

VOLUME 22, NÚMERO 2, 2019



Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia

Brazilian Journal of Geriatrics and Gerontology



ISSN 1981-2256



Revista Brasileira de Geriatrics e Gerontologia

Brazilian Journal of Geriatrics and Gerontology

VOLUME 22, Nº 2, 2019

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

A IMPORTÂNCIA DO PROFESSOR AMÉRICO PIQUET CARNEIRO PARA A SAÚDE NO BRASIL

The importance of Professor Américo Piquet Carneiro for health in Brazil

Francisco Barbosa Neto

ARTIGOS ORIGINAIS

A COORDENAÇÃO DE CUIDADOS AMPLIA A QUALIDADE ASSISTENCIAL E REDUZ CUSTOS

Coordination of care increases the quality of care and reduces costs

Renato Peixoto Veras, João André Cruz Gomes, Sandro Tadeu Macedo

O QUE OS IDOSOS PENSAM SOBRE O ATENDIMENTO NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

What the elderly think of the care provided by health services

Juliana Almeida Marques Lubenow, Antonia Oliveira Silva

PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS POTENCIALMENTE INAPROPRIADOS PARA IDOSOS:
COMPARAÇÃO ENTRE PRESTADORES DE SERVIÇOS EM SAÚDE

Prescription of potentially inappropriate medication for the elderly: comparing health service providers

Suelaine Druzian Silvestre, Flávia Cristina Goulart, Maria José Sanches Marin, Carlos Alberto Lazarini

VALIDADE DE UM QUESTIONÁRIO PARA AVALIAÇÃO DO APOIO SOCIAL INFORMAL
PARA IDOSOS: SEÇÃO 2

Validation of a questionnaire for the evaluation of informal social support for the elderly: section 2

Marcello Barbosa Otoni Gonçalves Guedes, Thais Sousa Rodrigues Guedes, André Luiz Lima, Kenio Costa Lima

ATENÇÃO DOMICILIAR E SUA CONTRIBUIÇÃO PARA A CONSTRUÇÃO DAS REDES
DE ATENÇÃO À SAÚDE SOB A ÓPTICA DE SEUS PROFISSIONAIS E DE USUÁRIOS IDOSOS

The contribution of Home Care to the construction of health care networks from the perspective of health professionals and elderly users

Gabriela Tonon de Oliveira Xavier, Vânia Barbosa do Nascimento, Nivaldo Carneiro Junior

FATORES QUE INTERFEREM NA CONDIÇÃO DE VULNERABILIDADE DO IDOSO

Factors influencing the condition of vulnerability among the elderly

Thais Garcia Amancio, Maria Líz Cunha de Oliveira, Vítor dos Santos Amancio

AVALIAÇÃO DA INCAPACIDADE FUNCIONAL E FATORES ASSOCIADOS EM IDOSOS

Evaluation of functional disability and associated factors in the elderly

Bruna Menezes Aguiar, Patrícia Oliveira Silva, Maria Aparecida Vieira, Fernanda Marques da Costa, Jair Almeida Carneiro

REFLEXÕES ACERCA DA PERCEPÇÃO DOS IDOSOS SOBRE A FELICIDADE E DINHEIRO

Reflections on the perception of the elderly regarding happiness and money

Nadir Antonio Pichler, Helenice de Moura Scortegagna, Jarbas Dametto, Dione Maria S. Frizon, Milena Paula Zancanaro, Talia Castilhos de Oliveira

PREVALÊNCIA, CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E SOCIODEMOGRÁFICAS
EM PACIENTES VIÚVOS E NÃO VIÚVOS COM DEMÊNCIA

Prevalence of dementia among widowed and non-widowed patients and associated clinical and sociodemographic characteristics

Rodrigo Rizek Schultz, Paulo Eduardo Laboz Fernandez, Neil Ferreira Novo, Yara Juliano, José Roberto Wajman

INTERAÇÃO DE ADOLESCENTES PRIVADOS DE LIBERDADE COM SEUS AVÓS NO PROCESSO DE VIVER E ENVELHECER

Interaction between incarcerated adolescents and their grandparents in the processes of living and ageing

Helenice de Moura Scortegagna, Roger Egídio Brum Nunes, Nadir Antonio Pichler, Marilene Rodrigues Portella

ANÁLISE DOS ASPECTOS COGNITIVOS DE IDOSOS CONSIDERANDO A PRÁTICA DE EXERCÍCIOS FÍSICOS REGULARES E FATORES ASSOCIADOS

Analysis of the cognitive aspects of elderly people considering the practice of regular physical exercises and associated factors

Thuane Lopes Macedo, Rafael Cunha Laux, Alice Arruda Londero, Sara Teresinha Corazza

ARTIGOS DE REVISÃO

APOIO SOCIAL AOS IDOSOS COM HIV/AIDS: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Social support for the elderly with HIV/Aids: an integrative review

Marcelo Caetano de Azevedo Tavares, Márcia Carréra Campos Leal, Ana Paula de Oliveira Marques, Rogério Dubosselard Zimmermann

QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES COM CÂNCER DE PULMÃO: SCOPING REVIEW

Quality of life of patients with lung cancer: a scoping review

Rafael Turano Mota, Helder Márcio Ferreira Júnior, Fabiane Silva Pereira, Maria Aparecida Vieira, Simone de Melo Costa



A importância do professor Américo Piquet Carneiro para a saúde no Brasil

The importance of Professor Américo Piquet Carneiro for health in Brazil

No início de setembro deste ano de 2019, completará 110 anos do nascimento de Américo Piquet Carneiro, um cearense que veio para o Rio de Janeiro aos cinco anos de idade, concluiu sua graduação em medicina em 1934 na Faculdade Nacional de Medicina e conduziu sua trajetória de médico, professor e fabricante de sonhos tão crescentemente coletivos que, quase todos, tornaram-se realidades. Quem teve o privilégio de conviver com o Professor Piquet – como era carinhosamente chamado por todos –, especialmente nos últimos anos de sua vida, haverá de recordar seus derradeiros sonhos: a implantação do Núcleo de Atenção ao Idoso no âmbito do Hospital Universitário Pedro Ernesto e a estruturação da Universidade Aberta da Terceira Idade (UNATI), no âmbito de sua querida UERJ. Em relação ao NAI, embrião da UNATI, todos os que conhecem os Hospitais de Ensino das universidades públicas, quase sempre mergulhados em crises, sabem como é difícil conquistar um espaço físico para implantar um serviço novo, mais difícil seria alocar pessoal que, no caso, complicava mais ainda pelo pioneirismo multiprofissional e interdisciplinar que o projeto propunha. E todo esse processo liderado por um professor aposentado há mais de dez anos, já com mais de 80 anos de idade, cujo bordão de convencimento era *“o que irá acontecer no ano 2025 no Brasil, quando este terá a sexta população mundial de idosos, ultrapassando os 30 milhões”*. Mesmo na condição de “Professor Emérito”, o que para muitos constitui apenas mais um título honorífico de reconhecimento da universidade que o aposentou, para o Professor Piquet essa condição era apenas um passaporte para fabricar mais sonhos...e fabricou!... O Núcleo de Atenção ao Idoso nasceu!... Nasceu como uma frágil plantinha entre árvores frondosas, agregando emoções e corações, regada pela esperança de jovens profissionais e as expectativas de idosos que ensinaram a esses jovens, a cada dia, como a vida é encontro! Em seguida, expandir esse sonho para a Universidade, com o Projeto da UNATI, um salto mais complexo, espaços talvez mais fáceis, talvez não! A idade mais avançada, o vigor mais reduzido, entretanto, a coragem e a fé, mantidas! Américo Piquet Carneiro não viu a UNATI ser inaugurada, faleceu alguns meses antes, mas os ingredientes e arranjos para sua implantação estavam todos devidamente selecionados e orquestrados por ele.

Como ele conseguia isso?!... Como conseguiu a transferência do Hospital Pedro Ernesto – que seria a “cereja do bolo” da rede hospitalar de uma Secretaria de Saúde do recém-criado Estado da Guanabara – para uma jovem Universidade que estava mudando de nome pela terceira vez? Como ele conseguiu a construção, para a transferência das cadeiras básicas, do prédio que hoje leva seu nome, garantindo também fisicamente o vínculo com o Hospital? Como ele idealizou e implantou um Ambulatório de Medicina Integral em uma época em que a tônica era a especialização precoce? Como ele conseguiu fazer a travessia, com muita dor, mas sem perder a serenidade, durante um dos momentos mais tristes da Faculdade que dirigia, que foi o da morte de Luiz Paulo e de ferimentos em vários outros estudantes, no dia 22 outubro de 1968? Como ele conseguiu idealizar e criar o Instituto de Medicina Social no momento mais sombrio do regime militar?

Poderíamos continuar enumerando outros feitos como a incorporação, à então Universidade do Estado da Guanabara, da Escola de Enfermagem Rachel Haddock Lobo, a criação do Curso de Ciências Biológicas e do Instituto de Biologia Roberto Alcântara Gomes, os primeiros mestrados na área da saúde, à conquista da atual Policlínica Piquet Carneiro, o que apenas ampliaria nossa perplexidade frente a uma pessoa que conseguiu efetuar tudo isso em uma geração, sem ostentar poder, sem explicitamente mobilizar políticos, sem cobrar de ex-alunos e pacientes que ocupavam cargos, sem elevar a voz, sem jamais demonstrar mágoas ou ressentimentos ante às dificuldades que se apresentavam, que não foram poucas?!... Dada a diversidade e multiplicidade das ações, é quase impossível uma resposta direta. Talvez possamos pensar em algumas hipóteses baseadas em seu modo de se apresentar no mundo. Primeiro, os livros! A grande maioria dos que conviveram com ele comenta que ele quase sempre andava com livros, e frequentemente distribuía livros como um agricultor lança sementes ao solo, sem indagar se nascerão ou não!... Em segundo lugar, o conhecimento! Sua quase obsessão pela necessidade de se buscar novos conhecimentos, desde uma época em que Imunologia ainda era um mero apêndice da Microbiologia em livro-texto, propondo inclusive a sanitaristas o necessário conhecimento de imunologia, assim como, oncologistas e geriatras estudassem mais os processos inflamatórios, além de sua insistência sobre um melhor conhecimento da estrutura do tecido conjuntivo. E, por último, a ação! Ação que foi uma constante em sua vida, um agir silencioso e paciente, com objetivos francos e transparentes, ação cuja característica essencial era empoderar as pessoas, do mais graduado epígono ao mais humilde funcionário, da mais midiática autoridade ao mais anônimo servidor, todos pareciam ficar com a mesma sensação de pertencimento, fazendo parte de uma rede onde todos detinham a mesma importância e o mesmo poder para alcançar um objetivo que passava a ser de cada um e de todos. Mas, como ele conseguia fazer com que leitura, conhecimento e ação se tornassem uma equação tão eficaz? Talvez, pela capacidade de diálogo que se expressava por uma atitude sempre bondosa de se dirigir às pessoas, de ouvi-las com atenção, talvez pela capacidade de se entregar a uma causa, do dom de si mesmo, talvez pela fé que ia muito além da religiosa – que ele trazia consigo também – fé que tinha nas pessoas, no sentimento de que todas têm no fundo de seu ser, o desejo e a intenção de realizar coisas que sejam maiores que elas mesmas e que ultrapassem seu existir...

Francisco Barbosa Neto




Ex-Diretor Geral do Hospital Universitário Pedro Ernesto da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Docente do Departamento de Medicina Integral, Familiar e Comunitária da Faculdade de Ciências Médicas da UERJ. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

E-mail: chibarnet@gmail.com



A coordenação de cuidados amplia a qualidade assistencial e reduz custos

Coordination of care increases the quality of care and reduces costs

Renato Peixoto Veras¹ 
João André Cruz Gomes² 
Sandro Tadeu Macedo³ 

Resumo

O estudo aborda um modelo de atenção à saúde do idoso praticado por uma operadora de saúde na cidade do Rio de Janeiro, RJ, Brasil, com foco no grupo etário dos idosos, segmento populacional no qual se identificam os maiores equívocos assistenciais. Os modelos assistenciais vigentes não levaram em consideração as profundas transformações observadas na nova realidade epidemiológica e demográfica do país. Considerando que o processo de envelhecimento no Brasil é relativamente recente, o artigo apresenta uma proposta de modelo assistencial contemporânea, recomendada pelos mais importantes organismos nacionais e internacionais de saúde como a mais adequada para um melhor cuidado, tendo como foco a promoção, a prevenção da saúde e a coordenação do cuidado, de modo a evitar os excessos, desperdícios e sua fragmentação. Os resultados assistenciais e financeiros deste estudo apresentam números bastante positivos, como a redução da sinistralidade de 108,20% no primeiro ano para 56,6% no quinto ano do programa, e indicam o caminho a ser trilhado pelas empresas de saúde. Também são apresentados o modelo de remuneração para os prestadores de serviço e os indicadores utilizados para o estabelecimento de bonificações, pois estas funcionam como um instrumento que estimula e valoriza as boas práticas assistenciais de saúde. Um modelo de cuidado de maior qualidade, mais resolutivo e com melhor relação custo-efetividade é a preocupação deste texto, e os resultados da operadora, aqui apresentados, corroboram esta tese.

Palavras-chave: Políticas de saúde. Envelhecimento humano. Idoso. Prevenção de doenças. Coordenação de cuidado. Pagamento por performance.

Abstract

The study addresses a health care model of the elderly practiced by a health care provider in the city of Rio de Janeiro, RJ, Brazil, focusing on the age group of the elderly, population segment in which the greatest misconceptions are identified. The current assistance models did not consider the deep transformations observed in the new epidemiological and demographic reality of the country. Considering that the aging process in Brazil

Keywords: Health policies. Human aging. Elderly. Diseases prevention. Coordination of care. Payment for performance.

¹ Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Universidade Aberta da Terceira Idade. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

² Caixa de Assistência à Saúde (CABERJ), Gerência de Saúde. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

³ Caixa de Assistência à Saúde (CABERJ), Direção de Saúde. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Correspondência
Renato Peixoto Veras
unativeras@gmail.com

Recebido: 15/04/2019
Aprovação: 14/06/2019

is relatively recent, the article presents a proposal for a contemporary care model, recommended by the most important national and international health agencies as the most suitable for better care, focusing on the promotion, prevention of health care and the coordination of care, in order to avoid excesses, waste and fragmentation. The assistance and financial results of this study display very positive figures and indicate the path to be taken by healthcare companies. The model of remuneration for service providers and the indicators used for the establishment of bonuses are also presented, since they function as an instrument that stimulates and values good health care practices. This text is concerned with a higher quality, more resolute and cost-effective care model, which is corroborated by the operator's results presented here.

INTRODUÇÃO

Uma das maiores conquistas da humanidade foi a longevidade, que se fez acompanhar da melhora substancial dos parâmetros de saúde das populações, ainda que essas conquistas estejam longe de se distribuir de forma equitativa nos diferentes países e contextos socioeconômicos. Chegar à velhice – antes privilégio de poucos – passou a ser a norma, mesmo nos países mais pobres. O desafio, portanto, é agregar qualidade aos anos adicionais de vida.

A transição demográfica e a melhoria dos indicadores sociais e econômicos do Brasil, em comparação com décadas anteriores, trouxeram a ampliação do contingente de idosos e maior pressão fiscal sobre os sistemas de saúde público e privado. Se essa parcela da população aumenta, naturalmente ampliam-se as doenças crônicas e os gastos¹. Um dos resultados dessa dinâmica é a demanda crescente por serviços de saúde, o que pode, em contrapartida, gerar escassez e/ou restrição de recursos. As internações hospitalares tornam-se mais frequentes e o tempo de ocupação do leito é maior se comparado com outras faixas etárias. As doenças que acometem os idosos são majoritariamente crônicas e múltiplas, exigem acompanhamento constante, cuidados permanentes, medicação contínua e exames periódicos².

Com tantas situações adversas, o cuidado do idoso deve ser estruturado de forma especial. A atual prestação de serviços de saúde fragmenta a atenção a esse grupo etário, com multiplicação de consultas de especialistas, informação não compartilhada, inúmeros fármacos, exames clínicos e imagens, entre outros procedimentos que sobrecarregam o sistema, provocam forte impacto financeiro em todos os

níveis e não geram benefícios significativos para a saúde ou para a qualidade de vida³.

Ao longo das últimas décadas, ficou demonstrado que é possível prevenir a maioria dos problemas de saúde pública que afetam a população – relativos não somente às doenças transmissíveis, mas também às não transmissíveis. Tal afirmação é exemplificada pela redução da mortalidade devido a doenças cardiovasculares, diminuição da incidência e mortalidade por câncer cervical, da prevalência do consumo de fumo e da incidência de câncer do pulmão em homens. Em síntese: o ônus gerado por doenças poderia ser evitado tanto em termos sociais como econômicos⁴.

O monitoramento das condições de saúde de uma dada população, assim como de seus fatores associados, é um instrumento-chave para orientar estratégias de prevenção, as quais devem ter como objetivo: interferir favoravelmente na história natural da doença; antecipar o surgimento de complicações; prevenir as exacerbações e complicações das doenças crônicas; aumentar o envolvimento do paciente no autocuidado; construir uma base de dados sobre os doentes crônicos, ou seja, a imensa maioria da carteira de idosos.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), uma doença crônica apresenta uma ou mais das seguintes características: é permanente; produz incapacidade ou deficiências; é causada por alterações patológicas irreversíveis; e precisa de períodos longos de supervisão, observação ou cuidados. Em geral, as doenças crônicas se iniciam lentamente, têm duração longa ou incerta, sem uma causa única⁵. O tratamento envolve mudanças no estilo de vida e cuidados contínuos, que não costumam levar à cura,

mas permitem manter a enfermidade sob controle e melhorar a qualidade de vida do paciente, de modo a impedir ou amenizar o declínio funcional. Grande parte das doenças crônicas está relacionada com idade, maus hábitos alimentares, sedentarismo e estresse, por isso a maioria delas pode ser prevenida e/ou postergada. Significa dizer que, apesar da doença, é possível ter uma vida plena por mais tempo.

Os programas voltados para esse público devem ser construídos com base na integralidade do cuidado, com protagonismo do profissional de saúde de referência e sua equipe, gerenciando não a doença, mas o perfil de saúde do doente. Muitas vezes, o tratamento de alguma manifestação só pode ser conduzido com a redução ou suspensão de outras ações que vinham sendo desenvolvidas⁵.

Um modelo contemporâneo

Nos projetos internacionais, o médico generalista ou de família absorve integralmente para si de 85% a 95% dos seus pacientes, sem necessidade da ação de um médico especialista. Além disso, esse médico pode utilizar profissionais de saúde com formações específicas (em Nutrição, Fisioterapia, Psicologia, Fonoaudiologia...). É o generalista quem faz a indicação e o encaminhamento⁶.

O modelo inglês, o *National Health Service* (NHS), tem como figuras centrais médicos generalistas de alta capacidade resolutiva – os chamados *general practitioners* (GPs) –, que estabelecem um forte vínculo com o paciente. O acesso a esses profissionais é garantido a todos, independentemente de renda ou condição social, à semelhança do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro. Ao fazer seu registro com um GP, o cidadão britânico recebe assistência médica pública e gratuita em unidades compostas por clínicos gerais e enfermeiros. Qualquer atendimento necessário, desde que não seja de extrema urgência ou em função de algum acidente, será feito ali⁷. O modelo americano, por outro lado, opta pelo encaminhamento do paciente para inúmeros médicos especialistas. São dois países ricos, de grande tradição na medicina. Utilizam, no entanto, sistemas diferentes e proporcionam resultados também bastante distintos⁸.

No Brasil, o que se observa é um excesso de consultas realizadas por especialistas, pois o modelo atual de assistência prioriza a fragmentação do cuidado⁹. No entanto, a discussão sobre o envelhecimento populacional trazida pela nova realidade epidemiológica e demográfica sugere o desenvolvimento de um modelo mais resolutivo e eficaz¹⁰. E uma questão emerge: se todos debatem esse tema e as soluções já estão presentes nas mesas de decisão, por que a situação permanece inalterada? Por que líderes e gestores não transformam o cenário?

Para que o setor de saúde – particularmente no segmento dos idosos – se organize, um dos itens a serem considerados é a confiança. Hoje a sociedade desconfia do que é ofertado. Nesse clima, qualquer proposta de mudança é vista com reservas. Tudo que é multifatorial e foi construído ao longo de muitos anos é difícil de transformar¹¹.

A qualidade assistencial demanda maior conscientização de gestores de saúde e da sociedade. Discute-se que seria caro aplicar instrumentos de qualificação do atendimento, creditações e certificações, mas bons serviços são mais efetivos em termos de custo, têm menor desperdício e melhores resultados assistenciais para os pacientes. Em alguns países, a acreditação e a avaliação de indicadores de qualidade são requisitos obrigatórios. No Brasil, porém, valoriza-se e premia-se o volume. Falta uma política de estímulo à qualidade. Os pacientes nem sempre a reconhecem como uma necessidade. E tanto a saúde pública como a privada a percebem como um custo adicional.

Custos explosivos

Estudo recente da Organização de Cooperação e de Desenvolvimento Econômico (OCDE) em países desenvolvidos mostra a diferença dos custos de saúde nos Estados Unidos em comparação com outros países ricos e de boa qualidade assistencial – onde, naturalmente, as despesas em cuidados de saúde são mais volumosas do que nos países em desenvolvimento. Ainda assim, o gasto dos norte-americanos é superior. Em 2017, foi de US\$ 10.224 por pessoa, 28% maior que a Suíça e mais que o dobro

do Reino Unido (vide figura 1). Estes dados reforçam que investir maciçamente em tratamento de doenças não é suficiente. Considerando o envelhecimento da população mundial, os custos de saúde tendem a ser um peso cada vez maior para a sociedade, conforme

a figura 2, onde se observa redução nos preços das atividades que exigem uso de novas tecnologias, em contraponto ao incremento dos custos referentes aos serviços hospitalares. É imperativo mudar a lógica assistencial¹².

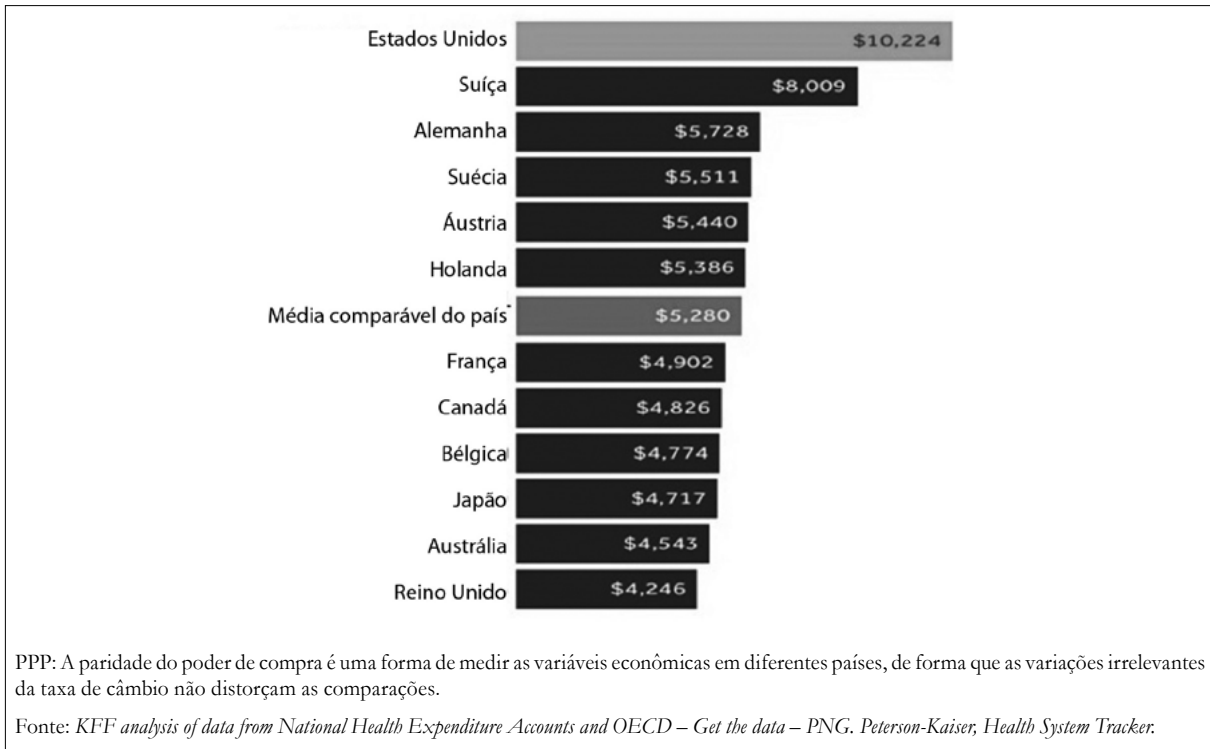


Figura 1. Gastos com consumo de saúde per capita, dólares americanos, ajustando pela Purchasing Power Parity (PPP), 2017.

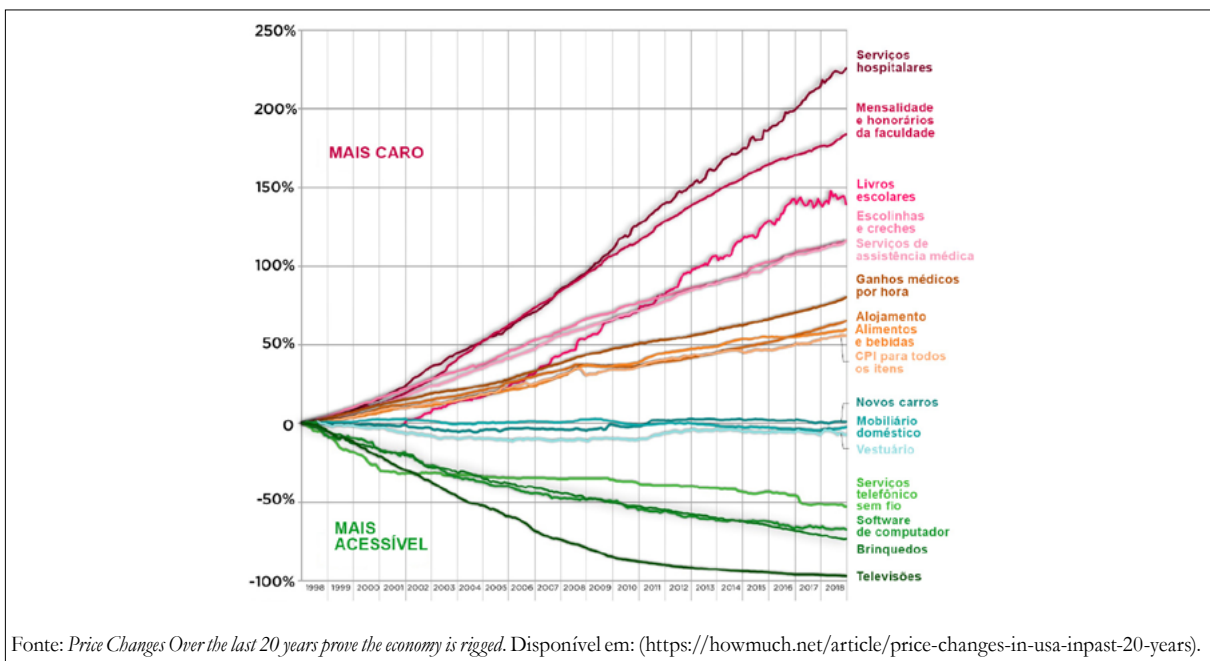


Figura 2. 20 anos de mudanças de preços nos Estados Unidos. Bens e serviços de consumidores selecionados, salário (jan./1998 a dez./2018).

A inovação necessária

A atenção deve ser organizada de maneira integrada, e os cuidados precisam ser coordenados ao longo do percurso assistencial, em uma lógica de rede, desde a entrada no sistema até os cuidados ao fim da vida¹³. Os adequados modelos de atenção à saúde para idosos apresentam uma proposta de linha de cuidados com foco em ações de educação, promoção da saúde, prevenção de doenças evitáveis, postergação de moléstias, cuidado precoce e reabilitação¹⁴. O modelo deve ser baseado na identificação precoce dos riscos de fragilização do usuário. Uma vez identificado o risco, a prioridade é intervir antes que o agravo ocorra, reduzindo o impacto das condições crônicas na funcionalidade – a ideia é monitorar a saúde, não a doença. Assim, a melhor estratégia para um cuidado adequado é utilizar a lógica de permanente acompanhamento, variando apenas os níveis, a intensidade e o cenário da intervenção¹⁵.

Existe a compreensão geral de que o cuidado ao idoso ultrapassa a saúde. Além do diagnóstico e da prescrição, a participação social, as atividades físicas e mentais são elementos importantíssimos para a manutenção da capacidade funcional. Mas ainda há, principalmente na saúde suplementar, muita dificuldade de entender essas ações como parte integrante do cuidado – uma tendência a separar ações “sociais” de ações “curativas”. Também é de fundamental importância, sobretudo nos dias atuais, que as informações de qualidade e os prontuários eletrônicos registrem tanto as ações clínicas como as “sociais”. E que esse registro esteja disponível na nuvem, acessível pelo celular, para que médicos e demais profissionais de saúde possam monitorar o cliente a qualquer momento.

Quanto ao modelo de remuneração dos profissionais de saúde, por que não adotar o pagamento por desempenho? Associar resultados à forma de remuneração é um poderoso instrumento indutor de qualidade assistencial. E o modelo deve, necessariamente, ser do tipo ganha-ganha, em que todos os envolvidos sejam beneficiados, sobretudo o próprio paciente.

Para pôr em prática as ações necessárias para um envelhecimento saudável e com qualidade de vida,

é preciso repensar e redesenhar o cuidado ao idoso com foco nesse indivíduo e em suas particularidades. Isso trará benefícios, qualidade e sustentabilidade não somente para a população idosa, mas para o sistema de saúde brasileiro como um todo⁵. É momento de mostrar competência para arregimentar esforços que transformem a teoria em um modelo de saúde de qualidade universal. Não se deseja a fragmentação do SUS ou o aumento do número de falências entre as empresas de assistência médica privada.

O desafio é que esse novo modelo assistencial seja aceito pelo cliente, pois a confiança é fator indispensável para que o processo ocorra conforme previsto – e não se pode pedir que alguém confie em algo que desconhece. Não adianta afirmar que esse modelo é o melhor se ele não for praticado pelos serviços de saúde suplementar. A sociedade precisa conhecer essa proposta amplamente para se convencer de seus benefícios¹⁶. Do contrário, continuará optando pelo “canto da sereia” do excesso e do consumo, que oneram o sistema, geram custos cada vez mais altos e inviabilizam a assistência no longo prazo.

A coordenação de cuidado bem executada

Apresenta-se, a seguir, a experiência bem-sucedida de uma operadora de saúde em duas de suas unidades na cidade do Rio de Janeiro. O estudo se concentra em alguns indicadores de desempenho da empresa, que tem um programa específico para a população idosa e vem colhendo excelentes resultados.

Uma parte dos profissionais de saúde e, principalmente, dos clientes, resistiu à mudança da lógica assistencial, pois não aceitava contar com poucos médicos. Após o primeiro ano da implantação do novo modelo, no entanto, o quadro mudou. Neste estudo, é apresentada a análise de um período de 12 meses – março de 2018 a fevereiro de 2019 – como forma de demonstrar que é possível mudar para obter melhores resultados e gerar fidelização.

O programa de geriatria e gerontologia conta com duas unidades na cidade do Rio de Janeiro, nos bairros de Copacabana e Tijuca, locais de grande proporção de idosos. O atendimento é prestado por médicos generalistas e geriatras, além de equipe

multiprofissional especializada (enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos e assistentes sociais).

Em seu quinto ano de funcionamento, o programa está estruturado em um modelo de atendimento que privilegia a assistência integral e a prevenção por meio de monitoramento contínuo das condições de saúde dos associados e coordenação de cuidados em todas as instâncias de atenção. Trabalhou-se nesse levantamento com os números totais das unidades, sem distinção de local, pois o modelo praticado é exatamente igual em ambas unidades.

A operadora de saúde atende associados a partir dos 40 anos, porém a concentração maior de participantes está na faixa dos 60 aos 79, com 76,7% da clientela. A média etária dos participantes desse programa dessa operadora de saúde é de 69,1 anos. São aceitos associados com doenças crônicas, hábitos de vida não saudáveis ou com predisposição para tais patologias. A porta de entrada é feita por busca ativa, demanda espontânea, indicação médica e desospitalização.

A centralidade desse modelo se dá por intermédio do médico gestor ou médico assistente, profissional que conduz o processo. Caso precise de um parecer ou considere ser necessária a intervenção de outro colega, este encaminhará o cliente a um especialista. A condução do caso, porém, é de sua responsabilidade. Após a consulta com o especialista, tudo será registrado no prontuário único do paciente, que retornará ao médico assistente.

O programa tem como base uma dupla formada por médico generalista (geriatra qualificado) e enfermeiro. Juntos, eles têm a responsabilidade de acompanhar a saúde de cerca de 360 pacientes. O médico, que trabalha 20 horas por semana, faz a gestão clínica; o enfermeiro, a coordenação de cuidados, monitorando as condições de saúde da sua carteira e consolidando o papel de referência por meio do acolhimento e do fortalecimento de vínculo.

A proposta de acolher, acompanhar e dar apoio à saúde dentro de um conceito amplo que considere a estabilização clínica um objetivo constante é uma das premissas do programa. A eficácia é atestada pelos

resultados financeiros obtidos, o que só é possível com a grande adesão dos participantes, que percebem um cuidado mais intenso.

Nessas unidades de saúde, um espaço importante é o centro de convivência, que desempenha papel fundamental para sua caracterização como local de integração de várias ações de promoção, prevenção e educação. São encontros e interações mediados por intenções pedagógicas voltadas para a pessoa idosa, como oficinas de saúde, grupos terapêuticos, ioga, dança de salão, grupos de psicologia, nutrição, canto, orientação postural, fortalecimento pélvico e muscular, com participação dos profissionais da equipe multidisciplinar. É um conjunto de profissionais de diferentes formações contribuindo com ferramentas específicas de sua área de saber e atuação. O objetivo é reduzir os problemas de solidão dos idosos, melhorar seu contato social e desenvolver novas capacidades em idade mais avançada, pois é um espaço estimulante para troca de experiências, mediado por uma instância pedagógica.

O ingresso

Quando existe interesse em ingressar no programa, é agendada uma entrevista inicial com a equipe de gestão. Nesse momento são descritas as premissas básicas, como a linha única de cuidado médico, a importância da assiduidade às consultas independentemente de sintomatologia ou doença ativa instalada e o processo de monitoramento.

Inicialmente, é feita a avaliação funcional do idoso utilizando a ferramenta Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional-20 (IVCF-20), para estratificação de risco de fragilidade. Ao longo do processo, também são utilizadas outras escalas, como a escala de Atividades Básicas de Vida Diária (escala de Katz), escala de Depressão Geriátrica (escala de Yesavage) e escala de Atividades Instrumentais de Vida Diária (escala de Lawton)¹⁷⁻¹⁹. Após essa avaliação, a dupla formada por geriatra e enfermeiro define um plano terapêutico individual com periodicidade de consultas, encaminhamento para equipe multidisciplinar e centro de convivência e, se for o caso, avaliação de especialistas médicos.

Para o sucesso do modelo, é fundamental que o cliente seja informado sobre seus diferenciais: integralidade, acompanhamento individualizado de médico assistente e enfermeira, avaliações constantes, apoio de uma equipe de saúde e atenção global do cuidado. O programa está inserido em uma plataforma de prevenção que contempla projetos de cuidados paliativos, assistência domiciliar em vários níveis, acolhimento e assistência hospitalar direcionada, que é a rede de médicos internistas própria da operadora para acompanhar os associados em determinados hospitais onde existem leitos exclusivos.

Ao monitorar a saúde em vez da doença, o modelo direciona o investimento dos recursos do sistema para uma intervenção precoce, o que resulta em chances mais generosas de reabilitação e redução do impacto na funcionalidade.

Remuneração dos médicos

O pagamento por desempenho foi instituído pela operadora para esse programa específico e estabelece níveis de bônus que podem chegar a 30% a mais na remuneração por trimestre. A cada três meses, é feita uma avaliação do desempenho do profissional a partir de indicadores previamente determinados. Cada ponto obtido agrega um bônus de 5% do salário.

Um dos itens de avaliação é o percentual de atendimentos da carteira do médico a cada trimestre. Considerando que existe a necessidade de quatro consultas médicas/ano como premissa do programa, é exigida uma consulta por trimestre para a totalidade dos clientes vinculados ao médico. Ou seja: todos os clientes do programa são atendidos pelo seu médico quatro vezes ao ano. As situações de não atendimento são analisadas caso a caso.

São pré-requisitos da bonificação a assiduidade e a pontualidade, fundamentais para a garantia do quantitativo de consultas – fator de qualidade do funcionamento do serviço. Outra exigência para participar do programa de pontuação é o registro adequado das informações e eventuais internações no prontuário eletrônico dos participantes. O controle rígido pela equipe determina o sucesso econômico-financeiro de qualquer iniciativa ou projeto.

A bonificação foi estabelecida, inicialmente, apenas para os médicos geriatras, mas o sucesso dessa modalidade de pagamento foi tão expressivo que a empresa decidiu estender o benefício a toda a equipe de saúde. Os itens escolhidos para o estabelecimento de critérios de remuneração diferenciada por desempenho estão relacionados aos princípios teóricos que norteiam as ações desenvolvidas. Como premissas estabelecidas, esses indicadores são constantemente avaliados.

Uma pesquisa de satisfação da clientela nos moldes da metodologia do *Net Promoter Score* (NPS) que é uma metodologia criada nos EUA, com o objetivo de realizar a mensuração do Grau de Lealdade dos Consumidores de qualquer tipo de empresa. Sua ampla utilização se deve a simplicidade, flexibilidade e confiabilidade da metodologia, essa metodologia é realizada continuamente nas unidades de saúde da operadora. Uma das questões é uma avaliação da satisfação do cliente com seu médico. Nesta operadora, todos os médicos do programa são geriatras com, no mínimo, uma pós-graduação. É uma exigência, pois a excelência profissional é fundamental para o sucesso.

Outro princípio básico é a resolutividade do médico geriatra. De acordo com estudos internacionais⁷, o médico generalista pode resolver de 85% a 95% das situações clínicas da clientela. Os encaminhamentos para especialidades clínicas são exceção. Se o médico encaminhar até 15% dos clientes da sua carteira no trimestre, estará demonstrada uma boa capacidade resolutiva, merecedora de pontuação.

A circulação dos usuários do programa pela equipe multidisciplinar e pelo centro de convivência determina o vínculo do cliente e a resolutividade. Com isso, foi incluído um item que avalia a participação dos associados de cada carteira médica em consultas com os gerontólogos da equipe e nas atividades coletivas do centro de convivência, valendo pontos para a bonificação.

A sinistralidade é o principal indicador econômico-financeiro estabelecido para avaliação do programa, razão pela qual foi conferido um peso maior a este item, podendo o médico ganhar até dois pontos na avaliação de sua performance. Analisando o histórico

recente dos resultados, foram estabelecidas metas ousadas para pontuação. Apesar de haver rigidez maior nessa avaliação, o que está sendo exigido já vem acontecendo, sendo justo o estímulo aos profissionais dentro da premissa de ganha-ganha.

Pontuação para a bonificação

Os itens da carteira de cada médico avaliados trimestralmente são os seguintes:

1. Percentual de atendimento
 - a. Atendimento de 100% da carteira no trimestre (1 ponto).
 - b. Atendimento de 90% a 99% (sem pontuação).
 - c. Atendimento abaixo de 90% (menos 1 ponto).
2. Pesquisa de satisfação do cliente (acima de 90%, 1 ponto).
3. Resolutividade do médico
 - a. Utilização da rede para menos de 15% dos casos (1 ponto).
 - b. Utilização da rede de 80% a 85% (sem pontuação).
 - c. Utilização da rede abaixo de 80% (menos 1 ponto).
4. Participação nas atividades do centro de convivência, nas oficinas/equipe multidisciplinar.
 - a. Acima de 20% dos clientes da carteira (1 ponto).
 - b. De 10 a 19% (sem pontuação).
 - c. Abaixo de 10% (menos 1 ponto).
5. Sinistralidade da carteira
 - a. Abaixo de 70% (2 pontos).
 - b. De 70% a 79% (1 ponto).
 - c. De 80% a 99% (sem pontuação).
 - d. 100% (menos 1 ponto).

Por questões de privacidade, não foram apresentados os resultados das bonificações dos médicos. Como informação geral, no entanto, consta que todos os médicos do programa foram bonificados em todas as avaliações trimestrais. A variação se deu no valor do ganho, pois o percentual de alguns foi superior ao de outros.

Transição do cuidado – hospitalizações

Um dos principais fatores para o controle de custos dos associados nesse programa é o acompanhamento em cada instância de cuidado. O paciente não tem uma lacuna na atenção quando é encaminhado à rede assistencial, quando necessita de cuidados terciários ou de atenção em nível hospitalar.

A transição entre as instâncias é acompanhada pela equipe de gestão, que preza pela fluidez no fluxo de informações, aproximando os profissionais assistentes e buscando preservar o princípio da direção predominante da dupla formada por médico geriatra e enfermeiro.

O controle das hospitalizações se dá por intermédio de fluxo determinado com o objetivo de assistir o cliente, garantindo que os responsáveis pelo atendimento conheçam seu histórico clínico e de tratamento, além do entendimento de que essa pessoa tem um acompanhamento frequente e deve retornar à sua equipe de saúde quando o período de agravamento clínico for superado.

Em caso de internação, o monitoramento do paciente é feito diariamente por duas vertentes. Em uma delas, o enfermeiro mantém contato com a família para dar apoio, esclarecimento ou identificar necessidades (do paciente ou da própria família). A outra vertente envolve o gestor de prevenção, que atua como elo entre ambulatório e hospital, fazendo acompanhamento diário com o médico assistente hospitalar. Nos hospitais onde existe a figura do médico internista (68% das internações do programa), esse contato é facilitado e direto. Nos demais existe o apoio dos médicos auditores ou da equipe assistente.

Com esse objetivo sendo cumprido, nos momentos em que o idoso necessita de hospitalização ela ocorre em tempo menor, evitando procedimentos desnecessários ou internações em setores de terapia intensiva, garantindo direcionamento pós-alta para a instância leve, sem necessidade de consulta a vários especialistas. Tudo converge para uma qualidade assistencial superior e com significativa redução de custos, impactando positivamente a sinistralidade desse grupo de pacientes.

RESULTADOS

Os resultados da operadora estudada são bastantes expressivos e demonstram o êxito do modelo. A sinistralidade vem decrescendo continuamente. Em seu primeiro ano, a operadora teve prejuízo, pois a sinistralidade foi de 108,20%, refletindo o período em que todos os clientes ainda praticavam uma medicina inadequada, de muitos médicos e hospitais. Mas a partir do segundo ano, os números melhoraram e bons resultados foram obtidos nos anos subsequentes, chegando à impressionante marca de 56,6% neste último (figura 3).

A sinistralidade no ano de 2018 foi de 61,8%. A figura 4 mostra o desempenho mês a mês.

Os resultados da sinistralidade do programa no último ano estão abaixo da expectativa para uma faixa etária de 60 anos ou mais.

Outro indicador que demonstra excelentes resultados é o de internação hospitalar. Nas duas unidades da operadora, há 1.832 associados. Nos últimos 12 meses, houve 238 internações, totalizando 1.160 dias – 4,9 dias de tempo médio de permanência na unidade hospitalar. A média mensal foi de 19 internações e a taxa de hospitalização por 100 habitantes foi de 12,99 – ou 129,90 por mil associados.

Foram comparados os números da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) sobre internações hospitalares de beneficiários das várias modalidades de operadoras de saúde brasileiras. Em vários anos e em todas as comparações, os números da empresa estudada foram superiores²⁰.

Deve-se considerar, ainda, que os dados da ANS compreendem participantes de todas as faixas etárias, ao passo que o programa da operadora estudada trabalha majoritariamente com idosos. Seria, portanto, natural imaginar que os números da ANS, por incluírem uma significativa parcela de adultos jovens e crianças, fossem melhores (figura 5).

A figura 6 mostra a comparação da taxa de internação por mil beneficiários do Programa estudado com operadoras de Autogestão, e também com a média de todas as operadoras de saúde em 2015, 2016 e 2017. O grupo Programa é resultado da operadora estudada, segue com o grupo Autogestões, e todas as operadoras de saúde para os anos estudados.

A análise da taxa de internação mensal do Programa indica que não há variação grande no número de internações ao longo do tempo, demonstrando estabilidade determinada pelo controle estabelecido pelo acompanhamento contínuo e monitoramento efetivo.

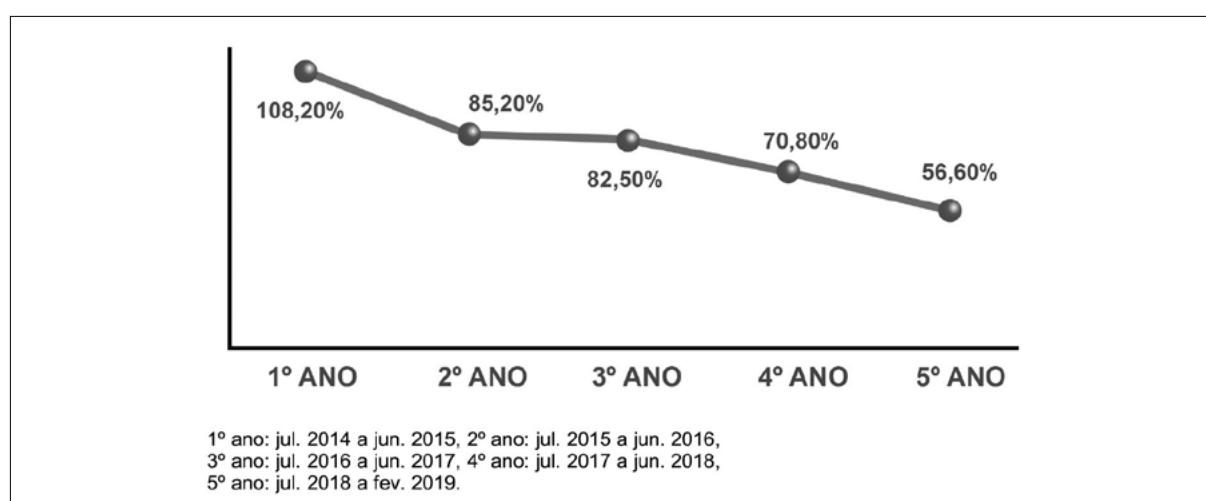


Figura 3. Sinistralidade nos últimos cinco anos.

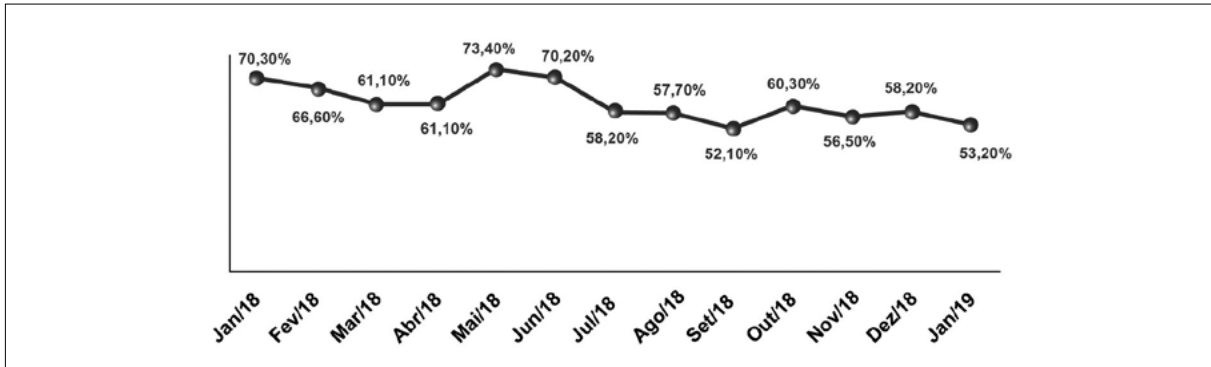


Figura 4. Sinistralidade mês a mês 2018-2019.

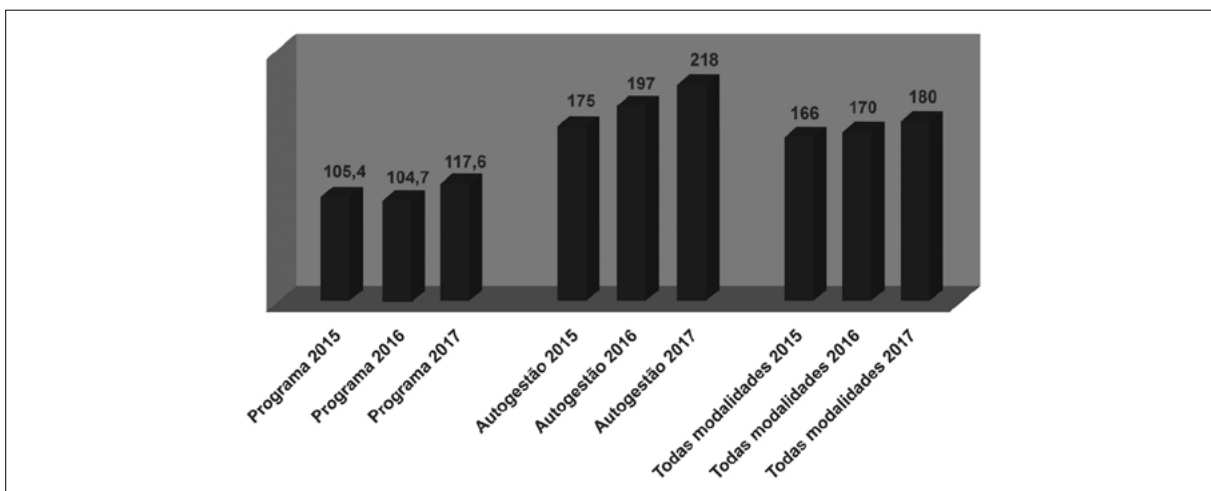


Figura 5. Taxa de internação pelos grupos estudados.

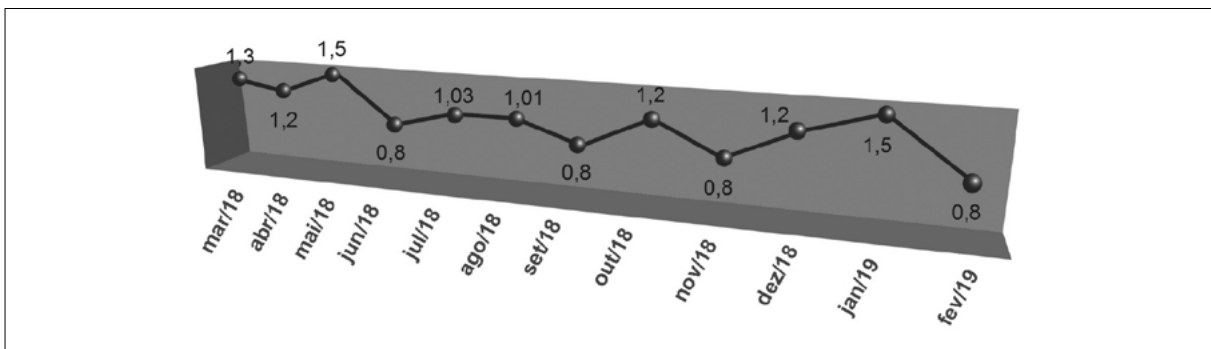


Figura 6. Percentual de internação por 100 associados inscritos.

A importância da coordenação dos cuidados

Existem algumas sugestões de modelos de linhas de cuidado. O importante é que cada instituição de saúde tenha conhecimento de sua carteira, seu perfil e necessidades, de modo a organizar da melhor forma sua prestação de serviços.

O modelo desta operadora corrobora estudos que sugerem a implantação da coordenação dos cuidados. Considerar o hospital como local privilegiado da cura é um erro conceitual, pois deve haver várias instâncias de cuidado anteriores. No caso de pessoas idosas, a internação deve ocorrer somente no momento agudo da doença crônica e pelo menor tempo possível ou em urgências. A porta de entrada no sistema deve ser o local facilitador para o cliente e sua família se sentirem protegidos e amparados. Acolher é fundamental para quem chega e um estímulo para desenvolver confiança e se fidelizar.

