses to a medication adherence questionnaire in patients with Parkinson's disease. *Patient Prefer Adherence.* (2019) 13:151–5. doi: 10.2147/PPA.S1 86732
25. Durand H, Hayes P, Morrissey EC, et al. Medication adherence among patients with apparent treatment-resistant hypertension: systematic review and meta-analysis. *J Hypertens.* 2017;35(12):2346–2357
26. Weyn GC, Breda D, Faria MQG, Rauber R. Variáveis inerentes ao idoso influenciando na adesão medicamentosa em uma Unidade Básica de Saúde de Cascavel - PR. *EACAD [Internet].* 1º de setembro de 2022 [citado 19º de novembro de 2022];3(3):e0233271. Disponível em: <https://eacademica.org/eacademica/article/view/271>
27. Tavares DMS, Guimarães MO, Ferreira PCS, Dias FA, Martins NPF, Rodrigues LR. Qualidade de vida e adesão ao tratamento farmacológico entre idosos hipertensos. *Rev Bras Enferm* 2016;69(01):134-41. <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2016690118i>
28. Girotto E, Andrade SM, Cabrera MA, Matsuo T. Adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico e fatores associados na atenção primária da hipertensão arterial. *Cienc Saude Coletiva.* 2013;18(6):1763-72. DOI:10.1590/S1413-81232013001400027
29. Aiolfi CR, Alvarenga MRM, Moura CS, Renovato RD. Adesão ao uso de medicamentos entre idosos hipertensos. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2015;18(2):397-404.
30. Tavares NUL, Bertoldi AD, Thumé E, Facchini LA, de França GVA, Mengue SS. Fatores associados à baixa adesão à medicação em idosos. *Rev Saúde Pública.* 2013;47(6):1092-101 disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2013047004834>
31. Barreto MDS, Cremonese IZ, Janeiro V, Matsuda LM, Marcon SS. Prevalência de não adesão à farmacoterapia anti-hipertensiva e fatores associados. *Revista Brasileira de Enfermagem.* 2015;68(1):60-67. <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2015680109p>
32. Muniz, ECS., Goulart, FC, Lazarini, CA, Marin, MJS. Análise do uso de medicamentos por idosos usuários de plano de saúde suplementar. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia.* 2017;20(3):375-387. <https://doi.org/10.1590/1981-22562017020.160111>
33. Mendorf S, Witte OW, Grosskreutz J, Zipprich HM, Prell T. What Predicts Different Kinds of Nonadherent Behavior in Elderly People With Parkinson's Disease? *Front Med (Lausanne).* 2020 Mar 25;7:103. doi: 10.3389/fmed.2020.00103. PMID: 32269998; PMCID: PMC7109286.
34. Wei YJ, Palumbo FB, Simoni-Wastila L, Shulman LM, Stuart B, Beardsley R, Brown C. Antiparkinson drug use and adherence in medicare part D beneficiaries with Parkinson's disease. *Clin Ther.* 2013 Oct;35(10):1513-1525.e1. doi: 10.1016/j.clinthera.2013.09.001. PMID: 24139423.
35. Marchi KC, Chagas MH, Tumas V, MIASSO AI; CRIPPA JA.; TIRAPELI CR. Adesão à medicação em pacientes com doença de Parkinson atendidos em ambulatório especializado. *Cienc. saúde coletiva.* 2013;18(3):855-862. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000300031>
36. Grosset D, Antonini A, Canesi M, Pezzoli G, Lees A, Shaw K, Cubo E, Martinez-Martin P, Rascol O, Negre-Pages L, Senard A, Schwarz J, Strecker K, Reichmann H, Storch A, Löhle M, Stocchi F, Grosset K. Adherence to antiparkinson medication in a multicenter European study. *Mov Disord.* 2009 Apr 30;24(6):826-32. doi: 10.1002/mds.22112. PMID: 19191340.
37. Almeida NA, Reiners AAO, Azevedo RCS, Silva AMC, Cardoso JDC, Souza LC. Prevalência e fatores associados à polifarmácia entre os idosos residentes na comunidade. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2017;20(1):143-53. <https://doi.org/10.1590/1981-22562017020.160086>
38. Nunes SFL, Alvarez AM, Valcarengi RV, Hammerschmidt KSA, Baptista R. Adaptação dos Familiares Cuidadores de Idosos com Doença de Parkinson: Processo de Transição. *Psicologia: Teoria e Pesquisa,* 2019; 35 e35nspe4.
39. Dobkin RD, Allen LA, Menza M, A Cognitive-Behavioral Treatment Package for Depression in Parkinson's Disease. *Psychosomatics.* 2006;47(3):259-263
40. Obreli-Neto PR, Baldoni AO, Guidoni CM, Bergamini D, Hernandez LC, Luz RT, et al. Método de avaliação de adesão à farmacoterapia. *Rev Bras Farm.* 2012;93(4):403-10.
41. Lutz BH, Miranda VIA, Bertoldi AD. Inadequação do uso de medicamentos entre idosos em Pelotas, RS. *Rev Saúde Pública.* 2017;51:1-12.
42. Lehmann A, Aslani P, Ahmed R, Celio J, Gauchet A, Bedouch P, et al. Assessing medication adherence: options to consider. *Int J Clin Pharm.* 2014;36(1):55-69. Disponível em DOI: <https://doi.org/10.1007/s11096-013-9865->