Outro aspecto importante é a ênfase para que os clientes participem das atividades do centro de convivência. Os dados demonstram o efeito positivo na redução do encaminhamento para os médicos especialistas. Além do mais, os profissionais que comandam as atividades são identificados como membros da equipe e, portanto, possuem alta credibilidade entre os clientes. Evidenciou-se, ainda, a importância de um bom sistema de informação e do uso das novas tecnologias para um contato mais frequente com a clientela. Sem boa informação, não há monitoramento.

Por questões éticas, foi preservado o nome da operadora de saúde, que autorizou o uso dos dados e das informações aqui apresentados mediante solicitação prévia. Apesar de os resultados apresentados se referirem a uma operadora de saúde, como se trata de um modelo assistencial,

a proposta deste artigo pode ser perfeitamente aplicada no serviço público. Com a justificativa de que bons modelos assistenciais da saúde deveriam ser praticados tanto no SUS quanto no setor privado, o bom modelo deve ser utilizado pela população brasileira sem distinção, seja ele público ou privado.

CONCLUSÃO

Em síntese, um modelo de atenção à saúde do idoso que se pretenda eficiente deve aplicar todos os níveis de cuidado: um fluxo bem desenhado de ações de educação, promoção da saúde, prevenção de doenças evitáveis, postergação de moléstias e reabilitação de agravos. Tem início na captação e no acolhimento, e somente se encerra nos momentos finais da vida, na unidade de cuidados paliativos.

Para reorientar a atenção à saúde da população idosa e construir uma organização no setor que permita melhores resultados assistenciais e econômico-financeiros, basta que todos os envolvidos se percebam responsáveis pelas mudanças e se permitam inovar – o que, em muitas situações, significa resgatar cuidados e valores mais simples, que se perderam dentro do sistema de saúde brasileiro.

Não se nega a importância das instâncias pesadas de cuidado, e é sabido que sempre haverá necessidade de bons hospitais. O que não é razoável é transformar os hospitais em porta de entrada do sistema de saúde.

É fundamental incluir o debate sobre curar e cuidar nas discussões sobre a formação profissional e a organização dos serviços. Essa transformação fará grande diferença neste momento de envelhecimento populacional, pois é possível envelhecer com sustentabilidade, saúde estabilizada e qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

1. Veras RP, Estevam AA. Modelo de atenção à saúde do idoso: a ênfase sobre o primeiro nível de atenção. In: Lozer AC et al. (Orgs.). Conhecimento técnico-científico para qualificação da saúde suplementar. Brasília, DF: OPAS; 2015. p. 73-84.
2. Szwarcwald CL et al. Percepção da população brasileira sobre a assistência prestada pelo médico. Cienc Saúde Colet. 2016;21(2):339-50.
3. Veras RP, Oliveira MR. Linha de cuidado para o idoso: detalhando o modelo. Rev Bras Geriatr Gerontol. 2016;19(6):887-905.

4. Carvalho VKS, Marques CP, Silva EN. A contribuição do Programa Mais Médicos: análise a partir das recomendações da OMS para provimento de médicos. *Cienc Saúde Colet.*, v. 21, n. 9, p. 2773-84, 2016.
5. Veras RP, Oliveira MR. Envelhecer no Brasil: a construção de um modelo de cuidado. *Cienc Saúde Colet.* 2018;23(6):1929-36.
6. Veras RP. Experiências e tendências internacionais de modelos de cuidado para com o idoso. *Cienc Saúde Colet.* 2012;17(1):231-238.
7. Tanaka OU, Oliveira VE. Reforma(s) e estruturação do sistema de saúde britânico: lições para o SUS. *Saúde soc.* 2007;16(1):7-17.
8. Oliveira MR, et al. A mudança de modelo assistencial de cuidado ao idoso na Saúde Suplementar: identificação de seus pontos-chave e obstáculos para implementação. *Physis: Revista de Saúde Coletiva.* 2016; 26(4):1383-94.
9. Silva AMM et al. Uso de serviços de saúde por idosos brasileiros com e sem limitação funcional. *Rev Saúde Pública.* 2017;51(supl):1-10.
10. Oliveira MR, Veras RP, Cordeiro HA. Supplementary Health and aging after 19 years of regulation: where are we now? *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2017;20(5):624-33.
11. Veras RP. Caring Senior: um modelo brasileiro de saúde com ênfase nas instâncias leves de cuidado. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2018;21(3):1-7.
12. Figueiredo JO, Prado NMBL, Medina MG, Paim JS. Gastos público e privado com saúde no Brasil e países selecionados. *Saúde em Debate.* 2018;42(esp2):37-47.
13. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.
14. Oliveira MR, et al. Idoso na saúde suplementar: uma urgência para a saúde da sociedade e para a sustentabilidade do setor. Rio de Janeiro: Agência Nacional de Saúde Suplementar; 2016.
15. Veras RP et al. Integração e continuidade do cuidado em modelos de rede de atenção à saúde para idosos frágeis. *Rev Saúde Pública.* 2014;48(2):357-365.
16. Moraes EM. Atenção à saúde do idoso: aspectos conceituais. Brasília, DF: OPAS; 2012.
17. Lourenço R, Perez M, Sanchez MA. Escalas de Avaliação Geriátrica. In: Freitas EV, et al. (Org.). *Tratado de Geriatria e Gerontologia.* Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011.
18. Moraes EM, Lanna FM. Avaliação Multidimensional do Idoso. Belo Horizonte: Folium; 2014.
19. Moraes EM; et al. Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional-20 (IVCF-20): reconhecimento rápido do idoso frágil. *Rev. Saúde Pública.* 2016;50:81.
20. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Mapa assistencial da saúde suplementar de 2016. Rio de Janeiro: ANS; 2017.



O que os idosos pensam sobre o atendimento nos serviços de saúde

What the elderly think of the care provided by health services

Juliana Almeida Marques Lubenow¹ 

Antonia Oliveira Silva¹ 

Resumo

Objetivo: Identificar as representações sociais da pessoa idosa sobre o atendimento em serviços de saúde. **Método:** Pesquisa exploratória com abordagem qualitativa na qual foram entrevistados 238 idosos sobre o atendimento recebido em Unidades Básicas de Saúde e em um centro de atenção especializada. As falas foram gravadas e transcritas na íntegra, e processadas pelo *software* Iramuteq. Os resultados foram discutidos com aporte na Teoria das Representações Sociais. **Resultados:** Os idosos associaram um bom atendimento a serem tratados com respeito, atenção e educação; e, ao mesmo tempo, à solicitação de exames, encaminhamentos a médicos especialistas e prescrição de medicamentos. No seu imaginário, a Unidade Básica de Saúde atrapalha a obtenção de atendimento especializado e o médico desse serviço não sabe o suficiente para atender pessoas de diferentes faixas etárias e problemas de saúde, por isso, a necessidade de se consultar com um médico especialista. Na prática, encontraram dificuldades relacionadas à demora para serem atendidos e à obtenção de consultas com especialistas, de exames diagnósticos e de atendimento por ordem de chegada, limitado pelo número de vagas e pelos dias específicos. **Conclusão:** As práticas no atendimento ao idoso, nos serviços de saúde, precisam ser rediscutidas para que seja ofertada uma assistência humanizada e qualificada, que atenda às suas necessidades. Profissionais de saúde e gestores precisam considerar as especificidades da pessoa idosa em sua abordagem, tanto na atenção primária quanto nos demais níveis de atenção.

Palavras-chave: Saúde do Idoso. Assistência à Saúde. Atenção Primária à Saúde. Avaliação em Saúde.

¹ Universidade Federal da Paraíba, Departamento de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. João Pessoa, Paraíba, Brasil.

Correspondência
Juliana Almeida Marques Lubenow
julianalmeidamarques@hotmail.com

Recebido: 18/10/2018
Aprovado: 23/04/2019

Abstract

Objective: To identify the social representations of the elderly on the care provided in health services. **Method:** An exploratory study with a qualitative approach was carried out, in which 238 elderly persons were interviewed about the care they received in Basic Health Units and in a center of specialized care. Their discourse was recorded and transcribed in its entirety, and processed using Iramuteq software. The results were discussed using Social Representation Theory. **Results:** The elderly associated good care with being treated with respect, attentiveness and politeness; and, at the same time, the requesting of diagnostic exams, referrals to medical specialists and the prescription of medicines. In their imaginary, the Basic Health Unit hinders their access to specialized care and doctors in this service do not know enough to meet the needs of people of different age groups and health problems, meaning that consulting with a specialist becomes more important. In practice, they encounter difficulties related to delays in being attended to and obtaining appointments with specialists, diagnostic exams and with the first come, first served appointment system, which is further limited by the number of places and treatment of specific groups on certain days. **Conclusion:** The practices in the care provided to the elderly in health services need to be reviewed to offer humanized and qualified care that can meet their needs. Health professionals and managers should consider the different characteristics of the elderly when approaching care.

Keywords: Elderly. Delivery of Health Care. Primary Health Care. Health Evaluation.

INTRODUÇÃO

No Brasil, o primeiro contato do usuário com o sistema de saúde, geralmente, é feito por meio das Unidades Básicas de Saúde (UBS), que incluem as Unidades de Saúde da Família (USF), onde são marcadas consultas e exames e realizados procedimentos de menor complexidade. Caso a necessidade de saúde do usuário ultrapasse a capacidade de resolução desses serviços, esse indivíduo será encaminhado para os demais níveis de atenção¹.

Garantir o acesso da população a esses níveis de atenção tem se constituído um desafio para o Sistema Único de Saúde (SUS)², especialmente porque, com o rápido envelhecimento da população e o aumento da incidência de doenças crônicas, as visitas aos serviços de saúde pela pessoa idosa tendem a ser mais frequentes. Assim, gestores e profissionais de saúde, além de lidar com as dificuldades já existentes, para oferecer acesso universal, integral, com equidade, longitudinalidade e coordenação, precisam adequar os serviços e capacitar as equipes de saúde quanto às demandas dos idosos para oferecer uma assistência com qualidade³. Para tal, é importante ouvir sobre

suas experiências com o atendimento oferecido nos serviços e sua opinião a respeito do que ainda precisa melhorar⁴.

Como a percepção de determinado fenômeno (nesse caso, o atendimento nos serviços de saúde) sofre interferência da forma como o indivíduo compreende a realidade que o cerca, baseado em um sistema de valores e de crenças, a Teoria das Representações Sociais (TRS), de Serge Moscovici, deu suporte à interpretação dos resultados encontrados⁵. Esse autor destaca três dimensões para a formação das representações sociais: atitude (posição dos sujeitos diante do objeto de representação), imagens ou campo de representação social (sentidos conferidos aos objetos por meio de conteúdos concretos responsáveis pela organização do campo de representação) e informação (conhecimento de um grupo sobre um objeto social).

Então, pergunta-se: quais as representações sociais dos idosos sobre o atendimento em serviços de saúde? Para responder a esse questionamento, este trabalho teve como objetivo identificar as representações sociais da pessoa idosa sobre o atendimento em serviços de saúde.

MÉTODO

Pesquisa exploratória com abordagem qualitativa, realizada na cidade de João Pessoa, Paraíba, Brasil, em duas USF e no Centro de Atenção Integral à Saúde do Idoso (CAISI). As USF pesquisadas estão inseridas em um mesmo contexto socioeconômico e oferecem diversos serviços aos usuários, dentre eles: consulta médica e de enfermagem, assistência odontológica, visita domiciliar, aplicação de vacinas, aferição de pressão arterial e glicemia capilar, distribuição de medicamentos, além de possuírem grupos de acompanhamento da hipertensão arterial e diabetes e de Terapia Comunitária.

Quando chegam, os idosos se dirigem à recepção, informam o motivo de sua vinda e são atendidos por ordem de chegada. Caso necessitem de encaminhamento para médicos especialistas ou exames, os pedidos são encaminhados a um funcionário (marcador) que realiza o agendamento. O idoso então é informado sobre a data do atendimento no mesmo dia ou posteriormente, pois depende da disponibilidade de vagas ofertadas pelo município para determinado serviço.

Já o CAISI atende em média 2.500 idosos por mês, em 16 especialidades médicas (referenciadas pelas USF), oferece atendimento odontológico, de nutrição e de fisioterapia, e atividades que promovem o envelhecimento saudável como grupos de Memória, Convivência, Escola de Postura, Educação Física, Flauta e Dança. Quando chegam ao serviço, os idosos informam o nome para os atendentes, que conferem se houve agendamento prévio pela unidade de saúde, e são chamados por ordem de chegada.

Foram entrevistados ao todo 238 idosos (119 nas USF, e 119 no CAISI), compondo a amostra não aleatória, selecionada por conveniência e delimitada pelo critério de saturação dos dados, o que ocorre quando os dados acessados pelo pesquisador apresentam redundância e não é necessário ampliar a amostra, uma vez que as informações obtidas são consideradas suficientes⁶. Como critérios de inclusão foram selecionados os idosos com 60 anos de idade ou mais; que foram atendidos no mesmo serviço de saúde onde a entrevista foi realizada; sem déficit cognitivo para conceder as entrevistas; e que aceitaram participar do estudo. Para a avaliação

cognitiva, foi aplicado o Miniexame de Estado Mental (MEEM). Foram excluídos oito idosos que obtiveram menos de 27 pontos. Cerca de 20 idosos se recusaram a participar, alegando falta de interesse.

Os dados foram coletados entre janeiro e maio de 2016, de segunda a sexta-feira, por meio de entrevista semiestruturada, por um único entrevistador, após receber treinamento prévio por meio de aulas e apropriação teórica sobre esse tipo de entrevista. Os idosos foram abordados individualmente, nas salas de espera do CAISI e das USF, e questionados se tinham interesse de participar da pesquisa. Diante da afirmativa, foram convidados a acompanhar o pesquisador a uma sala reservada, disponibilizada pelo serviço, na qual receberam esclarecimentos quanto aos objetivos da pesquisa, bem como ao seu direito de se recusar a participar dela.

Depois de preencher os critérios de inclusão e de assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ou imprimirem suas digitais), os idosos foram solicitados a responder a questão: “Como o (a) senhor (a) avalia o atendimento recebido nesse serviço?”. A entrevista também contemplou questões para caracterização dos entrevistados, como: idade, sexo, grau de instrução, estado civil e renda familiar.

As falas foram gravadas e transcritas na íntegra, e processadas e analisadas pelo *software* Iramuteq (*Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*), versão 0.7 alpha 2. O conjunto de entrevistas foi dividido pelo programa em trechos menores de texto, chamados de Segmentos de Texto (ST), e submetido ao método de Classificação Hierárquica Descendente (CHD) e ao teste qui-quadrado (χ^2) para obtenção das classes, que são formadas em função da similaridade do vocabulário presente nas evocações⁷. Foi feita leitura aprofundada de cada classe por dois pesquisadores para interpretar as falas e identificar as representações sociais.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW), protocolo nº 261/09 e CAAE: 0182.0.126.000-09. Os discursos foram identificados por sujeito 1, sujeito 2, e assim por diante. Para proteger também a identidade dos profissionais dos serviços pesquisados, as classes profissionais citadas

nas falas foram substituídas por “profissional”. Os demais trechos foram mantidos na sua versão original.

RESULTADOS

Entre os idosos entrevistados, a maioria possuía idade entre 60 e 69 anos (45,4%), era do sexo feminino (74,8%), com ensino fundamental (56,3%), era casada (42,0%), com renda familiar de dois salários mínimos ou mais (76,4%) (Tabela 1).

Em relação à análise do corpus pelo IRaMuTeQ, foram retidos 1240 segmentos de texto (ST), o que corresponde a 94,44% do total de 1313 ST deste estudo. Por meio da CHD, as representações sociais sobre o atendimento nos serviços de saúde para a pessoa idosa foram apontadas em cinco classes semânticas, denominadas a partir de seu conteúdo. O programa procedeu, ainda, à intersecção e à descrição das classes (CHD) e apresentou o Dendograma das classes do corpus, demonstrado na Figura 1.

Tabela 1. Características sociodemográficas dos idosos entrevistados nas Unidades de Saúde da Família e no Centro de Atenção Integral à Saúde do Idoso. João Pessoa, PB, 2016.

Variáveis	n	%
Idade		
60 a 69 anos	54	45,4
70 a 79 anos	50	42,0
> ou igual a 80 anos	15	12,6
Sexo		
Feminino	89	74,8
Masculino	30	25,2
Grau de instrução		
Não sabe ler e escrever	14	11,8
Sabe ler e escrever	3	2,5
Ensino fundamental	67	56,3
Ensino médio	24	20,2
Ensino superior	11	9,2
Estado civil		
Casado	50	42,0
Solteiro	14	11,7
Viúvo	44	37,0
Divorciado	7	5,9
Separado	4	3,4
Renda familiar		
< salário mínimo	4	3,4
um salário mínimo*	24	20,2
dois salários mínimos ou mais	91	76,4

* O valor do salário mínimo considerado no ano da pesquisa era de R\$ 880,00.

Representações sociais do atendimento nos serviços de saúde para a pessoa idosa														
CLASSE 1 (23,8%) Atendimento recebido			CLASSE 2 (21,4%) Atendimento idealizado			CLASSE 3 (15,2%) Acolhimento nos serviços			CLASSE 4 (23,9%) Dificuldades relacionadas ao atendimento			CLASSE 5 (15,7%) Dimensões práticas do atendimento idealizadas		
Palavras	Freq	X ²	Palavras	Freq	X ²	Palavras	Freq	X ²	Palavras	Freq	X ²	Palavras	Freq	X ²
atender	498	26.06	médico	527	80.10	ir	518	7.46	médico	527	10.63	passar	164	55.69
idoso	330	387.81	bom	282	109.86	casa	113	18.76	exame	163	89.89	exame	163	3.87
dever	242	201.85	atendimento	224	74.34	enfermeiro	104	6.80	vir	144	48.88	casa	113	13.09
atenção	98	34.28	enfermeiro	104	24.15	pegar	67	4.09	esperar	130	12.06	problema	68	24.32
paciência	76	7.61	direito	99	50.21	perguntar	57	21.58	marcar	124	230.69	pegar	67	25.20
melhor	68	10.05	atenção	98	14.75	chamar	44	82.70	demorar	108	47.65	remédio	60	132.63
rápido	52	17.66	ótimo	96	70.37	sentar	43	38.92	consulta	92	88.63	melhorar	45	39.10
prioridade	51	87.59	paciência	76	39.16	levar	41	31.74	dia	78	52.39	levar	41	11.00
carinho	47	34.50	tempo	73	7.54	hora	41	6.46	pedir	55	37.28	pressão	35	53.69
amor	41	11.89	conversar	69	57.83	hospital	25	8.51	particular	46	84.11	pagar	33	18.42
respeito	38	85.96	vontade	63	146.99	pé	24	28.70	encaminhamento	45	37.79	saúde	30	27.49
criança	25	22.75	olhar	52	42.31	dentista	22	7.73	mandar	36	8.64	receita	26	49.78
velho	21	38.50	gosto	49	5.31	abrir	18	65.55	pagar	33	4.50	maravilhoso	21	8.16
fila	21	9.63	pergunta	47	46.97	ordem	18	55.29	difícil	31	5.71	coração	20	37.52
jovem	17	26.38	carinho	47	6.28	chegada	17	50.02	frente	30	26.35	medicamento	17	12.89
entender	15	15.40	explicar	44	12.78	sala	17	32.64	vaga	27	44.14	papel	16	9.70
dinheiro	15	15.40	amor	41	10.08	ano	16	10.20	conseguir	26	30.07	preciso	15	6.82
profissional	15	10.98	escutar	34	38.82	conhecer	16	6.22	reclamar	26	9.98			
educação	15	7.31	atencioso	32	38.04				voltar	24	20.10			
			dúvida	31	81.31				morrer	23	22.05			
			legal	31	34.99				horário	21	26.59			
			ouvir	28	42.46				mostrar	17	15.82			
			excelente	24	24.47				ficha	16	9.35			
			bacana	23	6.75									
			maravilhoso	21	8.68									
			cara	20	17.93									
			conhecer	16	7.84									
			calma	15	24.26									
			responder	15	18.42									

Figura 1. Dendograma das classes das representações sociais do atendimento nos serviços de saúde para a pessoa idosa.

Como mostra a Figura 1, o software dividiu as classes em dois grandes grupos: um grupo foi dividido em duas classes (1 e 2), e o outro, em uma (5), que foi dividida em duas outras classes (3 e 4). O primeiro grupo (classes 1 e 2) trata de aspectos afetivos associados ao atendimento e, individualmente, cada classe apresenta uma das maiores concentrações de ST do corpus. O segundo grupo, representado pela classe 5, trata de aspectos práticos referentes à percepção dos idosos sobre como deve ser o atendimento nos serviços. Foi dividido em duas outras classes, que apontam como esse atendimento se efetua na realidade, incluindo as dificuldades existentes. A classe 4 também concentra uma das maiores proporções de ST, junto com as classes 1 e 2.

Para compor o dendograma, foram selecionadas as palavras com valor de qui-quadrado (χ^2) igual ou maior do que 3,84 ($p < 0,001$) e frequência nas classes igual ou maior a 14,45. Esse valor foi estabelecido pelo relatório completo do software IRAMuTeQ.

DISCUSSÃO

Entre os idosos entrevistados, destaca-se a predominância de mulheres nos serviços de saúde, com baixa renda e escolaridade. As classes foram discutidas com aporte da Teoria das Representações Sociais e da literatura vigente e serão apresentadas a seguir.

Classe 1 - Atendimento recebido

De uma forma geral, relatam serem bem atendidos e tratados, o que está vinculado a conversar, explicar, mostrar interesse pelo seu problema de saúde e sua vida pessoal, ser atencioso, escutar, ter educação:

“O profissional é atencioso, faz pergunta, explica, tira dúvida [...]” (Sujeito 11).

“Eu gosto muito do profissional porque ele é atencioso, delicado, educado, trata com carinho [...]” (Sujeito 150).

Verificou-se ainda que um bom atendimento resulta na imagem que os idosos constroem dos profissionais, como mãe, anjo, amigo, família, estabelecendo vínculo entre eles:

“O profissional é um anjo[...]” (Sujeito 43).

“É bom porque a gente se torna família daqui porque elas conhecem a gente há muito tempo, conhecem o nome da gente, já sabem tudo da gente, é bem familiar[...]” (Sujeito 51).

“A profissional é minha amiga[...]” (Sujeito 65).

“A profissional é uma mãe[...]” (Sujeito 144).

O relacionamento profissional-usuário é benéfico na medida que desenvolve uma relação de vínculo e confiança, resultando em uma maior adesão às ações de prevenção e promoção à saúde⁸.

Classe 2 - Atendimento idealizado

Quando questionados sobre como deveriam ser atendidos nos serviços de saúde, as respostas revelaram aspectos emocionais:

“Os idosos precisam de atenção, carinho. A pessoa tem que ter muita paciência [...]” (Sujeito 29).

“O idoso deveria ser atendido com respeito, paciência, prioridade, amor e compreensão [...]” (Sujeito 51).

Com o avançar da idade, o pensamento de morte iminente, a falta de suporte social pela perda do companheiro, a saída dos filhos de casa ou mesmo a falta de atenção dos familiares, mesmo morando com eles, implica em uma maior fragilidade emocional na pessoa idosa⁹.

Outros aspectos apontados pelos idosos referem-se à obtenção de atendimento mais rápido e com prioridade:

“O idoso deveria ser atendido rápido e muito bem. O idoso não pode esperar [...]” (Sujeito 138).

“Deveria ser tratado primeiro. Idoso tem prioridade. Aqui não tem isso [...]” (Sujeito 32).

O Estatuto do Idoso trouxe grande contribuição na defesa dos direitos da pessoa idosa. Um deles é o atendimento preferencial junto a órgãos públicos e privados, o que muitas vezes não é respeitado. No entanto, quando se trata de preferência no atendimento de saúde, deve-se considerar também a gravidade (e a necessidade) em que o usuário se encontra¹⁰.

O atendimento deve levar em conta as necessidades da pessoa idosa:

“Precisa procurar saber a necessidade, do que eles estão precisando. Se está precisando de remédio, de atenção. Muitos não dão atenção ao idoso [...]” (Sujeito 7).

Muitas dessas necessidades estão associadas à imagem que os entrevistados apresentam em relação à pessoa idosa como um indivíduo frágil, doente, na iminência de morrer¹¹. Alguns comparam o idoso com a criança, devido ao estado de fragilidade e de dependência e por serem discriminados e ignorados pela sociedade.

As necessidades apontadas pelas pessoas longevas podem, ainda, diferir daquelas identificadas pelos profissionais de saúde, o que pode prejudicar a adesão à terapêutica instituída¹². Quando suas demandas não são consideradas e existem barreiras ao acesso ou à utilização dos serviços, pode haver

um distanciamento entre esses locais e os idosos e o não acompanhamento pela equipe de saúde das modificações globais associadas ao processo de envelhecimento, expondo-os a riscos de saúde (e outros), bem como a complicações de doenças crônicas já instaladas¹³.

Muitos entrevistados são portadores de doenças crônicas (hipertensão arterial, cardiopatias, diabetes, artrose) que trazem limitações funcionais que dificultam sua ida aos serviços e sua permanência em pé ou sentados por tempo prolongado. Alguns também são cuidadores de familiares, o que, além de dificultar a assiduidade às consultas de saúde, faz com que fiquem angustiados por causa da demora para serem atendidos.

A visita domiciliar, prevista no Programa de Saúde da Família (PSF), veio beneficiar, especialmente, idosos incapacitados de se dirigir às unidades de saúde e que ficariam excluídos de assistência. No entanto, os idosos se queixam da pouca frequência com que essas visitas ocorrem:

“[...] poucas vezes ela vai em casa [...]” (Sujeito 22).

“[...] quando o idoso for acamado, deveria ter mais visita [...]” (Sujeito 43).

Muitas dificuldades em relação às visitas são relatadas pelos profissionais de saúde, como o número insuficiente de profissionais, a falta de transporte e problemas para acessar as áreas mais longínquas, o que também foi detectado por um estudo realizado no Rio de Janeiro¹⁴.

Classe 3 - Acolhimento nos serviços

O acolhimento preconizado pelo Ministério da Saúde (MS) envolve momentos de escuta, empatia, interesse, identificação de necessidades sociopsicobiológicas dos usuários, atentando-se ao princípio de equidade¹⁵. No entanto, a percepção de acolhimento de muitos profissionais e funcionários dos serviços está relacionada a um procedimento burocrático: receber o usuário e encaminhá-lo para atendimento. São, muitas vezes, inflexíveis e não levam em consideração suas necessidades¹⁶.

Nas USF pesquisadas, foi observado que o acolhimento é feito pelos funcionários da recepção e pelos agentes comunitários de saúde (ACS), que acabam decidindo quem tem prioridade no atendimento. Geralmente, os idosos são priorizados, mas casos mais urgentes podem ser negligenciados e orientados a comparecer outro dia ou procurar outros serviços por causa da falta de avaliação de um profissional de saúde mais qualificado. O MS orienta que o acolhimento seja realizado pelo enfermeiro que, depois de escutar as demandas do usuário, pode realizar intervenções da sua competência ou encaminhá-lo para os demais profissionais de saúde¹⁷.

No CAISI, as consultas com os profissionais são marcadas antecipadamente na USF. Quando chegam a esse local, aguardam a vez para serem atendidos:

“É por ordem de chegada. Tem que chegar primeiro, vai dando o nome. [...]” (Sujeito 46).

“A gente chega, fica sentado nas cadeiras, pede aos atendentes a ficha e vai chamando [...]” (Sujeito 123).

Os usuários costumam chegar de madrugada aos serviços, para que possam ser um dos primeiros a serem atendidos ou podem ficar sem atendimento, no caso da USF. Essa realidade também foi relatada em uma pesquisa no Rio de Janeiro (RJ)¹⁸. Uma das queixas dos idosos diz respeito à falta de pontualidade da equipe de saúde:

“Eu fiquei esperando 5 horas para ser atendido. A Profissional marca um horário, mas chega em outro. Agente perde um dia aqui [...]” (Sujeito 226).

Classe 4 - Dificuldades relacionadas ao atendimento

O número de atendimentos, nos serviços pesquisados, é limitado. Caso o médico solicite consulta com especialista ou exames diagnósticos, a peregrinação por atendimento continua. Devido ao número limitado de vagas para marcar esses procedimentos, muitos usuários aguardam meses para serem atendidos.

Alguns idosos recorrem a serviços particulares, sacrificam suas aposentadorias, solicitam ajuda de familiares e amigos, vendem bens ou solicitam

empréstimos em instituições financeiras para custear consultas e exames, para não precisar esperar por atendimento pelo sistema público de saúde:

“Eu prefiro pagar uma consulta do que ir para o PSF. Às vezes o profissional não está. Quando vem, às vezes a gente não consegue. Coloca o nome, passam dois, três meses para vir o encaminhamento[...]" (Sujeito 166).

Outros apontaram a ineficiência do sistema de marcação de exames e consultas e o descaso. Em casos como esse, os próprios funcionários orientam os idosos a procurarem serviços privados:

“Eu fui marcar o transvaginal. Eles falaram que não tinha vaga, que era para eu fazer particular[...]" (Sujeito 220).

Não é o objetivo deste trabalho discutir sobre a real necessidade da solicitação desses exames, no entanto, há estudos que alertam sobre a prática indiscriminada de prescrição de exames e medicamentos, que atende o complexo médico-industrial, e encaminhamentos a especialistas de indivíduos com problemas de saúde que poderiam ser acompanhados na atenção básica. Isso dificulta o acesso de usuários que realmente necessitam dessas tecnologias e onera os custos para o sistema de saúde¹⁹. Além disso, a marcação dos encaminhamentos para os serviços mais complexos deve considerar as necessidades de saúde dos usuários, e não, a ordem de solicitação²⁰.

A Atenção Primária é a porta de entrada do sistema de saúde para garantir mais eficiência e economicidade e a sua importância é reconhecida por muitos gestores que, na prática, não conseguem efetivá-la. Simultaneamente, é pouco valorizada pela população usuária do sistema de saúde. Em ambos os casos, podem-se listar algumas possíveis causas: baixa resolutividade, priorização política e financeira da atenção especializada; carência de médicos generalistas; e, horários de funcionamento das unidades básicas que não consideram as necessidades dos seus usuários²¹.

A APS, por não conseguir desempenhar sua função de coordenação do cuidado e prover resolução às demandas de saúde dos idosos, obrigam-nos a resolverem do seu jeito, desconsiderando a organização

dos serviços de APS preconizada por diretrizes nacionais para efetivação das Redes de Atenção à Saúde. Uma das formas para conferir maior legitimidade à Atenção Básica de Saúde (ABS) perante os seus usuários seria atribuir mais autonomia a esse nível de atenção, aumentando a sua capacidade de gerenciar efetivamente os processos regulatórios, possibilitando às equipes de saúde acessarem diretamente a marcação de consultas e aos médicos terem uma maior comunicação com as centrais de regulação, sempre que necessário²².

Outra questão a ser discutida é a programação do atendimento nas USF por dias temáticos. É necessário ter cautela para não transformar o acompanhamento de grupos prioritários de atendimento estabelecidos pelo MS (crianças, gestantes, hipertensos e diabéticos) em ações que limitem o acesso dos demais usuários ao atendimento²³. Os idosos reclamam da demora e da falta de atendimento nas USF pelo fato de não pertencerem à demanda programada, situação também encontrada em um estudo realizado no interior do estado de São Paulo²⁴:

“Eles dizem que hoje é dia de gestante. Eles não atendem. Dia de gestante, só gestante [...]" (Sujeito 130).

Alguns idosos confessam recorrer a familiares e a amigos ligados aos serviços, na esperança de agilizar a obtenção de atendimento:

“Como meu menino trabalha aqui, eu sou atendida [...]"(Sujeito 215).

“Eu só consegui marcar a densitometria óssea porque eu tenho uma amiga que trabalha no PSF[...]" (Sujeito 250).

“Eu passei 6 meses para fazer um exame. Falei com o profissional. Ele disse que em janeiro eu ia ser a primeira a ser atendida[...]"(Sujeito 57).

Além de todas essas dificuldades, os idosos, muitas vezes, são encaminhados a serviços distantes de sua residência, o que os obriga a utilizar transporte coletivo que, além de ocasionar gastos, pode sobrecarregá-los fisicamente. Muitos são encaminhados de um lugar para outro:

“Você mora em um bairro e perto da sua casa tem laboratório que atende aquela área e eles botam você em outro lugar e você tem que pegar ônibus. Consulta eles botam distante [...]” (Sujeito 202).

“Quando cheguei aqui, a profissional me botou pra Tambaú para fazer um implante no dente. Chegando lá, ela não estava. Outro dia, o aparelho estava quebrado, vem tal dia. Voltei outro dia, não tinha profissional. Não fui mais [...]” (Sujeito 3).

A escolha pelo serviço de referência deveria considerar as necessidades dos usuários, como limitações funcionais, cognitivas e financeiras, que dificultam o seu deslocamento, e verificar se esses indivíduos dispõem de meios para acessar esses locais, especialmente no caso da pessoa idosa. Isso poderia ser feito, por exemplo, através de busca por serviços mais próximos à sua moradia e investigação da rede social dos idosos, para verificar a existência de alguém que se responsabilize por acompanhá-los.

De acordo com os funcionários das USF pesquisadas, a escolha pelo serviço de referência se dá apenas em relação à disponibilidade de vagas, independentemente da localização, pois caso não fosse feito dessa forma, o acesso ao atendimento seria ainda mais comprometido, visto o número reduzido de vagas em relação à demanda.

Para a marcação das consultas e exames diagnósticos, é utilizado o Sistema Nacional de Regulação (SISREG), um sistema online (por meio de um *software*) que gerencia os recursos ambulatoriais especializados e hospitalares nos níveis municipal, estadual e regional. Esse sistema informatizado trouxe muitos benefícios, dentre eles, evitar deslocamentos para os serviços especializados para marcação de consultas, uma vez que pode ser realizada em ambiente virtual²⁵.

No entanto, alguns autores trazem as dificuldades na utilização desse sistema que podem ajudar a entender alguns dos problemas relatados pelos idosos nessa pesquisa, como: falta de protocolo de acesso nos serviços para definir quando o procedimento é de rotina, prioritário ou de urgência; inabilidade do operador do sistema, resultando em falha no preenchimento das solicitações; problemas técnicos

relacionados ao programa e à conexão com a *internet*; e, escassez de profissionais especialistas em determinadas áreas^{26,27}.

Foi verificada, ainda, a necessidade de melhorar a informação relacionada ao funcionamento do próprio serviço (observou-se falta de identificação nas salas de atendimento e orientação sobre os procedimentos necessários para obter receitas e marcar consultas) e aos encaminhamentos para outros serviços. Vale salientar que a informação deve ser passada para o idoso em linguagem apropriada e audível. Devem-se, conjuntamente, identificar deficiência auditiva e baixo grau de instrução.

Uma estratégia para melhorar a informação e otimizar e modernizar o atendimento seria utilizar mais as tecnologias. Muitos países desenvolvidos atendem os usuários por telefone ou *e-mail*, não para substituir sua avaliação física, mas para dar orientações e esclarecer dúvidas. Assim também o usuário não precisaria ir à unidade de saúde somente para saber se sua consulta foi marcada ou se há médico disponível para atendê-lo. Além do mais, o telefone poderia ser utilizado pelos funcionários para lembrar os idosos as datas e os horários de seus exames e consultas, o que poderia minimizar ausências e aproveitar as vagas dos desistentes^{28,29}.

Outra queixa trazida pelos idosos entrevistados é a obrigatoriedade em passar primeiro pela USF para marcar consulta com um médico especialista, pois configura-se como um grande empecilho para conseguirem atendimento, o que também foi verificado em um estudo, no estado de São Paulo³⁰, ou em um mero procedimento burocrático para receber receitas de medicamentos e encaminhamentos para médicos especializados ou para registrar a realização do atendimento:

“Depois que entrou o PSF, você passa pelo clínico. O clínico marca. Você entrega para o marcador. Um mês, dois, três, um ano. Quem está com um caso grave vai morrer sem ser atendido. O problema está mais no PSF [...]” (Sujeito 125).

“É a receita que a senhora quer? Qual é o medicamento e pronto. Eles não dão nem apreço, não estão nem aí. Eu só venho para pegar receita[...]” (Sujeito 30).

“Na sexta-feira eu vou ao profissional do PSF pedir encaminhamento para o cardiologista [...]” (Sujeito 109).

A percepção negativa dos idosos em relação à USF está relacionada à falta de resolutividade nesses serviços devido à dificuldade de acesso aos demais níveis de atenção, gerando insatisfação e falta de credibilidade no serviço e, consequentemente, no sistema de saúde como um todo³¹.

Classe 5 - Dimensões práticas do atendimento idealizadas

Os entrevistados destacam características do atendimento que se configuram como representações ancoradas na cultura medicocêntrica, da medicalização e da compartimentalização da assistência de saúde em especialidades³²:

“Atender bem é pedir os exames, passar medicação [...]” (Sujeito 217).

“Eu gosto daqui porque a gente tem a especialidade. Tinha um profissional que foi transferido que era bom, os remédios que ele passava para mim [...]” (Sujeito 131).

Isso se deve ao modelo biomédico de atenção à saúde a que a população vem sendo submetida e que se mantém no imaginário dos usuários e nas práticas de muitos profissionais de saúde, constituindo um grande desafio para sua desconstrução³³. A valorização do atendimento por especialidade está presente em algumas falas:

“Para o clínico geral é muita coisa para saber. Você vai para o urologista, é para aquilo, para o oculista, médico de cabeça. Agora ele é para tudo [...]” (Sujeito 3).

“Para melhorar o serviço precisa de especialista. Aqui tinha tudo, médico do coração, era bom demais. Tiraram tudo e colocaram esse outro [...]” (Sujeito 131).

Outro estudo realizado no Brasil apontou o não reconhecimento dos profissionais da Atenção Primária, especialmente de médicos, pelos usuários.

A qualificação desses trabalhadores deve ser uma das prioridades do governo, porque aumenta a credibilidade da população nesses serviços e a capacidade de resolver seus problemas de saúde³⁴.

Uma limitação deste estudo foi ter sido feito em serviços de saúde de um único município, no entanto, os resultados encontrados refletem muitos dos problemas de atendimento vivenciados por usuários de outras regiões do território brasileiro, e de países com Sistemas Universais de Saúde, que têm a atenção primária como base do sistema de saúde, conforme apontado ao longo do artigo. Outra limitação é que a percepção dos usuários pode ter sido influenciada pelo seu próprio contexto socioeconômico, pelo contexto onde estão os serviços, e pelo tipo de serviço recebido e esperado (na atenção básica ou especializada).

O fato de as entrevistas terem sido realizadas no mesmo local de atendimento poderia ser uma limitação. No entanto, foi observado que a maior parte dos entrevistados se mostrou disposta a falar sobre o atendimento recebido e suas dificuldades (somente 20 idosos se recusaram a participar da pesquisa) e consideraram as entrevistas como um espaço para falarem e serem ouvidos. O que pode ter contribuído para isso foi a garantia de sigilo da sua identidade, a pesquisa ter sido realizada em uma sala reservada, com a presença, somente, do idoso e do entrevistador, e ter sido conduzida por uma pessoa não ligada aos serviços³⁵.

CONCLUSÃO

O estudo trouxe como representações sociais os idosos associarem um bom atendimento a serem tratados com respeito, atenção e educação. Para eles, os profissionais de saúde devem conversar, explicar e mostrar interesse por seu problema de saúde e sua vida pessoal. Ao mesmo tempo, vincularam um bom atendimento à prescrição de medicamentos e exames, bem como a encaminhamentos a especialistas, o que reforça a cultura de valorização do modelo biomédico de atendimento de saúde.

No imaginário dos entrevistados, a USF representa mais um obstáculo do que uma porta de entrada para o sistema de saúde, pois atrapalha a obtenção de

atendimento especializado. Esse significado atribuído à USF é somado à percepção de que o médico da atenção básica não sabe o suficiente para atender ao mesmo tempo pessoas de diferentes faixas etárias e problemas de saúde, sendo necessária a consulta com o especialista.

Nos locais pesquisados, os idosos mostraram-se satisfeitos com o atendimento, no que se refere à relação afetiva com os funcionários, já que se sentem acolhidos e bem tratados. Ao mesmo tempo, queixam-se de muitos aspectos que precisam ser revistos e melhorados, alguns próprios da dinâmica dos locais investigados, e outros, relacionados ao funcionamento do sistema de saúde de uma forma geral. Independentemente se esses problemas estão relacionados aos serviços ou ao sistema, sua resolução

deve considerar a Política de Humanização do Ministério da Saúde e os Protocolos Internacionais de Atendimento ao usuário, especialmente à pessoa idosa (*Towards Age-friendly Primary Health Care*).

É importante ressaltar que não se objetivou neste estudo avaliar especificamente os serviços de saúde pesquisados, nem tampouco, os profissionais que lá atuam. Estes, por sua vez, precisariam ser ouvidos também para averiguar as possíveis dificuldades enfrentadas e que podem gerar insatisfação aos usuários. De qualquer forma, espera-se que estes resultados contribuam para modificar a visão e a prática dos profissionais e dos gestores sobre o atendimento oferecido à pessoa idosa, considerando as especificidades dessa faixa etária, para que obtenham mais resolutividade das suas necessidades de saúde.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. O SUS de Aa Z: garantindo saúde nos municípios [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2005 [acesso em 01 abr. 2018]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_az_garantindo_saude_municipios_3ed_p1.pdf
2. Oliveira DC, Cecilio HPM, Gomes AMT, Marques SC, Spindola T, De Pontes APM. A universalização e o acesso à saúde: consensos e dissensos entre profissionais e usuários. *Cad Saúde Colet* [Internet]. 2017 [acesso em 09 out. 2018];25(4):483-90. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v25n4/1414-462X-cadsc-25-4-483.pdf>
3. World Health Organization. Summary. World report on ageing and health [Internet]. Geneva: WHO; 2015 [acesso em 09 out. 2018]. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186468/1/WHO_FWC_ALC_15.01_eng.pdf?ua=1
4. World Health Organization. Towards age-friendly primary health care [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2004 [acesso em 09 out. 2018]. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43030/1/9241592184.pdf>
5. Moscovici S. Representações Sociais: investigações em Psicologia Social. 7ed. Rio de Janeiro: Vozes; 2010.
6. Denzin NK, Lincoln YS, editors. Handbook of qualitative research. Thousand Oaks: Sage Publications; 2011.
7. Camargo BV, Justo AM. Tutorial para uso do software de análise textual IRAMUTEQ [Internet]. 2013 [acesso em 09 out. 2018]. [S.l.]: [S.n.]. Disponível em: <http://www.iramuteq.org/documentation/fichiers/tutoriel-en-portugais>
8. Soares JDL, de Araujo LFS, Bellato R, Petean E. Tecitura do vínculo em saúde na situação familiar de adoecimento crônico. *Interface (Botucatu)*[Internet]. 2016 [acesso em 09 out. 2018];20(59):929-40. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832016000400929&lng=pt&tlng=pt
9. Almeida MASO, Lemesa AG, do Nascimento VF, da Fonseca PIMN, da Rocha EM, Liba YHAO, et al. Fatores de risco associados à depressão em idosos no interior de Mato Grosso. *Rev Baiana Saúde Pública* [Internet]. 2015 [acesso em 09 out. 2018];39(3):627-41. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/295541043_Fatores_de_risco_associados_a_depressao_em_idosos_no_interior_de_Mato_Grosso
10. Silva KM, Dos Santos SMA. A práxis do enfermeiro da estratégia de saúde da família e o cuidado ao idoso. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2015 [acesso em 03 abr. 2019];24(1):105-11. Disponível em: <https://www.redalyc.org/html/714/71438421013/>
11. Daniel F, Antunes A, Amaral I. Social representations of ageing. *AnálPsicol*[Internet]. 2015 [acesso em 09 out. 2018];33(3):291-301. Disponível em: <http://publicacoes.ispa.pt/index.php/ap/article/view/972/pdf>

12. Voigt I, Wrede J, Diederichs-Egidi H, Dierks M, Junius-Walker U. Priority Setting in General Practice: Health Priorities of Older Patients Differ from Treatment Priorities of Their Physicians. *CroatMed J* [Internet]. 2010 [acesso em 09 out. 2018];51:483-92. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.3325/cmj.2010.51.483>
13. Martins LB, D'Avila OP, Hilgert JB, Hugo FN. Atenção Primária a Saúde voltada as necessidades dos idosos: da teoria à prática. *Ciênc Saúde Colet* [Internet]. 2014 [acesso em 03 abr. 2019];19(8):3403-16. Disponível em: https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81232014000803403&script=sci_abstract
14. Kebian LVA, Acioli S. A visita domiciliar de enfermeiros e agentes comunitários de saúde da Estratégia Saúde da Família. *RevEletrEnferm*[Internet]. 2014 [acesso em 18 mar. 2019];16(1):161-9. Disponível em: <https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/20260/16455>
15. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília,DF: Ministério da Saúde; 2007.
16. Arruda CAM, Bosi MLM. Satisfação de usuários da atenção primária à saúde: um estudo qualitativo no Nordeste do Brasil. *Interface (Botucatu)*[Internet].2017 [acesso em 09 out. 2018];21(61):321-32. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832017000200321&lng=en&nrm=iso/&tlng=pt
17. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2011 [acesso em 09 out. 2018]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/miolo_CAP_28.pdf
18. Campos RTO, Ferrer AL, da Gama CAP, Campos GWS, Trapé TL, Dantas DV. Avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuários. *Saúde Debate* [Internet]. 2014 [acesso em 09 out. 2018];38(Esp.):252-64. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38nspe/0103-1104-sdeb-38-spe-0252.pdf>
19. Cuervo VS, Andrade MA, Gerlack LF, Bós AJG, Silva MVS, Oliveira AF. Prescrições medicamentosas de pacientes atendidos no ambulatório de geriatria de um hospital universitário: estudo transversal descritivo. *Ciênc Saúde Colet*[Internet]. 2014 [acesso em 09 out. 2018];19(8):3355-64. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000803355&lng=en
20. Santos L. Região de saúde e suas redes de atenção: modelo organizativo-sistêmico do SUS. *Ciênc Saúde Colet* [Internet]. 2017 [acesso em 03 abr. 2019];22(4):1281-9. Disponível em: https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81232017000401281&script=sci_arttext&tlng=pt#
21. Bousquat A, Giovanella L, Campos EMS, de Almeida PF, Martins CL, Mota PHS, et al. Atenção primária à saúde e coordenação do cuidado nas regiões de saúde: perspectiva de gestores e usuários. *Ciênc Saúde Colet* [Internet]. 2017 [acesso em 03 abr. 2019];22(4):1141-54. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n4/1413-8123-csc-22-04-1141.pdf>
22. Cecilio LCO, Andrezza R, Carapineiro G, Araújo EC, de Oliveira SA, Andrade MGG, et al. A Atenção Básica à Saúde e a construção das redes temáticas de saúde: qual pode ser o seu papel?. *Ciênc Saúde Colet* [Internet]. 2012 [acesso em 03 abr. 2019];17(11):2893-2902. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n11/v17n11a05.pdf>
23. Tesser CD, Norman AH. Repensando o acesso ao cuidado na Estratégia Saúde da Família. *Saúde Soc* [Internet]. 2014 [acesso em 07 jul. 2018];23(3):869-83. Disponível em: https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0104-12902014000300869&script=sci_arttext&tlng=pt
24. Gomide MFS, Pinto IC, Bulgarelli AF, dos Santos ALP, Gallardo MPS. User satisfaction with primary health care: an analysis of access and care. (Botucatu) [Internet]. 2018 [acesso em 09 out. 2018];22(65):387-98. Disponível em: <http://go.galegroup.ez15.periodicos.capes.gov.br/ps/i.do?&id=GALE|A536243883&v=2.1&u=capes&it=r&p=AONE&sw=w#>
25. Brasil. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Manual de implantação de complexos reguladores . Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2006.
26. Pinto JR, Carneiro MGD. Avaliação do agendamento online de consultas médicas especializadas através da central de regulação do SUS. *Saúde Colet* [Internet]. 2012 [acesso em 03 abr. 2019];9(58):123-8. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/842/84225063005.pdf>
27. Peiter CC, Lanzoni GMM, de Oliveira WF. Regulação em saúde e promoção da equidade: o Sistema Nacional de Regulação e o acesso à assistência em um município de grande porte. *Saúde Debate* [Internet]. 2016 [acesso em 03 abr. 2019];40(111):63-73. Disponível em: https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0103-11042016000400063&script=sci_arttext

28. Perron NJ, Dao MD, Righini NC, Humair JP, Broers B, Narring F, et al. Text-messaging versus telephone reminders to reduce missed appointments in an academic primary care clinic: a randomized controlled trial. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2013 [acesso em 03 abr. 2019];13(125):2-7. Disponível em: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-13-125>
29. Campbell JL, Fletcher E, Britten N, Green C, Holt TA, Lattimer V, et al. Telephone triage for management of same-day consultation requests in general practice (the ESTEEM trial): a cluster-randomised controlled trial and cost-consequence analysis. *Lancet* [Internet]. 2014 [acesso em 03 abr. 2019];384:1859-68. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673614610588>
30. Marin MJS, Marchioli M, Moravick MYAD. Strengths and weaknesses of the care delivered in the traditional Primary Healthcare Units and Family Healthcare Strategy units in the perspective of users. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2013 [acesso em 07 jul. 2018];22(3):780-8. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n3/v22n3a26.pdf>
31. Protasio APL, Silva PB, Lima EC, Gomes LB, Machado LS, Valença AMG. Evaluation of the reference and counter-reference system based on the responses of the Primary Care professionals in the first External Evaluation cycle of PMAQ-AB in the state of Paraíba. *Saúde Debate* [Internet]. 2014 [acesso em 07 jul. 2018];38(Esp):209-20. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38nspe/0103-1104-sdeb-38-spe-0209.pdf>
32. Ramos-Morcilloa AJ, Ruzafa-Martínez M, Fernández-Salazarb S, Del-Pino-Casado R. Expectations and user experiences of Roma women with health services in primary care. *AtenPrim* [Internet]. 2015 [acesso em 07 jul. 2018];47(4):213-9. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656714002285?via%3Dihub>
33. Melo SCC, de Santana RG, dos Santos DC, Alvim NAT. Práticas complementares de saúde e os desafios de sua aplicabilidade no hospital: visão de enfermeiros. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2013 [acesso em 07 jul. 2018];66(6):840-6. Disponível em: <https://www.redalyc.org/html/2670/267029915005/>
34. Arantes LJ, Shimizu HE, Merchán-Hamann E. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. *Ciênc Saúde Colet* [Internet]. 2016 [acesso em 03 abr. 2019];21(5):1499-1509. Disponível em: https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81232016000501499&script=sci_arttext&lng=en
35. MoimazI SAS, Marques JAM, Saliba O, Garbin CAS, Zina LG, Saliba NA. Satisfação e percepção do usuário do SUS sobre o serviço público de saúde. *Physis* [Internet]. 2010 [acesso em 03 abr. 2019];20(4):1419-40. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/physis/2010>



Prescrição de medicamentos potencialmente inapropriados para idosos: comparação entre prestadores de serviços em saúde

Prescription of potentially inappropriate medication for the elderly: comparing health service providers

Suelaine Druzian Silvestre¹

Flávia Cristina Goulart²

Maria José Sanches Marin³

Carlos Alberto Lazarini²

Resumo

Objetivo: Comparar a prescrição de medicamentos em idosos usuários do SUS com usuários de Plano de Saúde Suplementar à luz dos critérios de Beers. **Método:** Trata-se de uma análise documental, quantitativa, utilizando dois bancos de dados, obtidos a partir de pesquisas realizados no mesmo município. No primeiro, a amostra incluiu 532 pessoas com 60 anos ou mais, de ambos os sexos, usuárias do SUS. No segundo, a amostra foi de 239 pessoas com 60 anos ou mais, independente do sexo, usuárias do principal plano de saúde suplementar. As análises estatísticas relativas às comparações entre os dados dos dois bancos foram realizadas por meio do teste de qui-quadrado de Pearson e da extensão do teste exato de Fisher com nível de significância α igual a 5%. **Resultados:** Os resultados mostram diferenças significativas do uso de medicamentos e polimedicação entre os usuários dos dois prestadores de serviço. Além disso, houve diferenças estatisticamente significantes entre o prestador de serviço, sendo que usuários do SUS utilizam mais anti-inflamatórios não esteroidais ($p=0,01$), sulfonilureias de longa duração ($p=0,02$) e nifedipino ($p=0,01$) e o usuários do plano de Saúde Suplementar utilizam mais relaxantes musculoesqueléticos ($p=0,01$), estrogênio ($p=0,01$), amiodarona ($p=0,01$) e doxazosina ($p=0,01$), enquanto potencialmente inapropriados para idosos. **Conclusão:** Há diferenças entre ter plano de saúde ou não quanto ao perfil de utilização de medicamentos, inclusive para os potencialmente inapropriados para uso em idosos. O uso de tecnologias de informação que centralizasse dados dos idosos, tanto no SUS quanto na Saúde Suplementar, poderia reduzir prescrições inapropriadas ou desnecessárias.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde. Saúde Suplementar. Saúde do Idoso. Uso de Medicamentos. Polimedicação.

¹ Maternidade e Gota de Leite, Departamento de Enfermagem. Marília, São Paulo, Brasil.

² Faculdade de Medicina de Marília (Famema), Disciplina de Farmacologia. Marília, São Paulo, Brasil.

³ Faculdade de Medicina de Marília (Famema), Disciplina de Fundamentos de Enfermagem. Marília, São Paulo, Brasil.

Correspondência
Carlos Alberto Lazarini
carlos.lazarini@gmail.com

Recebido: 04/10/2018

Aprovado: 27/04/2019

Abstract

Objective: to compare the prescription of medications to elderly users of the SUS with users of a Supplementary Health Plan in the context of the Beers criteria. **Method:** a quantitative documental analysis using two databases, obtained from surveys conducted in the same municipal region, was performed. In the first database, the sample included 532 people aged 60 years or older, of both genders, who were users of the SUS. In the second, the sample was 239 people aged 60 years or older, irrespective of gender, who were users of the principal supplementary health plan. Statistical analyses to compare the data of the two databases were performed using Pearson's Chi-squared Test and the extension of Fisher's Exact test, with a significance level α equal to 5%. **Results:** The results showed significant differences in the use of medications and polypharmacy among the users of the two service providers. Moreover, there were statistically significant differences between the service providers, with SUS users using more non-steroidal anti-inflammatory drugs ($p=0.01$), long-lasting sulfonylureas ($p=0.02$) and Nifedipine ($p=0.01$), and the users of the Supplementary Health Care plan using more musculoskeletal relaxants ($p=0.01$), estrogen ($p=0.01$), amiodarone ($p=0.01$) and Doxazosin ($p=0.01$), which are potentially inappropriate for the elderly. **Conclusion:** there are differences between having health insurance or not in terms of the profile of drug use, including in medications which are potentially inappropriate for use among the elderly. The use of information technology that centralizes the data of the elderly, both in the SUS and in Supplementary Health, could reduce inappropriate or unnecessary prescriptions.

Keywords: Supplemental Health. Unified Health System. Health of the Elderly. Drug Utilization. Polypharmacy.

INTRODUÇÃO

A política de saúde no Brasil foi constituída de forma segmentada desde seu nascedouro. Embora a Constituição de 1988 tenha universalizado o acesso à saúde para os brasileiros, as dificuldades na implementação dessa política propiciaram o desenvolvimento do mercado privado de saúde¹. De 2012 a 2018 houve, no Brasil, um crescimento de 18,8% das pessoas na faixa etária de 60 anos ou mais atendidas em suas necessidades de saúde tanto pela rede pública, universal e gratuita, quanto por planos de saúde privados, de acesso limitado à cobertura contratada e à renda do contratante². Dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar mostram que a pirâmide etária para a população beneficiária de planos de saúde apresenta um perfil discretamente mais envelhecido do que a população sem plano de saúde, sendo aproximadamente 12,0% da população com plano e 10,0% sem planos de saúde³.

Os idosos constituem uma população com alta prevalência de morbidades e, conseqüentemente, estão sujeitos ao uso de polimedicação⁴. Como as respostas homeostáticas quase sempre constituem importantes componentes da resposta global a determinado medicamento, as alterações fisiológicas

presentes entre os idosos podem modificar o padrão ou a intensidade da resposta a ele, o que pode contribuir para sua toxicidade⁵. Assim, os problemas mais comuns de administração de medicamentos em idosos são uso de medicamento impróprio, dose errada, frequência inadequada, período insuficiente ou demasiado de consumo e ainda, combinação inadequada com outros fármacos provocando interação indesejada⁶.

Na assistência à saúde do idoso, a atenção primária é porta de entrada preferencial aos serviços de saúde no Sistema Único de Saúde (SUS). Tem suas ações direcionadas à interdisciplinaridade e ao compartilhamento dos atendimentos ao usuário por meio do e-SUS, prontuário eletrônico nacional, recurso que os municípios ainda estão em processo de implantação⁷.

Outra forma de assistência aos idosos se dá por meio dos planos de saúde privados que se caracterizam por um atendimento fragmentado e que não considera, na maioria das vezes, as especificidades, pautando-se na hiperespecialização e ausência de integralidade, sem um sistema informatizado de registro do cuidado. Tal situação pode predispor o idoso ao uso irracional de medicamentos, nem

sempre atentando às características diferenciadas da farmacoterapia dessa população ou ao seu histórico farmacológico⁸.

Sendo assim, para que o uso racional de medicamentos ocorra, há uma série de requisitos complexos a serem seguidos, com a participação de atores sociais, como pacientes, profissionais de saúde, legisladores, formuladores de políticas públicas, indústria, comércio e governo.

Buscando uma melhor compreensão sobre a realidade da prescrição de medicamentos para os idosos no sistema de saúde privado e público, o presente estudo tem por objetivo comparar a prescrição de medicamentos em idosos usuários do SUS com usuários de Plano de Saúde Suplementar à luz dos critérios atualizados de Beers⁹. Esses critérios são os mais utilizados nas Américas para avaliar os medicamentos potencialmente inapropriados, sendo divididos em três categorias: os potencialmente inadequados que devem ser evitados em idosos; os potencialmente inadequados que devem ser evitados em idosos portadores de determinadas doenças, as quais podem ser agravadas por tais medicamentos; e os que devem ser usados com cuidado em idosos.

MÉTODO

Estudo de análise documental, com abordagem quantitativa, no qual foram analisadas associações entre variáveis sociodemográficas e dados de consumo de medicamentos prescritos para idosos usuários do SUS¹⁰ e da Saúde Suplementar¹¹, de um município localizado no centro oeste do Estado de São Paulo.

Tal município conta com população estimada, pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), para 2018, de 237.000 habitantes, sendo aproximadamente 13,0% idosos. Os usuários de plano de saúde suplementar representam 34,7% da população total, sendo que 15,4% deles têm idade igual ou superior a 60 anos³.

Foram utilizados os dados de dois estudos já realizados no mesmo município^{10,11}. Para a definição do tamanho amostral dos dois estudos, foi usado o programa DIMAM 1.0, que parte da população e da prevalência do uso de medicamentos (80,0%),

considerando margem de erro de 5,0% e nível de confiança de 95,0%, garantindo com isso, a representatividade. O primeiro partiu de uma população de idosos de 29.124, resultando em 532 pessoas com 60 anos ou mais, independente do sexo, que não estivessem hospitalizadas e nem asiladas, usuárias do SUS, moradoras nas áreas de abrangência pertencentes à Estratégia Saúde da Família (ESF) ou às Unidades Básicas de Saúde Tradicionais (UBST)¹⁰. O segundo partiu de uma população de 8.474 idosos, usuários da saúde suplementar, resultando em 239 pessoas, independente do sexo, que não estivessem hospitalizadas e nem asiladas¹¹.

A coleta dos dados dos dois estudos foi realizada por meio de entrevista domiciliária, diretamente com idosos que foram capazes de se comunicar, utilizando o mesmo questionário padronizado e semiestruturado. O primeiro estudo foi realizado no período de agosto a novembro de 2012 e o segundo, de maio de 2014 a janeiro de 2015.

Os dois estudos avaliaram variáveis sociodemográficas, econômicas e de saúde: sexo, idade (agrupadas em faixas etárias de 60-69 anos, 70-79, 80 anos ou mais), escolaridade (até quatro anos de estudo, e cinco anos ou mais), renda, moradia e autoavaliação de saúde, obtida por meio da resposta à pergunta: “Como o(a) sr(a) considera sua saúde?”. A autoavaliação da saúde foi verificada por meio de uma escala que inclui as variáveis: ótima, boa, regular, ruim ou péssima. Foram agrupadas, para análise estatística, como autoavaliação positiva, as respostas regular, boa e ótima. Como autoavaliação negativa, foram agrupadas as respostas ruim e péssima¹².

Quanto ao consumo de medicamentos, o entrevistador solicitou que o idoso trouxesse ao seu alcance todos os medicamentos utilizados por ele nos últimos 15 dias que antecederam a coleta de dados, o que permitiu verificar a quantidade e caracterizar, nos dois bancos de dados, aqueles potencialmente inapropriados por meio da revisão dos critérios de Beers⁹, que identifica 53 medicamentos ou classes inadequadas para o uso em idosos, independente de diagnósticos e condições⁹. Essa revisão foi utilizada para análise dos dois bancos de dados.

As análises estatísticas relativas às comparações entre os dados dos dois bancos foram realizadas com

o *software Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) versão 17.0 para *Windows*. Todas as variáveis foram apresentadas sob a forma de frequência absoluta e relativa. Para a análise comparativa, a variável independente foi a natureza do prestador de serviços e as dependentes foram os dados sobre consumo de medicamentos, sendo utilizado o teste do qui-quadrado ou o teste exato de Fisher a fim de verificar a existência de diferenças significantes entre as variáveis. Foram consideradas estatisticamente significantes as relações entre variáveis em que $p \leq 0,05$.

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos da Faculdade de Medicina de Marília, sob parecer nº 1.557.759. Por se tratar de uma análise documental, houve dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A obtenção dos dados contidos nos bancos de dados utilizados foi aprovada pelo

mesmo Comitê de Ética sob pareceres números nº 799/10 de 29/11/2010¹⁰ e 607.824 de 31/03/2014¹¹, os quais haviam obtido a anuência dos participantes por meio da assinatura do TCLE.

RESULTADOS

Os dados sociodemográficos evidenciam maior número de mulheres nos dois prestadores de serviço; predomínio de idosos usuários do SUS na faixa etária entre 60-69 anos e usuários da saúde suplementar entre 70-79 anos; maioria de usuários do SUS com até quatro anos de estudo e de cinco anos ou mais nos usuários da Saúde Suplementar. As demais variáveis mostraram, nos dois prestadores de serviço, predomínio de renda de 1 a 3 salários mínimos, pessoas que residem acompanhadas e autoavaliação de saúde positiva (Tabela 1).

Tabela 1. Dados sociodemográficos, econômicos e de saúde de idosos usuários do SUS e da Saúde Suplementar. Marília, SP, 2017.

Variáveis	SUS n(%)	Saúde Suplementar n(%)	<i>p</i> *
Sexo			
Masculino	202(38,0)	50(20,9)	0,01
Feminino	330(62,0)	189(79,1)	
Idade			
60-69	249(46,8)	90(37,7)	0,02
70-79	202(37,9)	91(38,1)	0,98
80 ou +	81(15,3)	58(24,3)	0,01
Escolaridade			
Até quatro anos de estudo	446(83,8)	59(24,7)	0,01
Cinco anos ou + de estudo	86(16,2)	180(75,3)	
Renda (salário mínimo)			
<1	15(2,8)	23(9,6)	0,01
1 a < 3	386(72,6)	117(48,9)	0,01
3 a < 5	79(14,8)	64(26,7)	0,01
5 a 10	39(7,3)	28(11,7)	0,04
Não sabe/Não respondeu	13(2,4)	7(2,9)	0,69
Moradia			
Sozinho	60(11,3)	58(24,3)	0,01
Acompanhado	472(88,7)	181(75,7)	
Autoavaliação da saúde			
Negativa	45(8,4)	6(2,5)	0,01
Positiva	433(81,4)	233(97,5)	0,01
Não respondeu	54(10,2)	0(0)	0,01

* $p \leq 0,05$ - Teste qui-quadrado

A tabela 2 mostra que há diferença no uso de medicamentos entre usuários do SUS e da Saúde Suplementar, sendo maior a prevalência na Saúde Suplementar ($p < 0,01$). Em relação a quantidade ingerida, também há diferença entre os usuários dos dois prestadores de serviço, sendo o uso de cinco ou mais tipos de medicamento, mais prevalente nos usuários da Saúde suplementar ($p < 0,01$).

A tabela 3 demonstra que houve diferença estatisticamente significativa na comparação entre o uso de MPI dos usuários do SUS e Saúde Suplementar para os medicamentos do Sistema Musculoesquelético, Endócrino e Cardiovascular, ao se utilizar o Critério de Beers. Em relação à variável

Sistema Musculoesquelético houve predominância dos anti-inflamatórios não esteroides nos usuários do SUS e relaxantes musculoesqueléticos nos da Saúde Suplementar. Quanto ao sistema endócrino, os dois grupos utilizam em maior proporção a insulina. No entanto, houve predominância do uso de Sulfonilureias de longa duração no SUS e Estrogênio na saúde suplementar. Já em relação ao Sistema Cardiovascular houve predomínio do Nifedipino nos usuários do SUS e da Amiodarona e Doxazosina nos usuários da saúde suplementar. Vale ressaltar que os medicamentos dos grupos Antimicrobiano e Antitrombótico foram utilizados somente por usuários da Saúde Suplementar, enquanto os Antiespasmódicos e Analgésicos pelos usuários do SUS.

Tabela 2. Utilização de Medicamentos nos últimos 15 dias que antecederam a coleta de dados de idosos usuários do SUS e da Saúde Suplementar. Marília, SP, 2017.

Variáveis	SUS n(%)	Saúde Suplementar n(%)	p^*
Uso de Medicamentos			
Sim	475(89,3)	232(97,1)	0,01
Não	57(10,7)	7(2,9)	
Quantos tipos			
1 a 4	262(55,2)	82(35,3)	0,01
5 ou mais	213(44,8)	150(64,7)	

* $p \leq 0,05$ - Teste qui-quadrado

Tabela 3. Medicamentos potencialmente inapropriados para idosos independente da patologia de usuários do SUS e da Saúde Suplementar segundo os Critérios de Beers, 2015. Marília, SP, 2017.

Grupo/medicamentos	SUS n(%)	Saúde Suplementar n(%)	p^*
Sistema musculoesquelético			
Relaxantes musculoesqueléticos	8(23,6)	43(79,6)	0,01
Anti-inflamatórios não esteróides	26(76,4)	11(20,4)	
Total	34(100)	54(100)	
Gastrointestinal			
Inibidor da bomba de próton	68(95,8)	35(97,2)	0,59
Metoclopramida	3(4,2)	1(2,8)	
Total	71(100)	36(100)	

continua

Continuação da Tabela 3

Grupo/medicamentos	SUS n(%)	Saúde Suplementar n(%)	<i>p</i> *
Sistema Nervoso Central			
Benzodiazepínicos	36(41,9)	17(47,2)	0,58
Amitriptilina	25(29,1)	8(22,2)	0,44
Paroxetina	2(2,3)	4(11,1)	0,07
Fenobarbital	2(2,3)	3(8,3)	0,15
Hipnóticos não benzodiazepínico	0(0)	1(2,8)	0,29
Imipramina	4(4,6)	0(0)	0,24
Nortritriptilina	2(2,3)	2(5,6)	0,34
Haloperidol	3(3,5)	0(0)	0,35
Clorpromazina	1(1,1)	1(2,8)	0,51
Cimetidina	5(5,8)	0(0)	0,17
Ranitidina	6(6,9)	0(0)	0,12
Total	86(100)	36(100)	
Endócrinos			
Insulina	23(50,0)	9(56,2)	0,67
Estrogênio	2(4,4)	5(31,2)	0,01
Sulfonilureias de longa duração	21(45,6)	2(12,5)	0,02
Total	46(100)	16(100)	
Cardiovascular			
Amiodarona	0(0)	9(12,9)	0,01
Nifedipino	38(32,8)	2(2,9)	0,01
Digoxina	8(6,9)	2(2,9)	0,20
Metildopa	2(1,7)	1(1,4)	0,68
Clonidina	1(0,9)	0(0)	0,62
Doxazosina	6(5,2)	14(20,0)	0,01
Diltiazem	1(0,9)	1(1,4)	0,61
Cilostazol	6(5,2)	0(0)	0,06
Ácido acetilsalicílico	54(46,6)	41(58,6)	0,12
Total	116(100)	70(100)	
Antimicrobiano			
Nitrofurantoína	0(0)	3(100)	
Antitrombótico			
Ticlopidina	0(0)	2(100)	
Anticolinérgicos			
Hidroxizine	2(20,0)	1(100)	0,27
Dexclorfeniramina	4(40,0)	0(0)	0,64
Prometazina	4(40,0)	0(0)	0,64
Total	10(100)	1(100)	
Antiespasmódicos			
Escopolamina	8(100)	0(0)	
Analgésico			
Meloxicam	7(100)	0(0)	
Insônia			
Caféina	7(100)	25(100)	
Total Geral	385	243	

**p*≤0,05 - Teste qui-quadrado

DISCUSSÃO

Com relação ao sexo, houve predomínio do feminino nos dois grupos. Nossos dados se assemelham aos encontrados em estudo realizado com usuários do SUS da cidade de Petrópolis onde a maioria dos entrevistados eram mulheres¹³ e aos encontrados em um estudo com idosos que utilizam a saúde suplementar, o qual mostrou predomínio de 65% de mulheres⁸. No Brasil, a mulher tende a viver mais anos do que o homem, tendo como resultado o fenômeno da feminilização na velhice¹⁴. Esse é um aspecto a ser considerado na assistência à saúde, visto que as mulheres apresentam problemas de saúde mais complexos em relação aos homens da mesma idade.

No que se refere à idade, é necessário considerar que quanto mais avançada, maior a probabilidade do desenvolvimento de doenças e de uso de múltiplos medicamentos, embora as condições sociais, econômicas e de estilo de vida também precisam ser analisadas para se avaliarem os desgastes presentes nas pessoas envelhecidas¹⁵.

A escolaridade e a renda têm forte impacto sobre a situação de saúde da população. Os idosos com maior nível de escolaridade e melhor renda são mais independentes para o autocuidado, incluindo o uso correto de medicamentos, de meios de transporte e de comunicação, enquanto os de menor poder aquisitivo e intelectual estão mais suscetíveis às doenças e, conseqüentemente, necessitam de maior atenção à saúde¹⁶ principalmente dos órgãos públicos, haja vista a dependência dessa população ao SUS.

Quanto à variável renda, houve predomínio de um a três salários mínimos entre os usuários dos dois prestadores de serviço, caracterizando ainda uma população com baixo rendimento financeiro frente ao aumento de gastos com saúde, advindos do processo de envelhecimento, acompanhados de aumento de doenças crônicas, como o que ocorre no Brasil. Para usuários do SUS, esses dados são semelhantes aos encontrados na literatura¹⁷.

Quanto ao convívio familiar, a maior porcentagem de usuários do SUS reside acompanhado, enquanto os usuários da saúde suplementar, em sua maioria, residem sozinhos. Tal resultado se contrapõe ao encontrado em estudo realizado em Florianópolis,

Santa Catarina, o qual apresentou 99,4% de idosos, usuários da saúde suplementar, residindo acompanhados (filhos, esposas, demais familiares ou cuidadores)¹⁸. Essa variável provavelmente está relacionada com a cultura e qualidade de vida regional, no que tange à segurança e aos índices de violência, além de acesso ao transporte, médicos, atendimento à sua saúde, farmácias, alimentação, entre outros fatores.

Ressalta-se que a família tem importante papel no apoio social e afetivo para as pessoas que envelhecem, em especial no atendimento de suas necessidades. Idosos que vivem sozinhos encontram-se mais expostos aos fatores de risco e procuram menos os serviços de saúde para prevenção quando comparados com idosos que vivem com o cônjuge e/ou com outros familiares¹⁹.

Quando questionados quanto à autoavaliação de saúde, houve predomínio, tanto dos usuários do SUS quanto da Saúde Suplementar, de considerar sua saúde como positiva, entretanto na comparação entre os dois grupos, os usuários do SUS manifestam autoavaliação que tende mais à negativa. Idosos com níveis mais altos de afetos positivos tendem a utilizar estratégias de enfrentamento construtivas quando confrontados com desafios inerentes à idade avançada²⁰.

Quanto ao uso de medicamentos nos últimos 15 dias, este estudo encontrou dados semelhantes aos observados na literatura tanto em relação aos usuários do SUS²¹ como nos da Saúde Suplementar. Estudo realizado na Região Sudeste constatou que 97,1% dos idosos com plano de saúde haviam consumido medicamentos nos últimos 15 dias²², independentemente do número utilizado. Embora a polimedicação não se limite a uma ou outra faixa etária, a população idosa é uma das que mais utiliza medicamentos e, portanto, gera maiores custos aos sistemas de saúde, seja ele público ou suplementar.

O uso de medicamentos constitui realidade entre idosos, o que pode estar associado a diversos fatores, tais como o processo de envelhecimento trazer consigo uma maior probabilidade de prevalência de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), principalmente aos sedentários; alta medicalização da saúde observada nos últimos anos e impulsionada

pelo poder da indústria farmacêutica; estímulo à prescrição de medicamentos observado na formação e na prática dos profissionais da área da saúde; entre outros. A vida cotidiana torna-se medicalizada, posto que o cidadão começa a ter familiaridade com as noções médicas difundidas, passando a conceber a saúde como valor primordial e, conseqüentemente, a fazer de tudo para preservá-la ou restaurá-la de forma rápida e com baixo custo energético pessoal. Isto tem causado a banalização do uso de medicamentos, tanto no Brasil quanto em outras partes do mundo²³.

No presente estudo, 64,7% dos usuários da Saúde Suplementar referiram utilizar cinco ou mais medicamentos por dia, o que caracteriza a polimedicação²⁴. Quanto ao uso dessa quantidade de medicamentos é preciso considerar que, muitas vezes, existe essa indicação para o manejo das diversas doenças crônicas presentes entre os idosos, visando à sua sobrevivência e/ou à melhoria na sua qualidade de vida. O uso de cinco ou mais medicamentos pela maioria dos usuários da Saúde Suplementar pode estar relacionado ao fato de possuírem maior acesso aos prescritores, na maioria das vezes de diferentes especialidades, o que levaria ao aumento na prescrição e no consumo de medicamentos. Entretanto, é preciso qualificar a polimedicação para que não ocorra agravamento da saúde dos idosos²⁵, decorrente das interações e efeitos indesejáveis.

Quanto aos usuários do SUS, o trabalho de uma equipe interdisciplinar, disponível muitas vezes no Programa Saúde da Família, pode ter um papel importante na avaliação, verificando se as queixas são decorrentes de adoecimento ou apenas reações adversas ao uso de medicamentos. Caso sejam reações adversas, pode-se modificar a prescrição e o acompanhamento do idoso, visando observar os desfechos²⁶.

A prescrição de medicamentos potencialmente inapropriados para idosos (MPI), segundo Beers⁹, está fortemente associada ao desencadeamento de reações adversas a medicamentos e hospitalizações e, quando associada à presença de comorbidades e polimedicação, expõe os idosos a um risco elevado de mortalidade. A presença de pelo menos um medicamento inapropriado na prescrição, dobra o risco de desencadeamento de reações adversas, responsáveis por aproximadamente 24% das

internações nesse segmento etário e constitui a quinta causa de óbito entre os idosos²⁷⁻²⁹.

No presente estudo foi constatada a presença de medicamentos potencialmente inadequados para o uso em idosos nos seguintes grupos farmacológicos: sistemas musculoesquelético, gastrointestinal, nervoso central, endócrino, cardiovascular, além de antitrombóticos, antimicrobianos, anticolinérgicos, antiespasmódicos, analgésicos para insônia. A análise estatística mostrou diferença significativa entre as variáveis e natureza do prestador do serviço para os medicamentos do sistema musculoesquelético, endócrino e cardiovascular.

Em relação ao uso de MPI, referentes ao Sistema Musculoesquelético, houve predomínio dos anti-inflamatórios não esteroides (76,4%) nos usuários do SUS e relaxantes musculoesqueléticos (79,6%) nos da Saúde Suplementar. O uso de anti-inflamatórios entre os usuários do SUS pode estar relacionado ao fato de que é a categoria medicamentosa disponibilizada nas farmácias das unidades de saúde do município, o que não ocorre com os relaxantes musculares que são disponibilizados por farmácias comerciais, sendo alguns de venda livre³.

Quanto ao sistema endócrino, houve predomínio do uso de Sulfonilureias de longa duração entre os usuários do SUS (45,6%), sendo essa a única medicação hipoglicemiante presente na lista de medicamentos padronizados do município. Isso também pode revelar que, talvez, os prescritores do SUS não estejam familiarizados aos critérios dos medicamentos potencialmente inapropriados. Na Saúde Suplementar predominou o uso de Estrogênio (31,2%), o qual pode estar associado ao fato de que os usuários da saúde suplementar têm mais acesso a especialistas e existem poucas opções medicamentosas no mercado que ofereçam a ação apresentada pelo estradiol.

Já em relação ao sistema Cardiovascular, a utilização da Amiodarona esteve presente apenas nos usuários da Saúde Suplementar. Esse medicamento, classificado como antiarrítmico, foi o mais prescrito no grupo dos fármacos cardiovasculares para idosos usuários de um plano de saúde privado, de abrangência nacional⁸, e está entre os principais MPI de uso cardiovascular no estudo Saúde, Bem-Estar

e Envelhecimento (SABE)²⁹. A amiodarona está associada a múltiplas toxicidades como distúrbios tireoidianos, prolongamento do intervalo QT e distúrbios pulmonares⁹. A relação risco/benéfico na abordagem das arritmias em idosos deve ser avaliada e, quando indicada, deve-se monitorá-la visando a prevenção ou a identificação precoce dos eventos adversos³⁰. Vale ressaltar que, embora a amiodarona conste na Relação Nacional de Medicamentos (RENAME)³¹, nenhum idoso usuário do SUS recebeu prescrição desse medicamento.

Ainda no sistema Cardiovascular, usuários do SUS utilizam Nifedipino em maior proporção quando comparados com aqueles da Saúde Suplementar ($p=0,01$). A formulação do nifedipino de “ação rápida” é classificada como inadequada, pelos critérios de Beers, pelo risco potencial para hipotensão e constipação, sendo as possíveis consequências do uso consideradas de alta gravidade. Embora ainda tenha uma alta prescrição no SUS, na revisão da RENAME³¹, o nifedipino foi substituído pelo anlodipino como antagonista de canal de cálcio diidropiridínico, com indicação para angina de peito, espasmo coronariano e hipertensão arterial²⁰. Infelizmente, esse medicamento ainda não é disponibilizado nas farmácias das unidades de saúde municipais.

A Doxazosina, um alfa bloqueador indicado para o tratamento da hipertensão arterial sistêmica e na hiperplasia prostática benigna, doenças que comumente acometem o idoso, é utilizada em maior proporção pelos usuários da Saúde Suplementar ($p=0,01$). Seus principais efeitos são o relaxamento do tônus do músculo liso vascular (vasodilatação), o que diminui a resistência vascular periférica, levando à diminuição da pressão sanguínea e ao relaxamento da bexiga e da próstata, facilitando a micção. Seu uso no idoso deve ser evitado, pois apresenta, como efeito colateral, um alto potencial para hipotensão, boca seca e alterações urinárias. No entanto, por ser um medicamento também muito utilizado e recomendado na hiperplasia prostática benigna, pode ser utilizado com cautela, acompanhamento e monitoração apropriados^{32,33}.

Muitos dos medicamentos inapropriados para idosos constam da RENAME, com o agravante que, para determinadas classes terapêuticas, os únicos

medicamentos padronizados são classificados como inapropriados, segundo Beers⁹. É preciso prestar atenção, visto que o próprio critério de Beers e de outras pesquisas da literatura científica recomendam que a relação risco/benefício deve ser devidamente avaliada antes de qualquer prescrição aos idosos³⁴. Como esse é um preceito básico da Farmacologia, à luz desse preceito que devemos analisar qualquer medicação prescrita antes de classificá-la como incorreta ou erro médico.

A difusão do conceito de uso inapropriado mediante educação continuada, a criação de avisos nos sistemas informatizados de prescrição e a presença do profissional farmacêutico na dispensa e orientação sobre o medicamento, esclarecendo a instituição de medidas regulamentares restritivas são fatores que muito facilitaríamos a adoção dos critérios ainda não conhecidos por toda a comunidade médica. Tais sugestões foram apontadas como indispensáveis para prevenção da prescrição de medicamentos potencialmente inapropriados³⁴.

Ressaltamos que o problema deve ser focado na prescrição inadequada desses medicamentos, ou seja, aquela feita sem a devida avaliação de riscos/benefícios que obrigatoriamente deve orientar todo prescritor. Para que a prescrição seja feita de forma correta, é necessário que o prescritor conheça adequadamente os riscos da medicação e faça uso da medicação classificada como inapropriada somente quando não houver outros recursos disponíveis frente à necessidade de saúde do paciente.

A associação desse consumo com as alterações relacionadas ao envelhecimento quanto à farmacocinética e à farmacodinâmica cria condições para o alto risco de efeitos colaterais e de interações medicamentosas observados em idosos³⁴. Assim, a periódica revisão de medicamentos utilizados por idosos deve fazer parte intrínseca da prática clínica.

Embora o presente estudo tenha contribuído com dados que indicam necessidades importantes na utilização de medicamentos por idosos nos dois grupos, coloca-se como limitação o fato de não terem sido verificados os motivos da prescrição, o que por certo proporcionaria uma análise mais aprofundada da adequação dos medicamentos utilizados pelos idosos. Entendemos ainda, que novos estudos que

possam avaliar outras variáveis ou mesmo aprofundar a análise de estudos já realizados são necessários para que possamos fazer afirmações quanto à inadequação ou não, ao se prescrever medicamentos pertencentes à categoria de uso inapropriado para idosos.

CONCLUSÃO

O consumo de medicamentos nos últimos 15 dias que antecederam a entrevista esteve presente na maioria dos dois grupos analisados. Em relação à quantidade de medicamentos utilizados, houve predomínio de um a quatro tipos nos usuários do Sistema Único de Saúde e cinco ou mais nos usuários da Saúde Suplementar, o que caracteriza a polimedicação neste grupo. Essas características apresentadas pelos usuários da saúde suplementar podem estar associadas ao maior acesso ao atendimento por especialistas.

Quanto ao uso de medicamentos potencialmente inapropriados para idosos, segundo os Critérios de Beers⁹, independente da doença e da avaliação risco/benefício do medicamento, houve diferenças estatisticamente significativas entre o prestador de serviço, sendo que usuários do Sistema Único de Saúde utilizam mais anti-inflamatórios não esteroidais, sulfonilureias de longa duração e nifedipino, e os

usuários do plano de Saúde Suplementar utilizam mais relaxantes musculoesqueléticos, estrogênio, amiodarona e doxazosina. Podemos afirmar que há diferenças entre ter plano de saúde ou não quanto ao perfil de utilização de medicamentos, haja vista que os resultados deste estudo confirmam a incidência de dados semelhantes encontrados em outras pesquisas científicas realizadas em diversas regiões do país. Por conseguinte, a adoção de políticas de capacitação continuada sobre a farmacoterapia utilizada com os idosos pode evitar danos causados pela polimedicação, suas interações, reações adversas e inadequações de prescrição presente nessa faixa etária.

A redução de prescrições inadequadas e do uso de medicamentos inapropriados para idosos poderia ocorrer nos dois prestadores de serviço. A disponibilização de novas tecnologias da informação na rede básica de saúde, bem como a constante atualização e monitoramento farmacológico dos medicamentos da lista da Relação Nacional de Medicamentos favoreceriam a profissionais do Sistema Único de Saúde acesso rápido para checagem de informações sobre os medicamentos. Em relação aos planos de saúde, investimentos em equipe inter e multidisciplinar e em sistemas de informação compartilhados para melhor atendimento desse idoso permitiriam a revisão da medicação utilizada e prescrita.

REFERÊNCIAS

1. Menicucci TMG. História da reforma sanitária brasileira e do Sistema Único de Saúde: mudanças, continuidades e a agenda atual. *HistCiêc Saúde-Manguinhos* [Internet]. 2014 [acesso 04 set. 2018];21(1):77-92. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v21n1/0104-5970-hcsm-21-1-00077.pdf>
2. Instituto Brasileira de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua: características gerais dos moradores 2012-2016 e características gerais dos domicílios 2016 [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2017 [acesso 17 set. 2018]. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101566_informativo.pdf
3. Brasil. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Plano de cuidado para idosos na saúde suplementar [Internet]. Brasília, DF: ANSS; 2013 [acesso 25 ago. 2018]. Disponível em: http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/20121004_plano_cuidado_idosos.pdf
4. Neves SJF, Marques APO, Leal MCC, Diniz AS, Medeiros TS, Arruda IKG. Epidemiologia do uso de medicamentos entre idosos em área urbana do Nordeste do Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2013;47(4):759-68.
5. Katsung BG. Aspectos especiais da farmacologia geriátrica. In: Katsung BG, editor. *Farmacologia: básica & clínica*. 9ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006. p.899-906.

6. Sá MB, Barros JAC, Sá MPBO. Automedicação em idosos na cidade de Salgueiro-PE. *Rev Bras Epidemiol* [Internet]. 2007 [acesso 14 set. 2018];10(1):75-85. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v10n1/08.pdf>
7. Brasil. Resolução nº 7, de 24 de novembro de 2016. Define o prontuário eletrônico como modelo de informação para registro das ações de saúde na atenção básica e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 28 nov. 2016; Seção 1:108.
8. Manso MEG, Biffi ECA, Gerardi TJ. Prescrição inadequada de medicamentos a idosos portadores de doenças crônicas em um plano de saúde no município de São Paulo, Brasil. *Rev Bras Geriatr Gerontol* [Internet]. 2015 [acesso em 28 ago. 2018];18(1):151-64. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1809-9823.2015.14056>
9. American Geriatrics Society. American Geriatrics Society 2015 updated beers criteria for potentially inappropriate medication use in older adults. *J Am Geriatr Soc*. 2015;63(11):2227-46.
10. Francisco AM, Lazarini CA, Sparapan ACS, Beloni M, Garcia BMB, Paris CR, et al. A utilização de medicamentos pelos idosos do Município de Marília: Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde PET-Saúde/Vigilância em Saúde anos letivos 2010-2011: relatório final [Internet]. Marília: Faculdade de Medicina de Marília; 2012 [acesso 19 ago. 2018]. Disponível em: <http://www.famema.br/destaques/documentos/Relat%C3%B3rio%20final%20PET%20para%20publica%C3%A7ao%20site%20Famema.pdf>
11. Muniz ECS. Uso de medicamentos por idosos usuários de plano de saúde suplementar [dissertação]. Marília: Faculdade de Medicina de Marília; 2015.
12. Freire MCM, Marin MJS, Lazarini CA. Associação entre transtornos mentais e autoavaliação de saúde em idosos. *Rev Debates Psiquiatr*. 2017;7(5):6-13.
13. Vasconcelos DIB, Miranda DS, Vieira RH, Farjalla R, Ribeiro-Filho J. Investigação do perfil da utilização de medicamentos e interações medicamentosas em anciãos de Petrópolis-RJ. *Rev Eletr Estácio Saúde* [Internet]. 2015 [acesso em 25 ago. 2018];4(1):45-52. Disponível em: <http://revistaadmmade.estacio.br/index.php/sauesantacatarina/article/view/1486>
14. Silva PAB, Santos FC, Soares SM, Silva LB. Perfil sociodemográfico e clínico de idosos acompanhados por equipes de Saúde da Família sob a perspectiva do gênero. *Rev Pesqui Cuid Fundam (Online)* [Internet]. 2018 [acesso em 16 ago. 2018];10(1):97-105. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/5987/pdf_1
15. Confortin SC, Jayce I, Schneider C, Antes DL, Cembranel F, Ono LM, et al. Condições de vida e saúde de idosos : resultados do estudo de coorte EpiFloripa Idoso. *Epidemiol Serv Saúde*. 2017;26(2):305-17.
16. Cintra FA, Guariento ME, Miyasaki LA. Adesão medicamentosa em idosos em seguimento ambulatorial. *Ciênc Saúde Colet* [Internet]. 2010;15(Supl. 3):3507-15. [acesso em 04 set. 2018]. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000900025>
17. Pinto IVL, Reis AMM, Almeida-Brasil CC, Silveira MR, Lima MG, Ceccato MGB. Avaliação da compreensão da farmacoterapia entre idosos atendidos na Atenção Primária à Saúde de Belo Horizonte, MG, Brasil. *Ciênc Saúde Colet*. 2016;21(11):3469-81.
18. Lourenço LFL. Idosos assistidos no domicílio em programa do Sistema de Saúde Suplementar [dissertação na Internet]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2014 [acesso em 04 ago. 2018]. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/129566>
19. Persequino MG, Horta ALM, Ribeiro CA. The family in face of the elderly's reality of living alone. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2017 [acesso em 27 mar. 2019];70(2):235-41. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reben/v70n2/pt_0034-7167-reben-70-02-0235.pdf
20. Dezutter J, Wiesmann U, Apers S, Luyckx K. Sense of coherence, depressive feelings and life satisfaction in older persons: a closer look at the role of integrity and despair. *Aging Ment Health*. 2013;17(7):839-43.
21. Miranda VIA, Fassa AG, Meuccil RD, Lutz BH. Utilização do Programa Farmácia Popular do Brasil por idosos. *Rev Saúde Pública*. 2016;50:1-13..
22. Muniz ECS, Goulart FC, Lazarini CA, Marin MJS. Análise do uso de medicamentos por idosos usuários de plano de saúde suplementar. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2017;20(3):375-87.
23. Silva CH, Spinillo CG. Dificuldades e estratégias no uso de múltiplos medicamentos por idosos no contexto do design da informação. *Est Design* [Internet]. 2016 [acesso em 3 ago 2018];24(3):130-44. Disponível em: <http://www.proceedings.blucher.com.br/article-details/24634>
24. Pereira KG, Peres MA, Iop D, Boing AC, Boing AF, Aziz M, et al. Polimedicação em idosos: um estudo de base populacional. *Rev Bras Epidemiol*. 2017;20(2):335-44.

25. Martins GA, Acurcio FA, Franceschini SCC, Priore SE, Ribeiro AQ. Uso de medicamentos potencialmente inadequados entre idosos do Município de Viçosa, Minas Gerais, Brasil: um inquérito de base populacional. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2015 [acesso em 30 ago. 2018];31(11):2401-12. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v31n11/0102-311X-csp-31-11-2401.pdf>
26. Cardoso JH, da Costa JSD. Características epidemiológicas, capacidade funcional e fatores associados em idosos de um plano de saúde. *Ciênc Saúde Colet* [Internet]. 2010 [acesso em 24 set. 2018];15(6):2871-8. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000600024&lng=pt&tlng=pt
27. Varallo FR, Ambiel ISS, Nanci LO, Galduróz JCF, Mastroianni PC. Assessment of pharmacotherapeutic safety of medical prescriptions for elderly residents in a long-term care facility. *Braz J PharmSci*. 2012;48(3):477-85.
28. Praxedes MFDS, Telles Filho PCP, Pinheiro MLP. Identificação e análise de prescrições de medicamentos potencialmente inapropriados para idosos em uma instituição hospitalar. *Ciênc Cuid Saúde* [Internet]. 2012 [acesso em 08 ago. 2018];10(2):338-44. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/10214>
29. Cassoni TCJ, Corona LP, Romano-Lieber NS, Secoli SR, Duarte YAO, Lebrão ML. Uso de medicamentos potencialmente inapropriados por idosos do Município de São Paulo, Brasil: Estudo SABE. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2014 [acesso em 03 ago. 2018];30(8):1708-20. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v30n8/0102-311X-csp-30-8-1708.pdf>
30. Lopes LM, Figueiredo TP, Costa SC, Reis AMM. Utilização de medicamentos potencialmente inapropriados por idosos em domicílio. *Ciênc Saúde Colet* [Internet]. 2016 [acesso em 08 abr. 2019];21(11):3429-38. Disponível em: https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81232016001103429&script=sci_arttext&tlng=pt
31. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. *Relação Nacional de Medicamentos Essenciais: RENAME*. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2017.
32. Cuentro VS, Andrade MA, Gerlack LF, Bós ÂJG, Silva MVS, Oliveira AF. Prescrições medicamentosas de pacientes atendidos no ambulatório de geriatria de um hospital universitário: estudo transversal descritivo. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2014 [acesso em 23 ago. 2018];19(8):3355-64. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n8/1413-8123-csc-19-08-03355.pdf>
33. Doxazosina [Internet]. Bethesda (USA): MedlinePlus medicinas; 2015 [acesso em 23 ago. 2018]. Disponível em: <https://medlineplus.gov/spanish/druginfo/meds/a693045-es.html>
34. Burci LM. Medicamentos inapropriados para idosos. *Rev Gestão Saúde* [Internet]. 2014 [acesso em 23 ago. 2018];10(1):17-25. Disponível em: http://www.herrero.com.br/revista/edicao10/ed_10_art_04.pdf



Validade de um questionário para avaliação do apoio social informal para idosos: seção 2

Validation of a questionnaire for the evaluation of informal social support for the elderly: section 2

Marcello Barbosa Otoni Gonçalves Guedes^{1,2} 

Thais Sousa Rodrigues Guedes³ 

André Luiz Lima¹ 

Kenio Costa Lima¹ 

Resumo

Objetivo: O objetivo do trabalho foi realizar a validação fatorial do questionário para avaliação do apoio social informal (ASI) para idosos. **Método:** Trata-se de pesquisa descritiva, observacional, do tipo quantitativo. Teve execução entre agosto e dezembro de 2016 no município de Natal, Rio Grande do Norte e em outras localidades do Brasil. Os critérios de inclusão foram ter 60 anos ou mais e ter capacidade cognitiva preservada. Procedeu-se com Análise Fatorial Exploratória (AFE). Como critério de exclusão dos itens foi adotado o valor de referência maior ou igual a 0,35 de carga fatorial e maior ou igual a 0,5 de comunalidade por item. Para determinação da quantidade de fatores retidos, foram observados os critérios de valores próprios >1 , variância explicada acumulada mínima de 60% e análise paralela de *Horn*. **Resultados:** Obteve-se uma amostra de 259 idosos, das cinco regiões do Brasil. Após AFE, quatro itens foram excluídos devido a pobreza de suas cargas fatoriais, restando 20 itens em quatro fatores retidos. **Conclusão:** O instrumento apresentou boas propriedades psicométricas, tais como cargas fatoriais aceitáveis e comunalidades excelentes.

Palavras-chaves: Apoio Social. Saúde do Idoso. Questionário. Estudos de Validação. Análise Fatorial.

Abstract

Objective: The objective of the study was to carry out the factorial validation of the questionnaire for the evaluation of informal social support (ASI) for the elderly. **Method:** It is a descriptive, observational, quantitative type research. It was executed between August and December of 2016 in the municipality of Natal, Rio Grande do Norte and other locations in Brazil. In Inclusion criteria, were have age 60 or older and cognitive ability preserved. We performed Exploratory Factor Analysis (AFE). As criterion of exclusion of the items was adopted a reference value greater than or equal to 0.35 of factorial load and greater or equal to 0.5 of commonality per item. To determine the amount of

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

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

² Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Departamento de Fisioterapia. Natal, Rio Grande do Norte, Brasil.

³ Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde. Natal, Rio Grande do Norte, Brasil.

Correspondência
Marcello Barbosa Otoni Gonçalves Guedes
marcelloguedes21@hotmail.com

Recebido: 16/08/2018
Aprovado: 02/05/2019

retained factors, the criteria of own values >1, minimum cumulative explained variance of 60% and parallel Horn analysis were observed. *Results:* A sample of 259 elderly people from the five regions of Brazil was obtained. After AFE, 4 items were excluded due to the poverty of their factorial loads, remaining 20 items in 4 retained factors. *Conclusion:* The instrument has good psychometric properties, such as acceptable factor loads and excellent commonalities.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é realidade mundial e o Brasil acompanha essa mudança demográfica e epidemiológica de forma acelerada. Em 2050 teremos mais de 30 milhões de idosos¹⁻³. Juntamente com essas mudanças fazem-se presentes novas demandas no cuidado com a pessoa idosa, diante de um olhar mais amplo relacionado às questões de saúde. Entender o cuidado ao idoso considerando apenas os aspectos relativos à doença e negligenciando aspectos importantes, tais como os sociais e psicológicos, poderá prejudicar ações integrais e efetivas nessa população^{4,5}.

Na direção da complexidade da compreensão do processo saúde-doença do idoso, o Ministério da Saúde brasileiro em 2006, determinou como formas de ações prioritárias para essa população, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) que destaca, dentre outros fundamentos, a participação ativa dos idosos na sociedade, incluindo participação contínua nas questões sociais e fomento a recursos socioeducativos e de saúde direcionados a esse grupo⁶.

Pesquisas descrevem que condições sociais inadequadas estão diretamente associadas a indicadores de doenças ou condições adversas de vida, influenciando também o bem estar emocional das pessoas⁷⁻¹². Nesta perspectiva, o Apoio Social (AS), em especial o informal, tem papel importante como ferramenta de suporte à atenção à saúde das pessoas com 60 anos ou mais^{13,14}.

Alguns autores conceituam o AS como o suporte acessível a um indivíduo através de laços sociais com outros indivíduos, grupos e a comunidade¹⁴. Squassoni et al.¹⁵, destacam o apoio social como uma informação que leva o indivíduo a acreditar que é amado, que existem pessoas que se preocupam com ele, que é apreciado, valorizado, e que está afiliado a grupos com responsabilidades mútuas e pode ser

diferenciado entre apoio formal, aquele formado por uma rede de profissionais e instituições diversas, por exemplo ou apoio informal¹⁰⁻¹⁶.

O Apoio Social Informal (ASI) se refere a todo auxílio recebido por uma rede de pessoas próximas, normalmente formada por familiares, amigos, vizinhos e pode envolver aspectos diversos, tais como interação social, apoio para atividades do dia-a-dia, suporte material e financeiro, dentre outros⁸⁻¹⁶. Esses aspectos citados podem formar as dimensões latentes referentes ao ASI.

A importância do AS é destacada considerando a existência de redes de apoio informal como um componente essencial para assegurar a autonomia, uma autoavaliação positiva, uma maior saúde mental e satisfação de vida¹³. Félix et al.⁷, em revisão integrativa da literatura, identificaram a falta de apoio social como um dos fatores preponderantes para a tentativa de suicídio no Brasil, para população geral, o que corrobora achados de outro país¹⁶. Para muitos idosos, o ASI é a fonte mais proeminente de suporte em suas vidas.

Para uma intervenção eficiente no ASI é importante que seu processo de avaliação utilize instrumentos de reconhecida validade. No entanto, a medição do construto permanece uma questão que tem sido abordada a partir de perspectivas diferentes por muitos pesquisadores, utilizando diferentes instrumentos de avaliação e que muitas vezes não contemplam requisitos mínimos de validação¹⁷⁻¹⁹. Somando-se a essa falta ou redução da utilização de instrumentos adequados, a multidimensionalidade do construto apoio social e a falta de distinção entre o Apoio Social Formal (ASF) e o ASI, têm contribuído para a adversidade na construção de instrumentos apropriados, tornando-se excessivamente genéricos, o que dificulta a comparação de resultados entre as pesquisas, podendo também levar a uma avaliação imprudente ou incompleta¹⁹.

Sobre o processo de validação supracitado, em 2014, a *American Educational Research Association* (AERA), a *American Psychological Association* (APA) e o *National Council on Measurement in Education* (NCME)¹⁹, sugeriram a elaboração de instrumentos incluindo, dentre outras etapas, a evidência de validade baseada no conteúdo, no processo de respostas e na sua estrutura interna.

Uma das formas de examinar estatisticamente a estrutura interna de um instrumento é a análise fatorial²⁰. A análise fatorial é um método de análise estatística multivariada que operacionaliza conceitos abstratos, de difícil mensuração, em variáveis observáveis, que poderão ainda ser reduzidas a quantidades menores e a um número reduzido de fatores, facilitando a interpretação²¹⁻²³. Essa técnica considera a correlação entre os itens analisados, agrupando-os em fatores e limitando a manutenção de variáveis não correlacionadas, o que aumenta a fidedignidade do instrumento²⁴.

A Análise Fatorial, em especial a exploratória, parte do pressuposto que o construto avaliado não é bem definido e se baseia em uma construção da estrutura do instrumento analisada por dimensões com a criação de um conjunto menor de variáveis, comparando-se ao conjunto original²²⁻²⁵. Diante do que foi exposto, o objetivo dessa seção é analisar a validade fatorial do Questionário de Apoio Social Informal para Idosos a partir de Análise Fatorial Exploratória (AFE).

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa descritiva, observacional, do tipo quantitativa. O presente estudo ocorreu no período de janeiro a dezembro de 2016, como parte do projeto “Construção e validação de uma escala de apoio social para idosos”. Esta pesquisa contemplou a etapa de validade fatorial, a partir de Análise Fatorial Exploratória, baseada em etapas prévias de construção do instrumento, dentre elas, a proposição de itens baseada em revisão da literatura descrita em manuscrito publicado por Guedes e colaboradores¹⁷, validade baseada no conteúdo e validade baseada no processo de respostas, debatidos na primeira seção dessa coletânea²⁶.

A coleta de dados ocorreu de forma presencial ou virtual com população de 60 anos ou mais da cidade do Natal, em uma associação de idosos, um centro de consultas público e um parque municipal ou em demais localizações do Brasil por contato via e-mail, com a ferramenta *SurveyMonkey*®. Quando presencial, os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido quando virtual, os participantes concordaram em participar do estudo, clicando na opção “eu concordo” do questionário.

Os critérios de inclusão dos participantes do estudo foram ter 60 anos ou mais, com níveis cognitivos preservados (sem diagnóstico clínico de déficit cognitivo), capazes de responder às questões propostas. Sempre que o respondente não possuía nenhum grau de instrução escolar a entrevista era obrigatoriamente presencial com entrevistador previamente treinado. Para o cálculo amostral, o número total de indivíduos respondentes obedeceu uma proporção mínima de 10 para cada variável incluída no instrumento (24 itens), totalizando 259 indivíduos, seguindo critérios orientados por Hair et al.²².

Foi realizada a Análise Fatorial Exploratória, com uso do programa estatístico *MPLUS* Versão 7®. Foi realizado agrupamento de variáveis (*tipo R*) e extração de fatores com análise de fatores comuns, a partir de rotação oblíqua *Geomin*. A matriz tetracórica/policórica foi rodada inicialmente com apenas um fator e todos os 24 itens originais. Para interpretação da matriz fatorial rotacionada adotou-se alguns critérios para avaliação da manutenção dos itens. O critério de exclusão inicial do item baseou-se nas diretrizes para identificação de cargas fatoriais significantes com base no tamanho da amostra, sendo 0,35 para populações entre 250 e 349 sujeitos, segundo Hair et al.²². Itens com cargas fatoriais inferiores a 0,35 foram excluídos. A significância se baseou em um nível de significância de 0,05 e um poder de 80%, e erros-padrão considerados como o dobro daqueles de coeficientes de correlação convencionais. As comunalidades menores que 0,50, em sua maior parte, foram consideradas como não tendo explicação suficiente e esses itens eram avaliados caso a caso (após determinação dos fatores). Variáveis com cargas significantes em mais de um fator (cargas cruzadas),

foram avaliadas por sua inclusão em determinado fator, mediante sua intensidade de significância e representação conceitual sobre o determinado domínio (após determinação dos fatores).

O próximo passo foi determinar o número de fatores. Para isso, alguns critérios foram adotados. Foram extraídos apenas os fatores com valores próprios (*eigenvalues*) acima de 1. A Variância acumulada considerada como ideal foi aquela igual ou maior a 60% para a quantidade de Fatores possíveis. Para critério de Análise Paralela de *Horn* para extração de Fatores foi realizada análise gráfica da curva da variância com observação do início da sua horizontalização ou queda brusca como ponto de referência²².

Como primeira proposta de valores de referência para o instrumento, foram atribuídos valores aos itens proporcionais à variância comum explicada para seu fator. Às respostas *sim* foram atribuídos os valores máximos (2 ou 4, a depender do item) referentes ao item e às respostas *não* foram atribuídas nota zero. Os valores de referência do instrumento geral e das dimensões foram determinados pela mediana, devido a distribuição da amostra não ter sido considerada normal. A amostra total de 259 sujeitos foi considerada para definição das médias e medianas.

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

RESULTADOS

Quanto à análise descritiva, a amostra total correspondeu a 259 respondentes, sendo 73,15% mulheres e 26,85% homens. A proporção do nível de escolaridade foi 34,75% com ensino fundamental, 23,17% com ensino médio, seguido de 22,01% com ensino superior, 11,58% sem instrução e 8,49% com pós-graduação. Obtivemos respostas das cinco regiões do Brasil, sendo a maior parte do Nordeste (85,33%) e Sudeste (12,36%), seguido de outras regiões (2,32%).

Com relação à determinação dos valores de referência para o instrumento, com base na variância comum explicada de cada fator, foi atribuído à dimensão 1, 20 pontos possíveis; à dimensão 2, 14 pontos possíveis; a dimensão 3, 6 pontos possíveis; e à dimensão 4, 10 pontos possíveis. A média geral entre os respondentes foi de 40,01 e a mediana geral foi de 42; no fator um 20 pontos; no fator dois, 10 pontos; no fator três, 6 pontos; e no fator quatro, 8 pontos.

Na tabela 1, apresentam-se todos os itens com suas respectivas cargas fatoriais considerando um fator extraído. Na tabela 2, encontra-se a variância comum explicada para os fatores possíveis e suas porcentagens de variância comum acumuladas.

Na figura 1 apresenta-se o gráfico de autovalor e Horn com simulação para critério de análise paralela. Na tabela 3, segue-se a distribuição das cargas fatoriais e comunalidades com quatro fatores retidos. Na tabela 4 apresenta-se os itens distribuídos nos quatro fatores retidos e resultados de medianas e médias por domínios e geral.

Tabela 1. Cargas Fatoriais dos 24 itens originais do Questionário de Apoio Social Informal para Idosos, considerando apenas 1 Fator extraído. Natal, RN, 2018.

Itens	Cargas Fatoriais
1	0,746*
2	0,425*
3	0,576*
4	0,718*
5	0,603*
6	0,587*
7	0,314**
8	0,480*

continua

Continuação da Tabela 1

Itens	Cargas Fatoriais
9	0,725*
10	0,447*
11	0,661*
12	0,744*
13	0,693*
14	0,591*
15	0,487*
16**	0,312**
17**	0,292**
18**	0,270**
19	0,620*
20	0,624*
21	0,452*
22	0,628*
23	0,691*
24	0,743*

*Significante para $p < 0,05$; **Itens e valores com cargas fatoriais inferiores a 0,35.

Tabela 2. Número de Fatores extraídos, seus valores próprios, porcentagem explicada pela variância comum para cada fator possível e porcentagem da variância comum acumulada do Questionário de Apoio Social Informal para Idosos. Natal, RN, 2018.

Fator Extraído	Valores próprios	Porcentagem explicada pela variância comum	Porcentagem da variância comum acumulada
1	7,816	38,7%	38,7%
2	2,374	11,8%	50,5%
3	1,621	8,0%	58,5%
4	1,368	6,8%	65,3%
5	1,121	5,6%	70,9%
6	0,943	4,7%	75,6%
7	0,794	3,9%	79,5%
8	0,777	3,8%	83,3%
9	0,754	3,7%	87,0%
10	0,599	3,0%	90,0%
11	0,563	2,8%	92,8%
12	0,449	2,2%	95,0%
13	0,367	1,8%	96,8%
14	0,341	1,7%	98,5%
15	0,188	0,9%	99,4%
16	0,128	0,6%	100%
17	0,000	0,00%	
18	-0,017		
19	-0,086		
20	-0,100		
Valor Próprio Total	20,203		

Em destaque número de fatores extraídos e porcentagem de variância comum acumulada mínima aceitável e com valores próprios > 1 .

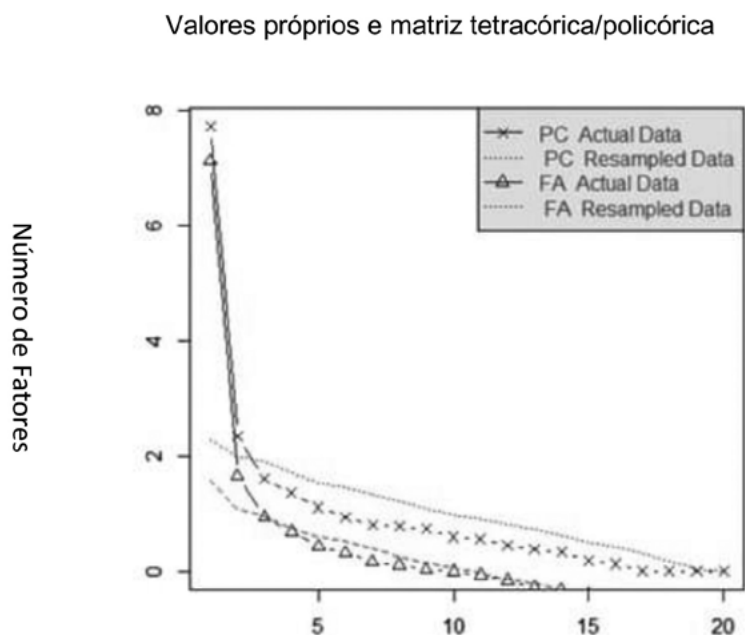


Figura 1. Gráfico de valores próprios e simulação de fatores para critério de Análise Paralela de *Horn* do Questionário de Apoio Social Informal para Idosos. Natal, RN, 2018.

Tabela 3. Matriz de cargas fatoriais rotacionadas com 4 Fatores Extraídos, 20 itens e suas respectivas comunalidades do Questionário de Apoio Social Informal para Idosos. Natal, RN, 2018.

Fatores/Cargas Fatoriais dos Itens	Fator 1	Fator 2	Fator 3	Fator 4	Comunalidades
1	0,571**	0,038	0,499*	-0,013	0,842
2	0,041	0,653**	-0,046	0,028	0,903
3	0,650**	-0,054	-0,235	0,239	0,878
4	0,495**	0,239	0,385	-0,065	0,891
5	0,978**	-0,379	-0,012	0,056	0,838
6	0,584**	-0,009	0,041	0,135	0,892
8	0,224	0,351**	0,039	0,093	0,920
9	0,442	0,100	-0,042	0,500**	0,872
10	-0,088	0,886**	-0,196	0,036	0,851
11	0,316	0,547**	0,144	-0,040	0,873
12	0,453*	0,484**	0,167	-0,079	0,881
13	0,386*	0,526**	0,029	0,060	0,903
14	0,035	-0,068	0,817**	0,428	0,851
15	0,111	-0,163	0,265	0,511**	0,902
19	0,044	0,332*	-0,012	0,679**	0,852
20	0,124	-0,018	0,110	0,703**	0,877
21	0,254	0,100	0,353**	-0,005	0,848
22	0,014	0,109	0,585**	0,460*	0,885
23	0,309	0,208	-0,045	0,518**	0,901
24	0,059	0,681**	0,351	0,078	0,862

*Significante para $p < 0,05$; **Cargas fatoriais para determinação do Fator em que o item foi atribuído.

Tabela 4. Questionário final com itens e fatores. Valores atribuídos aos itens e ao instrumento. Médias aritméticas e desvio padrão por item. Médias por Fatores. Média geral e Mediana do instrumento, após entrevistas com idosos. Natal, RN, 2018.

Itens e Fatores	Valor atribuído ao item	Média Aritmética Obtida	Desvio Padrão
Composição e extensão da rede social			
1. Você pode contar com pessoas próximas?	4	3,86	(±0,73)
3. Você possui um amigo que veja frequentemente?	4	3,32	(±1,50)
4. Você tem alguém da família com que possa contar e more perto?	4	3,42	(±1,40)
5. Você tem um amigo que more perto?	4	3,29	(±1,53)
6. Você tem um vizinho com quem possa contar em caso de necessidade?	4	3,14	(±1,64)
Mediana do Fator 1	20 pontos		
Apoio instrumental e disponibilidade			
2. Você mora com muitas pessoas?	2	0,55	(±0,89)
8. Você recebe visitas com frequência?	2	1,19	(±0,98)
10. Você tem alguém para ajudar nas tarefas de casa?	2	1,44	(±0,90)
11. Você tem alguém para ajudar a sair de casa caso precise?	2	1,75	(±0,65)
12. Você tem alguém para ajudar caso esteja de cama ou doente?	2	1,79	(±0,61)
13. Caso você tenha dificuldade financeira tem alguém para lhe ajudar?	2	1,59	(±0,80)
24. Você possui algum familiar que ajude nos seus cuidados caso precise?	2	1,85	(±0,52)
Mediana do Fator 2	10 pontos		
Reciprocidade e longitudinalidade			
14. Você participa de alguma decisão familiar?	2	1,40	(±0,91)
21. A ajuda que você teve ou teria nos últimos 30 dias foi ou seria satisfatória?	2	1,86	(±0,51)
22. Ao longo da vida, você recebeu ajuda adequada de outras pessoas?	2	1,59	(±0,80)
Mediana do Fator 3	6 pontos		
Apoio emocional e participação social			
9. Você tem alguém com quem conversar?	2	1,83	(±0,55)
15. Você participa das decisões entre amigos?	2	0,89	(±0,99)
19. Você compartilha momentos de lazer com alguém?	2	1,70	(±0,69)
20. O seu contato social com outras pessoas é permanente?	2	1,62	(±0,78)
23. Quando você está triste ou com saudades tem com quem falar sobre isso?	2	1,54	(±0,84)
Média Geral do Fator 4	8 pontos		
Média Total obtida nas entrevistas	40,01 (±8,20)		
Mediana (valor de referência)	42 pontos		
Valor total atribuído ao instrumento	50 pontos		

DISCUSSÃO

Entendendo a validação de questionários como um processo sistematizado e continuado de ações, percebe-se a validação fatorial como etapa importante desse processo^{20,21} e este foi o centro do debate dessa seção de uma coletânea ainda inacabada^{17,26}. A análise fatorial é importante ferramenta para avaliar a estrutura de correlações entre variáveis. Essas variáveis podem se agrupar em fatores quando estão fortemente correlacionadas, formando assim dimensões latentes (identificadas nesta pesquisa pela análise fatorial *tipo R*) que facilitam o entendimento do construto^{21,22,24}.

Quanto à análise descritiva, a amostra teve boa variabilidade dos sujeitos. Houve representantes dos níveis de instrução com ensino fundamental, médio, superior e pós-graduados. O predomínio foi de idosos com nível fundamental. Obteve-se respondentes das cinco regiões do Brasil, mas a maior parte foi do Nordeste. Isto ocorreu, em parte, por terem sido somados os dados de entrevistas presenciais que ocorreram no município do Natal. O gênero predominante foi feminino, mas com uma amostra absoluta considerável de homens.

Quanto à escolha de ferramentas para a análise fatorial, a rotação de fatores permitiu atingir um padrão mais simples, do ponto de vista interpretativo e teoricamente significativo. A escolha da rotação do tipo oblíqua se deu pela necessidade em se permitir que os fatores referentes ao apoio social informal se correlacionassem, considerando as variáveis escolhidas^{22,24}.

Com relação à exclusão de itens, quatro questões tiveram cargas fatoriais muito pobres e foram eliminadas após rotação considerando um fator retido. Possivelmente, falhas de compreensão no significado dessas perguntas pelos entrevistados levaram a uma quantidade de respostas aleatórias indesejável, interferindo no seu poder de explicação do construto e na sua correlação com outras variáveis. Outra possibilidade é a de que essas questões tenham uma relevância discutível para a explicação geral do apoio social informal, levando-se em conta que outras questões poderiam já estar explicando-as.

Um ponto de desafio em pesquisas com método de análise fatorial é a escolha do número de fatores. Buscamos um equilíbrio entre a parcimônia e a significância de informação. A superestimação na quantidade de fatores pode levar a produção de um número exagerado de construtos, com um número de dimensões excessivas e supérfluas com reduzido poder explicativo. Em contrapartida, um número muito pequeno de fatores retidos poderá resultar em perda significativa de informação^{23,25,27-30}.

Analisando um dos parâmetros adotados nesta pesquisa, o “critério da raiz latente” (*eigenvalues*>1), Costello e Osborne²⁸ demonstraram que ele tende a superestimar o número de fatores retidos. Somando-se a isso, Fava e Velicer²⁹ demonstraram que tal superestimação tende a ocorrer principalmente quando as cargas fatoriais dos itens são baixas. As cargas fatoriais dos itens desta pesquisa atenderam aos requisitos aceitáveis para o tamanho da amostra de respondentes. Entretanto, o baixo número de cargas fatoriais ótimas (acima de 0,70) e a presença de cargas fatoriais próximas do limite mínimo desejável²³ foram indicativos para escolha de um número reduzido de fatores.

Diante das informações supracitadas, entendemos que a opção pelos quatro fatores atenderam a um percentual razoável de variância acumulada explicada e minimizou o risco de superestimação de fatores, trazendo um equilíbrio entre parcimônia e significância de informação. Essa escolha foi também apoiada pelos achados da Análise Paralela de Horn²⁵.

Após a opção de exclusão de quatro itens e determinação dos quatro fatores, a matriz foi novamente rotacionada. Todas as cargas fatoriais se apresentaram significativas e aceitáveis para os parâmetros pré-determinados. Cargas fatoriais significativas demonstram uma correlação entre os itens e seus fatores. Além disso, as comunalidades dos itens, considerando quatro fatores, foram excelentes (menor comunalidade de 0,838). As comunalidades representam a quantia de variância explicada por cada variável. Isto demonstra boa correlação de uma variável com as demais (variância compartilhada). Quanto à presença de cargas fatoriais cruzadas, estas ocorreram em pequeno número e sempre foi escolhida a inclusão em determinado fator, baseado

no nível de significância, sem a necessidade de justificativas conceituais^{22,25}.

Avaliadas as significâncias das cargas fatoriais de cada item para seu devido agrupamento, o próximo passo foi rotular os fatores, ou seja, determinar as dimensões latentes de cada fator. Essa etapa não é determinada pelo programa de computador e sim pelos pesquisadores envolvidos. Daí a importância de boa fundamentação teórica no entendimento do construto estudado e dos reais aspectos que o definem²³.

Para escolha dos rótulos, foram considerados os itens com cargas fatoriais maiores como tendo importância maior na definição dos nomes, somado às abordagens teórico-metodológicas que vem sendo abordadas em pesquisas anteriores. Assim sendo, foram determinadas as dimensões de: *Composição e Extensão da Rede Social; Apoio Instrumental e Disponibilidade; Reciprocidade e Longitudinalidade; Apoio Emocional e Participação Social*.

Algumas dimensões específicas do apoio social são discutidas na literatura e apoiam as classificações escolhidas para as dimensões latentes deste estudo. Pesquisas apontam a importância em se avaliar a composição da rede social para o ASI e destacam alguns componentes importantes, dentre eles, a família e os amigos^{16,31}. A importância em se avaliar a extensão da rede de apoio social para idosos é também citada de forma recorrente³¹.

A categoria “apoio instrumental” como parte integrante do AS, é alvo de estudos, tanto em pesquisas descritivas, quanto em estudos de validação de instrumentos^{32,33}. Perceber a disponibilidade de pessoas próximas, inclusive para tarefas do dia-a-dia, pode fazer com que o idoso se sinta valorizado e com laços sociais fortes com sua rede de apoio¹⁶.

A reciprocidade pode levar a um sentimento de solidariedade^{33,34}, o engajamento em decisões da família, por exemplo, pode ser fonte desse sentimento. Quanto à longitudinalidade, esta questão ainda é pouco estudada no que se refere ao apoio social informal. Entretanto, os aspectos referentes à continuidade do cuidado se mostram positivos para modelos de redes de atenção bem sucedidos e em desfechos de saúde³². Esses fatores valorizam a

importância da longitudinalidade como componente para se avaliar o apoio social informal para idosos.

Os aspectos emocionais estão intimamente ligados à interação e participação social sendo, portanto, partes integrantes de um ASI bem-sucedido e são dimensões constantemente referidas em estudos para essa temática^{34,33}. A Organização Mundial de Saúde (OMS) propõe na Classificação Internacional de Funcionalidade³⁵ a avaliação da participação social para o apoio e relacionamentos.

Sobre a determinação dos valores para cada dimensão, o fator 1 foi o único em que seus itens foram mais pontuados, sendo atribuído a ele um total de 20 pontos, ou seja, 40% do valor do instrumento. Esse valor foi muito próximo da porcentagem da variância explicada para esse fator, justificando assim uma graduação consideravelmente maior que as demais. Com relação à determinação do valor de referência geral e por dimensões, os valores sugeridos são apenas uma primeira proposta. Como a amostra não teve uma distribuição normal optou-se por usar as medianas geral e dos fatores como pontos de referência. É importante que estudos com um delineamento mais refinado, no que se refere à acurácia, delimitem pontos de corte mais precisos para este instrumento, avaliando critérios como sensibilidade e especificidade, por exemplo.

Ainda que boa parte dos itens se empreguem com maior magnitude à população idosa, não se pode descartar a aplicação deste instrumento em outras populações, considerando a sua ampla abordagem em dimensões que são comuns a diversos grupos sob vulnerabilidade. Desta forma, este instrumento pode ser importante ferramenta de rastreio de apoio social informal mal sucedido, podendo ser aplicado em diversos serviços de saúde, sobretudo na atenção primária, em busca do apoio da rede social ao cuidado integral das pessoas, potencializando assim os resultados almejados.

Referente às limitações do estudo podemos citar que, mesmo tendo respondentes de todas as regiões do país, a amostra foi concentrada em sua maior parte nas regiões Nordeste e Sudeste, reduzindo assim a desejável variabilidade cultural. Parte dos entrevistados, responderam ao questionário à distância, isso pode ter favorecido um número

maior de respostas aleatórias, potencializando a possibilidade de viés de resposta. Não foi realizada uma avaliação direta referente à capacidade cognitiva dos respondentes, isto poderia aumentar o risco de idosos com deficit cognitivo responderem ao questionário, prejudicando a análise e interpretação dos dados.

Entendendo o apoio social informal como um construto multidimensional, seria difícil mensurar todos os seus aspectos e determinantes. Entretanto, o apoio social de informação é reiteradas vezes destaque na literatura e não foi contemplado neste instrumento. É prudente lembrar ainda da importância em se certificar das qualidades psicométricas deste instrumento em outras populações e sob a ótica de outras ferramentas estatísticas, sendo passíveis de discussão em seções posteriores.

CONCLUSÃO

A partir da avaliação dos resultados da Análise Fatorial Exploratória, o Questionário de Apoio Social Informal para Idosos apresentou boas propriedades psicométricas, tais como: cargas fatoriais aceitáveis e comunalidades excelentes. Os vinte itens que compõem o instrumento, distribuíram-se em quatro fatores retidos: *Composição e Extensão da Rede Social; Apoio Instrumental e Disponibilidade; Reciprocidade e Longitudinalidade; e Apoio Emocional e Participação Social.*

O valor de referência sugerido para um apoio social informal para idosos bem sucedidos foi de 42 pontos. Estudos de validação para o aperfeiçoamento deste questionário, em novas populações e com técnicas de Análise Fatorial Confirmatória e de acurácia, fazem-se importantes.

REFERÊNCIAS

1. Furtado LFV, Araújo PM, Soares FVS, Brito VM, Sousa LG, Yoshioka FKN, et al. Epidemiologia do envelhecimento: dinamização, problemas e consequências. *Rev Kairós*. 2012;15(2):55-69.
2. Veras R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Rev Saúde Pública*. 2009;43(3):548-54.
3. Lebrão ML. Epidemiologia do envelhecimento. *BIS, Bol Inst Saúde*. 2009;47:23-6.
4. Paim JS, Almeida Filho N. Conceitos de Saúde: atualização de debate teórico metodológico. In: *Saúde Coletiva: teoria e prática*. Rio de Janeiro: MedBook; 2014. Cap. 2. p. 203-09
5. Backes MTS, Rosa LM, Fernandes GCM, Becker SG, Meirelles BHS, Santos SMA. Conceitos de saúde e doença ao longo da história sob o olhar epidemiológico e antropológico. *Rev Enferm*. 2009;17(1):111-7.
6. Brasil. Portaria MS/GM nº 2.528 de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília, DF: MS, 2006.
7. Félix TA, Oliveira EN, Lopes MVO, Parente JRF, Dias MSA, Moreira RMM. Fatores de risco para tentativa de suicídio: produção de conhecimento no Brasil. *Rev Contexto Saúde*. 2016;16(31):173-85.
8. Johnson ER, Carson TL, Affuso O, Hardy CM, Baskin ML. Relationship between social support and body Mass index among overweight and obese african american women in the Rural Deep South, 2011–2013. *Prev Chronic Dis*. 2014;11(224):1-9.
9. Melchiorre MG, Chiatti C, Lamura G, Torres-Gonzales F, Stankunas M, Linder J. Social support, socio-economic status, health and abuse among older people in seven european countries. *PLoS ONE*. 2013;8(1):548-56.
10. Boen H, Dalgard OS, Bjertness E. The importance of social support in the associations between psychological distress and somatic health problems and socio-economic factors among older adults living at home: a cross sectional study. *BMC Geriatr*. 2012;12(27):1-12.
11. Eisele M, Zimmermann T, Köhler M, Wiese B, Hesel K, Tebarth F, et al. Influence of social support on cognitive change and mortality in old age: results from the prospective multicentre cohort study AgeCoDe. *BMC Geriatr*. 2012;12:1-9.
12. Maia CML, Castro FV, Fonseca AMG, Fernández MIR. Redes de apoio social e de suporte social e envelhecimento ativo. *Rev INFAD Psicol*. 2016;1(1):293-303.

13. Luchesi BM, Brito TRP, Costa RS, Pavarini SCL. Suporte social e contato intergeracional: estudando idosos com alterações cognitivas. *Rev Eletr Enferm*. 2015;17(3):1-8.
14. García-Martín MA, Hombrados-Mendieta I, Gómez-Jacinto L. A Multidimensional Approach to Social Support: the Questionnaire on the Frequency of and Satisfaction with Social Support (QFSSS). *An Psicol*. 2016;32(2):501-15.
15. Squassoni CE, Matsukura TS, Panúncio-Pinto MP. Versão brasileira do Social Support Appraisals: estudos de confiabilidade e validade. *Rev Ter Ocup*. 2016;27(1):1-11.
16. Kleiman EM, Liu RT. Social support as a protective factor in suicide: Findings from two nationally representative samples. *J Affect Disord*. 2014;150(2): 540-5.
17. Guedes MBOG, Lima KC, Caldas CP, Veras RP. Apoio social e o cuidado integral à saúde do idoso. *Physis*. 2017;27(4):1185-204.
18. Gonçalves TR, Pawlowski J, Bandeira DR, Piccinini CA. Avaliação de apoio social em estudos brasileiros: aspectos conceituais e instrumentos. *Ciênc Saúde Colet*. 2011;16(3):1755-69.
19. American Educational Research Association; American Psychological Association (APA); National Council on Measurement in Education (NCME). The standards for educational and psychological testing. New York: American Educational Research Association; 2014.
20. Figueiredo Filho DB, da Silva Júnior JA. Visão além do alcance: uma introdução à análise fatorial. *Opin Pública*. 2010;16(1):160-85.
21. Viera PRC, Ribas JR. Análise Multivariada com uso do SPSS. Rio de Janeiro: Ciência Moderna; 2011.
22. Hair JF, Black WC, Babin BJ, Anderson RE, Tatham RL. Análise multivariada de dados. 6. ed. São Paulo: Bookman; 2009.
23. Pasquali L. Psicometria. *Rev Esc Enferm USP*. 2009;43(Esp):992-9.
24. Damásio BF. Uso da análise fatorial exploratória em psicologia. *Aval Psicol*. 2012;11(2):213-28.
25. Fávero LP. Análise de dados: modelagem multivariada para tomada de decisões. Rio de Janeiro: Elsevier; 2009.
26. Guedes MBOG, Lima KC, Lima AL, Guedes TSR. Validation of a questionnaire for the evaluation of informal social support for the elderly: section 1. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2018;21(6):647-56.
27. Streiner LD, Kottner J. Recommendations for reporting the results of studies of instrument and scale development and testing. *J Adv Nurs*. 2014;70(9):1970-79.
28. Costello AB, Osborne JW. Best practices in exploratory factor analysis: four recommendations for Getting the Most From Your Analysis. *Pract Assess Res Eval*. 2005;10(7):173-8.
29. Fava JL, Velicer WF. The effects of over extraction on factor and component analysis. *Multivariate Behav Res*. 1992;27(3):387-415.
30. Shumaker SC, Susan KF, Debra KM, Misook LC. Psychometric Properties of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support in Patients With Heart Failure. *J Nurs Meas*. 2017;25(1):90-102.
31. Gouveia OMR, Matos AD, Schouten MJ. Redes sociais e qualidade de vida dos idosos: uma revisão e análise crítica da literatura. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2016;19(6):1030-40.
32. Veras RP, Caldas CP, Motta LB, Lima KC, Siqueira RC, Rodrigues RTSV, et al. Integration and continuity of care in health care network models for frail older adults. *Rev Saúde Pública*. 2014;48(2):357-65.
33. Pinto JM, Neri AL. Trajetórias da participação social na velhice: uma revisão sistemática da literatura. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2017;20(2):260-73.
34. Hobbs WR, Burke M, Christakis NA, Fowler JH. Online social integration is associated with reduced mortality risk. *PNAS*. 2016;113(46):12980-4.
35. Organização Mundial de Saúde. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. [S. l.]: OMS; 2003.



Atenção Domiciliar e sua contribuição para a construção das Redes de Atenção à Saúde sob a óptica de seus profissionais e de usuários idosos

The contribution of Home Care to the construction of health care networks from the perspective of health professionals and elderly users

Gabriela Tonon de Oliveira Xavier¹ 

Vânia Barbosa do Nascimento¹ 

Nivaldo Carneiro Junior¹ 

Resumo

Objetivo: Analisar a contribuição da Atenção Domiciliar (AD) para a construção das Redes de Atenção à Saúde (RAS) sob a óptica de profissionais e de usuários idosos.

Método: Investigação qualitativa, aplicando roteiro semiestruturado. Foram incluídos seis profissionais, através de sorteio, sendo um de cada categoria do Serviço de Atenção Domiciliar de São Caetano do Sul, São Paulo, Brasil e 34 usuários maiores de 60 anos, conscientes e orientados, com acompanhamento mínimo de um ano pela AD e portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM). **Resultados:** Descrevem o perfil dos sujeitos - seis profissionais que atuam na AD, cinco de nível superior e um de ensino técnico; média de 39 anos; atuando no serviço há aproximadamente dois anos. Nos usuários, predominam: faixa etária de 60 a 69 anos; mulheres; ensino fundamental; casados. Os dados estão categorizados em: Integralidade dos Cuidados em Saúde; AD e o acesso aos demais serviços de saúde; Equipe interdisciplinar, Capacitação e habilidades em AD. Constatou-se integração entre profissionais, valorizando o contexto biopsicossocial e ações norteadoras do processo do cuidar, promovendo troca de saberes. Foi detectada deficiência na articulação intersectorial. **Conclusão:** Corresponsabilização, capacitação e habilidades dos profissionais relacionam-se com atendimento eficiente. Abordagem humanizada, vínculo e participação de cuidadores e familiares otimizam projeto terapêutico e reabilitação. AD interliga pontos das RAS: desospitalização norteia fluxo assistencial. Contudo, conscientização dos integrantes das RAS quanto à prática da AD, capacitação profissional e empoderamento de cuidadores devem ser aprimorados.

Palavras-chave: Serviços de Assistência Domiciliar. Integralidade em Saúde. Envelhecimento. Longevidade. Atenção à Saúde.

Abstract

Objective: Analyze Home Care (AD) contribution to the consolidation of Health Care Networks (RAS) from the viewpoint of professionals and elderly users. **Method:** Qualitative research, through a semi-structured questionnaire, was carried out. Six professionals were included, by draw, each of them from an occupational category of Home Care Service in Sao Caetano do Sul, São Paulo, Brazil, and also 34 users aged over 60 years-old, conscious

Keywords: Home Care Services. Integrity in Health. Aging. Longevity. Health Care.

¹ Faculdade de Medicina do ABC, Departamento de Saúde Coletiva, Programa de Pós-graduação Stricto Sensu em Ciências da Saúde. Santo André, São Paulo, Brasil.

Correspondência
Gabriela Tonon de Oliveira Xavier
gabitonoliveira@hotmail.com

Recebido: 21/08/2018
Aprovado: 29/04/2019

and oriented, engaged for, at least one year to AD, carrying HAS and DM simultaneously. *Results:* Subjects' profile - six professionals, five of them with higher education and one with technical education; average age 39, working in Home Care for approximately two years. Users were predominantly women, aged from 60 to 69 years-old, mostly married and with primary education. Data were categorized: Integrality of Health Care; Home Care and access to other health services; Training and skills in Home Care. It was observed integration among professionals of the sector, valuing biopsychosocial context and guiding actions in the care process. However, deficiency in intersectional articulation was detected. *Conclusion:* Co-responsibility, training and professional skills were related to an efficient service. Results showed that a humanized approach, bonding, and the effective participation of caregivers and families favor the execution of a therapeutic project and rehabilitation. Home care interconnects RAS points: de-hospitalization guides health care flow. Nevertheless, RAS members' awareness of Home Care practice, professional training and empowerment of caregivers should be improved.

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS), criado pela Constituição de 1988, preconiza que Saúde é direito de todos e dever do Estado, tendo como princípios doutrinários: Universalidade, Integralidade e Equidade¹.

Nos 30 anos de concepção e práticas do SUS, revelam-se desafios e paradoxos entre idealismo doutrinário e heterogeneidade dos cenários de prática, sensíveis à transição epidemiológica e à política socioeconômica. Demandas inéditas requerem tecnologias e abordagens criativas. Neste contexto, a prática da Integralidade - integração dos atos preventivos e curativos, individuais e coletivos, em todos os níveis de atenção à saúde e a valorização do indivíduo além da doença, considerando enfoque biopsicossocial² - é meta cotidianamente perseguida. Essa pluralidade semântica faz da Integralidade dispositivo ordenador das relações de trabalho, promovendo ambientes de discussão para revisão dos processos em saúde³.

No Brasil, o aumento de expectativa de vida ao nascer e a diminuição das taxas de mortalidade e natalidade definem o processo de envelhecimento populacional. Essa transformação do perfil etário traz impacto qualitativamente importante no panorama de morbimortalidade, o qual revela predomínio das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), cabendo sua prevenção - em seus diferentes níveis - e controle às estratégias de amplo alcance e baixo custo adotadas na Atenção Primária à Saúde (APS).

A ineficiência das ações nesse nível de complexidade acarreta aumento de gastos potencialmente evitáveis.

Tomando por base a relevância epidemiológica das DCNT em relação ao sistema de saúde vigente, observa-se fragmentação de cuidados na Rede de Atenção à Saúde (RAS) - arranjo dinâmico de equipamentos de saúde, com diferentes densidades tecnológicas, interligados, objetivando o atendimento integral ao usuário - prejudicando a efetividade das ações de prevenção primária e secundária, culminando com internações evitáveis e altas taxas de mortalidade por doenças cardíacas e cerebrovasculares. Torna-se imprescindível gerenciamento do cuidado, idealizando assistência interdisciplinar focada em promoção e proteção à saúde, prioritariamente à reabilitação⁴⁻⁶.

Desta forma, a Estratégia Saúde da Família (ESF) surge em 1994 na APS com o intuito não só de contemplar esses serviços, mas de protagonizar a reorganização da APS, através de adstrição de território para atuação interdisciplinar, busca ativa e construção de vínculo estável, dentre outros. E, em meio à inequívoca importância de fortalecer o atendimento no domicílio, configura-se posteriormente a Atenção Domiciliar (AD) como ferramenta para ampliação de cenários de prática e atendimento às necessidades do usuário.

A AD é um programa federal que vislumbra expansão e qualificação da assistência domiciliar no âmbito do SUS. Composto por serviços substitutivos ou complementares às esferas hospitalar

e ambulatorial, objetiva continuidade do cuidado e integração às RAS⁷. Possibilita conhecimento pleno do usuário: rotina, cultura e família; favorece execução e articulação de ações de reabilitação, preventivas, educativas e promotoras de saúde^{8,9}.

Ante a necessidade de padronizar e normatizar a AD, o Ministério da Saúde criou em 2011 o Programa Melhor em Casa⁷. Em 2013, intensificou financiamento e apoio técnico aos gestores, reformulando as normativas e estimulando crescimento organizado¹⁰. No ano de 2016, redefiniram-se diretrizes^{11,12}. Em São Caetano do Sul, São Paulo (SP), tal modalidade surgiu em 2012. Contempla pacientes de Atenção Domiciliar II - assistência de média complexidade e Atenção Domiciliar III - assistência de alta complexidade, sendo os pacientes de Atenção Domiciliar I, de baixa complexidade clínica, atendidos pela ESF^{7,13}. O perfil de morbidade da AD compõe-se, majoritariamente, de idosos portadores de DCNT (cardiovasculares, cerebrovasculares, neoplasias, neurodegenerativas), com graus variados de dependência. Considerando o aumento de casos dessas enfermidades em idades longevas, justifica-se a necessidade de atendimento específico e qualificado¹⁴.

A transversalidade da AD - comunicação entre segmentos de diferentes complexidades da área da saúde, valorizando a corresponsabilização independentemente da hierarquia, adequando as necessidades reais com os protocolos assistenciais¹⁵ - garante eficiência com reestruturação do processo de trabalho em APS, especialidades e hospitais. Consequentemente, otimiza internações, humaniza o cuidado e fortalece a desinstitucionalização, aumentando a autonomia dos usuários¹⁶.

Esta pesquisa busca algumas respostas: como os profissionais da AD - São Caetano do Sul (SP) reconhecem a organização do serviço na perspectiva das RAS? Que estratégias são utilizadas pelos profissionais da AD para facilitação do diálogo entre os componentes das RAS?

A compreensão dos usuários da AD quanto às dinâmicas assistenciais é relevante. Desconhecimento sobre níveis de complexidade e acesso pode gerar dificuldades na utilização e no fluxo. Indagamos a este público-alvo: qual a importância da divisão de responsabilidades entre

usuários, família e profissionais da AD, bem como da facilidade de acesso e integração junto à equipe para o êxito do cuidado?

Espera-se que este estudo permita verificar, preliminarmente, ações efetivas, as reais necessidades dos usuários e possibilidades de diálogo intersetorial, contribuindo para alinhamento de políticas públicas. O objetivo é analisar a contribuição da AD para a construção das RAS, sob a óptica de profissionais e de usuários idosos.

MÉTODO

Estudo qualitativo¹⁷ realizado de novembro/2016 a janeiro/2017 em São Caetano do Sul, SP. Os sujeitos deste estudo foram selecionados de populações distintas, compondo duas amostras independentes: profissionais de saúde e usuários. Os dados foram coletados via entrevista, com aproximadamente sessenta minutos de duração cada, orientada por roteiro semiestruturado¹⁸ contendo perguntas fechadas e abertas, havendo instrumento específico para cada amostra, propondo diálogo dirigido entre pesquisador e sujeitos.

As entrevistas, agendadas previamente, foram realizadas pelo próprio pesquisador que, mediante autorização expressa dos sujeitos e gestores, procedeu abordagens individuais e, para a amostra de usuários, autorizou a permanência de familiares e/ou cuidadores em caso de dependência física. Os diálogos foram gravados, transcritos integralmente e realizados uma única vez, preservando a espontaneidade dos sujeitos. Ressalta-se que após a transcrição os sujeitos não tiveram mais acesso ao questionário. Como base para as entrevistas, foi utilizado questionário de estudo semelhante desenvolvido em Minas Gerais em 2013.¹⁸

Em ambos os questionários, foram levantados dados que compõem o perfil dos sujeitos. Nas questões abertas para os profissionais, foram analisados conhecimentos acerca de: organização e articulação em rede; acesso; estratégias facilitadoras de comunicação entre os atores da AD; qualificação profissional. Para os usuários, o intuito foi apurar noções de: acesso; relação de responsabilidade no cuidado entre serviço, família e usuário da rede; atuação interdisciplinar; funcionamento da AD.

Diante das variáveis apresentadas, foram construídas categorias de análise de discurso para melhor interpretação dos resultados obtidos.

O universo para seleção das amostras foram os pacientes e usuários da AD de São Caetano do Sul (SP)¹⁹, escolha justificada pela alta prevalência de idosos usuários do sistema público de saúde, pela multiprofissionalidade e pela inserção profissional progressiva da pesquisadora no serviço e maior familiaridade com o mesmo. É notório que essa proximidade representou desafio, tendo sido redobrada a preocupação com a elaboração imparcial. Os usuários foram ouvidos em suas residências; os profissionais de saúde, na sede administrativa do serviço.

Dentre os 16 profissionais de saúde da AD - São Caetano do Sul, SP, foram selecionados seis, sendo cada categoria representada - prerrogativa adotada pela pesquisadora a fim de valorizar a multiprofissionalidade - unitariamente na amostra: enfermeiro, médico, auxiliar de enfermagem, fisioterapeuta, fonoaudiólogo e assistente social. Para Assistência Social e Fonoaudiologia, com representante único no setor, a inclusão na amostra foi automática; para as demais funções, através de sorteio.

Também foram triados usuários de ambos os sexos enquadrados nos seguintes critérios: idade acima de 60 anos; cadastro e acompanhamento mínimo de um ano pela equipe de ADII ou ADIII; conscientes e orientados; portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes *mellitus* (DM), pela já destacada relevância epidemiológica. O critério de exclusão foi nível cognitivo insuficiente para compreensão das perguntas. Foram selecionados, através da análise de prontuários e diante dos critérios, 34 usuários (28,33%) de um total de 120 cadastrados na AD. Existem no município, aproximadamente, mil domiciliados portadores de HAS e DM (simultaneamente) no âmbito do SUS.

Quanto ao critério de longevidade, São Caetano do Sul, SP, suplanta a média brasileira: a expectativa de vida dos 13% de idosos brasileiros é de 75 anos; para os 19,10% sul sancaetanenses contemporâneos, 78 anos^{19,20}.

As falas dos sujeitos foram identificadas com T para profissionais (trabalhadores) e U para usuários, seguido de numeral específico de cada entrevista.

Em observância aos princípios éticos (Resolução 466/2012 e 510/2016), o projeto de pesquisa deste estudo foi apreciado pela Diretoria da Atenção Básica e Secretaria Municipal de Saúde de São Caetano do Sul (SP) e aprovado mediante parecer número: 1.879.905 pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Municipal de Saúde de São Caetano do Sul, SP. Os sujeitos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No que diz respeito ao perfil da amostra dos profissionais da AD, foram entrevistados seis indivíduos do sexo feminino, apresentando média etária de 39 anos (34 a 50 anos). Tempo de atuação em AD (anos) e tempo decorrido desde a graduação (anos) também foram quesitos avaliados (Figura1).

Quanto ao grau de escolaridade, cinco profissionais (83,33%) apresentam nível superior completo e uma participante detém nível técnico. Entre os profissionais de nível superior entrevistados, dois possuem especialização em AD e/ou ESF: enfermeira e médica.

Existe alta rotatividade de profissionais, seja por readequação de carga horária, formação inespecífica ou questões administrativas. Tal panorama justifica necessidade de oferta permanente de cursos de especialização e aprimoramento em AD^{18,21,22}.

Na amostra de 34 usuários, predomina o sexo feminino. A Figura 2 revela a faixa etária dos usuários.

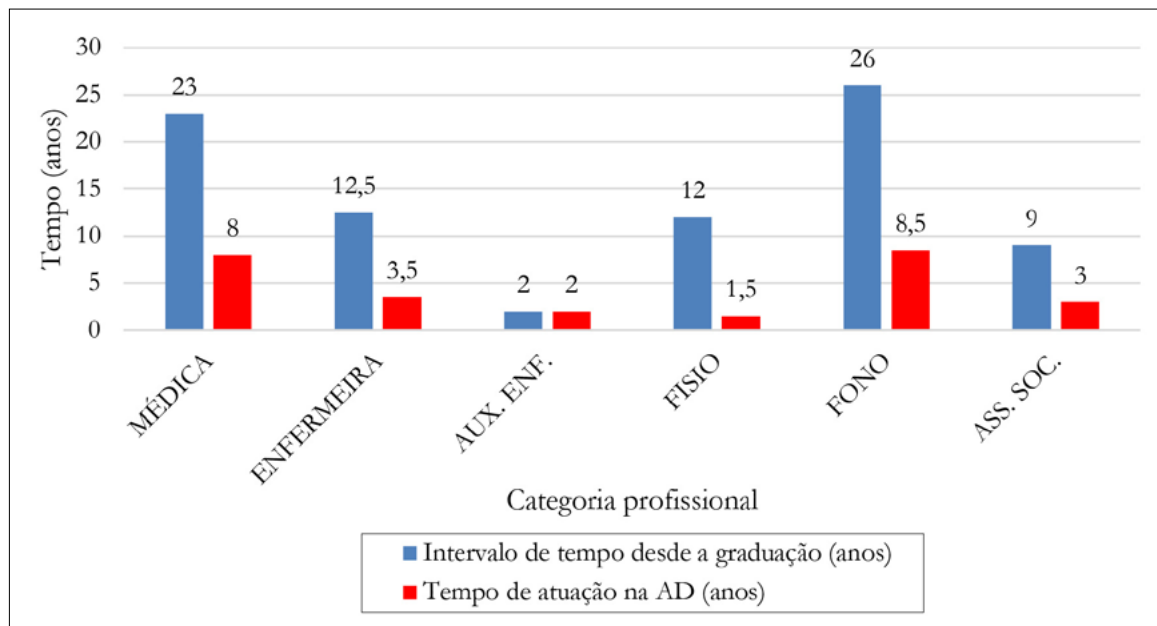


Figura 1. Tempo de atuação (anos) no serviço e tempo decorrido desde a graduação (anos) dos profissionais da AD. São Caetano do Sul, SP, 2017.

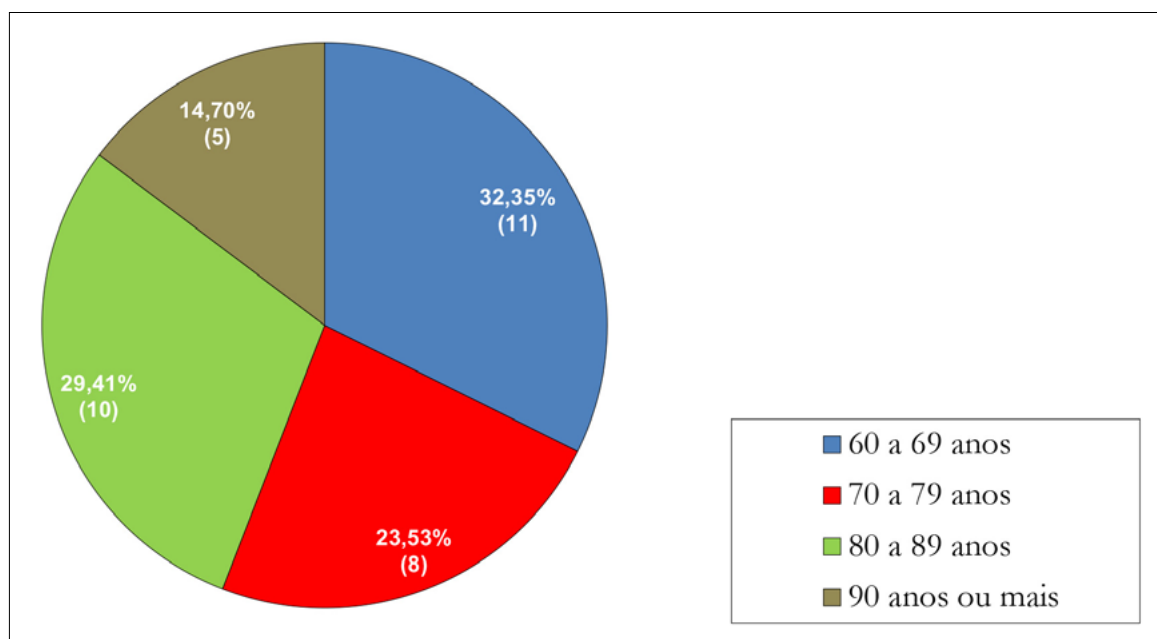


Figura 2. Distribuição etária da amostra dos usuários (N=34) da AD. São Caetano do Sul, SP, 2017.

No que tange ao estado civil, quatro categorias foram citadas: casados, com 44,12% (n=15); viúvos representam 41,18% (n=14) do total, 11,76% (n=4) são solteiros e, 2,94% (n=1), separados. O grau de escolaridade assim distribuiu-se: 8,82% (n=3) analfabetos, 61,77% (n=21) concluíram o ensino fundamental, 23,53% (n=8) o ensino médio e 5,88% (n=2) possuem ensino superior.

Considerando a amostra de usuários, 85,29% (n=29) pertencem à média complexidade e 14,71% (n=5) à alta complexidade, de acordo com a escala de Katz^{23,24}, que define categorias de dependência conforme desempenho nas atividades básicas de vida diária (banho, vestuário, higiene pessoal, transferência, continência e alimentação). A Figura 3 ilustra essa distribuição.

A maioria dos idosos relata manter bons vínculos com profissionais, familiares e cuidadores. Responsabilizam setor público quanto à dificuldade no atendimento às necessidades (acesso, Integralidade, Equidade) e no auxílio ao manejo de suas incapacidades físicas e cognitivas, por vezes pouco contribuindo para desempenho satisfatório nas atividades de vida diária^{25,26}.

Como apontado por Veras²⁷, o aumento da longevidade acarreta maior uso dos serviços de saúde pública e privada, gerando mais custos e ameaçando a sustentabilidade do sistema. Uma alternativa para

evitar colapso é investir em políticas de prevenção de doenças, estabilização das enfermidades crônicas e manutenção da capacidade funcional dos enfermos.

No tocante ao perfil socioeconômico, observa-se heterogeneidade de condições e localização de moradia e recursos de que as famílias dispõem. Foram identificados extremos, da permanência 24 horas de cuidadores até usuários sozinhos e sem suporte. O cuidador apresenta-se como ator fundamental, junto aos usuários com dependência parcial ou total para desempenho das atividades de vida diária (Figura 4).

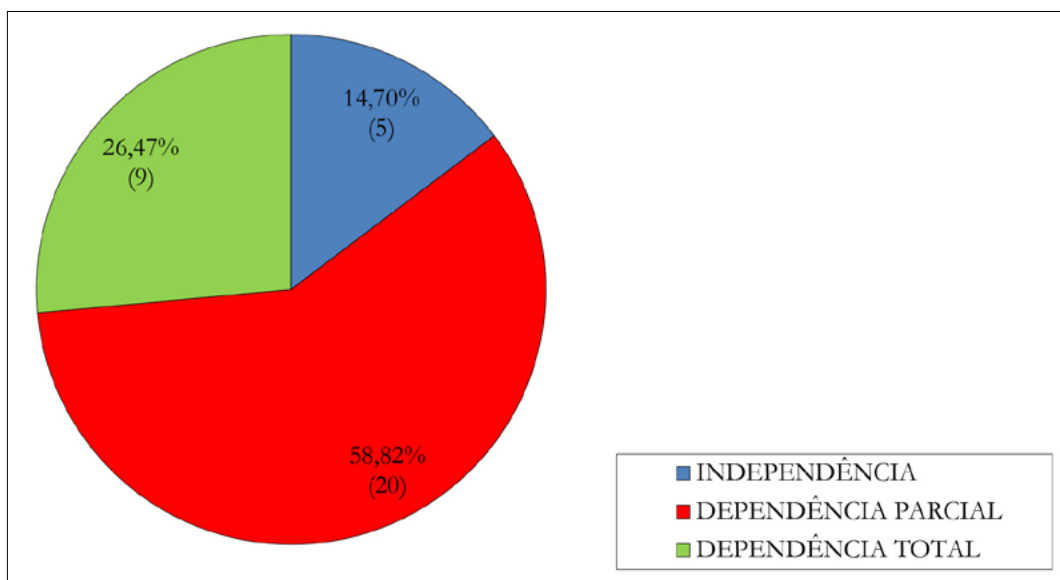


Figura 3. Grau de dependência dos usuários da AD (N=34) segundo Katz²³. São Caetano do Sul, SP, 2017.

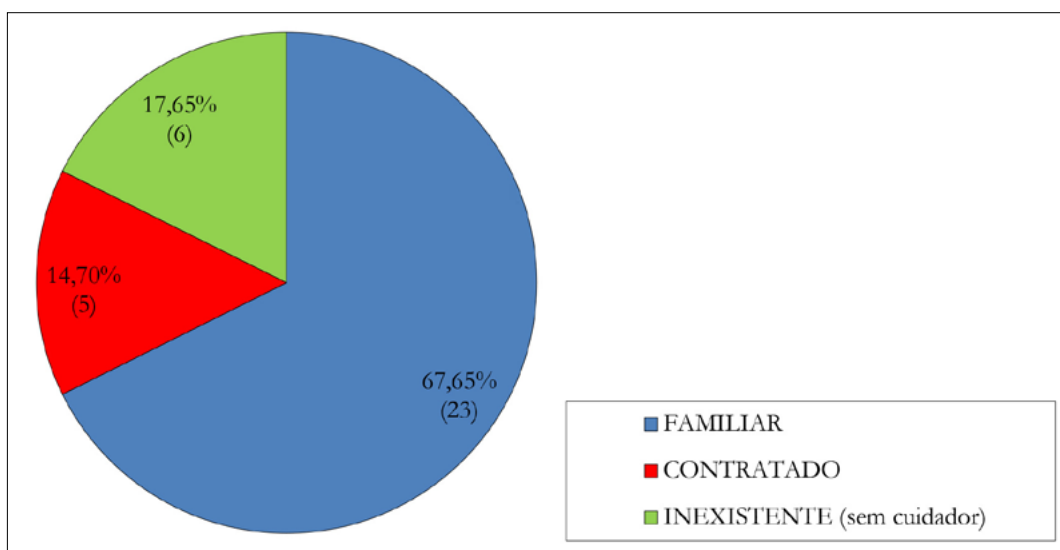


Figura 4. Distribuição da amostra de pacientes da AD de São Caetano do Sul (SP), (N=34), segundo existência de cuidador e natureza do vínculo cuidador-paciente. São Caetano do Sul, SP, 2017.

Buscando sistematizar as informações, a partir da análise dos dados obtidos foram constituídas três categorias de análise: *Integralidade dos cuidados em saúde; AD e acesso aos demais serviços de saúde; Equipe interdisciplinar; capacitação e habilidades em AD.*

Integralidade dos cuidados em saúde

Quanto à organização das RAS, profissionais e usuários citam características importantes para construção efetiva da rede, como oferta contínua e integral dos cuidados:

“Quando recebi alta hospitalar, fui prontamente atendida em meu domicílio por uma equipe com diversos profissionais, que prestaram toda a assistência necessária... Porém, em outra visita percebi que um profissional não dá a mesma orientação que o outro e fiquei perdida em quem seguir [...]” (U8).

“[...] Procuramos planejar a primeira visita no domicílio em equipe para que possamos estabelecer uma linha única de cuidados [...]” (T6).

“[...] O SAD consegue se articular com outros serviços, mas muitos profissionais são trocados constantemente e, a equipe que já não é grande, sente isso [...]” (T3).

Observa-se incongruência da equipe para tomadas de decisões, dificultando adesão de pacientes e mensuração de resultados. Corroborando com esse cenário, a inexistência de contrarreferência desarticula a rede. Talvez por isso a AD tenha sido mencionada como assistência específica e pontual, não sendo entendida como cuidado integral^{14,28,29}.

“[...] Quando encaminho meu paciente para atendimento do especialista, tomo o cuidado de enviar uma carta explicando o caso. No entanto, no retorno deste caso, não recebo nenhuma orientação ou explicação quanto à conduta proposta [...]” (T2).

A existência de sistema informatizado integrado para registro das informações poderia facilitar a comunicação entre os diversos pontos da rede.

“[...] quando preciso de atendimento em outro serviço da prefeitura, é necessário que conte toda a história novamente. Não há uma conversa entre os profissionais, sequer por um sistema de informações [...]” (U14).

Os sujeitos demonstram compreender a organização dos serviços de saúde vinculada à oferta assistencial, geralmente relacionados a diferentes graus de complexidade estabelecidos pela organização do SUS: APS, representada pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS) ou equipes de Saúde da Família; Atenção Secundária, representada pelos centros de especialidade; Atenção Terciária, representada pela rede hospitalar. Em São Caetano do Sul (SP), a rede hospitalar é considerada de nível de complexidade secundário.

“[...] Existem os postos de saúde, que usamos quase sempre... Tem o hospital municipal, pronto socorro e tem também os centros de especialidade [...]” (U12).

Quando abordamos especificamente ADII e ADIII, os sujeitos as compreendem como modalidades de atendimento que compõem a RAS. Porém, referem ausência de fluxos e protocolos para nortear e otimizar os serviços da rede.

“[...] Reforço a necessidade da criação de protocolos e aprimoramento do registro das informações em prontuário para enriquecer o processo de trabalho e evitar a perda da história do paciente [...]” (T4).

“[...] observo uma diferença de acompanhamento pelos profissionais... Sou atendido de um jeito no AD, de outra forma na UBS e de outra pelo hospital [...]” (U13).

Embora haja longitudinalidade, ou seja, o cuidado continuado baseado em protocolos das equipes, a interdisciplinaridade - desejável para qualificação da assistência - ainda carece de ajustes, prevalecendo ações autônomas de cada especialidade, refletindo apenas a atenção multidisciplinar.

A desospitalização desencadeia o fluxo dos cuidados oferecidos pelas RAS, sendo a AD estratégica. Diálogo interdisciplinar, visita intra-

hospitalar, planejamento e treinamento dos cuidados a serem ofertados no domicílio são medidas essenciais de articulação, agregando visão integradora ao processo saúde-doença. Nas entrevistas com os profissionais, há referência a alguns problemas a serem superados, como: dificuldade das famílias em assumir os cuidados, aquisição de equipamentos, adaptação da residência, dificuldade em identificar os profissionais de atendimento domiciliar, fragmentação dos cuidados e falta de educação em saúde no momento da alta.

“[...] A assistente social e a enfermeira fizeram uma visita no hospital antes da alta. Lá elas nos orientaram como seria em casa e como seria o acompanhamento do SAD [...]” (U7).

“[...] Dou início ao levantamento da história do paciente no hospital, quando somos acionados por eles para iniciar um processo de desospitalização [...]” (T6).

Identificou-se que a AD tem papel mediador entre paciente, cuidador, profissionais e sistema de saúde, principalmente no processo de desospitalização, apresentando bons resultados na transição hospital-domicílio, impressão corroborada pelos usuários. A troca de saberes e experiências entre estes atores minimiza a fragmentação da assistência e contempla várias dimensões do cuidado. Não obstante, a vivência descrita pelas profissionais de assistência social e enfermagem permite-lhes entender a importância da assistência domiciliar para o alcance da integralidade e do cuidado continuado.

Iniciativa importante citada pelos entrevistados foi o uso dos momentos de matriciamento³⁰ com as equipes de Saúde da Família para discutir os casos a serem encaminhados para ADII e ADIII.

“[...] Participo semanalmente das reuniões dos matriciadores das equipes de saúde da família. É um momento enriquecedor, pois permite dialogarmos a referência e contrarreferência entre ESF e AD, bem como discutirmos o perfil dos pacientes e encaminhamentos [...]” (T4).

Assim, infere-se contribuição da AD às redes, sendo necessário fortalecimento através de reuniões interdisciplinares para implantação de fluxos e protocolos e para melhoria da oferta de serviços.

Atenção domiciliar e o acesso aos demais serviços de saúde

Analisar o comportamento dos atores do processo de cuidar auxilia no aprimoramento do sistema, pois permite discutir meios de superar hiatos da implantação da AD nas RAS, perseguindo a Integralidade^{2,3,31}.

“[...] quando somos encaminhados para atendimento em outro ponto da rede, aguardamos o mesmo tempo que os demais pacientes, mas somos acamados e deveríamos ter prioridade... Esperamos quando marcado o atendimento e esperamos para agendar... Conseguimos um atendimento diferenciado quando há interferência de profissionais da AD” (U8).

“[...] Muitas vezes o processo não funciona e usamos o contato pessoal para solucionar os problemas dos usuários. É necessário melhorar essa comunicação [...]” (T4).

“[...] A Equipe interdisciplinar precisa elencar prioridades e estabelecer um planejamento de visitas e procedimentos [...]” (U9).

“[...] a AD funciona somente durante a semana e em horário comercial, isso implica que acionemos o pronto socorro com frequência aos finais de semana e à noite, até mesmo somente para fazer uso de medicamentos [...]” (U5).

“[...] há necessidade de diálogo entre os profissionais da AD para que possamos compartilhar e planejar juntos o tratamento do paciente [...]” (T5).

A análise das entrevistas revela dificuldades quanto ao acesso, explicitadas em intercorrências fora do horário de funcionamento do serviço e ausência de prioridade, além de problemas oriundos de falhas no alinhamento de condutas entre a equipe.

Dadas essas limitações, ressalta-se que o cuidado prestado ao usuário nem sempre é focado em abordagem holística e compartilhamento de responsabilidades com a família, o que otimizaria alternativas domiciliares.

Os usuários utilizam diferentes serviços em diversos pontos da RAS, uma vez que possuem quadro clínico instável, que gera insegurança a

familiares e cuidadores, a despeito das orientações recebidas. Observa-se necessidade de ampliação e alinhamento dos serviços ofertados pelas RAS³².

Torna-se necessário entrosamento entre os serviços, pois os quadros clínicos tendem a ser heterogêneos, sobrepostos e dotados de múltiplos fatores intervenientes. AD aparece como modalidade de assistência capaz de transmitir segurança aos familiares e pacientes pois, além da especificidade técnica da assistência, promove acesso a outros equipamentos (referência) de acordo com a qualificação da demanda (Princípio da Equidade).

Equipe interdisciplinar, capacitação e habilidades em atenção domiciliar

A qualificação profissional remete à ideia de soma e atualização de conhecimentos ou habilidades, valências imprescindíveis para assistência à saúde.

“[...] Há necessidade de padronizar o atendimento em AD para todos os profissionais usarem a mesma linguagem e abordagem [...]” (T6).

Alta rotatividade e composição inadequada da equipe interdisciplinar evidenciam fragilidades no processo de trabalho, culminando com a impressão de atendimento desqualificado.

“[...] vejo necessidade de disponibilizar um número maior de profissionais para ofertar cuidado integral, bem como oferecer uma equipe interdisciplinar completa para conduzir o serviço [...]” (T2).

Práticas em AD não substituem o processo de formação técnica. Há profissionais que atuam há muito no serviço, porém, sem qualificação específica em AD e/ou ESF, resultando em um olhar, por vezes, meramente centrado no indivíduo e seu tratamento, excluindo ações de promoção à saúde. Reuniões interdisciplinares demonstram ganho considerável na estruturação da AD.

“[...] ausência de reuniões de equipe impossibilita aprimoramento das ações e procedimentos em AD [...]” (T4).

A equipe interdisciplinar apresenta dificuldades na construção do diálogo com os serviços ofertados, a despeito da existência de critérios clínicos que de limitem campos de atuação e necessidades de encaminhamento. Observa-se tratativa burocrática e pouco resolutiva, impondo barreiras aos usuários. É interessante adotar estratégias que otimizem a oferta em relação à demanda³³.

Vínculo e acolhimento são empregados na busca pela efetividade do atendimento ao usuário desde a primeira intervenção até a alta. Integrar a AD às RAS é grande desafio, inclusive para as equipes de Saúde da Família³³.

“Há uma dependência muito grande dos usuários quanto aos cuidados ofertados ao paciente ou familiar... Mesmo após orientação da equipe quanto a cuidados básicos... a família é resistente na realização [...]” (T6).

“[...] eu me sinto segura quando a equipe da AD assume os cuidados [...]” (U17).

A ênfase em dimensões assistenciais envolvendo todos os atores, como enfoque familiar, capacitando cuidadores e provendo orientação quanto aos serviços ofertados nos diversos pontos das RAS, urge para promover mudanças qualitativas e reforçar compromisso entre profissionais de saúde, indivíduos, famílias e comunidade.

Considerando essas estratégias, os profissionais citam ferramentas que julgam essenciais para adequação da AD às RAS: implantação de prontuário eletrônico; definição de protocolos, enfatizando adequação de instrumentos que facilitem a prática assistencial; retaguarda de leito hospitalar para continuidade do tratamento.

Foi citado também importância de treinamentos constantes para profissionais e cuidadores. A estratégia de apoio matricial aparece como espaço rico para compartilhamento de saberes, interdisciplinaridade e construção de planejamento terapêutico direcionado à individualidade. Cabe aos profissionais garantir integralidade das práticas adotadas³⁴.

Assim, a AD insere-se na RAS como dispositivo de reestruturação dos serviços, facilitador do diálogo

através das ações de desospitalização, matriciamento e visitas domiciliares da equipe interdisciplinar, contribuindo para redução de custos, por propiciar diminuição de tempo e número de hospitalizações e minimização da demanda por serviços de pronto-atendimento^{7,18,35}.

Por se tratar de uma modalidade de atenção em implantação no território brasileiro, há dificuldades acerca de sua consolidação paralelamente às RAS: falta de clareza por parte dos usuários quanto ao funcionamento do serviço, oferta reduzida de equipamentos e infraestrutura e investimento insuficiente em qualificação específica para os profissionais. A ampliação das RAS traz uma possibilidade de fortalecimento da AD, tornando-a eixo de comunicação entre os serviços.

Embora as falas dos entrevistados permitam algumas inferências favoráveis ao papel da AD nas categorias consideradas, bem como a construção de hipóteses que venham a ser testadas posteriormente, seria precipitado dar-se por satisfeito em relação à assertividade das respostas às perguntas que norteiam o presente estudo, pela pluralidade e subjetividade do conteúdo obtido. O desenho, por si só, pressupõe complemento sistematizado para que indícios e evidências aqui colhidos materializem-se em prol do fortalecimento das RAS. Em tempo, integrar as categorias através das respostas é exercício valioso para compreender a interdependência dos processos e elencar prioridades.

CONCLUSÃO

Em meio à existência de modalidades assistenciais correlatas que contemplam diferentes níveis de complexidade no sistema de saúde brasileiro, destaca-se a Atenção Domiciliar, com nicho de atuação bem definido: planejamento terapêutico interdisciplinar, com práticas que favoreçam o alinhamento entre todos os atores envolvidos (profissional, familiar, cuidador, enfermo) e cuidados desenvolvidos no domicílio, com gerenciamento e reavaliação

constante das ações nas Redes de Atenção à Saúde. Esse processo de construção, desde que desenvolvido de forma integrada e escalonada, favorece tomadas de decisão rápidas e com margem de segurança satisfatória, pré-requisitos para efetividade junto aos pacientes de média e alta complexidade.

Comunicação e articulação entre pontos da Rede de Atenção à Saúde são alicerces para o exercício da transversalidade. Exemplos disso: implantação de leitos de retaguarda; sistematização do processo de trabalho favorecendo a contrarreferência; interface junto à Atenção Básica para reforçar os cuidados com o paciente, evitando internações desnecessárias; flexibilidade no horário de funcionamento da Atenção Domiciliar.

A alta hospitalar implica otimizar oferta de serviços e evitar reinternações. A Atenção Domiciliar parece responder à interlocução e execução do processo, no que diz respeito à readequação e, até mesmo, à transferência de cuidados para o contexto domiciliar com o intuito de garantir a continuidade do serviço iniciado na rede hospitalar.

Observa-se a importância de esforço coletivo, desde fomento tripartite até formulação, revisão e execução de protocolos que favoreçam a comunicação interprofissional nos diversos setores assistenciais, estabelecendo fluxo de informações e aproximando o cuidado ao conceito de Integralidade, reduzindo iatrogenias. Escuta qualificada, com a equipe interdisciplinar devidamente preparada para abordar e conduzir necessidades inerentes à senescência e peculiaridades do domicílio, permitirão a construção de plano terapêutico factível e compartilhado.

São necessários, também, estudos complementares, com vistas à detecção e exploração de potencialidades e fragilidades da Atenção Domiciliar, para que exista subsídio suficiente para conclusões robustas e possibilidade de ampliação das estratégias ofertadas a diferentes contextos biopsicossociais e arranjos de Redes de Atenção à Saúde.

REFERÊNCIAS




1. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil [Internet]. Brasília, DF: Senado Federal; 1988 [acesso em 13 nov. 2015]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm
2. Mattos A, Pinheiro R. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Mattos RA. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ; 2001. p. 39-64.
3. Kalichman AO, Ayres JRCM. Integralidade e tecnologias de atenção à saúde: uma narrativa sobre contribuições conceituais à construção do princípio da integralidade no SUS. *Cad Saúde Pública*.2016;32(8):1-13.
4. Brasil. Resolução da Diretoria Colegiada nº 11, de 26 de janeiro de 2006. Dispõe sobre o regulamento técnico de funcionamento de serviços que prestam Atenção Domiciliar. Diário Oficial [da] União.30 jan. 2006; Seção 1.
5. Miranda GMD, Mendes ACGM, Silva ALA. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências atuais e futuras. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2016;19(3):507-19.
6. Silva KL, Sena RR, Seixas CT, Feuerwerker LCM, Merhy EE. Atenção Domiciliar como mudança do modelo tecnoassistencial. *Rev Saúde Pública*.2010;44:166-76.
7. Brasil. Portaria nº 2527, de 27 de outubro de 2011. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial [da] União.28 out. 2011; Seção 1:44.
8. Oliveira SG, Kruse MHL. Gênese da atenção domiciliária no Brasil no início do século XX. *Rev Gauch Enferm*.2016;37(2):1-9.
9. Wachs LS, Nunes BP, Soares MU, Facchini LA, Thumé E. Prevalência da assistência domiciliar prestada à população idosa brasileira e fatores associados. *Cad Saúde Pública*.2016;32(3):1-9.
10. Brasil. Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial [da] União.28 maio 2013; Seção 1:30.
11. Brasil. Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial [da] União. 26 abr. 2016; Seção 1:33.
12. Guerra CD, Torres JMC, Gândara AR, Alonso AM, Borrego MAR. Visita agendada do profissional de enfermagem a idosos em seu domicílio: prevenção ou tratamento. *Rev Latinoam Enferm*.2015;23(3):535-42.
13. Brasil. Ministério da Saúde, Departamento de Informática do SUS. DATASUS. [Internet]. Brasília, DF: MS; 2015. Serviço de Atenção domiciliar: melhor em casa; [acesso em 22 jun. 2015]; [2 telas]. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS>.
14. Guedes MBOG, Lima KC, Caldas CP, Veras RP. Apoio social e o cuidado integral à saúde do idoso. *Physis*. 2017;27(4):1185-204.
15. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização (PNH). Brasília, DF: MS; 2013.
16. Viana ALA, Bousquat A, Melo GA, Negri Filho A, Medina MG. Regionalização e Redes de Saúde. *Ciênc Saúde Colet*.2018;23(6):1791-98.
17. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 2014.
18. Andrade AM. Estruturação da rede de atenção à saúde na perspectiva de profissionais, usuários e cuidadores da Atenção Domiciliar [dissertação]. [Belo Horizonte]: Universidade Federal de Minas Gerais; 2013.
19. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [Internet]. Censo 2010. Rio de Janeiro: IBGE; 2013 [acesso em 10 dez. 2017]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/index.php>
20. Simões CCS. Relações entre as alterações históricas na dinâmica demográfica brasileira e os impactos decorrentes do processo de envelhecimento da população. Rio de Janeiro: IBGE; 2016.
21. Joaquim FL, Camacho ACLF, Sabóia VM, Santos RC, Santos LSF, Nogueira GA. Impacto da visita domiciliar na capacidade funcional de pacientes com úlceras venosas *Rev Bras Enferm*.2016;69(3):468-77.
22. Valle ARMC, Andrade D, Sousa AFL, Carvalho PRM. Prevenção e controle das infecções no domicílio: desafios e implicações para enfermagem. *Acta Paul Enferm* 2016;29(2):239-44.
23. Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jackson BA, Jaffe MW. Escala de Atividades Básicas de Vida Diária - Escala de Katz. *JAMA*. 1963;914-6.
24. Veras RP, Oliveira M. Envelhecer no Brasil: a construção de um modelo de cuidado. *Ciênc Saúde Colet*. 2018;23(6):1929-36.
25. Medeiros KKAS, Pinto Junior EP, Bousquat A, Medina MG. O desafio da integralidade no cuidado ao idoso no âmbito da Atenção Primária à Saúde. *Saúde Debate*. 2017;41(Esp. 3):288-95.
26. Carnut L. Cuidado, integralidade e atenção primária: articulação essencial para refletir sobre o setor saúde no Brasil. *Saúde Debate*.2017;41(115):1177-86.

27. Veras RP. Prevenção de doenças em idosos: os equívocos dos atuais modelos. *Cad Saúde Pública*.2012;28(10):1834-40.
28. Pozzoli SML, Cecílio LCO. Sobre o cuidar e o ser cuidado na Atenção Domiciliar. *Saúde Debate*.2017;41(115):1116-29.
29. Giovanella L, Santos AM. Gestão do cuidado integral: estudo de caso em região de saúde da Bahia, Brasil. *Cad Saúde Pública*.2016;32(3):1-15.
30. Campos GWS, Domiti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad Saúde Pública*.2007;23(2):399-407.
31. Silva CSO, Fonseca ADG, Souza LPS, Siqueira LG, Belasco AGS, Barbosa DA. Integralidade e Atenção Primária à Saúde: avaliação sob a ótica dos usuários. *CiêncSaúde Colet*.2014;19(11):4407-15.
32. Sarges NA, Santos MIPO, Chaves EC. Avaliação da segurança do idoso hospitalizado quanto o risco de quedas. *RevBrasEnferm*.2017;70(4):896-903.
33. Assis MMA, Jesus WLA. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. *CiêncSaúde Colet*.2012;17(11):2865-75.
34. Lopes GVDO, Vilasbôas ALQ, Castellanos MEP. Atenção Domiciliar na Estratégia Saúde da Família do grau de implantação em Camaçari (BA). *Saúde Debate*.2017;41(N. Esp. 3):241-54.
35. Ferreira FPC, Bansi LO, Paschoal SMP. Serviços de atenção ao idoso e estratégias de cuidado domiciliares e institucionais. *RevBrasGeriatrGerontol*.2014;17(4):911-26.



Fatores que interferem na condição de vulnerabilidade do idoso

Factors influencing the condition of vulnerability among the elderly

Thaís Garcia Amancio¹ 
Maria Liz Cunha de Oliveira² 
Vitor dos Santos Amancio³ 

Resumo

Objetivo: Relacionar algumas condições de saúde e de hábitos de vida com a pontuação no *Vulnerable Elders Survey-13* buscando compreender os fatores que estão associados na vulnerabilidade do idoso. **Método:** Estudo quantitativo, transversal realizado no Distrito Federal, Brasil. Os dados foram coletados por um questionário contendo o *Vulnerable Elders Survey-13* e variáveis socioeconômicas, de saúde e hábitos de vida. Foi realizada estatística descritiva, análise de correlação e regressão múltipla utilizando o método de mínimos quadrados ordinários. **Resultados:** Foram entrevistadas 956 pessoas com 60 anos ou mais residentes no Distrito Federal, dos quais 32,4% tinham pontuação igual ou maior que três, e por isso foram classificadas como vulneráveis. Algumas variáveis apresentaram uma relação positiva com a pontuação do VES-13, porém com intensidade muito fraca, como foi o caso da hipertensão arterial sistêmica ($p=0,035$) e da diabetes mellitus ($p=0,027$), a moderada, no caso da depressão ($p<0,001$), perda urinária ($p<0,001$) e quedas ($p<0,001$). Também foi observado que o incremento de 1% sobre a renda do idoso resultou em uma redução de 0,27 pontos ($p<0,001$) no *Vulnerable Elders Survey*, diminuindo sua vulnerabilidade. **Conclusão:** A depressão foi o fator que mais influenciou na pontuação de vulnerabilidade seguida da perda de urina e da perda auditiva. Políticas públicas voltadas para a promoção da saúde física e mental dos idosos e a criação de um ambiente favorável para o incremento da renda, através da reinserção no mercado de trabalho ou políticas assistenciais, podem trazer benefícios na redução da vulnerabilidade.

Palavras-chave: Saúde do Idoso. Fatores de Risco. Vulnerabilidade em Saúde.

¹ Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, Unidade Básica de Saúde do Itapoã, Diretoria de Atenção Primária a Saúde Região Leste. Itapoã, Brasília, Brasil.

² Universidade Católica de Brasília, Programa de Pós-graduação em Gerontologia. Taguatinga, Brasília, Brasil.

³ Universidade Católica de Brasília, Programa de Pós-graduação em Economia. Taguatinga, Brasília, Brasil.

Financiamento: Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde. Processo: 064.000.474/2013.

Correspondência
Thaís Garcia Amancio
thais.naisi@gmail.com

Recebido: 29/08/2018
Aprovado: 02/05/2019

Abstract

Objective: Describe health conditions and life habits using Vulnerable Elders Survey-13 scores, with the aim of understanding the factors associated with the vulnerability of the elderly. **Method:** A quantitative, cross-sectional study was conducted in the Distrito Federal, Brazil. Data were collected by a questionnaire containing the Vulnerable Elders Survey-13 and other variables. Descriptive statistics, correlation and regression analyses were carried out. **Results:** 956 people aged 60 years and older living in the Distrito Federal were interviewed. Of these, 32.4% had scores equal to or greater than three, and were therefore classified as vulnerable. Some variables exhibited a positive relation with VES-13 score, with intensity ranging from very weak, in the case of systemic arterial hypertension ($p=0.035$) and *diabetes mellitus* ($p=0.027$), to moderate, as was the case with depression ($p<0.001$), urinary loss ($p<0.001$) and falls ($p<0.001$). It was also observed that a 1% increase in the income of the elderly resulted in a reduction of 0.27 points ($p<0,001$) in Vulnerable Elders Survey score, reducing vulnerability. **Conclusion:** Depression most influenced vulnerability score, followed by urinary and hearing loss. Public policies aimed at the promotion of the physical and mental health of the elderly and the creation of a propitious environment to increase income, through reinsertion into the labor market or welfare policies, can help to reduce vulnerability.

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

INTRODUÇÃO

Os termos “fragilidade” e “vulnerabilidade” são amplamente utilizados na literatura gerontológica, mas diferem entre si. Para este artigo o termo vulnerabilidade refere-se a um risco aumentado de declínio funcional ou morte¹ em dois anos, relacionados a fatores biofisiológicos.

Medidas de avaliação da vulnerabilidade são instrumentos importantes para distinguir pessoas idosas com risco aumentado de deterioração da saúde, sendo um alvo importante para a intervenção interdisciplinar. Identificar as pessoas com 60 anos ou mais vulneráveis, com risco de declínio funcional e incapacidade é um passo de grande importância na construção e na priorização de um cuidado adequado^{2,3}.

Assim, na literatura foram encontradas pesquisas que apresentam instrumentos de triagem para o declínio funcional e da qualidade de vida dos idosos^{4,5}, entre estes destacamos o *Vulnerable Elders Survey-13* (VES-13)¹. Esse instrumento prediz a ocorrência de incapacidade funcional, mortalidade e institucionalização do idoso⁶. A avaliação da vulnerabilidade tem grande importância, sendo incluída pelo Ministério da Saúde na Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, 2014, onde recebeu o nome

Protocolo de Identificação do Idoso Vulnerável VES-13 e é uma das partes em destaque da Caderneta⁷.

Identificar condições de saúde e de vida relacionadas com a perda de funcionalidade da pessoa idosa contribui no momento de pensar políticas públicas e intervenções que auxiliem as pessoas com 60 anos ou mais a viverem com mais independência e menos perda funcional³. O profissional de saúde responsável pelo cuidado da pessoa idosa, ao identificar precocemente os fatores responsáveis por gerar incapacidade funcional, tem a possibilidade de promover intervenções que provavelmente antes não seriam consideradas.

Este estudo tem como objetivo relacionar algumas condições de saúde e de hábitos de vida com a pontuação no VES-13 buscando compreender quais fatores estão associados à vulnerabilidade do idoso.

MÉTODO

Por meio de um estudo quantitativo e transversal, foram analisados dados primários relacionados à condição de saúde e vida dos idosos residentes do Distrito Federal, Brasil. Este estudo surgiu de uma pesquisa realizada no Distrito Federal de 2012 a 2015 intitulada “Situação de Saúde, vida e morte da população idosa residente no Distrito Federal”⁸.

A pesquisa foi realizada nas 15 regionais de saúde do Distrito Federal, durante a campanha de vacinação contra influenza realizada em 2014 quando foram vacinadas 90,7% da população idosa do DF.

A amostra foi estratificada e representativa para cada regional de saúde sendo prevista para o DF a necessidade de se entrevistar 935 idosos.

O cálculo amostral foi realizado em dois estágios, o primeiro estágio calculou a amostra dos postos de vacinação e o segundo estágio calculou a amostra da população de idosos.

Estágio 1: realizada amostra estratificada dos postos de vacinação proporcional a quantidade de idosos por regional de saúde. Utilizou-se como base de cálculo os postos de vacinação fixos em 2012 (total de 146 postos). Para se obter resultados representativos para cada região de saúde a pesquisa foi realizada em um posto de vacinação em cada Regional de Saúde, sendo que na Regional de Saúde de Ceilândia a pesquisa foi realizada em dois postos, na Regional de Saúde de Taguatinga em três postos e nas Regionais Sul e Norte, em quatro postos de vacinação, totalizando 20 postos de vacinação.

Os postos de vacinação da amostra foram escolhidos por meio de sorteio.

Estágio 2: Para calcular a amostra representativa de idosos que deveriam participar da pesquisa foi utilizada a seguinte fórmula:

$$n = \frac{n_0}{1 + \frac{n_0}{N}} \quad n_0 = \frac{p(1-p)}{D^2}$$

onde “p” e “D” são coeficientes de proporção e erro relativos a população-alvo e N é o tamanho total da subpopulação. Considerou-se cada regional de saúde como sendo uma subpopulação da população de idosos do Distrito Federal.

Para realizar o cálculo amostral utilizaram-se os dados populacionais baseados no censo do IBGE 2010⁹.

Para a seleção dos idosos que participaram das entrevistas utilizou-se a técnica de amostragem sistemática, do seguinte modo: a cada dois idosos

que entregaram o cartão de vacinação no posto, o segundo foi convidado a participar do estudo. A essa pessoa era entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aprovado pelo comitê de ética e pesquisa, o qual era lido junto com o entrevistado que poderia esclarecer dúvidas. Tendo aceitado participar da pesquisa ocorria a assinatura do termo.

Os critérios de inclusão da amostra foram: pessoas com 60 anos ou mais residentes no Distrito Federal e, no caso em que o idoso não conseguisse responder a entrevista, seu acompanhante deveria conhecer o idoso de forma suficiente para responder as perguntas do questionário. Foram excluídos da pesquisa idosos acamados e os que não compareceram aos postos de vacinação.

Foram recrutados 30 entrevistadores que exerciam serviços com o público idoso ou tinham proximidade com o tema envelhecimento. Estes receberam treinamento de 12 horas divididos em três encontros: o primeiro para conhecimento do questionário, padronização das perguntas e aplicação dos questionários entre si; o segundo para aplicação dos instrumentos em idosos na comunidade e o terceiro para esclarecimento de dúvidas, ajuste do questionário e elaboração da versão final.

O instrumento de coleta de dados foi um questionário fechado, contendo o VES-13 e outras perguntas sobre condições de saúde e vida. A primeira versão do questionário foi construída levando em conta outros questionários. Essa versão foi submetida a quatro especialistas em envelhecimento e readequada.

Nos dias da coleta de dados, as pessoas idosas foram abordadas na fila da vacinação e convidadas a responder as perguntas do entrevistador sentadas em um espaço um pouco mais reservado, próximo ao local de vacinação.

O questionário aplicado continha:

Vulnerable Elders Survey-13 (VES-13): ferramenta simples de domínio público que identifica idosos vulneráveis residentes na comunidade. Os autores desse instrumento definiram pessoas idosas vulneráveis, como sendo pessoas com idade de 65 anos ou mais, que estão em risco aumentado de

declínio funcional ou morte nos próximos dois anos¹. Tal ferramenta foi desenvolvida e validada nos Estados Unidos¹ e teve sua adaptação transcultural no Brasil publicada em 2012, onde a idade do idoso considerada é de 60 anos e mais², conforme legislação brasileira. O Ministério da Saúde utilizou esse instrumento da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, 2014, onde recebeu o nome Protocolo de identificação do idoso vulnerável VES -13⁷.

O VES-13 pontua fatores como idade, autopercepção de saúde, limitações físicas e incapacidades funcionais, gerando uma pontuação que varia de 0 a 10, sendo que 0 se refere ao menor grau de vulnerabilidade e 10 ao maior grau de vulnerabilidade. A identificação de um idoso como vulnerável (pontuação maior ou igual a 3) indica que este tem 4,2 vezes mais risco de declínio funcional ou morte ao longo de dois anos¹, pontuação menor que três indica ausência da condição de vulnerabilidade. Uma análise com 420 idosos demonstrou que o risco de morte e declínio funcional aumenta 23% quando a pontuação do VES-13 é igual a 3 e 60% quando o VES-13 é igual a 10¹⁰. Portanto o conhecimento da pontuação do VES-13 da população permite o conhecimento dos níveis de vulnerabilidade da mesma. Esse instrumento tem uma sensibilidade de 82% e uma especificidade de 79% quando usado para idosos sem câncer¹¹.

Outras variáveis: renda, Índice de Massa Corporal (IMC), quantidade de medicamentos usados diariamente, pratica regular de exercício físico, tabagismo, circunferência da panturrilha, queda nos últimos 12 meses, perda de urina, problemas de visão e audição que prejudiquem as atividades do dia-a-dia e autorrelato de diagnóstico médico de hipertensão, diabetes, artrite, depressão, osteoporose.

O estudo se propôs a identificar se existe alguma relação entre a pontuação do VES-13 e as variáveis expostas anteriormente.

Na análise descritiva foi utilizado o programa Excel 2013. Para se chegar aos fatores que podem influenciar a vulnerabilidade dos idosos foram utilizadas duas abordagens. A primeira visa identificar as relações de dependência existentes entre as variáveis selecionadas e a pontuação do VES-13. Essa análise tenta identificar se a presença

de algum dos fatores citados acima está de alguma forma relacionada com a pontuação. Para algumas variáveis era possível obter a resposta em escala numérica, tais como tamanho da panturrilha, IMC e Renda. Para essas foi utilizada a análise de correlação. Para outras, onde as respostas eram dadas de forma contextual, por exemplo, se “tem” ou “não tem”, se aplicou o Teste Qui-quadrado para avaliar se existe ou não relação. Observou-se a estatística *V-Cramer* para verificar a intensidade da relação. Ela pode ser classificada como muito fraco, fraco, moderado, moderadamente forte, forte e muito forte. Para tal foi utilizado o *software* SPSS 22.0.

A segunda análise parte da estimação de um modelo estatístico, que objetiva capturar em pontos a relação existente entre cada variável sobre o VES-13. Para tal foi utilizado o modelo abaixo:

$$VES13 = \beta_1 LnRenda + \beta_2 LnIMC + \beta_3 LnPant. + \beta_4 Hipert. + \beta_5 Diab. + \beta_6 Depr. + \beta_7 Visão + \beta_8 Osteop. + \beta_9 Urina + \beta_{10} Med. + \beta_{11} Audi. + \beta_{12} Queda + \epsilon$$

Onde:

LnRenda= Logaritmo Natural da renda informada pelo entrevistado;

LnIMC= Logaritmo Natural do Índice de Massa Corpórea, calculada com base na altura e peso do entrevistado;

LnPant.= Logaritmo Natural da circunferência da panturrilha do entrevistado, aferido no momento da aplicação do questionário;

Hipert.= Hipertensão;

Diab.= Diabetes;

Depr.= Depressão;

Visão= Problema de visão que prejudique suas atividades no dia-a-dia;

Osteop.= Osteoporose

Urina= Perde Urina com frequência

Med.= Quantidade de medicamentos que o entrevistado administra diariamente.

Audi.= Problema de audição que prejudique suas atividades no dia-a-dia;

Queda= sofreu queda nos últimos 12 meses;

Para finalizar, ϵ é o resíduo da estimação.

Em uma primeira análise do modelo foi constatada a presença de heterocedasticidade. Por conta disso, foi estimado o modelo robusto, aplicando a correção de White, que corrige os possíveis vieses do modelo anterior. Para renda, IMC e circunferência da panturrilha, por elas terem dimensões distintas entre elas, aplicou-se o logaritmo natural para retirar o viés causado no resultado além de permitir uma análise em termos percentuais, isto é, o coeficiente apresentado na tabela 2 será o resultado de uma variação de 1% sobre essas variáveis.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS), sob Parecer nº 143.846, em 12 de novembro de 2012 de acordo com Resolução nº 466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS

Foram entrevistadas 956 pessoas com 60 anos ou mais residentes no Distrito Federal. Desses, 438 (45,8%) estavam na faixa etária de 60 a 69 anos, 386 (40,4%) tinham de 70 a 79 anos, 131 (13,7%) de 80 a 99 anos e somente uma pessoa tinha 100 anos ou mais. 581 (60,8%) idosos eram do sexo feminino e 373 (39,0%) do sexo masculino, dois não responderam.

Das pessoas entrevistadas, 456 (47,7%) pessoas consideram sua saúde como regular ou ruim.

Neste trabalho observa-se que 639 (66,8%) de pessoas idosas tinham pontuação do VES-13 de 0 a 2 pontos, e 310 (32,4%) tinham pontuação igual ao maior que três pontos. A Tabela 1 descreve a pontuação do Protocolo de Identificação do Idoso Vulnerável dos entrevistados.

Da base de entrevistados, foram suprimidos aqueles que não responderam as questões suficientes para se chegar à pontuação de VES-13. Através de uma análise de cruzamento de dados e aplicando o

teste qui-quadrado foi possível identificar se existe ou não relação entre algumas variáveis.

Foram encontradas relações positivas entre as variáveis, porém com intensidades distintas. Para hipertensão arterial ($p=0,035$) e diabetes ($p=0,027$) foram constatadas uma relação de dependência muito fraca, com V -Cramer variando entre 0 e 0,15. Para a presença de artrite ($p<0,01$) e osteoporose ($p<0,01$) a relação foi fraca, com V -Cramer entre 0,15 a 0,20. Depressão ($p<0,01$), problemas de visão ($p<0,01$), perda de urina ($p<0,01$), problemas de audição ($p<0,01$), prática regular de exercícios físicos ($p<0,01$) e registros de queda ($p<0,01$) apresentaram uma relação moderada, com V -Cramer variando entre 0,20 a 0,25.

A relação entre o fumo e a pontuação do VES-13 não se mostrou estatisticamente relevante, com $p=0,96$. Para as variáveis com grandeza numérica, a análise de correlação identificou uma relação inversa, porém fraca, entre renda e a pontuação ($p<0,01$). O índice de massa corpórea também mostrou uma correlação fraca e diretamente proporcional ($p=0,06$). Em relação a circunferência da panturrilha, foi identificada uma correlação fraca e inversamente proporcional ($p=0,05$). A quantidade de medicamentos administrados mostrou uma correlação positiva, porém fraca ($p<0,01$).

A análise multivariada mostra o quanto cada variável contribui para a pontuação da vulnerabilidade. A depressão foi a variável de maior influência. A presença dela contribui em 0,94 pontos, ou seja, quase um ponto no VES-13 ($p<0,01$). Já a perda urinária acrescenta 0,73 pontos no VES-13 ($p<0,01$). Cada medicamento adicional administrado gera um incremento no VES-13 na ordem de 0,089 pontos ($p<0,01$).

O resumo das estimações segue na Tabela 2. As variáveis foram ordenadas conforme seu impacto na pontuação do VES-13.

Tabela 1. Pontuação do Protocolo de Identificação do Idoso Vulnerável (N=956), Brasília, DF, Brasil, 2014.

Pontuação	n (%)
0	281 (29,4)
1	242 (25,3)
2	116 (12,1)
3	117 (12,2)
4	35 (3,7)
5	28 (2,9)
6	39 (4,1)
7	58 (6,1)
8	22 (2,3)
9	5 (0,5)
10	6 (0,6)
Não responderam	7 (0,7)

Tabela 2. Coeficientes da análise multivariada, Brasília, DF, Brasil, 2019.

Variáveis	Coeficiente	Erro Padrão	<i>p</i> -valor
Depressão	0,946	0,297	0,002
Índice de Massa Corporal*	0,830	0,742	0,263
Perda de urina	0,730	0,211	0,001
Problema de audição	0,670	0,231	0,004
Osteoporose	0,658	0,224	0,003
Problema de visão	0,616	0,209	0,003
Queda	0,381	0,198	0,055
Renda*	-0,278	0,073	0,000
Diabetes	0,233	0,198	0,239
Número de medicamentos	0,089	0,030	0,004
Hipertensão	-0,055	0,200	0,783
Circunferência da Panturrilha*	0,050	0,683	0,942

R² = 0.5563; F-test <0,001; *Variáveis estimadas em logaritmo natural.

Devido ao *p*-valor ter ficado acima do nível de 0,1, não se pode confirmar os impactos medidos para a circunferência da panturrilha, hipertensão, diabetes e o IMC através da análise multivariada.

O modelo estimado obteve R² igual a 0,55, o que significa que o modelo utilizado conseguiu explicar mais que 55% das variações no VES-13, os outros 45% são explicadas por outras variáveis que não foram incluídas no modelo. Como o modelo está conseguindo explicar mais que 50%, podemos considerar como satisfatório. Vale observar que o *F*-test ficou inferior a 0,01, mostrando que as variáveis

utilizadas, em conjunto, são suficientes para explicar as variações no VES-13.

Em relação à renda observa-se que o incremento de 1% sobre a renda do idoso resultou em uma redução de 0,27 pontos no VES-13 (*p*<0,01).

DISCUSSÃO

Das pessoas idosas entrevistadas, 32,4% foram classificadas como vulneráveis, dado que se aproximou do primeiro estudo realizado sobre

o VES-13 que encontrou 32,3% dos idosos com pontuação igual ou superior a três.

Outro estudo realizado com pessoas com 70 anos ou mais classificou 38,0% da amostra com pontuação ≥ 3 . Contrariando o primeiro estudo, este concluiu que o VES-13 demonstrou precisão preditiva relativamente limitada na previsão da mortalidade e admissão na emergência¹².

A depressão é conhecidamente um fator que diminui a capacidade funcional, neste estudo a presença de depressão elevou em quase um ponto o VES-13. Em pacientes idosos cardiopatas a depressão apresentou alta prevalência, com grande impacto sobre a independência e qualidade de vida desses indivíduos¹³. Outro estudo realizado em Lafaiete Coutinho, BA, concluiu que idosos com sintomas prévios de depressão tiveram maior risco de tornarem-se dependentes para a realização de atividades básicas da vida diária, independentemente do sexo, faixa etária, renda familiar per capita, de ter diabetes, do uso de medicamentos e do nível de atividade física³.

Estudo realizado com pacientes domiciliados mostrou que a presença de incontinência urinária aumentou a taxa de mortalidade, sendo de 24,9% após um segmento de dois anos e meio, comparado a mortalidade 12,8% do grupo sem incontinência urinária¹⁴. Outro estudo publicado em 2018 encontrou dados que confirmam que os idosos com incontinência urinária tinham maior probabilidade de ter incapacidade funcional para atividades de vida diárias¹⁵.

A renda é um mecanismo de proteção social, seu aumento esta relacionado com a diminuição da pontuação do VES-13 e conseqüentemente com a diminuição do risco de incapacidades e morte. Em 2003, 10,8% dos idosos não tinham renda, ou seja, 1,5 milhão de idosos, dos quais 80% eram mulheres, geralmente mais velhas, mais pobres, com uma menor participação no mercado de trabalho e reportaram piores condições de saúde e menor autonomia funcional¹⁶.

Em 2014, a renda das pessoas idosas era composta por aposentadoria (53,4%), trabalho (40,8%), pensão

e outros, que incluem o Benefício de Prestação Continuada. Desde a década de 1990 observa-se queda na participação proporcional de idosos no mercado de trabalho, declinando 12% a taxa de atividade de idosos, isso porque em 2013, a idade média de aposentadoria do brasileiro era de 54 anos, o que interfere na decisão de se aposentar ainda em condições aptas para o trabalho. O fato do idoso aposentado ser devolvido ao mercado em situação trabalhista precária também interfere na sua entrada no mercado de trabalho¹⁷.

O principal viés desta pesquisa está no fato de não abarcar idosos domiciliados, já que estes têm a possibilidade de receber a vacinação em casa, o que fez com que alguns idosos mais dependentes não fossem aos postos de vacinação, não tendo possibilidade de serem entrevistados. O treinamento prévio dos avaliadores para aplicação da entrevista e dos testes de desempenho físico afasta, em grande parte, a possibilidade de viés de aferição. Cabe, no entanto, a possibilidade de que os resultados das medidas autorrelatadas tenham alguma influência de fatores culturais e sociais.

CONCLUSÃO

De acordo com o resultado deste estudo, observou-se que uma parcela considerável de idosos apresenta o risco de vulnerabilidade, com destaque para as variáveis depressão, perda urinária, dificuldade auditiva, osteoporose, dificuldade visual, quedas, número de medicamentos em uso e renda interferem na pontuação de vulnerabilidade do idoso.

Destaca-se que uma elevação, ainda que pequena, na renda (1,0%) diminuiu a pontuação do *Vulnerable Elders Survey-13*, e conseqüentemente sua vulnerabilidade.

Ressalta-se que, identificando a vulnerabilidade dos idosos antes de um declínio funcional importante, fica mais fácil estabelecer uma conduta para proporcionar maior independência e qualidade de vida para os mesmos, pois as doenças ou condições de saúde podem comprometer os sistemas funcionais por diversos mecanismos, podendo causar incapacidades e/ ou óbito.

Políticas públicas voltadas para a promoção da saúde física e mental eficaz para o bem-estar da população idosa e a criação de um ambiente favorável

para o incremento da renda, através da reinserção no mercado de trabalho ou políticas assistenciais, trazem benefícios na redução da vulnerabilidade.

REFERÊNCIAS






- Saliba D, Elliott M, Rubenstein LZ, David HS, Roy TY, Caren JK, et al. The Vulnerable Elders Survey: a tool for identifying vulnerable older people in the Community. *J Am Geriatr Soc* [Internet]. 2001 [acesso em 25 jan. 2018];49(12):1691-9. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1046/j.1532-5415.2001.49281.x?sid=nlm%3Apubmed>
- Maia FOM, Duarte YAO, Secoli SR, Santos, JLF, Lebrão ML. Adaptação transcultural do Vulnerable Elders Survey -13 (VES-13): contribuindo para a identificação de idosos vulneráveis. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2012 [acesso em 17 set. 2015];46(Esp):116-22. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000700017
- Matos FS, Jesus CS, Carneiro JAO, Coqueiro RS, Fernandes MH, Brito TA. Redução da capacidade funcional de idosos residentes em comunidade: estudo longitudinal. *Ciênc Saúde Colet* [Internet]. 2018 [acesso em 01 ab.r 2019]; 23(10):3393-3401. Disponível em: https://scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018001003393
- Deckx L, Akker MVD, Daniels L, Jonge E, Bulens P, Tjan-Heijnen VCG. Geriatric screening tools are of limited value to predict decline in functional status and quality of life: results of a cohort study. *Fam Pract*. 2015 [acesso em 30 mar. 2019];16(30):1-12. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4358725/>
- Smets IHGJ, Kempen GIJM, Janssen-Heijnen MLG, Deckx L, Buntinx FJVM, Akker MVD. Four screening instruments for frailty in older patients with and without cancer: a diagnostic study. *BMC Geriatr* [Internet]. 2014 [acesso em 20 mar. 2019];14:(26):1-8. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3938903/>
- Bongue B, Buisson A, Dupre C, Beland F, Gonthier R, Crawford-Achour E. Predictive performance of four frailty screening tools in community-dwelling elderly. *BMC Geriatr* [Internet]. 2017 [acesso em 20 mar. 2019];17(262):1-9. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5681791/>
- Brasil. Ministério da Saúde. Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa [Internet]. Brasília, DF: MS; 2014 [acesso em 05 dez. 2017]. Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_saude_pessoa_idosa_3ed.pdf
- Oliveira MLC, Amancio TG. Situação de saúde, vida e morte da população idosa residente no Distrito Federal [Internet]. Curitiba: CRV; 2016 [acesso em 19 dez 2017]. Disponível em: <http://www.saude.df.gov.br/images/Programas/2016/livro.pdf>
- [Brasília]. Governo do Distrito Federal, Secretaria de Saúde do Distrito Federal, Subsecretaria de Vigilância à Saúde, Diretoria de Vigilância Epidemiológica, Gerência de Informação e Análise de Situação em Saúde. Pessoas residentes do DF, de acordo com a faixa etária e distrito de residência adotado no SIM, Sinasc e Sinan: 2008 - 2012. [S. l.]: [S. n.]; 2013.
- Min LC, Elliott MN, Wenger NS, Saliba D. Higher vulnerable elders survey scores predict death and functional decline in vulnerable older people. *J Am Geriatr Soc* [Internet]. 2006 [acesso em 15 dez. 2017];54(3):507-11. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1532-5415.2005.00615.x>
- Smets IH, Kempen GI, Janssen-Heijnen ML, Deckx L, Buntinx FJ, van den Akker M. Four screening instruments for frailty in older patients with and without cancer: a diagnostic study. *BMC Geriatr* [Internet]. 2014 [acesso em 31 out. 2016];14:1-8. Disponível em: <https://bmcgeriatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2318-14-26>
- Wallace E, McDowell R, Bennett K, Fahey T, Smith SM. External validation of the Vulnerable Elder's Survey for predicting mortality and emergency admission in older community-dwelling people: a prospective cohort study. *BMC Geriatr* [Internet]. 2017 [acesso em 01 abr. 2019];17:1-8. Disponível em: <https://bmcgeriatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12877-017-0460-1>
- Rodrigues GHP, Gebara OCE, Gerbi CCS, Pierri H, Wajngarten M. Depressão como determinante clínico de dependência e baixa qualidade de vida em idosos cardiopatas. *Arq Bras Cardiol* [Internet]. 2015 [acesso em 25 jan. 2018];104(6):443-9. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2015000600003
- John G, Gerstel E, Jung M, Dällenbach P, Faltin, D, Petoud V, et al. Urinary incontinence as a marker of higher mortality in patients receiving home care services. *BJU Int* [Internet]. 2014 [acesso em 25 jan. 2018];113(1):113-9. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/bju.12359>

15. Kessler M, Facchini LA, Soares MU, Nunes BP, França SM, Thumé E. Prevalência de incontinência urinária em idosos e relação com indicadores de saúde física e mental. *Rev Bras Geriatr Gerontol* [Internet]. 2018 [acesso em 01 abr. 2019];21(4):409-19. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232018000400397&lng=pt&nr_m=iso&tlng=pt
16. Camarano AA. Mecanismos de proteção social para a população idosa brasileira [Internet]. Rio de Janeiro: IPEA; 2006 [acesso em 25 jan. 2018]. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/td_1179.pdf
17. Alcântara AO, Camarano AA, Giacomini KC. Política nacional do idoso: velhas e novas questões [Internet]. Rio de Janeiro: IPEA; 2016 [acesso em 01 abr. 2019]. p. 91-3. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/livros/161006_livro_politica_nacional_idosos.PDF



Avaliação da incapacidade funcional e fatores associados em idosos

Evaluation of functional disability and associated factors in the elderly

Bruna Menezes Aguiar¹ 
Patrícia Oliveira Silva¹ 
Maria Aparecida Vieira² 
Fernanda Marques da Costa^{3,4} 
Jair Almeida Carneiro^{3,4} 

Resumo

Objetivo: Estimar a prevalência e os fatores sociodemográficos e de saúde autorrelatados associados à incapacidade funcional para as atividades básicas e instrumentais da vida diária entre idosos. **Método:** Estudo transversal, com amostragem representativa de idosos atendidos por um centro de referência no norte de Minas Gerais. A coleta de dados ocorreu em 2015. Analisaram-se variáveis demográficas e socioeconômicas, morbidades, internação hospitalar no último ano, fragilidade (*Edmonton Frail Scale*), a Escala de Depressão Geriátrica (*Geriatric Depression Scale – GDS-15*) e a incapacidade funcional (Índice de *Katz*, Escala de *Lawton e Brody*). Foi realizada análise múltipla por meio da regressão de Poisson com variância robusta. **Resultados:** Participaram do estudo 360 idosos com idade igual ou superior a 65 anos. A prevalência de incapacidade funcional para as Atividades Básicas da Vida Diária foi de 21,4% e para as atividades instrumentais foi de 78,3%. A incapacidade funcional para as atividades básicas foi maior entre idosos do sexo masculino ($p=0,03$) que sofreram AVC ($p=0,00$) e eram frágeis ($p=0,00$), e para as atividades instrumentais foi maior entre os mais longevos ($p=0,04$); que não sabiam ler ($p=0,00$), com menos de cinco anos de estudo ($p=0,02$); que apresentaram sintomas depressivos ($p=0,00$) e eram frágeis ($p=0,00$); e menor entre os idosos que residem sozinhos. **Conclusão:** Identificou-se alta prevalência de incapacidade funcional para as atividades instrumentais de vida diária entre os idosos, o que evidencia a necessidade de uma abordagem efetiva e imediata pelos profissionais de saúde, que devem direcionar cuidados preventivos a fim de atenuar essa realidade.

Palavras-chave: Saúde do Idoso. Atividades Cotidianas. Funcionalidade.

¹ Universidade Estadual de Montes Claros, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Departamento de Enfermagem. Montes Claros, Minas Gerais, Brasil.

² Universidade Estadual de Montes Claros, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Departamento de Enfermagem, Programa Pós-graduação em Cuidados Primários em Saúde. Montes Claros, Minas Gerais, Brasil.

³ Centro Universitário FIPMoc (UNIFIPMoc), Departamento de Medicina. Montes Claros, Minas Gerais, Brasil.

⁴ Universidade Estadual de Montes Claros. Centro de Ciências Biológicas e da Saúde. Departamento de Saúde Mental e Saúde Coletiva. Montes Claros, Minas Gerais, Brasil.

Correspondência
Bruna Menezes Aguiar
aguiarbruna308@gmail.com

Recebido: 03/09/2018
Aprovado: 18/04/2019

Abstract

Objective: To estimate the prevalence and self-reported socio-demographic and health factors associated with functional disability in basic and instrumental activities of daily living among the elderly. **Method:** A cross-sectional study was carried out, based on a representative sample of elderly people receiving care at a reference unit in the north of the state of Minas Gerais. The data were collected in 2015. Demographic and socioeconomic variables, morbidity, hospitalizations in the previous year, frailty (Edmonton Frail Scale), geriatric depression (GDS-15), and functional disability (Katz Index, Lawton and Brody Scales) were analyzed. Multiple analysis was performed using Poisson regression with robust variance. **Results:** 360 elderly people aged 65 years and over participated in the study. The prevalence of functional disability for Basic Activities of Daily Living was 21.4% while for instrumental activities it was 78.3%. Functional disability in basic activities was higher among elderly males ($p=0.03$) who had suffered strokes ($p=0.00$) and were frail ($p=0.00$), while for instrumental activities it was higher among older elderly persons ($p=0.04$); who were illiterate ($p=0.00$), had less than five years of schooling ($p=0.02$); had depressive symptoms ($p=0.00$) and were frail ($p=0.00$). It was lower among elderly persons who lived alone. **Conclusion:** A high prevalence of functional disability was identified among the elderly for instrumental activities of daily living, demonstrating the need for an effective and immediate approach by health professionals, who should employ preventive care in order to tackle this problem.

Keywords: Health of the Elderly. Activities of Daily Living. Functionality.

INTRODUÇÃO

O processo de envelhecimento populacional ocorre mundialmente, nos países desenvolvidos, de modo gradual; enquanto que nos países em desenvolvimento, como o Brasil, apresenta-se de forma acelerada¹. Com essa expansão, os anos a mais de sobrevida devem ser visualizados de modo qualitativo, uma vez que é essencial disponibilizar ao idoso melhores condições de saúde, para que tenham um envelhecimento ativo, saudável e funcional na realização de suas necessidades, pelo período mais duradouro possível².

A capacidade funcional é definida como um conjunto de competências físicas e mentais essenciais para executar, sem auxílio, as atividades da vida diária. Para os idosos essa questão significa que estão aptos para desenvolver atividades e tomar decisões do seu cotidiano. Em contrapartida, a incapacidade funcional representa a dependência desse indivíduo em realizar tais tarefas³.

Essas tarefas são divididas em três categorias: Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD), que abrangem as ações básicas de autocuidado e são determinadas por saúde, trabalho, lazer e

autoconhecimento. As Atividades Avançadas de Vida Diária (AAVD) constituem um conjunto de atividades de lazer independentes do trabalho, atividades educacionais, participação social e que dependem de motivação pessoal. Já as Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD), referem-se à capacidade de realizar serviços mais complexos e, portanto, estão associadas à autonomia do idoso, tendo em vista que para exercer essas atividades é necessário alguma independência. As AIVD são caracterizadas pelo trabalho e socialização, que inclui reunir-se com os amigos e participação na comunidade^{3,4}.

Tendo em vista que a incapacidade funcional pode reduzir a autonomia na execução de atividades básicas e instrumentais é importante investigar qual o impacto dessa condição para a vida dos idosos e para os serviços de saúde. Percebe-se que avaliar a incapacidade funcional de idosos é relevante, pois pode fornecer suporte para nortear uma assistência de qualidade dos serviços de saúde⁵.

O objetivo do estudo foi estimar a prevalência e os fatores sociodemográficos e de saúde autorrelatadas associados à incapacidade funcional para as atividades básicas e instrumentais da vida diária entre idosos.

MÉTODO

Este estudo de delineamento transversal e analítico foi desenvolvido em um Centro de Referência à Saúde do Idoso para atendimento ambulatorial, localizado no norte do Estado de Minas Gerais, Brasil. A região norte do Estado de Minas Gerais apresenta baixos Índices de Desenvolvimento Humano (IDH), similares aos do Nordeste do Brasil. É uma região de vulnerabilidade social muito singular⁶. Assim, mesmo uma cidade de médio porte compartilha de condições específicas, as quais sinalizam para necessidade de estudos com foco em suas particularidades.

Participaram do estudo idosos com mais de 65 anos que estavam em atendimento, no período de maio a julho de 2015. O grupo avaliado foi selecionado a partir de amostragem de conveniência, não intencional, de acordo com a demanda atendida, considerando a dificuldade de seleção aleatória.

Para o cálculo do tamanho da amostra foi aplicado a um nível de significância de 5%, equivalendo a um intervalo de confiança de 95% e erro tolerável de amostragem de 3%. Essa primeira estimativa de tamanho amostral foi aumentada em 20%, a fim de explorar associações ajustadas entre as variáveis independentes e a incapacidade funcional. O número mínimo foi de 360 idosos.

A amostra populacional foi constituída pelos seguintes critérios de inclusão: ter idade igual ou superior a 65 anos; estar em atendimento no Centro de Referência em Saúde do Idoso. Teve como critérios de exclusão: incapacidade, segundo a avaliação da família ou déficit auditivo não corrigido que impedisse o entendimento das perguntas. A incapacidade, segundo a avaliação da família foi tomada como medida plausível diante da complexidade de se aplicar um instrumento específico para tal avaliação. Nesse caso, antes do início da entrevista, o instrumento de coleta de dados foi apresentado para os familiares, que julgaram se o idoso tinha condição de respondê-lo.

Para se realizar a entrevista multidimensional com a população-alvo os entrevistadores foram previamente treinados e calibrados (Kappa $\geq 0,8$). A coleta de dados ocorreu no Centro de Referência à Saúde do Idoso compreendendo os turnos matutino e vespertino.

Os instrumentos de coleta de dados utilizados foram baseados em estudos similares^{6,7} e previamente testados em estudo-piloto no mesmo local com 20 idosos não incluídos na análise. Para a coleta de dados utilizou-se os seguintes instrumentos: escalas de ABVD (Índice de Katz⁸) e de AIVD (Escala de Lawton e Brody⁹); Escala de *Edmonton Frail Scale*¹⁰, incluindo o Teste do Desenho do Relógio¹¹ que compõe essa escala; Escala de Depressão Geriátrica¹² e um questionário aplicado ao idoso contendo variáveis sociodemográficas, epidemiológicas e clínicas.

As variáveis independentes sociodemográficas foram: sexo; faixa etária (65-79 anos e ≥ 80 anos); cor da pele autorreferida (branca e não-branca); situação conjugal (com companheiro e sem companheiro); condição de residir sozinho ou com cônjuge, familiares ou amigos; escolaridade (até 4 anos de estudo e maior que 5 anos de estudo); sabe ler (sim e não); renda familiar mensal (até um salário mínimo e maior que um salário mínimo).

Os aspectos clínicos referem-se à presença de doenças crônicas não transmissíveis autorrelatadas e aferidas por meio de aplicação de questionário ao idoso (diabetes *mellitus*; doença cardíaca; doenças osteoarticulares; acidente vascular cerebral); sintomas depressivos, segundo pontuação na Escala de Depressão Geriátrica - ≥ 6 pontos e < 6 pontos¹²; registro de queda; internação no último ano e grau de fragilidade.

A fragilidade foi avaliada segundo pontuação pela Escala de *Edmonton Frail Scale* – EFS¹⁰, a qual aborda a cognição; estado de saúde; independência funcional; suporte social; uso de medicação; nutrição; humor; continência urinária e desempenho funcional. Tais domínios são organizados em 11 itens, e a escala possui escore de 0 a 17. A EFS classifica o idoso como não frágil quando possui 0-4 pontos; aqueles que são considerados *suscetíveis à fragilidade* possuem pontuação de 5-6 pontos; indivíduos com 7-8 pontos são inseridos em *fragilidade leve*; aqueles com escore de 9-10 possuem *fragilidade moderada* e idosos com pontuação ≥ 11 pontos são classificados como *fragilidade severa*¹⁰. No presente estudo, para a análise dos dados, os resultados da variável independente foram dicotomizados em dois níveis: sem fragilidade (escore final ≤ 6) e com fragilidade (escore final > 6).

A cognição foi avaliada por meio do Teste do Desenho do Relógio (TDR), contido no instrumento de avaliação da fragilidade. A interpretação ocorre pelo escore de 0 a 5. O desenho que se adequar ao escore 5 equivale a um relógio perfeito, permitindo-se leves desvios em relação a posição e espaço dos números; e o escore 0 é atribuído aos indivíduos que não conseguem representar o relógio de forma razoável ou que recusaram realizar o teste¹¹. O TDR não foi incluído na análise bivariada e múltipla em função de sua relação com incapacidade funcional já ser bem descrita na literatura. A não inclusão dessa variável no modelo estatístico de análise pode permitir a expressão de variáveis ainda pouco conhecidas e precisam ser discutidas.

A incapacidade funcional, variável dependente, foi definida pelas limitações nas ABVD, que foram mensuradas pelo Índice de Katz⁸. As limitações nas AIVD foram avaliadas pela Escala de Lawton e Brody⁹, que é composta por itens mais complexos no dia-a-dia⁹. Com base na escala de Lawton e Brody⁹, os idosos são classificados como independentes para as AIVD quando obtêm escore de 27 pontos e aqueles com pontuação ≤ 26 pontos são dependentes¹³.

O índice de Katz estabelece uma pontuação entre 0 a 3 pontos, sendo o idoso completamente independente para as ABVD quando possui um escore 0; com pontuação 1 o indivíduo necessita de auxílio de algum acessório (bengalas, barras, apoio em móveis) para a realização das atividades; com 2 pontos é essencial a ajuda humana para executar as tarefas, e idosos com 3 pontos nas ABVD são classificados como completamente dependentes⁸. Tanto a escala de ABVD quanto de AIVD são recomendadas pelo Ministério da Saúde, e foram validadas e adaptadas para a realidade brasileira¹³.

Para o cálculo de significância estatística da associação, utilizou-se o Teste Qui-quadrado. Foram calculadas razões de prevalência (RP) para investigar a existência de associações entre as variáveis independentes e a incapacidade funcional. As razões de prevalências ajustadas foram obtidas por meio da análise múltipla de regressão de Poisson com variância robusta, considerando as variáveis independentes que estiveram mais fortemente associadas com a incapacidade funcional na análise bivariada (até o nível de significância menor que

0,20). Para a análise final, considerou-se um nível de significância final de 0,05 ($p < 0,05$).

As informações coletadas foram analisadas por meio do programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 17.0 (SPSS for Windows, Chicago, EUA). As variáveis com p -valor $\leq 0,05$ foram consideradas como de associação estatisticamente significante.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Montes Claros - Parecer nº 1.003.534, de modo que todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

Foram entrevistados 360 idosos, desses 78,1% eram do sexo feminino. A faixa etária prevalente foi de 65 a 79 anos [média de 75,14; ($\pm 7,6$) anos]. Entre esses idosos verificou-se que 58,6% eram alfabetizados; porém, 85,8% apresentavam baixa escolaridade com até quatro anos de estudo; 62,5% dos idosos se autodeclararam ser de cor não branca; 68,1% possuem renda familiar composta por mais de um salário mínimo e 83,1% residiam com o cônjuge ou algum familiar.

Verificou-se que 21,4% dos idosos apresentaram incapacidade funcional para as ABVD, enquanto que 78,3% possuíam incapacidade na realização das AIVD. A avaliação da cognição por meio do TDR mostrou que 79,2% dos idosos avaliados apresentaram algum grau de declínio cognitivo.

As análises bivariadas entre incapacidade funcional para ABVD e AIVD e as demais variáveis são apresentadas na Tabela 1.

Identificou-se associação no nível de 20% ($p < 0,20$) entre as ABVD e as variáveis: sexo; arranjo familiar; sintomatologia depressiva; Acidente Vascular Cerebral/Derrame (AVC); quedas; internação e fragilidade. Para as AIVD houve associações com escolaridade; arranjo familiar; saber ler (alfabetização); idade; diabetes; sintomas de depressão e fragilidade (Tabela 1).

A prevalência da incapacidade funcional para as ABVD foi maior entre idosos do sexo masculino que sofreram AVC e classificados como frágeis (Tabela 2).

Tabela 1. Análises bivariadas entre grau de dependência para ABVD e AIVD e as variáveis independentes, em idosos assistidos no Centro de Referência à Saúde do Idoso (N=360), Montes Claros, MG, Brasil, 2015.

Variáveis Independentes	Atividades Básicas de Vida Diária		<i>p</i> -valor	Atividades Instrumentais de Vida Diária		<i>p</i> -valor
	DEP*	IND**		DEP	IND	
	n(%)	n(%)		n(%)	n(%)	
Sexo			0,021			0,33
Masculino	24 (30,4)	55(69,6)		65(82,3)	14(17,7)	
Feminino	53(18,9)	228(81,1)		217(77,2)	64(22,8)	
Idade (anos)			0,232			<0,001
Até 79	54(19,9)	217(80,1)		201(74,2)	70(25,8)	
80 e mais	23(25,8)	66(74,2)		81(91,0)	8(9,0)	
Cor da pele			0,813			0,121
Branca	28(20,7)	107(79,3)		100(74,1)	35(25,9)	
Outras	49(21,8)	176(78,2)		182(80,9)	43(19,1)	
Estado Civil			0,461			0,534
Com companheiro	34(23,3)	112(76,7)		112(76,7)	34(23,3)	
Sem companheiro	43(20,1)	171(79,9)		170(79,4)	44(20,6)	
Sabe ler			0,412			<0,001
Sim	42(19,9)	169(80,1)		148(70,1)	63(29,9)	
Não	35(23,5)	114(76,5)		134(89,9)	15(10,1)	
Escolaridade (anos)			0,684			<0,001
5 e mais	12(23,5)	39(76,5)		23(45,1)	28(54,9)	
Até 4	65(21,0)	244(79,0)		259(83,8)	50(16,2)	
Arranjo familiar			0,011			<0,001
Reside com cônjuge, familiares ou amigos	71(23,7)	228(76,3)		242(80,9)	57(19,1)	
Reside sozinho	6(9,8)	55(90,2)		40(65,6)	21(34,4)	
Possui renda própria			0,951			0,392
Sim	75(21,4)	276(78,6)		276(78,6)	75(21,4)	
Não	2(22,2)	7(77,8)		6(66,7)	3(33,3)	
Renda familiar categorizada (salário mínimo)			0,911			0,564
Mais de 1	52(21,2)	193(78,8)		194(79,2)	51(20,8)	
Até 1	25(21,7)	90(78,3)		88(76,5)	27(23,5)	
Tem diabetes			0,901			0,181
Sim	16(21,9)	57(78,1)		53(72,6)	20(27,4)	
Não	61(21,3)	226(78,7)		229(79,8)	58(20,2)	
Problema cardíaco			0,731			0,333
Sim	18(22,8)	61(77,2)		65(82,3)	14(17,7)	
Não	59(21,0)	222(79,0)		217(77,2)	64(22,8)	
Tumor maligno			0,713			0,126
Sim	4(25,0)	12(75,0)		15(93,8)	1(6,2)	
Não	73(21,2)	271(78,8)		267(77,6)	77(22,4)	

continua

Continuação da Tabela 1

Variáveis Independentes	Atividades Básicas de Vida Diária		<i>p</i> -valor	Atividades Instrumentais de Vida Diária		<i>p</i> -valor
	DEP*	IND**		DEP	IND	
	n(%)	n(%)		n(%)	n(%)	
Doença osteoarticular			0,564			0,082
Sim	36(22,8)	122(77,2)		117(74,1)	41(25,9)	
Não	41(20,3)	161(79,7)		165(81,7)	37(18,3)	
Osteoporose			0,312			0,714
Sim	30(24,4)	93(75,6)		95(77,2)	28(22,8)	
Não	47(19,8)	190(80,2)		187(78,9)	50(21,1)	
Acidente Vascular Cerebral			<0,001			0,071
Sim	20(52,6)	18(47,4)		34(89,5)	4(10,5)	
Não	57(17,7)	265(82,3)		248(77,0)	74(23,0)	
Sintomas de Depressão			0,012			0,011
Não apresenta	39(17,3)	187(82,7)		157(69,5)	69(30,5)	
Apresenta	38(28,4)	96(71,6)		125(93,3)	9(6,7)	
Quedas			0,064			0,091
Não	28(17,1)	136(82,9)		122(74,4)	42(25,6)	
Sim	49(25,0)	147(75,0)		160(81,6)	36(18,4)	
Internação			<0,001			0,431
Nenhuma	52(18,3)	232(81,7)		220(77,5)	64(22,5)	
Uma ou mais	25(32,9)	51(67,1)		62(81,6)	14(18,4)	
Fragilidade			<0,001			0,001
Não frágil	15(7,9)	175(92,1)		119(62,6)	71(37,4)	
Frágil	62(36,5)	108(63,5)		163(95,9)	7(4,1)	

*Dependente; ** Independente.

Tabela 2. Fatores associados à incapacidade funcional para as ABVD entre idosos assistidos no Centro de Referência à Saúde do Idoso (N=360) (Análise Múltipla). Montes Claros, MG, Brasil, 2015.

Variáveis Independentes	RP ajustada*	IC 95%**	<i>p</i> valor
Sexo			
Feminino	1		0,03
Masculino	1,08	1,00-1,17	
Acidente Vascular Cerebral			
Não	1		0,00
Sim	1,20	1,08-1,32	
Fragilidade			
Não	1		0,00
Sim	1,24	1,16-1,32	

*RP: Regressão de Poisson, com variância robusta; **IC: Intervalo de Confiança.

A incapacidade funcional para as AIVD foi maior entre os idosos mais longevos; que não sabiam ler, com menos de cinco anos de estudo; que

apresentaram sintomas depressivos e classificados como frágeis; e menor entre os idosos que residem sozinhos, se comparados aos que residem com cônjuge ou familiares (Tabela 3).

Tabela 3. Fatores associados à incapacidade funcional para as AIVD entre idosos assistidos no Centro de Referência à Saúde do Idoso (N=360, Análise Múltipla), Montes Claros, MG, Brasil, 2015.

Variáveis Independentes	RP ajustada*	IC 95%**	p valor
Idade (anos)			
Até 79	1		0,04
80 e mais	1,06	1,00-1,14	
Saber Ler			
Sim	1		0,00
Não	1,09	1,02-1,16	
Escolaridade (anos)			
5 e mais	1		0,02
Até 4	1,22	1,12-1,34	
Arranjo Familiar			
Reside com cônjuge, familiares ou amigos	1		0,00
Reside sozinho	0,91	0,84-0,98	
Depressão			
Não	1		0,00
Sim	1,09	1,03-1,16	
Fragilidade			
Não	1		0,00
Sim	1,22	1,15-1,30	

*RP: Regressão de Poisson, com variância robusta; **IC: Intervalo de Confiança.

DISCUSSÃO

Esta investigação possibilitou estimar a prevalência de incapacidade funcional em relação às atividades básicas e instrumentais de vida diária entre os idosos atendidos por um Centro de Referência à Saúde do Idoso. Além de permitir uma discussão acerca dos fatores que sociodemográficos e inerentes à saúde dos idosos que podem impactar na incapacidade funcional.

A incapacidade funcional para as ABVD foi de 21,4%, semelhante ao encontrado no estudo realizado em Uberaba-Minas Gerais (MG), no qual 17,6% dos idosos apresentavam limitação na execução destas atividades⁴. A incapacidade funcional para as AIVD foi de 78,3%, resultado este, superior ao encontrado em estudos distintos realizados nos anos de 2010 e 2012 em Uberaba (MG), os quais verificaram que 46,3% e 65,9% dos idosos, respectivamente, apresentavam incapacidade para as atividades instrumentais ao serem comparadas^{4,14}. Tal fato pode ser devido as AIVD exigirem maior

integridade física e cognitiva quando comparadas às atividades básicas¹⁵.

O declínio da capacidade funcional, geralmente, pode estar associado a variáveis sociodemográficas¹⁵, como observado no presente estudo. Verificou-se que a incapacidade funcional para as ABVD esteve associada ao sexo masculino, presença de sequelas de AVC e a fragilidade. Quanto às AIVD, entre aqueles que residiam sozinhos, foi observada menor incapacidade funcional. Já entre idosos mais longevos; com menor escolaridade, que não sabiam ler e que apresentavam sintomas depressivos foi identificada maior incapacidade funcional.

Quanto a relação entre sexo masculino e maior incapacidade funcional para as atividades básicas, é importante atentar para as questões de gênero. Pois em função de questões culturais muitos homens não realizam ou solicitam auxílio para executar as atividades básicas que incluem atividades domésticas. Portanto, a maior incapacidade funcional no sexo masculino pode ser em função de questões

socioculturais e não somente relacionadas ao declínio funcional. Pode-se elencar, ainda, como prováveis fatores contribuintes para a incapacidade funcional nos homens, a maior exposição a comportamentos de risco em trabalhos que exigem maior esforço; tabagismo; ingestão rotineira de bebidas alcóolicas e, conseqüentemente, ocorrência de adoecimentos crônicos^{16,17}. Em estudo realizado em Itajuru, Bahia (BA), também foi observado que o sexo masculino, em sua maioria, apresentou incapacidade funcional para a execução destas atividades¹⁶.

Embora, neste estudo, a incapacidade funcional ter afetado predominantemente os homens, encontra-se mais comumente na literatura o sexo feminino como o mais acometido pela incapacidade funcional³. Esse fato ocorre devido o envelhecimento acontecer em ritmos diferentes nos sexos masculino e feminino, visto que os homens estão mais suscetíveis a doenças de maior letalidade como isquêmicas cardíacas, enquanto que as mulheres idosas adquirem morbidades de baixo índice de mortalidade, no entanto, são crônicas e podem levar à incapacidade funcional. Além disso, as idosas buscam com maior frequência os serviços de saúde, utilizam mais medicamentos e apresentam maior adesão aos planos de intervenção¹³.

Os idosos com histórico de AVC mostraram incapacidade funcional para a execução das ABVD. Resultado semelhante ao encontrado em Goiânia-Goiás (GO)¹⁸. Desse modo, a incapacidade funcional relacionada ao AVC pode ser esclarecida pelo fato de esse gerar conseqüências motoras e sensitivas no indivíduo, o que resulta em uma maior complexidade do idoso conseguir deambular de forma independente e realizar tarefas básicas de autocuidado¹⁹.

Quanto a maior incapacidade funcional para AIVD entre idosos longevos, esse achado é similar ao estudo desenvolvido nos municípios de Ilhéus (BA), Caratinga (MG) e Nova Santa Rosa-Paraná (PR)²⁰. Com o decorrer da idade a capacidade funcional pode sofrer declínio, ocorrendo das atividades mais complexas para as menos laboriosas, visto que a capacidade de executar uma tarefa exige a agregação dos diferentes sistemas fisiológicos¹. No presente estudo não foi encontrada associação entre incapacidade funcional e ABVDs. Resultados diferentes foram identificados nos estudos realizados

em Teresina (PI) e em Montes Claros (MG), os quais verificaram que a idade apresentava associação com incapacidade funcional tanto para as ABVD quanto para as AIVD^{21,1}.

Nesta investigação, os idosos que não sabiam ler e que possuíam poucos anos de escolaridade apresentaram incapacidade funcional para as AIVD, semelhante ao verificado em pesquisa multicêntrica que entrevistou idosos nos municípios do Rio de Janeiro (RJ), Juiz de Fora (MG), Campo Grande-Mato Grosso do Sul (MS) e Cuiabá-Mato Grosso (MT)²². Este achado justifica-se pelo fato das atividades instrumentais demandarem do idoso certo nível de alfabetização, visto que possuem um grau de dificuldade maior para sua completa execução²².

A escolaridade e alfabetização apresentam influência no declínio cognitivo do idoso, o que pode ser observado pela pesquisa que avaliou idosos institucionalizados em Araxá (MG), a qual verificou que os idosos com menores níveis de escolaridade apresentavam um maior comprometimento cognitivo, o que repercute na incapacidade funcional²³.

Os sintomas depressivos estiveram associados à incapacidade funcional para as AIVD, e tal achado corrobora com estudo desenvolvido em Montes Claros (MG), ao identificar que os idosos com sintomatologia depressiva apresentavam incapacidade funcional apenas para as atividades instrumentais⁷. No presente estudo a presença de sintomas depressivos não foi associada a incapacidade funcional para as ABVD. Contrapõe-se a este estudo, pesquisa realizada em Santo Antonio de Jesus (BA), na qual se observou incapacidade funcional tanto para as ABVD quanto para as AIVD em indivíduos que manifestavam sintomas de depressão²⁴. A incapacidade funcional relacionada aos sintomas depressivos se deve ao fato de que as atividades, principalmente as instrumentais exigirem maior organização e articulação da execução das tarefas, o que envolve também a interação social²⁴.

Em relação ao arranjo familiar, verificou-se maior prevalência de incapacidade funcional para as AIVD entre os idosos investigados que viviam acompanhados. Esse resultado foi semelhante ao estudo realizado nos municípios de Ilhéus (BA), Caratinga (MG) e Nova Santa Rosa (PR), nos quais

constatou-se que os idosos possuíam incapacidade funcional apenas para as AIVD²⁰. Segundo a literatura, idosos que residem com parentes, principalmente se a estrutura do arranjo familiar for multigeracional, manifestam maior possibilidade de apresentar declínio na capacidade funcional para realização das AIVD. Pode ser elencado como provável justificativa o fato desses idosos serem privados da elaboração de tarefas que demandam maior nível de complexidade²⁰. Ou seja, pode não haver declínio funcional, mas sim autonomia limitada.

No presente estudo a fragilidade foi determinante da incapacidade funcional tanto para as ABVD quanto para as AIVD. Essa associação entre fragilidade e incapacidade funcional, foi semelhante à pesquisa realizada em Curitiba (PR)²⁵. Em vista disso, uma provável justificativa seria o fato de o idoso frágil manifestar maiores limitações para exercer tarefas diárias, havendo assim, um declínio inicial das atividades mais complexas que exigem uma maior habilidade para desenvolvimento e posteriormente o idoso pode manifestar dificuldade na realização de atividades de autocuidado^{25,26}. Porém, resultados diferentes foram encontrados em estudo desenvolvido em São Carlos-São Paulo (SP), em que a fragilidade estava associada apenas as AIVD²⁶.

Em relação a cognição, pôde-se verificar que os idosos manifestaram desempenho cognitivo comprometido, semelhante ao encontrado em pesquisa realizada em Embu (SP), onde observou-se que 69,9% dos idosos avaliados obtiveram resultado negativo no teste. A reprovação no TDR pode ser influenciada pelo nível de escolaridade reduzido, visto que para a elaboração do relógio e interpretação das horas é necessário o conhecimento dos números²⁷.

A relevância do TDR está em avaliar diversas áreas cognitivas, tais como memória; compreensão verbal; capacidade de planejamento; habilidade visuoespacial; praxia e função visuo-espacial, de modo que pode apontar alterações no funcionamento dos lobos frontais e temporoparietais²⁸.

Algumas limitações foram verificadas no presente estudo: o delineamento metodológico transversal que dificulta a determinação de relação causal entre incapacidade funcional em idosos e as variáveis

predisponentes citadas nesta pesquisa. Além do local de estudo se tratar de um centro de referência à saúde do idoso, determinando a amostra como de conveniência, o que restringe a validade externa, visto que os resultados poderão ser extrapolados apenas para populações semelhantes. Também as informações de saúde serem autorreferidas pelo idoso.

Contudo, apesar dessas limitações, este estudo apresenta amostra satisfatória necessária para o ajuste dos modelos de regressão, e contou com a utilização de instrumentos padronizados, já adaptados a cultura brasileira. Destaca-se que pesquisas com metodologia transversal são necessárias como subsídio para a elaboração de estratégias públicas locais, em razão de propiciarem informações de modo mais ágil e que contribuem para monitorar as condições de saúde das pessoas.

Deste modo, ao se conhecer melhor o perfil dos idosos que são atendidos no cenário deste estudo foi identificado que boa parte deles apresenta incapacidade funcional para alguma atividade. Isso demonstra a necessidade de profissionais de saúde com formação adequada para que estejam aptos a utilizar os instrumentos que classificam a funcionalidade do idoso. O que poderia possibilitar intervenções precoces a fim de minimizar os efeitos da incapacidade funcional na qualidade de vida dessa clientela.

CONCLUSÃO

Entre os idosos atendidos em um Centro de Referência à Saúde em Montes Claros, Minas Gerais, foram fatores determinantes da incapacidade funcional para Atividades Básicas de Vida Diária ser do sexo masculino e ter sofrido Acidente Vascular Cerebral e a incapacidade funcional para Atividades Instrumentais de Vida Diária foi determinada por saber ler; ser mais longevos; apresentar sintomas depressivos e residir com cônjuges, familiares ou amigos. Por fim, a incapacidade funcional tanto para Atividades Básicas quanto para Atividades Instrumentais foi determinada pela fragilidade entre os idosos avaliados. Verificou-se também algum grau de comprometimento cognitivo entre grande parte dos idosos.

Diante disso, é essencial que profissional de saúde aproprie-se do seu conhecimento e do seu papel no atendimento ao idoso, fazendo uso de suas ferramentas

e sistematizando o cuidado, de modo que garanta a sua autonomia na avaliação integral dessa clientela, além de aplicar intervenções em situações de risco ao idoso.

REFERÊNCIAS

- Barbosa BR, Almeida JM, Barbosa MR, Rossi-Barbosa LAR. Avaliação da capacidade funcional dos idosos e fatores associados à incapacidade. *Ciênc Saúde Colet* [Internet]. 2014 [acesso em 28 jun. 2017];19(8):3317-25. Disponível: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000803317&lng=pt&tlng=pt
- Vicente FR, Santos SMA. Avaliação multidimensional dos determinantes do envelhecimento ativo em idosos de um município de Santa Catarina. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2013 [acesso em 10 nov. 2017];22(2):370-8. Disponível: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000200013&lng=pt&tlng=pt
- Kagawa CA, Corrente JE. Análise da capacidade funcional em idosos do município de Avaré-SP: fatores associados. *Rev Bras Geriatr Gerontol* [Internet]. 2015 [acesso em 28 jun. 2017];18(3):577-86. Disponível: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232015000300577&lng=pt&tlng=pt
- Virtuoso Júnior JS, Martins CA, Roza LB, Paulo TRS, Ribeiro MCL, Tribess S. Prevalência de incapacidade funcional e fatores associados em idosos. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2015 [acesso em 12 set. 2017];24(2):521-9. Disponível: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072015000200521&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
- Gonçalves MJC, Azevedo Júnior SA, Silva J, Souza LN. A importância da assistência do enfermeiro ao idoso institucionalizado em instituição de longa permanência. *Rev Cient Enferm* [Internet]. 2015 [acesso em 15 nov. 2017];5(14):12-8. Disponível: <https://www.recien.com.br/index.php/Recien/article/view/106>
- Ramos GCF, Carneiro JA, Barbosa ATF, Mendonça JMG, Caldeira AP. Prevalência de sintomas depressivos e fatores associados em idosos no norte de Minas Gerais: um estudo de base populacional. *J Bras Psiquiatr* [Internet]. 2015 [acesso em 12 nov. 2017];64(2):123-31. Disponível: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852015000200122&lng=pt&tlng=pt
- Hoffmann EJ, Ribeiro F, Farnese JM, Lima EWB. Sintomas depressivos e fatores associados entre idosos residentes em uma comunidade no norte de Minas Gerais, Brasil. *J Bras Psiquiatr* [Internet]. 2010 [acesso em 15 ago. 2017];59(3):191-7. Disponível: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852010000300004&lng=pt&tlng=pt
- Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. *JAMA*.1963;185(12):914-9.
- Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*. 1969;9(3):179-86.
- Rolfson DB, Majumdar SR, Tsuyuki RT, Tahir A, Rockwood K. Validity and reliability of the Edmonton Frail Scale. *Age Ageing*. 2006;35(5):26-9.
- Shulman KI. Clock-drawing: is the ideal cognitive screening test? *Int J Geriatr Psychiatry*. 2000;15(6):548-61.
- Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey MB, et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J Psychiatr Res*. 1983;17(1):37-49.
- Lima IF, Azevedo RCSA, Reiners AAO, Silva AMC, Souza LC, Almeida NA. Fatores associados à independência funcional de mulheres idosas no município de Cuiabá/MT. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2016 [acesso em 06 jul. 2017];19(5):827-37. Disponível: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232016000500827&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
- Brasil. Ministério da Saúde. Envelhecimento e Saúde da pessoa idosa [Internet]. Brasília, DF: MS; 2007 [acesso em 12 maio 2017];19. (Série A. Normas e Manuais Técnicos), (Caderno de Atenção Básica, 19). Disponível: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abcad19.pdf>
- Tavares DMS, Pelizaro PB, Pegorari MS, Paiva MM, Marchiori GF. Functional disability and associated factors in urban elderly: a population-based study. *Rev Bras Cineantropom Hum* [Internet]. 2016 [acesso em 05 ago. 2017];18(5):500-8. Disponível: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/rbcdh/article/view/1980-0037.2016v18n5p499>

16. Gupta P, Mani K, Rai SK, Nongkynrih B, Gupta SK. Functional disability among elderly persons in a rural area of Haryana. *Indian J Public Health* [Internet]. 2014 [acesso em 22 nov. 2017];58(1):12-6. Disponível: <http://www.ijph.in/article.asp?issn=0019-557X;year=2014;volume=58;issue=1;spage=11;epage=16;aulast=Gupta>
17. Almeida TZS, Santos CA, Rocha SV, Pedreira RBS, Pinto Junior EP. Prevalência e fatores associados à incapacidade funcional em idosos residentes na zona rural. *Rev Ciênc Méd Biol* [Internet]. 2016 [acesso em 24 nov. 2017];15(2):199-203. Disponível: <https://portalseer.ufba.br/index.php/cmbio/article/view/16996>
18. Veloso MV, Figueiredo MLF, Araújo TME, Nunes BMVT, Moita Neto JM, Oliveira AV, et al. Dependência funcional em idosos institucionalizados e o déficit de memória. *RIASE* [Internet]. 2016 [acesso em 24 nov. 2017];2(3):663-75. Disponível: http://www.revistas.uevora.pt/index.php/saude_envelhecimento/article/view/144
19. Castro DC, Nunes DP, Pagotto V, Pereira LV, Bachion MM, Nakatani AYK. Incapacidade funcional para atividades básicas de vida diária de idosos: estudo populacional. *Ciênc Cuid Saúde* [Internet]. 2016 [acesso em 05 de ago. 2017];15(1):109-117. Disponível: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/27569>
20. Vieira LA, Guedes MVC, Barros AA. Aplicação das escalas de Glasgow, Braden e Rankin em pacientes acometidos por acidente vascular encefálico. *Rev Enferm UFPE on line* [Internet]. 2016 [acesso em 05 ago. 2017];10(5):4226-32. Disponível: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11167/12697>
21. Virtuoso-Júnior JS, Menezes AS, Meneguici J, Sasaki JE. Fatores associados à incapacidade funcional em idosos brasileiros. *Rev Andal Med Deporte* [Internet]. 2016 [acesso em 05 ago. 2017];30(20):2-7. Disponível: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1888754616300867?via%3Dihub>
22. Pereira LC, Figueiredo ML, Beleza CMF, Andrade EMLR, Silva MJ, Pereira AFM. Fatores preditores para incapacidade funcional de idosos atendidos na atenção básica. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2017 [acesso em 06 ago. 2017];70(1):112-18. Disponível: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672017000100112
23. Mattos IE, Carmo CN, Santiago LM, Luz LL. Factors associated with functional incapacity in elders living in long stay institutions in Brazil: a cross-sectional study. *BMC Geriatrics* [Internet]. 2014 [acesso em 06 ago. 2017];14(47):2-9. Disponível: <https://bmcgeriatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2318-14-47>
24. Trindade APNT, Barboza MA, Oliveira FB, Borges APO. Repercussão do declínio cognitivo na capacidade funcional em idosos institucionalizados e não institucionalizados. *Fisioter Mov* [Internet]. 2013 [acesso em 06 ago. 2017];26(2):281-9. Disponível: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-51502013000200005&lng=pt&tlng=pt
25. Possato JM, Rabelo DF. Condições de saúde psicológica, capacidade funcional e suporte social de idosos. *Rev Kairós* [Internet]. 2017 [acesso em 15 ago. 2017];20(2):45-57. Disponível: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairós/article/view/34061>
26. Lenardt MH, Carneiro NHK, Binotto MA, Willig MH, Lourenço TM, Albino J. Fragilidade e qualidade de vida de idosos usuários da Atenção Básica de Saúde. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2016 [acesso em 18 ago. 2017];69(3):478-83. Disponível: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672016000300478&lng=pt&tlng=pt
27. Santos-Orlandi AA, Brito TRP, Ottaviani AC, Rossetti ES, Zazzetta MS, Pavarini SCI. Idosos que cuidam de idosos: um estudo sobre a Síndrome da Fragilidade. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2017 [acesso em 18 ago. 2017];70(4):856-64. Disponível: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672017000400822&lng=en&rm=iso&tlng=pt
28. Fernandes HCL, Gaspar JC, Yamashita CH, Amendola F, Alvarenga RM, Oliveira MAC. Avaliação da fragilidade de idosos atendidos em uma unidade da Estratégia Saúde da Família. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2013 [acesso em 22 nov. 2017];22(2):423-31. Disponível: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000200019&lng=pt&tlng=pt
29. Moura GC, Lopes AA, Lima LD, Godoi VH, Barbosa ZCL. Avaliação de sintomas demenciais em idosos. *Cad Grad Ciênc Hum. Soc. Unit* [Internet]. 2017 [acesso em 22 nov. 2017];4(2):63-76. Disponível: <https://periodicos.set.edu.br/index.php/fitshumanas/article/view/4176/2578>



Reflexões acerca da percepção dos idosos sobre a felicidade e dinheiro

Reflections on the perception of the elderly regarding happiness and money

Nadir Antonio Pichler¹ 
Helenice de Moura Scortegagna¹ 
Jarbas Dametto¹ 
Dione Maria S. Frizon¹ 
Milena Paula Zancanaro² 
Talía Castilhos de Oliveira² 

Resumo

Objetivo: Descrever e refletir as possíveis relações estabelecidas por idosos entre felicidade e dinheiro. **Método:** Trata-se de uma pesquisa qualitativa, exploratória e descritiva, realizada a partir de entrevista semiestruturada com 19 pessoas idosas, em seus domicílios, de ambos os sexos, no período de 2017 a 2018, em dois estados da região Sul do Brasil, por meio de análise de conteúdo. **Resultados:** O que emergiu na voz das pessoas idosas desdobrou-se em duas categorias: *O dinheiro como um meio de vida*, e *O dinheiro não traz felicidade*. Os participantes indicaram relações entre felicidade e dinheiro, porque o dinheiro é uma das condições para satisfazer as necessidades básicas da vida cotidiana, mas apareceu como recurso propedêutico à felicidade. Também informaram que a busca obsessiva pelo dinheiro pode gerar fascínio, ansiedade e depressão. **Conclusão:** Os participantes indicaram que o dinheiro é um meio para viver bem e ser feliz e não foi considerado o objetivo maior de suas vidas. Ele não é promotor de felicidade, mas pode contribuir pela busca da paz, da tranquilidade e a satisfação interior.

Palavras-chave: Felicidade. Suporte financeiro. Saúde Idoso.

Abstract

Objective: To describe and reflect the possible relationships established by the elderly between happiness and money. **Method:** It is a qualitative, exploratory and descriptive research, carried out from a semi-structured interview with 19 elderly people, in their households, of both sexes in 2017 and 2018, in two states of the South region of Brazil, through content analysis. **Results:** What emerged in the voice of older people unfolded into two categories: *Money as a way of life* and *Money does not bring happiness*. Participants indicated relationships between happiness and money because money is one of the conditions to meet the basic needs of daily life, but it appeared as a propedeutic resource for happiness. They also reported that the obsessive pursuit of money can generate

Keywords: Happiness. Financial Support. Health of the Elderly.

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

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

Correspondência
Nadir Antonio Pichler
nadirp@upf.br

Recebido: 04/10/2018
Aprovado: 15/04/2019

fascination, anxiety and depression. *Conclusion:* The participants indicated that money is a means to live well and be happy and was not considered the highest goal of their lives. He is not a promoter of happiness, but can contribute to the pursuit of peace, tranquility and inner satisfaction.

INTRODUÇÃO

Para Hadot¹, Lenoir² e Ferry^{3,4}, as reflexões filosóficas no Ocidente acerca da felicidade iniciaram com os gregos, sendo Sócrates o precursor, que propôs à humanidade a seguinte questão existencial: em que consiste a felicidade? Essa pergunta clássica, novamente em voga, foi uma das temáticas centrais das éticas teleológicas antigas e medievais. São consideradas teleológicas, porque identificaram a felicidade como o bem supremo do homem, “que tem um fim em si mesmo”, ou seja, de acordo com Aristóteles, é o maior objetivo que as pessoas aspiram na vida, demonstrada em um artigo da revista *Science*, para as quais tendem todas as ações, porque o amor à sabedoria era “uma atividade intelectual inseparável de uma atitude de vida”³. Porém, na época contemporânea, a discussão da felicidade foi considerada em perspectivas diferentes na filosofia.

Assim, se o bem supremo do homem é a felicidade, em que consiste uma vida feliz? Para os pensadores gregos e romanos, principalmente Aristóteles e Sêneca^{1,4}, os bens exteriores, como o dinheiro e o culto ao corpo, produzem uma felicidade simples, por serem meio. O que gera mais felicidade são os bens interiores, como o autoconhecimento, realização pessoal e social².

A partir de Kant², com o advento do iluminismo, do republicanismo e do laicismo, consagrado pela Revolução Francesa, surge a moral laica. Nessa, a finalidade essencial do homem não era mais a felicidade, mas a emancipação e liberdade. Revaloriza-se o trabalho, não mais restrito a escravos e servos, mas estendido a todas as classes sociais.

A partir de 1960 nos Estados Unidos e 1980 na Europa, particularmente na França, “a questão da felicidade individual ressurgiu com força”². Filósofos recentes, como Pierre Hadot, Michel Foucault, André Comte-Sponville e Luc Ferry “ousam recolocar e repensar a questão da felicidade”². De acordo com Ferry⁴, há um redespertar da felicidade no Ocidente

e existe “uma proliferação sem precedentes de livros com pretensões filosóficas de felicidade inspirados nas sabedorias antigas, no budismo, no taoísmo ou no estoicismo”.

São muitos os atributos da felicidade. Devido a sua complexidade, é praticamente “impossível defini-la de maneira categórica e satisfatória”⁴. Em linhas gerais, alguns estudos concebem-na, inclusive com idosos, como um estado de satisfação, saúde, cuidado, moral, sucesso, bem-estar físico, psíquico e espiritual. Está ligada à qualidade de vida, segurança, liberdade de escolha, autonomia, envelhecimento saudável, inteligência, conhecimento, capacidade funcional, amor, emancipação, criatividade, admiração, agir^{2,4,7}. Além disso, aparecem as relações familiares, amigos, brincar com os netos e os recursos financeiros como promotores da felicidade.

Hoje, a felicidade está mais alicerçada na busca pela performance, na produção de bens e serviços, pelo trabalho e estudo. “O mundo configura-se em torno do dinheiro e é através dele que ocorrem as operações comerciais nacionais e internacionais”, pautadas no caráter materialista, produtivista, que encampam inclusive as relações humanas e que assumem a condição de “descartabilidade”⁵.

Nesse paradigma competitivo, empresas, instituições e sociedades tornam-se reféns de um sistema de mercado capitalista globalizado. Esse modo de viver “acaba se resumindo em um grande nível de esforço e competição para ter dinheiro e sobreviver”. Quem não se enquadra nessa forma de organização social e financeira, “não vai ganhar dinheiro, não terá uma carreira bem-sucedida e, em decorrência de tudo isso, não será feliz”¹⁰. O dinheiro é um objeto de estudo da economia, mas também é abordado pela sociologia e psicologia. É o estudo “do processo de produção, distribuição, circulação e consumo da riqueza”.

Um estudo desenvolvido por Sumngern et al.⁷ se aproxima dessa concepção de felicidade estruturada

nos bens da alma. Demonstraram que os idosos que não precisavam trabalhar para sobreviver se consideravam mais felizes do que aqueles que estavam trabalhando, que precisavam do dinheiro. Outra pesquisa realizada com idosos rurais no Chile indica que há uma relação entre felicidade, saúde e dinheiro, porque melhores condições financeiras possibilitam produzir e se alimentar de forma mais saudável, com autonomia, saúde e participação social, possibilitando o envelhecimento saudável¹².

E o estudo de Marques, Sánchez e Vicario¹³, realizado com 48 idosos em Portugal, sobre a percepção da qualidade de vida, no item condições econômicas, demonstrou que o dinheiro não ocupa uma posição central nas suas vidas e têm um papel coadjuvante, mas o bem-estar subjetivo e a qualidade de vida são fatores fundamentais para a promoção da felicidade. Assim, a relação da “economia (ou, conforme entendimento, do dinheiro) com a felicidade é histórica, estando na gênese dessa palavra e de seus atributos”².

Sendo assim, o objetivo do estudo é descrever e refletir as possíveis relações estabelecidas por idosos entre felicidade e dinheiro.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, exploratória e descritiva, realizada por meio de entrevistas, com aplicação de um questionário socioeconômico e questões semiestruturadas com 19 pessoas idosas, de ambos os sexos, selecionadas por amostra intencional e abordadas nas suas residências, em 2017 e 2018, com duração de aproximadamente 15 minutos cada, em dois estados da região Sul do Brasil. Pela amostragem intencional, o pesquisador escolhe por conveniência e controla a seleção dos participantes, para que possam contribuir significativamente, de acordo com o objetivo da pesquisa¹⁴. Chegou-se a essa amostra pela saturação das informações coletadas, sendo selecionados idosos que residiam próximos à divisa dos dois estados. Os critérios de inclusão foram: ter idade igual ou superior a 60 anos

e idosos independente de condição social, cultural ou financeira.

As questões norteadoras das entrevistas foram: 1) O dinheiro para você é um meio ou o objetivo maior de sua vida?; 2) O dinheiro lhe traz felicidade?; 3) Quais são as razões do dinheiro trazer ou não a felicidade tão desejada? As entrevistas foram gravadas e transcritas para posterior análise.

As informações foram analisadas qualitativamente, utilizando-se a análise de conteúdo de Bardin¹⁵, por meio da leitura flutuante em pré-análise, exploração do material e interpretação, e agrupadas pela inferência, em extração de unidades de significância e elaboração de categorias temáticas, a partir de critérios semânticos baseados no objetivo do estudo. Os participantes estão identificados como P de participante e a numeração arábica correspondente à ordem em que as entrevistas foram realizadas.

O estudo é um resultado do projeto de pesquisa *Razões da felicidade na longevidade*, vinculado a um Programa de *stricto sensu* em Envelhecimento Humano e aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade de Passo Fundo (UPF), Passo Fundo, RS, parecer n. 898.152, de acordo com a Resolução n. 466/12, mediante a assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram entrevistados 19 idosos e a idade variou de 60 a 90 anos, com média de 69,5 anos. Treze têm o ensino fundamental incompleto; dois com ensino médio incompleto e um completo; um possui graduação e dois com doutorado. Seis residem no meio rural e as demais, na cidade. Os participantes são aposentados, mas continuam trabalhando nas suas atividades profissionais de produtor rural, operário, professor da educação básica e do ensino superior, enfermeiro e historiador (Quadro 1). O que emergiu das falas dos idosos desdobrou-se em categorias: “O dinheiro como um meio de vida” e “O dinheiro não traz felicidade”.

Quadro 1. Perfil dos participantes: Sexo, idade, escolaridade, renda mensal, atividades profissionais.

Participante (P)*	Sexo (M/F)**	Idade	Escolaridade	Renda mensal em Salário Mínimo	Atividades profissionais
P 1	M	60	Ensino médio	De 5 a 10	Encarregado de manutenção
P 2	M	69	Fundamental incompleto	1	Agricultor
P 3	F	67	Fundamental incompleto	1	Agricultora
P 4	F	67	Fundamental incompleto	1	Agricultora
P 5	M	75	Fundamental incompleto	De 1 a 2	Agricultor
P 6	M	90	Ensino superior	De 2 a 5	Pastor
P 7	M	60	Doutorado	De 10 a 20	Professor universitário
P 8	M	62	Doutorado	De 10 a 20	Professor universitário
P 9	M	69	Fundamental incompleto	De 1 a 2	Agricultor
P 10	F	67	Fundamental incompleto	1,5	Agricultora
P 11	M	78	Fundamental incompleto	1	Agricultor
P 12	F	70	Fundamental incompleto	1	Agricultora
P 13	F	66	Fundamental incompleto	De 5 a 10	Agricultora
P 14	M	78	Fundamental incompleto	1,3	Operário
P 15	F	71	Fundamental incompleto	1,3	Agricultora
P 16	F	69	Ensino médio incompleto	1,3	Doméstica
P 17	F	76	Fundamental incompleto	1,3	Agricultora
P 18	F	66	Ensino médio incompleto	1	Professora de educação básica
P 19	F	61	Fundamental incompleto	1,2	Doméstica

*Participante: P; **Sexo: M: Masculino; F: Feminino.

O dinheiro como um meio de vida

O dinheiro revelou-se como elemento necessário para se viver, considerando-se que faz parte da condição existencial estudar, trabalhar e planejar para adquiri-lo. Na percepção dos idosos, ele não foi mencionado como o objetivo maior da vida, como o projeto mais elevado a ser almejado, mas um meio, um caminho, um instrumento para viver bem e feliz.

As falas abaixo expressam essa necessidade de adquirir e possuir o dinheiro como um meio útil, de usufruir coisas, de sobreviver, mas sempre pautado pela responsabilidade e limite, sem idolatrá-lo, como atestam as falas:

“Ele faz parte, mas não é tudo. O dinheiro ajuda, mas não traz felicidade” (P1).

“O dinheiro é um meio para viver bem, porque ninguém vive sem dinheiro” (P6).

“Tem que ter limite com o dinheiro. [...] Só pensar em fazer dinheiro, dinheiro, e quando vê, capota, não se leva nada” (P9).

“O dinheiro ajuda para comprar o necessário para viver, [...] mas não é o mais importante” (P10).

“Uma quantia de dinheiro é necessário para viver” (P12).

“É importante para a gente viver, mas não é tudo. Não adianta ter dinheiro e não ter saúde. Só dinheiro não traz felicidade” (P15).

“Ele é útil para viver” (P16).

“Só para pagar as dívidas” (P17).

“Só para pagar contas e viajar é o suficiente” (P18).

“Para sobreviver” (P19).

Estas percepções estão de acordo com a concepção das éticas teleológicas antigas e medievais, para as quais o dinheiro ocupa a função de ser um meio para a realização da felicidade, em âmbito individual e social. Sua privação gera infelicidade^{1,12,13}. Contudo, Sêneca e Aristóteles consideravam que não era necessário dispor de muitos bens, principalmente de dinheiro, “por causa das preocupações inerentes à riqueza: medo de ser roubado, muito tempo dedicado à gestão dos bens, inveja de outrem”².

Assim, se o dinheiro é um meio para ser feliz, em que consiste a felicidade? Ora, para Sócrates, Platão e, principalmente para Aristóteles e Sêneca, os bens exteriores, tão almejados atualmente, como um corpo perfeito, o vigor físico, a riqueza material, alguns amigos leais e notoriamente o dinheiro, são meios necessários para a felicidade. São bens coadjuvantes e por isso promovem uma felicidade efêmera, aspecto reforçado pelas falas acima. Já os bens interiores, constitutivos, àqueles que promovem uma felicidade mais duradoura, são os bens da alma, como a prática das virtudes da coragem, moderação, justiça, amizade, sabedoria, prudência, prazer intelectual, conhecimento, autoconhecimento, domínio de si, participação na comunidade. São os bens essenciais à felicidade, porque a verdadeira felicidade é atividade da consciência. Promovem a tranquilidade, a paz e a

imperturbabilidade do espírito, qualidades alcançáveis pela contemplação, meditação^{1,2,4,9,16}.

Os participantes mencionaram, ainda, o significado do dinheiro com finalidades específicas, próprias das condições existenciais da vida cotidiana, como lazer, saúde, alimentação:

“Dá para se virar muito bem com o dinheiro, como ir nas festas dos idosos, tomar cerveja” (P4).

“Ter dinheiro para sobreviver, se divertir” (P9).

“É necessário ter algum dinheiro, para sair, participar de festas com a família” (P5).

“O dinheiro ajuda quando para viver, pagar as contas, alimentação. [...] Agora, ter demais e não saber usar, ele prejudica a vida da pessoa” (P11).

“O dinheiro a gente precisa para fazer as compras e sobreviver”. (P14).

O estudo realizado por Lobos, Lapo e Schnettler¹², com 389 idosos rurais, de uma região central do Chile, de 60 a 90 anos, também revelou que o dinheiro tem seu significado, mas como meio para ser feliz. A saúde, as políticas públicas, a satisfação alimentar, a participação social, são mais significativas que o dinheiro, confirmando a hipótese entre saúde e dinheiro, a saúde permanece em primeiro lugar. De forma semelhante, para Angner et al.¹⁷, ter boas condições de saúde é mais significativo do que ter boas condições financeiras.

Outra questão que apareceu nas falas foi o possível transtorno que a ausência do dinheiro pode gerar na família e no trabalho, e como ele deve ser usado no planejamento orçamentário e no projeto de vida, mas sempre com equilíbrio:

“A falta do dinheiro acaba trazendo muitos transtornos: desagregação na família, no trabalho, etc. Eu recebi uma orientação do meu pai, que ele não é importante. Ele deveria ser consequência do seu trabalho e não o objetivo da vida” (P8).

“O dinheiro precisa ser usado com planejamento, com orçamento, com equilíbrio para nossa manutenção diária” (P6).

Segundo Lenoir², Sêneca considerava o dinheiro como um meio necessário, útil. Ele possibilita convidar amigos para fazer jantares e apreciar belos vinhos, bem como comemorar e usufruir na velhice uma vida pautada na paz e na tranquilidade, decorrente de um projeto existencial executado durante anos.

A ausência de dinheiro compromete e interfere diretamente na organização familiar, pessoal e social dos idosos, bem como dificulta o acesso as melhores condições de saúde, diminuindo as probabilidades de ser mais feliz, como atesta o estudo Lobos Lapo e Schnettler¹².

O dinheiro não traz felicidade

A partir do exposto pelos idosos, o dinheiro apareceu como gerador e promotor de felicidade, de bem-estar, como motivação extrínseca em busca da concretização dos projetos de vida. Porém, ele não apareceu como fim maior, supremo, onde todos os outros bens ou propósitos da vida estariam subordinados a ele.

As falas abaixo indicam que o dinheiro deve ser usado de forma racional, com parcimônia e cuidado:

“Eu sempre cuido e gosto de ter um dinheiro” (P5).

“Ele não pode ser gasto desnecessariamente e isso gera intranquilidade” (P6).

“Mas tem gente que é escravo do dinheiro. Quando eles percebem estão no fim da vida e o dinheiro fica. Comigo é diferente” (P10).

“O dinheiro faz falta se a gente não tem, mas ter saúde e a família traz mais felicidade” (P14).

Essa percepção é corroborada com estudos teóricos e empíricos recentes. Para Lenoir², “com certeza, um mínimo de dinheiro contribui para a felicidade, mas a busca incessante do enriquecimento é igualmente nefasta”, porque leva à dependência e escravidão. Se ele é usado equilibradamente, sem excessos, evita-se a prodigalidade e a avareza. Assim, existem prazeres sofisticados, intelectuais, espirituais

e efêmeros, vulgares e triviais a serem alcançados por meio do dinheiro e da fruição dos bens materiais e dos sentidos, sempre em busca da felicidade. E essa busca tornou-se, devido ao caráter utilitarista, obsessiva e compulsória e “domina toda a nossa vida”²⁴.

Na visão de Marques, Sánchez e Vicario¹³, o que gera qualidade de vida não é o dinheiro ou os bens financeiros, mas a saúde, paz, harmonia, felicidade e a satisfação de “manter-se ocupado, seja com atividades de ócio, de voluntariado ou de trabalho. Significa também manter relações interpessoais e receber apoio da família, dos amigos e vizinhos”.

Sumngern et al.⁷, desenvolveram um estudo com 306 idosos de clubes seniores tailandeses, com o objetivo de identificar a percepção de felicidade em diferentes regiões. Dos idosos que viviam nas regiões rural (64,5%), suburbana (61,2%) e urbana (22,8%), consideraram sua realização pessoal ou felicidade insatisfatória, ruim, com pouca motivação para viver. No geral, 12,4% consideraram-na boa, 37,9% regular e 49,7% ruim. Ainda, os idosos que não estavam trabalhando se consideraram mais felizes do que aqueles com necessidade de trabalhar e ganhar dinheiro para sobreviver.

Os participantes identificaram o dinheiro como promotor de felicidade, de satisfação e fundamental para viver em sociedade, e sua ausência como geradora de conflitos e desestruturação social:

“O dinheiro traz felicidade, bem estar” (P9).

“Eu quero só o necessário para viver. Sou feliz com o que estou ganhando” (P4).

“O dinheiro tem sua parcela de contribuição e acredito que a falta dele pode desagregar famílias, trabalho e a convivência social” (P8).

Essas percepções estão em consonância com o significado que o dinheiro foi recebendo historicamente. Para Lauer-Leite⁹, o dinheiro adquiriu um papel fundamental na vida das pessoas, instituições e países, “especialmente por ser um instrumento de mediação que possibilita a satisfação das necessidades humanas, do desenvolvimento tecnológico, econômico e social”. A tese clássica de que tempo é dinheiro (*time is money*) ainda está

presente atualmente. Essa postura faz que sobre pouco tempo para cuidar de si, das questões ambientais, da sustentabilidade, da felicidade, porque o trabalho, o dinheiro e o consumo constituem o propósito da vida¹⁷. Porém, o capitalismo globalizado “não conseguiu mercantilizar o bem maior que todos buscamos: a felicidade”¹⁸.

O estudo de Ergin e Mandiracioglu⁸, com 870 idosos turcos, que contempla o período de 1990 a 2013, com o objetivo de identificar os determinantes socioeconômicos de saúde e de felicidade, demonstrou uma relação entre condições financeiras e felicidade, tese que corrobora o expresso pelos idosos deste estudo, de acordo com os excertos apresentados. Durante esses anos, ocorreram crises no país, principalmente em 2001 e, nesse ano, os idosos, notadamente viúvos e separados, de baixa renda, relataram menos felicidade e saúde. Por outro lado, em anos de prosperidade, tem-se mais tranquilidade, saúde, felicidade e motivação para viver.

O dinheiro também foi mencionado, com uma perspectiva crítica, como fascínio, deslumbramento, como bem supremo para promover a festa consumista da felicidade, elencado para preencher o vazio existencial derivado da crise atual^{2,4}. Porém, essa busca pelo ter acaba escravizando as pessoas:

“Para mim, o dinheiro sempre exerceu um fator comercial e de fascínio. E como estamos vivendo no século XXI, de profunda crise de valores, de critérios racionais, o dinheiro ocupa esse espaço” (P7).

“O dinheiro, [...] na sociedade capitalista, acaba escravizando. As pessoas querem ganhar mais a qualquer custo. Por isso que eu acho que o Brasil hoje, o retrato brasileiro dessa corrupção, tudo gira no ter, de conseguir as coisas com facilidade” (P8).

“Mas o dinheiro não traz felicidade para ninguém” (P2).

“Tem gente que só pensa no dinheiro e deixa de aplicar na saúde para economizar. Daí vem a ganância, prejudicando-se” (P11).

“O dinheiro não deixa felicidade para ninguém” (P12).

“Não vale a pena ter muito, porque ele não traz felicidade” (P19).

Estas percepções dirigem-se às ideologias consumistas que asseguram, por meio do dinheiro, uma felicidade total, fascinante e perene¹⁹, mas que, paradoxalmente, podem gerar decepção e infelicidade, pois contribuem pouco para alcançar e manter a paz de espírito, “já que a bela promessa de felicidade ameaça transformar-se na tirania [...] da ‘euforia perpétua’”⁴. No mesmo sentido, para Lenoir², “hesitamos em escrever que o dinheiro não traz necessariamente a felicidade” e, segundo Pereira⁵, essa felicidade produz fragmentação, rompendo, inclusive relações de solidariedade e amizade com o outro, “fundamentando-se em um subjetivismo e materialismo”.

Contudo, para Matz et al.²⁰, quando os gastos em bens correspondem às personalidades dos consumidores, parece que o dinheiro pode realmente comprar felicidade, pois proporcionam o maior aumento de felicidade. Convém destacar, que nenhum dos participantes teve essa percepção.

Os idosos mencionaram, ainda, que, quando o dinheiro procura preencher o vazio engendrado pela sociedade do capital, da tecnologia, ele aparece como fetiche, no qual as pessoas buscam ser autônomas e reconhecidas por meio do consumo das marcas:

“E quando o dinheiro ocupa esse espaço, ele entra naquela categoria que Marx e Benjamim definiram como fetichismo. [...]. O dinheiro como algo que não só compra as coisas, mas como forma de representação do mundo [...]. É a marca que vai defini-las e que vem rastreada por esse dinheiro” (P7).

“A sociedade valoriza muito o dinheiro. O capitalismo, essa necessidade de comprar, está muito forte no jovem” (P8).

O fetiche leva a pessoa a se identificar com as marcas de produtos e serviços, tornando-se mercantilista²¹, apegada ao ter, ao consumo, já que, para o “capitalismo neoliberal, a felicidade reside no hipercapitalismo desenfreado”²². Segundo Bauman²³, é o devo, logo existo, ou seja, impera é a arte de viver em dívida, na qual o cidadão ideal para bancos e cartões de créditos é o “devedor ideal”, “aquele que jamais paga integralmente suas contas”.

Em outras falas, relataram que economizar e se apegar ao dinheiro não convêm, porque pode produzir sofrimento e não ajuda a promover a tranquilidade e a qualidade de vida:

“Querer guardar dinheiro é bobagem” (P2).

“A gente não pode se apegar ao dinheiro” (P9).

“Há muitos anos, essa ganância, essa vontade de ter mais não era tão significativa. As pessoas se contentavam com menos, mas a sociedade evoluiu ou ‘involuiu’ e hoje há estresse, depressão” (P8).

“Ter demais só dá problema. A gente vive feliz com o pouco que tem” (P12).

“Muito dinheiro não faz bem. Ele atrapalha” (P13).

“Para mim não é tudo” (P14).

Para Ferry⁴, já que a felicidade é complexa e indefinível, devido a condição humana de busca constante de progresso e realização, “nunca poderemos ter certeza absoluta sobre o que vai nos tornar felizes de maneira duradoura - dinheiro, amor, prestígio social, talentos, erudição, conhecimentos: tudo o que traz alegria pode se transformar em seu oposto”. Tal proposição é reafirmada pelas considerações dos entrevistados em relação ao dinheiro, que é necessário para ser feliz, dado que sua ausência implica em sofrimento frente às necessidades humanas.

Entretanto, tê-lo não é condição suficiente para a felicidade, principalmente como elemento central da vida, podendo acarretar preocupações e experiências não condizentes com uma vida feliz. Já a busca pela paz, a saúde, a tranquilidade, a qualidade de vida, o equilíbrio e a participação social são promotores de realização, de uma felicidade mais duradoura. Diante do exposto, sugere-se aprimorar a metodologia com

discussões em grupo focal e fazer conexões com o bem-estar subjetivo e a qualidade de vida.

CONCLUSÃO

Os resultados indicaram que nessa relação o dinheiro apareceu como meio e propedêutico da promoção da felicidade, da realização interior, para executar os projetos da vida e os afazeres cotidianos. Essa percepção está em consonância com as éticas teleológicas antigas e medievais, nas quais o dinheiro, assim como os bens exteriores, casa, carros, capital, etc. foram considerados e valorizados como bens extrínsecos, auxiliares. O que gera mais felicidade são os bens interiores, como ser virtuoso, equilibrado, buscar o conhecimento, o autoconhecimento e a satisfação interior. Essa tese, defendida pelas filosofias de Aristóteles, os estoicos e cínicos, foi e continua sendo retomada criticamente por filósofos, principalmente franceses, como Hadot, Ferry e Lenoir, considerando a distância histórica e cultural dos períodos. Estudos empíricos recentes com idosos também confirmam essa tese clássica de que o dinheiro é promotor de felicidade efêmera, necessário, mas não é a razão maior da condição existencial. Também foi mencionado pelos idosos que a ausência do dinheiro pode produzir desequilíbrio emocional, familiar e social e sua busca obsessiva, pelo seu fascínio em busca do ter, pode gerar sofrimento, avareza e depressão.

Diante destes resultados, evidencia-se a necessidade de efetuar mais estudos empíricos, inclusive com um número maior de participantes, para explorar melhor as relações entre dinheiro e felicidade em idosos, já que a afinidade temática é complexa. A imbricação entre esses dois temas suscita a pertinência de estudos junto aos idosos, seja pela premência de uma vida longa e feliz, seja pela comum fragilização financeira dessa população após seu afastamento das atividades laborais.






REFERÊNCIAS

1. Hadot P. Exercícios espirituais e filosofia antiga. Loque F, Oliveira L, tradutores. São Paulo: É Realizações; 2014.
2. Lenoir F. Sobre a felicidade: uma viagem filosófica. dos Reis VL, tradutor. Rio de Janeiro: Objetiva; 2016.
3. Ferry L. O que é uma vida bem-sucedida? Jannini K. Rio de Janeiro: Difel; 2004.
4. Ferry L. Sete maneiras de ser feliz: como viver de forma plena. Melo JAD, tradutor. Rio de Janeiro: Objetiva; 2018.
5. Pereira CR. Pelo direito de não ser feliz: uma breve análise filosófica, sociológica e existencial sobre a ditadura da felicidade. *Trilhas filos.* 2017;10(2):47-69.
6. Frey BS. Happy people live longer. *Science.* 2011;331:542-3.
7. Sumngern C, Azeredo Z, Subgranon R, Sungvorawongphana N, Matos E. Happiness among the elderly in communities: a study in senior clubs of Chonburi Province, Thailand. *Japan J Nurs Sci.* 2010;7:47-54.
8. Chyi H, Mao S. The Determinants of happiness of China's elderly population. *J Happiness Stud.* 2012;13:167-85.
9. Lauer-Leite ID, Magalhães CM, Gouveia RS, Sousa DMF, Fonseca PN. Valores humanos e significado do dinheiro: um estudo correlacional. *Psico.* 2014;45(1):15-25.
10. Melo R. As leis invisíveis do dinheiro: o método comprovado de investimentos para quem deseja ter muito dinheiro e felicidade plena. São Paulo: Gente; 2016.
11. Shikida PFA. A gente não quer só dinheiro...a gente quer dinheiro e felicidade?: notas e reflexões no contexto da ciência econômica. *Ciênc Soc Apl Rev.* 2008;8(14):47-60.
12. Lobos G, Lapo MC, Schnettler B. In the choice between health and money, health comes first: an analysis of happiness among rural Chilean elderly. *Cad Saúde Pública.* 2016;32(5):1-12.
13. Marques BEM, Sánchez CS, Vicario BP. Percepção da qualidade de vida de um grupo de idosos. *Rev Enferm Ref.* 2014;4(1):75-84.
14. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo: Hucitec; 2016.
15. Bardin L. Análise de Conteúdo. 4. ed. Pinheiro LA, tradutor. São Paulo: Edições 70; 2016.
16. Aristóteles. Ética a Nicômacos. Kury MG. 3. ed. Brasília, DF: Universidade de Brasília; 2001.
17. Angner E, Ghandhi J, Purvis KW, Amante D, Allison J. Daily functioning, health status, and happiness in older adults. *J Happiness Stud.* 2013;14:1563-74.
18. Whillans AV, Dunn EW. Thinking about time as money decreases environmental behavior. *Org Behav Hum Decis Process.* 2015;127:44-52.
19. Betto F, Boff L, Cortella MS. Felicidade foi-se embora? Petrópolis: Vozes; 2016.
20. Matz SC, Gladstone JJ, Stillwell D. Money buys happiness when spending fits our personality. *Psychol Sci.* 2016;27(5):715-25.
21. Pinto JMZ. Dinheiro traz felicidade? A relação entre insumos e qualidade na educação. *Arq Anal Polit Educ.* 2014;22(19):1-16.
22. Graha MC. Happiness around the world: the paradox of happy peasants and miserable millionaires. New York: Oxford University Press; 2009.
23. Bauman Z. Vida a crédito: conversas com Citlali Roviroso-Madrado. Werneck A. Rio de Janeiro: Zahar; 2010.



Prevalência, características clínicas e sociodemográficas em pacientes viúvos e não viúvos com demência

Prevalence of dementia among widowed and non-widowed patients and associated clinical and sociodemographic characteristics

Rodrigo Rizek Schultz¹ 
Paulo Eduardo Lahoz Fernandez¹ 
Neil Ferreira Novo² 
Yara Juliano² 
José Roberto Wajman¹ 

Resumo

Objetivo: Verificar se a prevalência de demência difere entre viúvos e não viúvos, e analisar se há associação com características sociodemográficas e clínicas, bem como diferenças entre os sexos. **Método:** Estudo observacional transversal retrospectivo que analisou prontuários de pacientes atendidos em um ambulatório de Neurologia do Comportamento de 1999 a 2009 através de anamnese, exame físico e neurológico, *Clinical Dementia Rating Scale* (CDR) e Miniexame do Estado Mental (MEEM). Avaliou-se variáveis sociodemográficas (escolaridade e idade) e clínicas (idade e tempo do início dos sintomas, MEEM e CDR). As diferenças foram avaliadas pelo teste de Mann Whitney, admitindo-se $p < 0,05$. **Resultados:** Dos 208 pacientes com diagnóstico de demência, 73 (35,1%) eram viúvos e 135 (64,9%) não viúvos. Os viúvos eram mais velhos que os não viúvos ($p < 0,001$) quando foram diagnosticados com demência. Essa diferença na idade manteve-se comparando os sexos ($p < 0,001$), mulheres viúvas e não viúvas ($p < 0,001$) e homens viúvos e não viúvos ($p < 0,001$). O tempo do início dos sintomas até o diagnóstico foi maior em homens viúvos quando comparado aos não viúvos [55,6 ($\pm 86,3$) vs 43,4 ($\pm 44,8$) meses] mas sem significância estatística. Os viúvos com demência tinham menor escolaridade, independente do sexo ($p < 0,05$). **Conclusão:** A prevalência de demência diferiu entre viúvos e não viúvos, sendo maior nos não viúvos. Houve associação da viuvez com características clínicas e sociodemográficas com diferença entre os sexos. A perda do cônjuge pode gerar diferentes desfechos entre homens e mulheres, necessitando de medidas com enfoque específico na prevenção e estratégias de cuidado na demência.

Palavras-chave: Demência.
Doença de Alzheimer.
Epidemiologia. Viuvez.

¹ Universidade de Santo Amaro, Setor de Neurologia do Comportamento, Departamento de Clínica Médica. São Paulo, São Paulo, Brasil.

² Universidade de Santo Amaro, Curso de Pós-graduação em Ciências da Saúde. São Paulo, São Paulo, Brasil.

Correspondência
Rodrigo Rizek Schultz
rrschultz@hotmail.com

Recebido: 24/08/2018
Aprovado: 13/05/2019

Abstract

Objective: to verify if the prevalence of dementia differs between widowed and non-widowed elderly persons and between genders, and to analyse if there is an association with sociodemographic and clinical characteristics. **Method:** a retrospective cross-sectional observational study of patients treated at a Behavioral Neurology outpatient clinic from 1999 to 2009 was carried out, employing anamnesis, physical and neurological examination, the Clinical Dementia Rating Scale (CDR) and the Mini Mental State Examination (MMSE). Sociodemographic (schooling and age) and clinical (age of onset of symptoms and time since onset of symptoms, MMSE and CDR) variables were analyzed. The differences were evaluated by the Mann Whitney test, using a significance value of $p < 0.05$. **Results:** of 208 patients diagnosed with dementia, 73 (35.1%) were widowed and 135 (64.9%) were non-widowed. Those who were widowed were older than those who were non-widowed ($p < 0.001$) when diagnosed with dementia. This difference in age remained when gender ($p < 0.001$), widowed and widowed women ($p < 0.001$) and widowed and non-widowed men ($p < 0.001$) were compared. The time from onset of symptoms to diagnosis was greater in widowed than in non-widowed men [55.6 (\pm 86.3) vs. 43.4 (\pm 44.8) months], although the difference was not statistically significant. Widowed patients with dementia had lower schooling, regardless of gender ($p < 0.05$). **Conclusion:** the prevalence of dementia differed between widowed and non-widowed individuals, being higher among non-widows. There was an association between widowhood and the clinical and sociodemographic characteristics, with differences between the genders. The loss of a spouse can generate different outcomes among men and women, necessitating measures with a specific focus on prevention and strategies of care in dementia.

Keywords: Dementia.
Alzheimer's Disease.
Epidemiology. Widowhood.

INTRODUÇÃO

A relação entre demência e viuvez tem sido analisada mais recentemente. Evidências apontam que o estado conjugal tem potencial para prevenir o risco de demência através de interações sociais diárias, aprimoramento das reservas cognitivas, desenvolvimento de habilidades de enfrentamento e aumento da resiliência¹.

Dados sugerem que o casamento poderia resultar em maior contato social, o que resultaria em redução do risco de desenvolver demência². No entanto, em contrapartida, a perda do cônjuge poderia causar estresse pelo luto e facilitaria a sua ocorrência³.

Estudos evidenciam que a viuvez poderia diminuir o estresse por menor sobrecarga do cuidador e menor exposição ao sofrimento do cônjuge, sendo considerada um fator protetor para as demências⁴. As relações sociais devem ser compreendidas como um fator de risco considerável, sendo as intervenções de base social fatores que podem proporcionar uma oportunidade para reduzir o seu risco geral⁵.

Embora existam trabalhos relacionando demência e estado de viuvez, a literatura ainda carece de evidências sobre a prevalência e o perfil sociodemográfico dos indivíduos viúvos e não viúvos, bem como o impacto da viuvez nos diferentes sexos. O objetivo do estudo consistiu em se verificar se a prevalência de demência difere entre viúvos e não viúvos, analisar se há associação com outras características sociodemográficas e clínicas e, complementarmente, se existem diferenças entre os sexos.

MÉTODO

Todos os indivíduos foram avaliados no Setor de Neurologia do Comportamento da Universidade de Santo Amaro em São Paulo, SP, Brasil. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa sobre o número de registro 128/2015. Os pacientes atendidos nesse ambulatório procuraram o atendimento ou foram encaminhados devido a queixas cognitivas ou distúrbios comportamentais que pudessem sugerir algum tipo de doença neuropsiquiátrica.

Como critério de inclusão admitiu-se o primeiro diagnóstico de demência definido em prontuário. Foram excluídos pacientes com outros tipos de comprometimento cognitivo e que não preenchiam critérios adotados para demência.

Foi realizado um estudo observacional transversal retrospectivo com base na análise de 297 prontuários médicos selecionados unicamente por se encontrarem devidamente preenchidos e com informações completas de pacientes atendidos ambulatorialmente entre os anos de 1999 e 2009, correspondente ao período pelo qual houve prestação dos serviços propostos. Os indivíduos selecionados para avaliação pertenciam ao Setor de Neurologia do Comportamento da Universidade de Santo Amaro, atendidos em serviço público na região metropolitana do município de São Paulo. O atendimento e a coleta de informações foram conduzidos sempre pelo mesmo neurologista, sendo a avaliação cognitiva e funcional através do Miniexame do Estado Mental (MEEM) e *Clinical Dementia Rating Scale* (CDR) aplicados por um psicólogo com especialização em neuropsicologia^{6,7}. Os dados foram analisados verificando se havia diferença entre o número de pacientes com demência viúvos e não viúvos, quanto a variáveis social e demográfica (escolaridade e idade, respectivamente) e clínicas (idade do início dos sintomas, tempo do início dos sintomas, MEEM e CDR). Também foi avaliado se variáveis sociodemográficas e clínicas diferiam entre homens e mulheres, considerando-se viúvos e não viúvos em conjunto, e se o sexo diferia entre viúvos e não viúvos com demência. Não houve diferenciação entre solteiros, amasiados e desquitados nesta pesquisa. Para avaliação de demência entre os sexos foram divididos dois grupos: mulheres com demência e homens com demência. Adicionalmente, foi realizada a análise das diferenças nos sexos de forma separada a partir da comparação entre mulheres viúvas e não viúvas, bem como homens viúvos e não viúvos.

O diagnóstico de demência foi baseado nos critérios do Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais - Quarta Edição (DSM-IV)⁸.

O diagnóstico clínico foi feito de acordo com os seguintes critérios publicados: *The National Institute of Neurological Communicative Disorders and Stroke-Alzheimer's Disease and Related Disorders Association* (NINCDS-ADRDA) para doença de Alzheimer⁹ e do *National Institute of Neurological Disorders and Stroke - Association Internationale pour la Recherche et L'Enseignement en Neurosciences* (NINDS-AIREN) para demência vascular (DV)¹⁰.

Para a análise dos resultados, aplicou-se o teste de *Mann Whitney* para comparar os grupos com ou sem demência por sexo e viuvez. O teste de *Mann Whitney* também foi realizado para cada uma das seguintes variáveis: idade, idade de início dos sintomas, tempo de início dos sintomas (em meses), escolaridade (em anos), MEEM e CDR. Para a análise estatística utilizou-se um programa específico de estatística. O limiar de significância foi estabelecido em $p < 0,05$.

RESULTADOS

Foram encontrados 208 (70,03%) pacientes com demência e 89 (29,96%) sem demência. O grupo de indivíduos sem demência foi formado por aqueles com diagnóstico de comprometimento cognitivo subjetivo ou que apresentavam algum tipo de transtorno psicológico ou psiquiátrico; no entanto, o diagnóstico não foi definido. Do grupo com demência, 73 pacientes (35%) eram viúvos e 135 não viúvos (65%). Com relação às variáveis sociodemográficas foi observado que os pacientes viúvos com demência eram mais velhos ($p < 0,0001$) e menos escolarizados ($p < 0,0001$) que os não viúvos (Tabela 1).

Considerando o sexo, as mulheres com demência eram mais velhas ($p < 0,0001$) e menos escolarizadas ($p = 0,0008$) que os homens (Tabela 2).

Além disso, mulheres viúvas eram mais velhas ($p = 0,0001$) e menos escolarizadas ($p = 0,0387$) (Tabela 3), assim como os homens viúvos, mais velhos ($p = 0,0005$) e menos escolarizados ($p = 0,0340$) (Tabela 4).

Tabela 1. Diferença entre viúvos (n=73) e não viúvos (n=135) com demência. São Paulo, SP, 1999-2009.

Variáveis	Viúvos	Não viúvos	Viúvos x Não viúvos
	Média (\pm dp)	Média (\pm dp)	p
Idade	78 (\pm 12)	67 (\pm 10)	<0,0001
Escolaridade (anos)	1,89 (\pm 2,53)	3,54 (\pm 3,52)	<0,0001
Idade início dos sintomas	74,3 (\pm 8)	69,3 (\pm 12,9)	<0,0001
Tempo início dos sintomas (meses)	46 (\pm 48,5)	43,1 (\pm 58,1)	0,2169
Miniexame do Estado Mental	10,5 (\pm 7,67)	14,7 (\pm 9,24)	<0,0001
<i>Clinical Dementia Rating</i>	2,12 (\pm 0,74)	1,91 (\pm 0,81)	0,0446

O valor de *p* se refere ao teste de *Mann Whitney*; dp=desvio padrão.

Tabela 2. Diferença entre mulheres (n=98) e homens (n=110) com demência. São Paulo, SP, 1999-2009.

Variáveis	Mulheres	Homens	Mulheres x Homens
	Média (\pm dp)	Média (\pm dp)	p
Idade	75,3 (\pm 9,7)	67,5 (\pm 13)	<0,0001
Escolaridade (anos)	2,1 (\pm 2,5)	3,7 (\pm 3,7)	0,0008
Idade início dos sintomas	71,6 (\pm 9,9)	63,9 (\pm 13,3)	<0,0001
Tempo início dos sintomas (meses)	44,2 (\pm 31,2)	44,3 (\pm 33,3)	0,3893
Miniexame do Estado Mental	10,8 (\pm 6,6)	15,3 (\pm 7,5)	<0,0001
<i>Clinical Dementia Rating</i>	2,17 (\pm 0,77)	1,81 (\pm 0,76)	0,0018

O valor de *p* se refere ao teste de *Mann Whitney*; dp = desvio padrão.

Tabela 3. Diferença entre mulheres viúvas (n=58) e não viúvas (n=40) com demência. São Paulo, SP, 1999-2009.

Variáveis	Mulheres viúvas	Não viúvas	Viúvas x Não viúvas
	Média (\pm dp)	Média (\pm dp)	p
Idade	78,3 (\pm 7,4)	70,4 (\pm 10,5)	0,0001
Escolaridade (anos)	1,83 (\pm 2,51)	2,53 (\pm 2,53)	0,0387
Idade início dos sintomas	74,9 (\pm 7,4)	66,8 (\pm 11,1)	0,0002
Tempo início dos sintomas (meses)	43,3 (\pm 33,3)	42,5 (\pm 64,3)	0,0588
Miniexame do Estado Mental	10,2 (\pm 6,4)	11,9 (\pm 7,1)	0,1000
<i>Clinical Dementia Rating</i>	2,25 (\pm 0,74)	2,05 (\pm 0,81)	0,1325

O valor de *p* se refere ao teste de *Mann Whitney*; dp = desvio padrão

Tabela 4. Diferença entre homens viúvos (n=15) e não viúvos (n=95) com demência. São Paulo, SP, 1999-2009.

Variáveis	Homens viúvos	Não viúvos	Viúvos x Não viúvos
	Média (\pm dp)	Média (\pm dp)	p
Idade	76,6 (\pm 8,95)	66,2 (\pm 13,28)	0,0005
Escolaridade (anos)	2,20 (\pm 2,67)	3,98 (\pm 3,78)	0,0340
Idade início dos sintomas	71,9 (\pm 9,9)	63,2 (\pm 13,5)	0,0043
Tempo início dos sintomas (meses)	55,6 (\pm 86,3)	43,4 (\pm 44,8)	0,3248
Miniexame do Estado Mental	11,6 (\pm 5,4)	16,0 (\pm 7,7)	0,0120
<i>Clinical Dementia Rating</i>	Não avaliado	Não avaliado	Não avaliado

O valor de *p* se refere ao teste de *Mann Whitney*; dp = desvio padrão

Quanto às variáveis clínicas, observou-se que os pacientes viúvos com demência apresentaram maior idade quando os sintomas iniciaram ($p < 0,0001$), menor escore do MEEM ($p < 0,0001$) e maior escore do CDR ($p = 0,0446$). O tempo do início dos sintomas não apresentou diferença estatística ($p = 0,2169$) (Tabela 1). Considerando o sexo, observou-se que as mulheres com demência apresentavam maior idade do início dos sintomas ($p < 0,0001$), menor escore do MEEM ($p < 0,0001$) e maior CDR ($p = 0,0018$). Não houve diferença estatística quanto ao tempo do início dos sintomas ($p = 0,3893$) (Tabela 2). As mulheres viúvas com demência apresentaram maior idade do início dos sintomas em relação às não viúvas ($p = 0,0002$), porém não houve diferença estatística quanto ao tempo do início dos sintomas ($p = 0,0588$), escore do MEEM ($p = 0,10$) e CDR ($p = 0,1325$) (Tabela 3). Os homens viúvos apresentaram maior idade do início dos sintomas ($p = 0,0043$) e menor escore do MEEM ($p = 0,0120$). Quanto ao tempo do início dos sintomas não houve diferença estatística ($p = 0,3248$) e o CDR não foi avaliado nos homens viúvos por falta de dados suficientes nos prontuários (Tabela 4).

DISCUSSÃO

Observamos no presente estudo que os indivíduos com demência tiveram uma idade maior do que aqueles sem demência quando considerados ambos os sexos em conjunto. Uma metanálise publicada em 2018 evidenciou que indivíduos viúvos apresentaram risco 20% maior de desenvolver demência em comparação com os indivíduos casados em estudos ajustados para a idade e sexo¹¹. Tais resultados foram encontrados em estudos em que a demência foi diagnosticada a partir de exame clínico em todos os participantes, em detrimento de análises com dados coletados a partir de informações apuradas por coleta de rotina. Nesse estudo foi encontrado maior risco de desenvolver demência em viúvos em estudos caso-controle e transversais em relação aos de coorte¹¹. Esses resultados corroboram os achados deste estudo, no qual foi evidenciado maior risco de demência entre os viúvos, associando o estado de viuvez a maiores condições de estresse e menor suporte social para lidar com as atividades diárias¹².

Sabe-se que a perda do cônjuge é classificada como um dos maiores eventos estressores que um indivíduo pode se deparar. Os viúvos demonstram um risco maior para transtornos psicológicos, além de uma alta mortalidade em comparação com indivíduos casados¹³. Um estudo evidenciou menor risco de demência em viúvos em comparação com outras categorias de status conjugal em não casados, incluindo-se solteiro e divorciado, porém o tempo de seguimento não foi considerado suficiente para avaliar tais diferenças. Segundo este estudo, fatores socioeconômicos podem contribuir para as diferenças em relação ao sexo associadas ao status conjugal nas demências¹⁴.

Quanto a idade, observou-se que os pacientes com demência e viúvos apresentaram maior idade que os não viúvos (Tabela 1). Isto condiz com estudo recente que evidenciou que com o passar do tempo desde a perda do cônjuge, há uma acentuação do declínio cognitivo de maneira significativa, fortalecendo o conceito de que a viuvez aumenta o risco de comprometimento cognitivo em indivíduos mais velhos¹⁵.

O grau de escolaridade apresentou-se maior nos não viúvos em relação aos viúvos com demência (Tabela 1). De acordo com a teoria da reserva cognitiva, a escolaridade e outras exposições ao longo da vida, como atividades mentais e sociais, fornecem operações cognitivas ou redes neurais alternativas mais eficientes, que permitem aos indivíduos lidar melhor com danos cerebrais, retardando o aparecimento da demência¹⁶. Esses resultados condizem com dados de estudos prévios avaliando o efeito benéfico do casamento sobre a reserva cognitiva, atribuindo a resiliência da relação uma menor ocorrência de danos neuropatológicos¹⁷. Por outro lado, um estudo evidenciou que os cuidadores podem permanecer ou tornar-se resilientes ao longo do tempo, apesar da deterioração da saúde, institucionalização e morte do respectivo cônjuge. Sendo assim, a viuvez nem sempre pode ser considerada uma barreira à resiliência¹⁸.

A idade do início dos sintomas foi maior nos pacientes viúvos com demência em relação aos não viúvos com demência (Tabela 1). Isso fortalece a evidência de que pode haver uma busca tardia para

atendimento médico, quando o paciente não dispõe de um cônjuge que note seus sintomas. Na medida em que o número de mulheres viúvas foi maior em relação aos homens, é possível que a procura do atendimento pelas mulheres talvez ocorra apenas em estágios mais avançados da demência, até mesmo após o óbito do marido, caracterizando maior idade de início dos sintomas em relação às mulheres não viúvas com demência.

Em relação ao MEEM e viuvez, os pacientes viúvos com demência apresentaram menores escores em relação aos não viúvos com demência (Tabela 1). Esses resultados sugerem que o estado conjugal de viúvo estaria associado a um pior desempenho cognitivo. Um estudo que avaliou o declínio cognitivo através do MEEM demonstrou que as condições de solteiro e viúvo aumentaram as chances de declínio cognitivo, evidenciando maior impacto nos homens, resultados que coincidem com nossos achados (Tabela 4)¹⁹.

Os valores de CDR foram maiores nos viúvos com demência em relação aos não viúvos, também sugerindo que a gravidade da demência seja maior em indivíduos viúvos (Tabela 1). Há evidência que a maior gravidade de demência em indivíduos casados foi associada favoravelmente ao tempo total de cuidado. Nota-se carência de estudos avaliando medidas como essa em viúvos²⁰.

No presente estudo, as mulheres no grupo com demência apresentaram maior idade em relação aos homens, dados que condizem com estudos prévios, evidenciando que mulheres possuem maior sobrevida, sendo diagnosticadas em estágios mais avançados que os homens (Tabela 2)²¹. Além disso, as mulheres apresentaram menor grau de escolaridade, menor escore no MEEM e maior escore no CDR (Tabela 2). Sabe-se que a demência acomete as mulheres de maneira desproporcional em relação aos homens, sendo necessário que prestadores de cuidados de saúde respondam de forma mais adequada às necessidades²². Isso pode estar associado ao fato de as mulheres cuidadoras também necessitarem assumir atividades novas que anteriormente eram exercidas pelos indivíduos com demência, contribuindo para o aumento do estresse e sobrecarga das mesmas²³.

A maioria é formada por filhas adultas ou cônjuges de pacientes com demência, apresentando idade maior que 65 anos, dificultando assim a tarefa de cuidar. E ainda, as mulheres também são mais propensas a dispender mais tempo em atividades de cuidado do que os homens²⁴. As razões para isso são multifatoriais, mas uma possibilidade seria que as mulheres possuem uma menor probabilidade de trabalhar fora de casa^{24,25}. Outra explicação diz que as mulheres acabam sendo cuidadoras com maior frequência devido às expectativas culturais em relação as mesmas. O fato dos homens com demência apresentarem menor idade do início dos sintomas, maior MEEM e menor CDR pode estar relacionado com o maior zelo e cuidado proporcionado por suas cônjuges, as quais levariam o marido mais precocemente ao atendimento após a observação de alterações cognitivas.

Ao analisar as variáveis sociodemográficas separadamente por sexo, observou-se no presente estudo que, tanto as mulheres quanto os homens viúvos, apresentaram maior idade e menor escolaridade em relação às mulheres e homens não viúvos, sendo encontrada maior diferença nos homens viúvos (Tabelas 3 e 4). Quanto às variáveis clínicas, a idade do início dos sintomas apresentou-se maior tanto nas mulheres quanto em homens viúvos, porém o MEEM só apresentou diferença nos homens, sendo que os viúvos apresentaram menores escores. Esse resultado está de acordo com estudo que evidenciou maior impacto da viuvez nos homens (Tabelas 3 e 4)¹⁹. Quanto ao CDR, não houve diferença entre as mulheres viúvas e não viúvas. Não foi possível avaliar essa variável nos homens devido à falta de dados suficientes coletados nos prontuários (Tabelas 3 e 4).

Finalmente, há algumas limitações que devem ser descritas. Por se tratar de um estudo retrospectivo, não foram realizadas correções estatísticas para idade e escolaridade. Além disso, por terem sido negligenciadas diferenças relacionadas ao estado conjugal específico, pode ter havido um viés metodológico, na medida em que indivíduos solteiros, separados e amasiados não necessariamente apresentam características semelhantes aos de indivíduos casados.

CONCLUSÃO

O presente estudo evidenciou que a prevalência de demência diferiu entre viúvos e não viúvos, sendo maior entre os não viúvos (65% dos casos). Houve associação da viuvez com características sociodemográficas e clínicas evidenciando que os viúvos com demência apresentaram maior idade e menor escolaridade em relação aos não viúvos. Os viúvos apresentaram maior idade do início dos sintomas e CDR, bem como menor MEEM em relação aos não viúvos. Não houve associação entre viuvez e o tempo do início dos sintomas.

Quanto ao sexo, também houve associação, sendo que as mulheres com demência apresentaram maior idade e menor escolaridade em relação aos homens. As mulheres apresentaram maior idade do início dos sintomas, menor MEEM e maior CDR em relação aos homens. Também não houve associação com o tempo do início dos sintomas nesse caso.

Ao analisar a variável sexo isoladamente foi observado que tanto as mulheres quanto os homens viúvos apresentaram maior idade e menor escolaridade. Além disso, mulheres e homens viúvos apresentaram maior idade do início dos sintomas em relação aos não viúvos. O MEEM apresentou diferença apenas nos homens, sendo que os viúvos apresentaram menor escore em relação aos não viúvos. O CDR não apresentou divergências, tal como o tempo do início dos sintomas.

Essas diferenças evidenciam uma necessidade de avaliar o impacto que a viuvez gera em homens e mulheres com demência, na medida em que a perda do cônjuge pode gerar diferentes desfechos, alertando para a necessidade de medidas de saúde com enfoque específico com o intuito de se implementar de maneira mais eficaz a prevenção em demência, bem como o diagnóstico precoce e estratégias de cuidado mais adequadas e promissoras.

REFERÊNCIAS

1. Stern Y. Cognitive reserve in ageing and Alzheimer's disease. *Lancet Neurol.* 2012;11(11):1006-12.
2. Kuiper JS, Zuidersma M, Oude Voshaar RC, Zuidema SU, van den Heuvel ER, Stolk RP, et al. Social relationships and risk of dementia: a systematic review and meta-analysis of longitudinal cohort studies. *Ageing Res Rev.* 2015;22:39-57.
3. Perrig-Chiello P, Spahni S, Höpflinger F, Carr D. Cohort and gender differences in psychosocial adjustment to later-life widowhood. *J Gerontol Ser B Psychol Sci Soc Sci.* 2016;71(4):765-74.
4. Schulz R, Newsom JT, Fleissner K, Decamp AR, Nieboer AP. The effects of bereavement after family caregiving. *Aging Ment Health.* 1997;1(3):269-82.
5. Sundström A, Westerlund O, Mousavi-Nasab H, Adolfsson R, Nilsson L-G. The relationship between marital and parental status and the risk of dementia. *Int Psychogeriatr.* 2014;26(5):749-57.
6. Bertolucci PH, Brucki SM, Campacci SR, Juliano Y. Mini-Exame do estado Mental em uma população geral: impacto da escolaridade. *Arq Neuropsiquiatr.* 1994;52(1):1-7.
7. Hughes CP, Berg L, Danziger WL, Coben LA, Martin RL. A New clinical scale for the staging of dementia. *Br J Psychiatry.* 1982;140(6):566-72.
8. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994.
9. McKhann G, Drachman D, Folstein M, Katzman R, Price D, Stadlan EM. Clinical diagnosis of Alzheimer's disease: report of the NINCDS-ADRDA Work Group under the auspices of Department of Health and Human Services Task Force on Alzheimer's Disease. *Neurology.* 1984;34(7):939-44.
10. Roman GC, Tatemichi TK, Erkinjuntti T, Cummings JL, Masdeu JC, Garcia JH, et al. Vascular dementia: diagnostic criteria for research studies: report of the NINDS-AIREN International Workshop. *Neurology.* 1993;43(2):250-60.
11. Sommerlad A, Ruedger J, Singh-Manoux A, Lewis G, Livingston G. Marriage and risk of dementia: systematic review and meta-analysis of observational studies. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 2018;89(3):231-8.
12. Gerritsen L, Wang HX, Reynolds CA, Fratiglioni L, Gatz M, Pedersen NL. Influence of negative life events and widowhood on risk for dementia. *Am J Geriatr Psychiatry.* 2017;25(7):766-78.
13. Hughes ME, Waite LJ. Marital biography and health at mid-life. *J Health Soc Behav.* 2009;50(3):344-58.

14. Sundström A, Westerlund O, Kotyrlo E. Marital status and risk of dementia: a nationwide population-based prospective study from Sweden. *BMJ Open*. 2016;6(1):1-7.
15. Shin SH, Kim G, Park S. Widowhood status as a risk factor for cognitive decline among older adults. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2018;26(7):778-87.
16. Amieva H, Mokri H, Le Goff M, Meillon C, Jacqmin-Gadda H, Foubert-Samier A, et al. Compensatory mechanisms in higher-educated subjects with Alzheimer's disease: a study of 20 years of cognitive decline. *Brain*. 2014;137(4):1167-75.
17. Sundström A, Westerlund O, Mousavi-Nasab H, Adolfsson R, Nilsson LG. The relationship between marital and parental status and the risk of dementia. *Int Psychogeriatr*. 2014;26(5):749-57.
18. Donnellan WJ, Bennett KM, Soulsby LK. How does carer resilience change over time and care status?: A qualitative longitudinal study. *Aging Ment Health*. 2018;1-7.
19. Feng L, Ng XT, Yap P, Li J, Lee TS, Hakansson K, et al. Marital status and cognitive impairment among community-dwelling chinese older adults: the role of gender and social engagement. *Dement Geriatr Cogn Disord Extra*. 2014;4(3):375-84.
20. Hajek A, Brettschneider C, Ernst A, Posselt T, Wiese B, Prokein J, et al. Longitudinal predictors of informal and formal caregiving time in community-dwelling dementia patients. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2016;51(4):607-16.
21. Pradier C, Sakarovitch C, Le Duff F, Layese R, Metelkina A, Anthony S, et al. The Mini Mental State Examination at the time of Alzheimer's disease and related disorders diagnosis, according to age, education, gender and place of residence: a cross-sectional study among the French National Alzheimer database. *PLoS ONE*. 2014;9(8):1-8.
22. Derreberry TM, Holroyd S. Dementia in women. *Psychiatr Clin N Am*. 2017;40(2):299-307.
23. Erol R, Brooker D, Peel E. Women and dementia: a global research review. [London]: Alzheimer's Disease International; 2015.
24. Sharma N, Chakrabarti S, Grover S. Gender differences in caregiving among family - caregivers of people with mental illnesses. *World J Psychiatry*. 2016;6(1):7-17.
25. Almada AZ. Gender and caregiving: a study among hispanic and non-hispanic white frail elders [tese]. Virginia: Virginia Polytechnic Institute and State University, Department of Sociology; 2016.



Apoio social aos idosos com HIV/aids: uma revisão integrativa

Social support for the elderly with HIV/Aids: an integrative review

Marcelo Caetano de Azevedo Tavares¹ 

Márcia Carréra Campos Leal¹ 

Ana Paula de Oliveira Marques¹ 

Rogério Dubosselard Zimmermann¹ 

Resumo

Objetivo: Verificar o conhecimento científico produzido sobre o apoio social aos idosos com HIV/aids. *Método:* Foram consultadas as bases de dados Lilacs, Medline, Scopus e *Web of Science* por estudos realizados nos últimos 10 anos. A análise final foi realizada com sete artigos. *Resultados:* Verificou-se que há uma grande importância do apoio social na vida dos idosos com HIV/aids, bem como mostrou-se uma real necessidade deles quanto a esse suporte. Este suporte pode tanto contribuir de diversas formas para a qualidade de vida, como prejudicar o cuidado da pessoa que vive com a doença, pois o diagnóstico, o tratamento e todo o estigma que rodeia essa condição crônica influenciam diretamente no tipo e na qualidade do apoio que lhe é fornecido. *Conclusão:* Espera-se que os resultados desta revisão contribuam para reflexão sobre as práticas de saúde destinadas aos idosos que vivem com HIV/aids.

Palavras-chave: Idoso.
Apoio Social. Síndrome de
Imunodeficiência Adquirida.

Abstract

Objective: The present integrative literature review aimed to verify the scientific knowledge produced about social support for elderly persons with HIV/Aids. *Method:* A search was carried out in the Lilacs, Medline, Scopus and Web of Science databases for studies published in the last ten years. The final analysis consisted of seven articles. *Results:* It was found that social support is extremely important in the life of the elderly with HIV/Aids, and a real need for this support was identified. Such support can both contribute to quality of life in many ways, as well as impair the care of those who live with the disease, as the diagnosis, treatment and the entire stigma surrounding this chronic condition directly influence the type and quality of support provided. *Conclusion:* It is hoped that the results of this review will contribute to are flection on health practices for the elderly with HIV/Aids.

Keywords: Elderly.
Social Support. Acquired
Immunodeficiency Syndrome.

¹ Universidade Federal de Pernambuco, Programa de Pós-graduação em Gerontologia. Recife, Pernambuco, Brasil.

Correspondência
Marcelo Caetano de Azevedo Tavares
marcelo_sebo@hotmail.com

Recebido: 14/09/2018
Aprovado: 18/04/2019

INTRODUÇÃO

A população de pessoas acima de 60 anos, na sociedade brasileira, está em franco crescimento. Associando-se a esse fenômeno, os rápidos avanços da medicina e da tecnologia favorecem às pessoas que envelhecerem de forma mais saudável e com melhor qualidade de vida, inclusive, prolongando sua atividade sexual, por exemplo, por meio dos facilitadores da vida moderna, como a reposição hormonal e os fármacos para impotência. Esses facilitadores são capazes de proporcionar aos idosos, redescobertas de experiências, entre elas a sexualidade, tornando sua vida mais afável, porém mais vulnerável, necessitando de investimento em campanhas de prevenção contra infecções sexualmente transmissíveis (IST), principalmente a aids¹.

O envelhecimento da epidemia do HIV trouxe novos desafios, tanto relacionados ao diagnóstico, quanto à vinculação dos idosos ao tratamento proposto, na tentativa de uma melhor adesão e vinculação à terapia, sempre no cuidado de considerar as questões dos direitos humanos, respeito mútuo e inclusão. A população em geral está envelhecendo e o aumento da prevalência do HIV em adultos mais velhos está relacionada ao fato das pessoas poderem contrair o HIV em idades mais avançadas, com sexo desprotegido, além do aumento da expectativa de vida de quem vive com HIV desde antes dos 60 anos de idade².

Dados recentes do Boletim Epidemiológico - aids e IST de 2017 do Ministério da Saúde apontam que, em 2016, quando foram registrados 1.294 casos de HIV, houve o crescimento de 15,0% no índice de pessoas acima de 60 anos com o vírus, em relação ao ano anterior. Em 2015, por sua vez, aumentou 51,16%, com 1.125 pessoas infectadas, em relação aos números de 2014, quando 856 pessoas foram diagnosticadas com o vírus³.

Sabe-se que o recebimento do diagnóstico positivo para o HIV ocasiona intenso impacto desencadeando reações e uma combinação de sentimentos negativos atrelados à ideia de morte/finitude, tornando-se uma preocupação impactante, já que acomete o sistema fisiológico e psicológico, tanto da pessoa portadora da doença quanto da

família que está diretamente envolvida no cuidado a esse indivíduo, atingindo grandes proporções, sejam sociais, religiosas, éticas ou morais⁴.

No estudo de Silva⁵ em 2015, as reações dos idosos diante do diagnóstico positivo para HIV foram: o medo da morte, o medo da incapacidade, mas, especialmente, o medo de que esse diagnóstico considerado constrangedor fosse revelado a familiares, amigos e a outras pessoas do convívio social, provocando constrangimentos ao idoso, rejeição, discriminação e afastamento das pessoas. O estigma e o preconceito relacionados ao HIV ocasionam diversas consequências negativas no que se refere à luta contra a aids, tanto no que tange às pessoas que vivem com o vírus, quanto no que concerne às estratégias de prevenção⁶.

Na velhice, o HIV/aids produz nos idosos efeitos que podem ocasionar mudanças em suas identidades, experiências, além de remodelar o seu ser e estar no mundo. O preconceito atrelado à aids se mantém vivo, cobrando das pessoas que vivem com HIV um alto preço, em termos de sofrimento, isolamento e solidão, principalmente porque a discriminação advém muitas vezes de familiares e pessoas próximas, restringindo a rede de apoio dessas pessoas, o que causa consequências no enfrentamento positivo da doença⁷.

Segundo Silva⁸, as redes de suporte ou apoio social são conjuntos hierarquizados de pessoas que mantêm entre si laços típicos de relações em que se dá e recebe apoio, locais onde se costuma fornecer ajuda material, serviços e informações, tais quais: permitir que as pessoas acreditem que são cuidadas, amadas e valorizadas em momentos de alguma necessidade; dar garantia de que pertencem a uma rede de relações comuns e mútuas; entre outros. O suporte social torna-se importante na medida em que corresponde às necessidades experienciadas pelo próprio idoso. Dentro dessa perspectiva, o suporte social inclui uma rede ampla de suporte emocional, informacional e instrumental.

Sendo assim, a necessidade de uma escuta, atenção, informação e estima se instala como algo fundamental, influenciando atitudes diferentes no enfrentamento do HIV/aids tanto no seu diagnóstico quanto no curso da doença a depender desse apoio

social recebido pelo idoso, objetivando esse estudo realizar uma revisão integrativa da literatura sobre as evidências científicas que apontem o apoio social aos idosos que vivem com o HIV/aids.

MÉTODO

O presente estudo utilizou a revisão integrativa da literatura, a qual reúne e sintetiza de forma sistemática, os resultados de pesquisas acerca de um determinado tema, permitindo a incorporação das evidências para a prática clínica⁹. O estudo ocorreu de acordo com as seguintes etapas: 1) Definição do tema e elaboração da pergunta norteadora; 2) Escolha das bases de dados eletrônicas utilizados na pesquisa; 3) Estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão; 4) Definição dos descritores; 5) Pré-seleção dos artigos; 6) Avaliação dos artigos que constituíram a amostra; 7) Interpretação dos resultados e 8) Apresentação da revisão integrativa¹⁰.

Para contemplar a revisão integrativa, estabelecemos a seguinte pergunta norteadora: Quais as evidências científicas publicadas nos últimos 10 anos que abordam o apoio social aos idosos com HIV/aids? Para tanto, os artigos foram selecionados em quatro bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE)*, SCOPUS e WEB OF SCIENCE. O levantamento de artigos ocorreu entre os meses de maio e junho de 2018. Foram utilizados os descritores nos idiomas português e inglês, extraídos dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) da Biblioteca Virtual em Saúde: HIV, AIDS, apoio social e idoso, e do *Medical Subject Headings (MeSH)* da *National Library of Medicine*: HIV, *Acquired Immunodeficiency Syndrome*, *Social Support* e *Aged* associados aos operadores booleanos. A chave de busca no LILACS foi a seguinte: “HIV or AIDS and APOIO SOCIAL and IDOSO”. No MEDLINE, SCOPUS E WEB OF SCIENCE foi utilizado a seguinte combinação: “HIV or ACQUIRED IMMUNODEFICIENCY SYNDROME and SOCIAL SUPPORT and AGED”.

Os critérios de inclusão foram: artigos completos disponíveis eletronicamente em qualquer idioma, estudos até 10 anos de publicação, artigos que envolvessem a temática do apoio social em idosos com HIV/aids. Como critérios de exclusão constaram os artigos de revisão, dissertações, teses, cartas ao editor, normas técnicas, opiniões de especialistas e livros. Os artigos repetidos foram considerados apenas uma vez.

Após serem selecionados, os artigos foram lidos e analisados por meio de uma abordagem organizada para ponderar o rigor e as características de cada estudo, observando-se os aspectos metodológicos, intervenção ou cuidado proposto, resultado, conclusão e nível de evidência. O instrumento correspondeu à Classificação Hierárquica das Evidências para Avaliação de Estudos, baseado na categorização da *Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)*, onde a qualidade das evidências é classificada em sete níveis. De acordo com os critérios de elegibilidade, os níveis da Classificação Hierárquica utilizados para entrar no presente estudo foram: as evidências científicas provenientes de ensaios clínicos randomizados controlados, ensaios clínicos bem delineados sem randomização, estudos de coorte e casos controles bem delineados e evidências científicas derivadas de estudos descritivos ou qualitativos¹¹.

A figura 1 retrata a distribuição dos artigos encontrados e selecionados a partir dos critérios de inclusão e exclusão instituídos. A grande maioria das exclusões dos artigos foi devido a não abordagem da temática do apoio social em idosos com HIV/aids e quando se abordava a temática “apoio social”, era na população pediátrica ou de adolescentes.

RESULTADOS

Após a leitura exploratória dos 11 artigos selecionados, foram selecionados sete artigos na revisão integrativa, realizando após, a classificação hierárquica das evidências para avaliação de estudos, baseado na categorização da AHRQ.

As informações relevantes dos artigos selecionados estão descritas no Quadro 1.

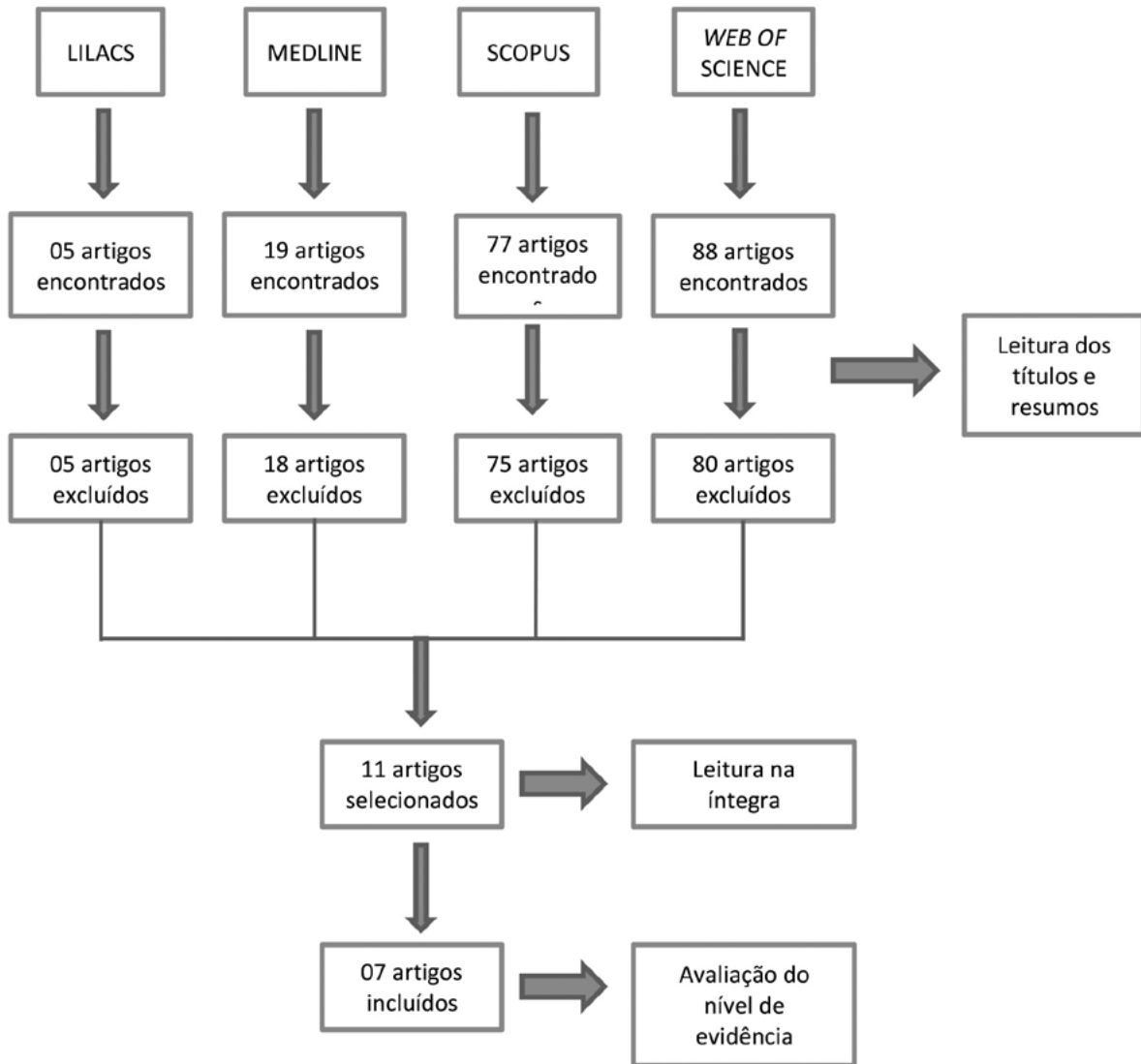


Figura 1. Diagrama dos artigos encontrados e selecionados por meio da pesquisa nas bases de dados. Recife, PE, 2018.

Quadro 1. Características e apresentação da síntese dos artigos incluídos na revisão integrativa. Recife, PE, 2018.

Autores/Ano/ Local	Amostragem	Base de Dados	Objetivos e Delineamento do Estudo	Principais Resultados/Conclusão
Okuno et al., 2014 ¹² , Brasil	201: - 128 homens - 73 mulheres Média: 56 anos	<i>Web of Science</i>	Avaliar a qualidade de vida dos idosos com HIV/aids e correlacioná-la às variáveis sociodemográficas, econômicas e clínicas por eles apresentadas. Epidemiológico/ Transversal/Analítico	Um dos domínios com menores escores no HAT-Qol foram: preocupação com o sigilo, onde a idade mostrou forte correlação com o estigma associado à doença, que se refere à desvalorização, discriminação e julgamento do modo de vida e comportamento dos idosos exigindo suporte social, familiar e profissional.
Okonkwo et al., 2016 ¹³ , Irlanda	45: - 35 homens - 11 mulheres	<i>Scopus</i>	Determinar o nível de apoio social percebido entre os idosos vivendo com HIV e AIDS em Dublin Quantitativo/ Transversal	Um pouco mais da metade dos idosos participantes tiveram baixo score de percepção do apoio social. O apoio social na forma de apoio emocional e informativo fornecido através dos canais apropriados demonstrou melhorar a qualidade de vida das pessoas. No entanto, se pode fazer mais, formulando estratégias voltadas para encorajar as pessoas mais velhas a participar de forma mais proativa na comunidade a que pertencem, por meio de serviços voluntários capazes de mantê-los ativos física e mentalmente e mais intrinsecamente envolvidos com a comunidade.
Warren-Jeanpiere et al., 2017 ¹⁴ , Estados Unidos	23 mulheres Média: 57 anos	<i>Web of Science</i>	Relatar as percepções de mulheres afro-americanas idosas sobre o envelhecimento e a cronicidade do HIV e como isso afeta suas necessidades de apoio social Qualitativo	Na análise do grupo focal, foram percebidos quatro temas centrais: “A vida começa aos 60 anos”, marcando uma mudança positiva na identidade das idosas, na medida em que elas alcançaram um ponto de aceitação na vida, apesar do seu status com HIV. “Parar de se preocupar com todos os outros”, marca a percepção das idosas de que elas desejam o apoio instrumental e emocional que podem facilitar o autoempoderamento e por sua vez melhorar o autogerenciamento do HIV. “O silêncio está nos matando”, aponta para a necessidade de apoio emocional das idosas a fim de resistir ao estigma do HIV. “Eu preciso de algo mais”, significa que as idosas precisam de apoio emocional contínuo e apoio instrumental à medida que envelhecem com HIV.

continua

Continuação do Quadro 1

Autores/Ano/Local	Amostragem	Base de Dados	Objetivos e Delineamento do Estudo	Principais Resultados/Conclusão
Emler et al., 2013 ¹⁵ , Estados Unidos	226 homens Média: 62,9 anos	<i>Web of Science</i>	Analisar os fatores de risco e proteção associados à qualidade de vida relacionada à saúde física e mental entre idosos gays e bissexuais vivendo com HIV. Quantitativo/ Transversal	O apoio social e auto eficácia tiveram uma correlação positiva com a qualidade de vida relacionada à saúde física, onde os mesmos são fatores de proteção para a qualidade de vida relacionada à saúde física e mental também, onde obteve resultado significativo.
Furlotte et al., 2017 ¹⁶ , Canadá	11: -9 homens - 11 mulheres Média: 60 anos	<i>Web of Science</i>	Analisar como os idosos que vivem com HIV descrevem suas experiências em saúde mental Qualitativo	O engajamento com o apoio social é uma das estratégias a partir de uma abordagem individual para alcançar a resiliência. Os idosos notaram que a procura e o apoio social recebido (família, grupo de colegas, espiritual) afetaram positivamente sua qualidade de vida e essa busca do apoio social ajudou a promover a resiliência. Os idosos valorizaram o suporte de serviços psicológicos, mostrando a importância do apoio social formal para os idosos com HIV.
Johnson et al., 2009 ¹⁷ , Estados Unidos	244: -173 homens -71 mulheres	<i>Medline</i>	Comparação de modelos alternativos na adesão aos medicamentos antirretrovirais em idosos que vivem com HIV/aids Ensaio Clínico Randomizado	Relação de efeito direto do apoio social com o enfrentamento mal adaptativo e adesão à terapia antirretroviral. O estudo ressalta a importância do apoio social em influenciar comportamentos e resultados na saúde bem como sua importância de intervenção em grupos para aprimoramento do enfrentamento da doença e no alívio do sofrimento psicológico.
Daskalopoulou et al., 2017 ¹⁸ , Reino Unido	3.258	<i>Scopus</i>	Avaliar se a não divulgação do status do HIV está associada a sintomas psicológicos, não adesão à terapia antirretroviral e carga viral, entre as pessoas vivendo com HIV no Reino Unido. Ensaio Clínico Multicêntrico	Os idosos tinham uma prevalência maior de não divulgação do status sorológico no contexto social, principalmente aqueles que tinham parceiro estável, quando comparado com outras faixas etárias e tipos de relações conjugais. Os idosos possuíam uma relação mais propensa a ter baixo apoio social ou experimentar sintomas psicológicos.

A caracterização dos sete artigos mostrou que o ano de publicação variou de 2009 a 2017 (segundo o critério de inclusão de estudos com até 10 anos de publicação), sendo dois publicados em países Europeus (Reino Unido e Irlanda), três nos Estados Unidos, um no Canadá e um no Brasil. Quanto aos níveis de evidência, observou-se a seguinte distribuição: um artigo nível II e seis artigos nível VI.

Constatou-se que a maioria dos achados foi proveniente de estudos transversais e descritivos, ocorrendo a observação direta de uma quantidade planejada de pessoas com HIV/aids em uma única oportunidade, o que impede comparações das características da amostra em longo prazo.

DISCUSSÃO

Apesar da quantidade diminuta de artigos encontrados a partir da chave de busca e dos critérios de elegibilidades inclusos, foi possível observar pontos importantes com a construção deste estudo, sendo avaliada a partir do tocante que existe uma grande importância do apoio social na vida dos idosos com HIV/aids, bem como uma real necessidade deles quanto a esse apoio e suporte.

A busca por meios de ajuda ou apoio é considerada uma reação natural do ser humano que está passando por uma situação complicada sob forte estresse. Isto é, há uma busca por redes de apoio, tanto formais quanto informais, visando ao enfrentamento das mudanças geradas após o diagnóstico do HIV¹⁹.

Muitos estudos sobre idosos vivendo com HIV/aids destacam o fato de que essa população está em risco de desenvolver uma pior saúde psicológica e física quando esse apoio social de amigos e familiares forem inadequados^{12,17,20}.

Em uma pesquisa realizada com indivíduos de 50 anos ou mais vivendo com HIV/aids²¹, foi encontrado que eles são mais prováveis em residir em casas de repouso quando comparado aos que não vivem com HIV/aids. Os motivos que levaram a essa diferença de tipos de residência, foi o fato de que essas pessoas que vivem com o HIV/aids, relataram não poderem depender de um suporte emocional e/ou financeiro por parte dos familiares, podendo acarretar a partir

desse apoio insuficiente, uma decaída na sua saúde física e emocional. Os idosos tendem a ter menos rede de apoio social e formas de lidar com problemas psicológicos e sociais estressores, obtendo uma percepção de apoio social mais baixo.

Uma propensão maior de idosos que não tem pais e/ou podem ter um parceiro mais velho com declínio da saúde, pode limitar tanto o tipo quanto o nível de apoio disponível para eles²². No estudo de Okonkwo, Larkan e Galligan (2016) foi encontrado que pouco mais da metade dos idosos participantes tiveram baixo score de percepção do apoio social. Na análise desse estudo, o suporte emocional e informacional mostrou melhorar a qualidade de vida dessas pessoas idosas que vivem com HIV/aids, quando fornecidos através de canais apropriados¹³.

O estigma e o preconceito relacionados ao HIV ocasionam diversas consequências negativas no que se refere à luta contra a aids tanto no que tange às pessoas que vivem com o vírus, quanto no que concerne às estratégias de prevenção⁶. Além disso, a realidade de ser idoso e viver com o HIV/aids se coloca como uma realidade muitas vezes surpreendente, impensada e de difícil aceitação, uma vez que contraria os estereótipos especificamente vinculados aos idosos, principalmente relacionados às concepções de assexualidade nesse momento da vida²³.

Em um dos estudos que utilizou o HIV/aids *Quality of Life test* (HAT-Qol)¹² (instrumento específico para avaliar qualidade de vida em indivíduos que vivem com o HIV/aids) sustenta a ideia do impacto negativo ocasionado pelo estigma e preconceito construído socialmente, onde foi visto que um dos piores domínios avaliados por esses idosos, foi a “preocupação com o sigilo”, onde o mesmo pode ter uma relação ao estigma que é colocado à doença, levando a uma desvalorização, discriminação e julgamento do modo de vida e comportamento desses idosos que vivem com HIV/aids.

Todo esse impacto biopsicossocial exige desses idosos, suporte social, familiar e profissional para ser enfrentada e vivida, visto que a descoberta do diagnóstico pode gerar mudanças em diversos aspectos da vida desses indivíduos. E quando de analisa a divulgação do diagnóstico positivo de HIV, muitos preferem conviver em silêncio, por diversos

motivos que se exemplificam em: falta de uma rede de apoio social ou insuficiência da mesma, medo do estigma, abuso a partir de visões estereotipadas das pessoas que vivem com o HIV, perda de apoio social, quebra da confidencialidade e a necessidade de não sobrecarregar os membros da família com problemas de saúde²⁴.

No estudo cujo objetivo de analisar se a não divulgação do status do HIV está associada a sintomas psicológicos, não adesão à terapia antirretroviral e carga viral, entre as pessoas vivendo com HIV no Reino Unido, os idosos possuíam uma relação mais propensa a ter baixo apoio social ou experimentar sintomas psicológicos, além de terem uma maior prevalência de não divulgação no contexto social, parceiro não estável, comparado com outras faixas etárias¹⁸.

Além disso, se observa uma possível associação do HIV/aids no envelhecimento com uma maior percepção do nível de estigma por parte dos idosos quando comparado às pessoas mais jovens. Em um estudo qualitativo²⁵ realizado com 63 afros americanos, latinos e idosos brancos com HIV, identificaram várias barreiras para o apoio social: preconceito de idade, indisponibilidade dos familiares, não revelação do diagnóstico, estigma do HIV e a preocupação de não se tornar um fardo. Apesar dessas afirmações acerca da não divulgação do status do HIV, a divulgação se mostra também como uma estratégia de fornecer um apoio social e psicológico para superar um diagnóstico que é em muitos aspectos, mais complexo do que outras condições crônicas²⁶.

Os idosos possuem necessidades de apoio formal e informal. Nas pesquisas, os apoios informais aparecem como um recurso que é mais recebido e percebido por parte dos idosos (família, amigos, vizinhos e comunidades religiosas)^{27,28}.

No entanto, tem estudo que mostra que os idosos que vivem com o HIV/aids são mais desconectados das fontes de apoio informal, levando muitas vezes a lacunas nos cuidados, necessitando assim de um apoio por parte de profissionais de saúde, empresas, serviços com fontes formais para o cuidado integral²¹.

Na investigação na qual pretendiam observar às necessidades de apoio social das mulheres afro-americanas que envelheciam com o HIV, as idosas relataram necessidades de apoio emocional (conversar com outros, sentir-se próximo aos outros, mimar-se), apoio informacional (efeitos colaterais de medicamentos, informações sobre grupo de apoio familiar, informações sobre provedores de saúde mental) e apoio instrumental (assistência de transporte, seguro de saúde). Uma das necessidades que são destacadas pelas idosas, é o desejo de falar sobre seu HIV e preocupações gerais da vida com outras pessoas que poderiam agir com empatia e não serem julgadas¹⁴.

Essas idosas mostraram uma necessidade de expressar suas preocupações, pensamentos e experiências sobre o envelhecimento com HIV e procurar aconselhamento de médicos, terapeutas, familiares e amigos que vivem com o HIV/aids¹⁴. Esses tipos de apoios que foram relatados como necessários para as idosas são necessários continuamente à medida que essas pessoas envelhecem com a doença, tornando um facilitador na construção do autoempoderamento e autogerenciamento do HIV¹⁴.

Os participantes acharam mais úteis a busca por apoio social informal apesar de que devido a simultaneidade do estigma do HIV e do processo de envelhecimento, esses idosos tendem a achar mais difícil buscar apoio social em fontes informais para ajuda-las em seu manejo do HIV em comparação com outras doenças crônicas¹⁴. Mais uma vez o estigma entra como uma barreira na busca por apoio social, principalmente nas fontes informais. No estudo de Poindexter e Shippy, obtiveram uma conclusão semelhante, onde mulheres afro-americanas que vivem com HIV de 50 a 83 anos, revelaram que não consideram suas famílias como uma fonte confiável de apoio social²⁹.

Essa importância do apoio social na vida dos idosos com HIV/aids e a necessidade deles quanto a esse apoio e suporte, é adicionado com mais estudos selecionados na revisão, onde o apoio social e a auto eficácia foram considerados fatores de proteção para a qualidade de vida relacionada à saúde mental e física, contribuindo em ajudar no “amortecimento” dos eventos adversos da vida e na contribuição de

promover uma melhor capacidade de adaptações perante essas mudanças¹⁵.

O apoio social apresenta-se como um fator de proteção na promoção da resiliência na velhice, visto que muitos idosos que vivem com HIV experimentam incertezas e estigmas que podem contribuir no sofrimento mental, sendo necessário um consistente e estruturado apoio social para poder utilizar a resiliência como habilidade de enfrentamento e chave importante na vida desses idosos. Também se verificou que a procura e o apoio social recebido por familiares, grupo de colegas, apoio espiritual, afetaram positivamente na qualidade de vida desses idosos, bem como promovendo a resiliência¹⁶.

O suporte social obteve uma relação direta com um enfrentamento mal adaptativo da condição do HIV/aids, quando esse apoio não é adequado. O afeto negativo desse apoio social mediou totalmente as associações com o enfrentamento mal adaptativo com a aderência a terapia antirretroviral, ressaltando a importância e necessidade do apoio social na influência de comportamentos e resultados na saúde¹⁷. É provável que melhorar o enfrentamento, o suporte e o afeto, influenciarão positivamente na adesão dos idosos no manejo da doença³⁰.

Diante das limitações dos resultados dessa revisão integrativa, podemos destacar algumas lacunas em relação a informações sobre aprofundamento teórico e explicações de conceitos fundamentais como apoio social e suporte social na maioria dos estudos, além de observar que o apoio social foi trabalhado na maioria dos estudos de forma secundária. Os trabalhos incluídos nesta revisão foram realizados em contextos socioculturais diversos o que pode ocasionar resultados distintos, além de poucos estudos longitudinais encontrados, obtendo a abordagem transversal o mais prevalente entre os analisados na revisão.

CONCLUSÃO

A partir das análises dos artigos selecionados para a revisão integrativa, observamos um quantitativo muito aquém do que se espera quando consideramos o período investigado, a relevância dessa epidemia na população idosa, bem como a importância

que o apoio social tanto formal quanto informal atua de maneira significativa na vida desse idoso. Portanto, uma escassez de produção científica sobre o apoio social em idosos no contexto do HIV/aids, principalmente quando o apoio social é analisado de forma primária nas pesquisas científicas.

O apoio social mostrou poder ter um papel que contribua para uma qualidade de vida dos idosos que vivem com HIV/aids, bem como poder ter um papel de prejudicar quando sua ausência e/ou insuficiência estão presentes, visto que o diagnóstico, tratamento e a visão estigmatizante e preconceituosa que essa doença ainda carrega, a necessidade de um apoio diante essa condição crônica, se torna um aliado durante todo o enfrentamento da doença.

Os idosos demonstraram ter um maior estigma em relação ao HIV/aids em comparação a outras idades e, dentre os idosos, aqueles que vivem com o HIV/aids têm menos apoio social, comprometendo o cuidado. A partir desse estigma, muitos enfrentam a doença de maneira solitária, gerando diversos sentimentos ruins ao longo do curso da doença, reforçando assim a necessidade de um apoio social informal por parte dos familiares, amigos, como também do apoio formal conduzido por profissionais e serviços de referência. Esses suportes são utilizados na intenção de não trazer consequências negativas na adesão ao tratamento, isolamento do idoso e de não dificultar a busca de ajuda quando necessária por parte dos mesmos.

As reações no âmbito familiar em relação ao idoso que vive com HIV podem ter influências a partir dos significados que são dados a doença por parte da sociedade possibilitando dessa maneira, situações de discriminação e exclusão por parte do grupo familiar, por exemplo.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Márcia Carrera Campos Leal, Ana Paula de Oliveira Marques e Rogério Dubosselard Zimmermann por toda contribuição na construção do estudo, por meio das elaborações das seguintes atividades: contribuição substancial para a concepção e o planejamento do estudo, análise e interpretação dos dados, elaboração do rascunho e da revisão crítica do conteúdo.

REFERÊNCIAS

1. Laroque MF, Affeldt AB, Cardoso DH, Cardoso DH, de Souza GL, Santana MG, et al. Sexualidade do idoso: comportamento para a prevenção de DST/aids. *Rev Gaúch Enferm.* 2011;32(4):774-80.
2. Ministério da Saúde. Cuidado integral às pessoas que vivem com HIV pela Atenção Básica: manual para a equipe multiprofissional. Brasília, DF: MS; 2017.
3. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, aids e Hepatites Virais. HIV/aids. *Bol Epidemiol DST/AIDS Dist Fed.* 2017;1-9.
4. Lima TC, Freitas MIP. Caracterização de população com 50 anos ou mais atendida em serviço de referência em HIV/aids, Brasil. *Rev Ciênc Méd (Campinas).* 2013; 22(2):77-86.
5. da Silva LC, Felício EEAA, Cassette JB, Soares LA, de Moraes 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.
6. Jardim LN. O HIV na terceira idade: o lugar designado ao idoso nas políticas públicas em HIV/aids e as concepções de profissionais de saúde acerca desta problemática [dissertação]. [Juiz de Fora]: Universidade Federal de Juiz de Fora; 2012.
7. Castro SF, Costa AA, Carvalho LA, Barros Júnior FO. Prevenção da aids em idosos: visão e prática do enfermeiro. *Rev Ciênc Saúde.* 2014;7(3):131-40.
8. Silva AO, Loreto MDS, Mafra SCT. HIV na terceira idade: repercussões nos domínios da vida e funcionamento familiar. *Rev Fac Serv Soc UEFJ.* 2017;39(15):129-54.
9. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto & Contexto Enferm.* 2008;17(4):758-64.
10. Souza MT, Silva MD, Carvalho R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein.* 2010;8(1):102-6.
11. Melnyk BM, Fineout-Overholt E. Evidence-based practice in nursing & healthcare: a guide to best practice: making the case for evidence-based practice. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2011.
12. Okuno MFP, Gomes AC, Meazzini L, Scherrer Júnior G, Belasco Júnior D, Belasco AGS. Qualidade de Vida de Pacientes Idosos Vivendo com HIV/aids. *Cad Saúde Pública.* 2014;30(7):1551-9.
13. Okonkwo NO, Larkan F, Galligan M. An assessment of the levels of perceived social support among older adults living with HIV and aids in Dublin. *SpringerPlus.* 2016;5(1):1-7.
14. Warren-Jeanpiere L, Heather D, Pilar H. Life begins at 60: Identifying the social support needs of African American women aging with HIV. *J Health Care Poor Underserved.* 2017;28:389-405.
15. Emlet CA, Fredriksen-Goldsen KI, Kim HJ. Risk and protective factors associated with health-related quality of life among older gay and bisexual men living with HIV Disease. *Gerontologist.* 2013;53(6):963-72.
16. 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.
17. Johnson CJ, Heckmana TG, Hansenb NB, Kochman A, Sikkema KJ. Adherence to antiretroviral medication in older adults living with HIV/aids: a comparison of alternative models. *AIDS Care.* 21(5):541-51.
18. Daskalopoulou M, Lampe FC, Sherr L, Phillips AN, Johnson MA, Gilson R, et al. Non-disclosure of HIV status and associations with psychological factors, ART non-adherence and viral load non-suppression among people living with HIV in the UK. *AIDS Behav.* 2017;21(1):184-95.
19. Lemos TSA, Pereira ER, Costa DC, Silva RMCRA, Silva MA, Oliveira DC. Trabajo del profesional de la salud y la familia portadora de HIV/aids. *Rev Cuba Enferm.* 2016;32(4):126-37.
20. Field J, Schuldberg D. Social-support moderated stress: a nonlinear dynamical model and the stress-buffering hypothesis. *Nonlinear Dyn Psychol Life Sci.* 2011;15(1):53-85.
21. Shippy A, Karpiak E. Perceptions of support among older adults with HIV. *Res Aging.* 2005;27(3):290-306.
22. Lyons A, Pitts M, Grierson J, Thorpe R, Power J. Ageing with HIV: health and psychosocial well-being of older gay men. *AIDS Care.* 2015;22(10):1236-44.
23. Cassette JB, da Silva LC, Felício EEAA, Soares LA, de Moraes RA, Prado TS, et al. HIV/AIDS em idosos: estigmas, trabalho e formação em saúde. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2016;19(5):733-44.
24. Hightow-Weidman LB, Phillips G, Outlaw AY, Wohl AR, Fields S, Hildalgo J, et al. Patterns of HIV disclosure and condom use among HIV-infected young racial/ethnic minority men who have sex with men. *AIDS Behav.* 2013;17(1):360-8.
25. Loutfy M, Logie CH, Zhang Y, Blitz SL, Margolese SL, Tharao WE, et al. Gender and ethnicity differences in HIV-related stigma experienced by people living with HIV in Ontario, Canada. *PLoS ONE.* 2014;7(12):1-10.

26. Yonah G, Fredrick F, Leyna G. HIV serostatus disclosure among people living with HIV/aids in Mwanza, Tanzania. *AIDS Res Ther.* 2014;11(1):1-5.
27. Williams SW, Dilworth-Anderson P. Systems of social support in families who care for dependent African American elders. *Gerontologist.* 2002;42(2):224-36.
28. Becker G, Newsom E. Resilience in the face of serious illness among chronically ill African Americans in later life. *J Gerontol Ser B Psychol Sci Soc Sci.* 2005;60(4):214-23.
29. Poindexter C, Shippey RA. Networks of older new yorkers with HIV: fragility, resilience, and transformation. *AIDS Patient Care STDs.* 2008;22(9):723-33.
30. Silva LMS, Tavares JSC. The family's role as a support network for people living with HIV/aids: a review of Brazilian research into the theme. *Ciênc Saúde Colet.* 2015;20(4):1109-18.




Interação de adolescentes privados de liberdade com seus avós no processo de viver e envelhecer

Interaction between incarcerated adolescents and their grandparents in the processes of living and ageing

Helenice de Moura Scortegagna¹ 

Roger Egídio Brum Nunes¹ 

Nadir Antonio Pichler¹ 

Marilene Rodrigues Portella¹ 

Resumo

Objetivo: Conhecer a interação de adolescentes privados de liberdade com seus avós no processo de viver e envelhecer. **Método:** Pesquisa qualitativa, exploratória e descritiva, realizada por meio de uma entrevista semiestruturada com 11 adolescentes internos, entre 17 e 20 anos de idade, em 2018, de uma unidade da Fundação de Atendimento Socioeducativo do interior do Rio Grande do Sul, Brasil. O que emergiu na voz dos adolescentes foi analisado pela temática de conteúdo. **Resultados:** Foi possível construir categorias que se entrelaçam e completam entre si: a) Os avós como suporte afetivo de adolescentes privados de liberdade e b) Relações de reciprocidade e convivência saudável entre adolescentes e avós. **Conclusão:** Os resultados indicaram que os participantes conceberam o papel dos avós na trajetória de suas vidas, mesmo com conflitos relacionais, como benéficas, porque ocupam um espaço de referência familiar, com amparo e afeto nas angústias familiares e próprias do adolescente que se desenvolve. Essa forma de convivência apareceu como uma possibilidade na formação da personalidade dos jovens em conflito com a lei, e um ambiente favorável de trocas e aprendizados mútuos e como figuras portadoras da cultura familiar transgeracional. A desestruturação familiar foi mencionada como um processo recorrente relatado e subjacente na vida dos adolescentes e os avós.

Palavras-chave: Avós.
Adolescente. Relações
Familiares. Envelhecimento.

Abstract

Objective: To describe the interactions between incarcerated adolescents and their grandparents during the processes of living and ageing. **Method:** An exploratory, descriptive, qualitative study was carried out, based on a semi-structured interview with 11 adolescents aged from 17 to 20 incarcerated in a youth detention center in the state of Rio Grande do Sul, Brazil. The discourse of the adolescents was analyzed based on content themes. **Results:** Categories that were both intertwined and complete among themselves were

Keywords: Grandparents.
Adolescent. Family Relations.
Aging.

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

Correspondência
Helenice De Moura Scortegagna
helenice@upf.br

Recebido: 21/11/2018
Aprovado: 04/05/2019

constructed: a) grandparents as affective support for incarcerated adolescents and b) relationships of reciprocity and healthy coexistence between the adolescents and their grandparents. *Conclusion:* The results showed that despite relational conflicts, the participants perceived the role of their grandparents in their lives as beneficial, as they offer a familial reference space, providing shelter and affection against the anxieties of the adolescents and those related to their families. This form of coexistence was a potential part of the development of young people in conflict with the law, and a favorable environment of mutual exchanges and learning, and as figures continuing the transgenerational family culture. Family separation was mentioned as a recurring and underreported process in the lives of adolescents and their grandparents.

INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, tem havido mudanças na demografia populacional. A população aumentou, a estrutura etária mudou e o número relativo de idosos cresceu. O fenômeno do envelhecimento populacional remete às complexas e rápidas transformações políticas, econômicas e sociais, as quais coincidem com transformações significativas na vida familiar e seus vínculos¹, fazendo que a maior longevidade possibilite uma coexistência mais longa entre avós e netos.

As mudanças sociais e familiares decorrentes do envelhecimento implicam também alterações profundas nos papéis de avô e avó, onde, cada vez mais, os adolescentes são criados por seus avós². As razões dessa nova forma de convivência são: gravidez na adolescência, divórcio, pais que moram sozinhos, pais na prisão, abuso de drogas, abuso infantil, violência doméstica³, dificuldades na constituição de vínculo com um ou ambos os pais, situação no trabalho, pais emocionalmente imaturos, entre outras⁴. Em tais circunstâncias, os avós são incumbidos de responsabilidades parentais frente aos netos, por vezes, assumindo de forma integral os cuidados para com eles. Todavia, as responsabilidades vão além dos cuidados diários, pois eles se encarregam financeiramente e obtêm sua custódia legal⁵.

Pesquisa realizada com crianças e adolescentes que possuem familiares encarcerados, nos estados de São Paulo, Amazonas e no Distrito Federal, revelou que esses jovens reportaram ter ficado sob os cuidados da mãe, quando o familiar preso foi o pai, ou sob os cuidados das avós, ficando os tios e outros familiares em terceiro e quarto lugares⁶.

Uma revisão sistemática da literatura sobre avós guardiães⁷ destaca, entre seus achados, que crianças criadas pelas avós são consideradas de alto risco, com potencial tanto para desenvolver problemas na escola quanto para não obter bons resultados ao longo da vida, em virtude dos prováveis eventos traumáticos que motivaram essa configuração familiar.

Portanto, na maioria das vezes, o adolescente em conflito com a lei encontra-se em uma condição de vulnerabilidade social. Neste sentido, importante destacar que, de acordo com o Conselho Nacional de Justiça (CNJ), cerca de 22.640 jovens encontram-se privados de liberdade, no Brasil, em um dos 461 estabelecimentos socioeducativos que existem no país, pelo fato de terem praticado algum ato infracional. Destes, 3.921 (17%) são internos provisórios, ou seja, estão sem uma sentença judicial definitiva⁸.

Fonseca et al.⁹ revelam que as crianças e adolescentes são vulneráveis às situações ambientais e sociais, as quais se manifestam em violência cotidiana, no contexto familiar e escolar, obrigando-as a se inserirem precocemente no mercado de trabalho e/ou no tráfico de drogas. Essa é uma conjuntura que sugere ausência e/ou insuficiência de aparatos sociais cuja repercussão se reflete no aumento das oportunidades de envolvimento com a vida do crime¹⁰.

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) estabelece a idade de doze anos completos aos 20 anos incompletos como pré-requisito para uma eventual internação em unidades privativas de liberdade, como último recurso, a partir de uma série de outras medidas socioeducativas possíveis¹¹. De acordo com o ECA, a internação constitui medida privativa da liberdade, sujeita aos princípios de brevidade, excepcionalidade e respeito à condição peculiar de pessoa em

desenvolvimento. Neste alinhamento, o estatuto versa sobre o encaminhamento para internação do adolescente, cujo ato infracional cometido tenha sido mediante grave ameaça ou violência à pessoa; por reiteração no cometimento de outras infrações graves e/ou por descumprimento reiterado e injustificável da medida anteriormente imposta¹¹. No Rio Grande do Sul, o órgão estatal que responde pela internação de adolescentes é a Fundação de Atendimento Socioeducativo (FASE), formada por várias Unidades, em geral regionalizadas, denominadas de Centro de Atendimento Socioeducativo (CASE).

Investir em estudos sobre a trajetória de vida de adolescentes em conflito com a lei, seus vínculos afetivos familiares, a representatividade e as identificações com figuras parentais mais velhas, ajuda a elucidar o panorama em que as avós e os avôs constituem as concepções de vida construídas por eles.

Pesquisas revelam que à medida que os avós auxiliam seus netos, cuidam dos mesmos em função da ocupação dos pais com o trabalho, oferecendo suporte financeiro e acompanhando suas rotinas¹². Essa forma de convívio de relações intergeracionais, de cuidado afetivo, gera benefícios para ambos.

A relação entre avós e netos com efeito de vínculo de cuidados, considerando o suporte emocional e de provisão de recursos é definida como avosidade. A avosidade, que se traduz por uma experiência de troca entre avós e netos, é um fenômeno relativamente recente, em virtude do aumento da longevidade, e se caracteriza pelo desempenho de papel decisivo, a partir de uma dupla condição de mãe/pai-avós/avôs, na transmissão intergeracional, um processo ligado à formação do sujeito, o neto¹³.

A passagem de princípios, o compartilhamento de suas histórias e até mesmo de hábitos e receitas culinárias se traduzem como uma forma de troca de experiências para valorizar a pessoa mais velha¹⁴. Além do mais, a solidariedade intergeracional entre os idosos e as pessoas jovens nos dias atuais pode contribuir para dirimir o individualismo nos relacionamentos, a partir do tensionamento vivencial a que estamos acostumados¹⁵. Estudo revela que cuidar dos netos, de pais que se separaram, faleceram ou simplesmente não quiseram ser responsáveis por criar os filhos, permite aos avós experimentar

satisfação, bem-estar, amor e alegria². Por conta desse convívio entre gerações diferentes e, por vezes, distantes, é significativo o estudo das concepções de adolescentes privados de liberdade das relações estabelecidas com seus avós no percurso da vida.

Diante deste cenário, o objetivo da pesquisa foi conhecer a interação de adolescentes privados de liberdade com seus avós no processo de viver e envelhecer.

MÉTODO

Trata-se de pesquisa exploratória, descritiva, de abordagem qualitativa, desenvolvida em uma unidade CASE do interior do Estado do Rio Grande do Sul, na qual havia 68 adolescentes em conflito com a lei. Participaram 11 adolescentes internos, com idades entre 17 e 20 anos. Para a seleção dos participantes foram estabelecidos como critérios de inclusão: adolescentes com sentença definida de acordo com o Juizado da Infância e da Juventude, em que se identificasse a medida de internação definitiva e, aqueles que, na sua trajetória de vida, em algum momento, coabitaram com seus avós. Os adolescentes com internação provisória foram excluídos, pois poderiam a qualquer tempo ser desligados do sistema. O fechamento amostral levou em consideração o critério de saturação teórica proposto por Fontanella et al.¹⁶.

Utilizou-se da estratégia de entrevista em profundidade, por serem consideradas profícuas nas pesquisas qualitativas, já que pressupõem uma possibilidade de transmissão de questões que envolvem a subjetividade contida na vivência dos sujeitos, como também as suas singularidades¹⁷.

Os dados foram coletados por meio de entrevistas individualizadas, realizadas por um único entrevistador, durante os meses de fevereiro e março de 2018. Utilizou-se um questionário sociodemográfico, para caracterização dos participantes, e, questões norteadoras para atender os objetivos, como a natureza do delito, se usou drogas, a forma de convivência com os pais e avós, a importância das pessoas nas suas vidas e o que pensa da velhice e o seu significado. O local da realização das mesmas foi nas dependências do CASE, em uma

sala adequada designada pelo gestor responsável, preservando a discricção dos envolvidos e o sigilo absoluto dos dados; com permissão dos envolvidos foram gravadas e transcritas na íntegra para posterior trabalho de codificação e análise, tendo a garantia de serem destruídas, quando concluída a pesquisa.

Os adolescentes tiveram participação voluntária no estudo e a formalização ocorreu a partir de assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

As respostas dos adolescentes foram submetidas à análise de conteúdo¹⁸ por um painel de avaliadores composto por três membros, dentre os quais, um foi o entrevistador e dois eram conhecedores dos fundamentos da intergeracionalidade e experientes em análise de conteúdo, com destaque para as habilidades de categorizar, cotejar e buscar acordos no sistema de temas e categorias. A análise de conteúdo cumpriu as três fases: A primeira, pré-análise, constitui na construção do corpus, mediante leitura flutuante, da totalidade das respostas, com o objetivo de identificar unidades de significado (emissão verbal de qualquer tamanho que expresse a interação com os avós); a segunda fase, foi feita a construção da categorização e submetida a supervisão dos especialistas; na terceira fase foi feita a revisão da categorização e realizado o tratamento dos resultados, inferência e interpretação¹⁸. Salientamos que nos excertos das narrativas, os participantes foram identificados com a letra A de adolescente, seguida de número arábico, correspondendo à ordem de entrevistas, para garantir a participação anônima dos envolvidos. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Passo Fundo, com o parecer n. 2.408.199.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A idade dos envolvidos variou dos 17 aos 20 anos. O ingresso na FASE, para a maioria desses adolescentes, deu-se aos 16 anos de idade, sendo que cinco, dos 11, são reincidentes. Os atos infracionais cometidos por esses internos foram: roubo, tráfico de entorpecentes e crimes contra a vida como homicídio e latrocínio. Com relação à criminalidade na família, oito adolescentes referiram possuir familiares em

conflito com a lei. Dos 11 adolescentes entrevistados, cinco conhecem apenas a mãe, por motivo de falecimento do pai ou por separação. A renda familiar auto relatada seria em torno de um a dois salários mínimos na maioria das residências dos internos, sendo menor que um salário mínimo nas demais.

O que emergiu na voz dos adolescentes sofreu análise de conteúdo e desdobrou-se em categorias que se entrelaçam e completam entre si: a) Os avós como suporte afetivo de adolescentes privados de liberdade e b) Relações de reciprocidade e convivência saudável entre adolescentes e avós.

Os avós como suporte afetivo de adolescentes privados de liberdade

Notadamente, os avós emergiram, a partir dos relatos, como figuras presentes no núcleo familiar e que a avosidade¹⁹ chega a ocupar destaque familiar, suplantando, às vezes, até mesmo a imagem dos pais.

Por outro lado, essa informação revela, em alguns casos, um recorte de gênero nas relações tecidas nas trajetórias de vida dos mesmos, na medida em que se verificou um protagonismo da presença de mulheres, sejam elas mães ou avós:

“Convivi um tempão com a minha vó, que me criou. É uma experiência muito boa [...] Eles me consideravam assim como um filho (avós) [...]. Ela (avó) não quer que eu siga aquele outro caminho, usando drogas, vivendo nas calçadas que nem mendigo” (A2).

“Morava com a minha mãe só. Só que a vó, sempre ia lá dar conselho para mim [...] A minha mãe falava comigo, mas era a mesma coisa que entrar aqui e sair aqui. Eu não ouvia ela. A minha avó falava comigo também. Eu não escutava elas” (A11).

Nas falas de A2 e A11 verificam-se a influência que esses avós têm sobre os adolescentes. Esses resultados são consistentes com a literatura nacional e internacional, que revelam a predominância da linha materna na ligação com os avós^{1,3,10,20}. Para A2, essa substituição ultrapassa os limites práticos e instrumentais, inserindo-se no imaginário do neto, o

que traduz inclusive uma referência importante para ele, reportado na menção a consideração de filho, por parte da avó. Para A11, os conselhos da avó são rememorados hoje.

Diante destes depoimentos, pode-se entender que, talvez, o eco ressoa em função de que as relações intergeracionais também podem ser marcadas por diferenças e conflitos, uma forma salutar de convivência, como confere estudo desenvolvido com adolescentes de 15 a 18 anos, no qual se registra benefícios, porque as diferenças e os conflitos são fundamentais para o estabelecimento de limites nos comportamentos e costumes do funcionamento familiar²¹.

Na condição de privação da liberdade, os adolescentes reconhecem as investidas das avós na tentativa de regrar suas condutas, uma forma subliminar de impor limites e valores²⁰, aspiração das avós que no passado se mostrou inócua, revelada na percepção dos netos. O paradoxo nessa forma de convivência entre adultos e adolescentes é uma mudança necessária para ajustes nos relacionamentos²².

Também foi mencionado que existem muitas diferenças específicas na forma de convivência entre gerações, próprias do nível de maturidade e experiências de vidas distintas, além de acompanhadas de estereótipos produzidos pela sociedade e reproduzidos pelos adolescentes:

“Minha vó às vezes ela dá uns piripaque nela, claro vai chegando a idade” (A2).

“São meio teimosos assim. Eles são meio enjoadinhos um pouco, né?” (A11).

“O cara mais velho, o cara só quer mandar, porque o cara mais velho não tem a mesma agilidade que o cara novo” (A10).

As falas dos adolescentes anunciam representações preconceituosas e carregadas de conotações negativas e refletem o estigma em relação ao idoso presente na sociedade e em muitas famílias, resultados corroborados por estudos que confirmam a imagem negativa dos avós na convivência intergeracional,

que vêm impregnada de estereótipos que estão interiorizados na memória coletiva²³. Torres et al.²⁴ comentam que se trata de um processo cultural em que as pessoas utilizam preconceitos na convivência intergeracional, pois é a forma como compreendem o mundo. No mesmo sentido, a pesquisa de Calderón²⁵, realizada com adolescentes privados de liberdade, demonstrou que os estudos voltados para intersubjetividade são fundamentais para compreender dimensões individuais e sociais dos adolescentes em conflito com a lei.

É no grupo familiar que as relações de convivência se estabelecem. Assim como os pais, os avós também desempenham um papel educativo junto aos netos. Sobre essa boa influência, o adolescente, A4, de 20 anos, menciona o caráter educativo e o auxílio dos pais e dos avós:

“Minha mãe, meu pai, as pessoas que mais me ajudam, minha vó também [...] Com a minha avó, com meu falecido vô, foi uma experiência boa [...]. Aprendi muita coisa com meu avô e se eu tivesse escutado a maioria das coisas que ele falava, pra mim talvez eu não taria aqui” (A4).

Em relação ao processo educacional e de convivência entre avós e adolescentes, a fala de A4 revela que as relações familiares foram pautadas por uma interação entre pais-netos-avós marcadas por influências benéficas^{19,20}, de laços afetivos que valorizam as experiências de vida nas diferentes gerações²³.

Várias mudanças ocorreram no arranjo das famílias. Muitas vezes, os avós acabam por se tornar responsáveis pelo cuidado dos seus netos^{2,26}. No entanto, a fala de um participante ilustra as relações familiares conflituosas:

“Dai comecei a xingar a minha vó, entendeu? E dai ela ficou meia braba comigo, e dai fui morar com a minha mãe mesmo [...]. Com o tempo fui morar com o meu vô, e daí o meu vô já não gostava que eu traficava, assaltava [...]. Dai, fiquei morando com a minha tia um tempão [...] depois voltei a morar com minha vó” (A2).

A fala de A2 revela um cenário de conflito com relações desarmônicas, o que sugere uma incompatibilidade de valores sociais e culturais entre o neto adolescente transgressor, traficante e assaltante e seus avós. Pode-se avaliar uma inflexibilidade do adolescente diante das manifestações dos avós. A escolha era a fuga, a transferência de residência, talvez pela insistência de seus avós em chamar a atenção para o viver e conviver com os delitos.

Relações de reciprocidade e convivência saudável entre adolescentes e avós

As narrativas reforçaram a ligação e o apego com a família, enaltecendo os laços e o envolvimento afetivo dos adolescentes com seus entes queridos que, apesar das dificuldades, são sempre reverenciadas e incluídas nas suas expectativas futuras. Um dos participantes relata o significado dos vínculos afetivos com pessoas queridas, inclusive como referência na busca por um comportamento diferente e o prazer da convivência esporádica:

“A minha madrinha veio me ver, eu quando olhei assim desabei, por causa tipo fazia seis meses que eu não via ela. E aí tipo, a minha vó é importante, todo mundo é importante pra mim, por causa que tipo elas fazem parte da minha vida [...]. A minha vó ela já é de idade, tenho um medo enorme que aconteça uma coisa com ela, um fato verídico uma coisa assim, então tipo as pessoas importantes para mim são como o meu tesouro, a minha fonte de energia, sabe? Tipo como Deus, Jesus, tipo assim [...]. E eu fico muito feliz, sabe? [...]. Eu vou todos os sábados, então eu convivi e convivo com velhinhos assim [...] e pretendo conviver com a minha vizinha bastante tempo ainda” (A11).

As relações entre as diferentes faixas etárias da população produzem laços de afeto, carinho, vida social e psicológica entre os envolvidos. Na fala de A11, o sentimento em relação à avó toma proporções mais amplas, onde o bem querer é intenso. Além de serem relações harmoniosas, a perspectiva de perder seu ente querido suscita medo e apreensão, pois existe qualidade nesse relacionamento, envolvimento emocional e um arranjo familiar intimamente ligado ao bem-estar em toda a extensão da vida²⁷.

Em relação à reciprocidade num ambiente familiar positivo, a fala de A9, de 18 anos, restrito de liberdade por praticar furto, expressa a sua percepção de confiança, amizade, esperança e suporte psíquico acerca dos familiares:

“As pessoas importantes pra mim, que eu considero é minha mãe, meu finado irmão, meu vô e o D., que é um amigo. Meu avô é muito tri [...] eu cheguei de dispensa [visita familiar], em casa ele chegou a chorar, chorou na minha frente, falou que não quer mais eu aqui, pediu pra eu mudar. Eu tenho medo de perder o meu vô, e tá aqui dentro [...] sempre eu que pego a cadeira do vô, vou lá e coloco a cadeira, o vô senta daí eu saio de perto dele, ou senão fico conversando com ele, mas as seis, seis horas da manhã tenho que fazer um mate pra ele” (A9).

A literatura^{10,13,23} corrobora essa reciprocidade percebida em alguns casos na relação de avós que cuidam de seus netos, destacando a importância da reprodução da cultura familiar entre as gerações, mantendo o processo de envelhecimento dos avós saudável e ativo.

Em um contexto de vida familiar, acontece uma constante troca entre as diferentes realidades psíquicas de cada membro, os papéis familiares se alternam e reconstróem constantemente. A forma de convivência saudável com as pessoas faz com que vícios sejam superados e novos hábitos adquiridos e legitimados:

“Fui embora pra morar com eles (avós), aí então eu parei um pouco de viver só na farra, e coisas [...] E aí fui morar com eles, e aí eles começaram a ter mais controle comigo [...]. Daí comecei a voltar estudar e trabalhar e aí comecei trabalhando de novo, com o meu avô. Meu avô, ele era mestre de obras [...] Então, os meus familiares assim todos, todos me apoiaram bastante aqui dentro [...]. Tenho uma afinidade pela minha bisavó assim, e com meus avós também bastante afinidade” (A8).

A desestruturação familiar é um processo recorrente relatado e subjacente na vida dos adolescentes e os avós aparecem como referência para amenizar essa instabilidade, seja positiva ou negativa, porque estão presentes fisicamente e

possuem experiências de vida e em grupo. Essa forma de convivência também aparece como uma possibilidade na busca pela qualidade na formação da personalidade dos jovens em conflito com a lei e um ambiente favorável de trocas e suporte de apoio mútuo.

“[...] ele (referindo-se ao avô) me ensinou um montão de coisas. Ele me ensinou...E eu ficava mais tranquilo quando eu estava com ele. Quando eu estava com ele eu ficava mais tranquilo, eu não pensava tanto nas ruas” (A10).

“Quer dizer convivia com a minha vizinha, convivo, né. Eu convivi com a minha vizinha, sabe? Que é bem velhinha, aliás ela me vê, sabe? E eu fico muito feliz, sabe? Por ela, sabe, ela vem todos os sábados, “*nem que eu venha de ônibus eu vou todos os sábados*”, então eu convivi e convivo, ela é muito importante para mim” (A12).

Corroborando, estudo desenvolvido no Distrito Federal que avaliou a relação entre avós e netos de acordo com as suas percepções, encontrou como resultados na categoria sentimento que os netos evidenciam as qualidades pessoais de suas avós, construindo formas diferentes de relações entre os mesmos e, na categoria significado da velhice, alguns netos mostram desconhecimento sobre o significado do termo, enquanto outros possuem em suas mentes uma imagem de como será a sua velhice²⁸.

Para Almeida²⁷, quando a vivência intergeracional acontece, estabelecem-se trocas afetivas. No cotidiano, a subjetividade da criança ou do adolescente se compõe e se manifesta, mediante sua interação do eu com as pessoas significativas de sua família sejam eles avós, pai, mãe e ou irmãos.

Neste contexto, estudo desenvolvido com 30 idosos que participam de um projeto de extensão da Universidade da Maturidade da Universidade Federal do Tocantins, dentre os quais 70% assumem a custódia legal e financeira dos netos, revelou, no exposto pelos participantes, que ter papel expandido afeta positivamente, por meio de senso de renovação pessoal e de dever cumprido, mas, também, pode afetar negativamente, pelos possíveis conflito e sobrecarga financeira²⁹.

A fala de A8 ilustra os momentos de aproximação emocional e de interações entre avós e neto e percebe-se um sentido de transmissão de certos valores, de vínculos geracionais fortalecidos. É provável que o “controle” exercido pelos avós estabeleceu eco na conduta do adolescente, pois o estilo de exercer a avosidade causou a modificação no comportamento do neto. Assim, os avós têm um papel importante na transmissão de valores aos adolescentes^{5,30}, nas novas configurações familiares. As vivências de A8 ilustram a possibilidade que se estende para além do suporte e apoio dos avós aos netos. São laços afetivos que se constituíram e se fortaleceram, superando dificuldades situacionais e socioeconômicas e componentes importantes para uma condição de vida distanciada da vulnerabilidade social ou individual. Vínculos fortalecidos, na dimensão intergeracional, contribuem positivamente no processo de viver e envelhecer dos adolescentes. O funcionamento do contexto familiar, ao longo da vida, reflete a capacidade que os indivíduos têm de se adaptar aos desafios e limitações do ambiente social e aos eventos do ciclo de vida^{28,31}.

Cabe destacar como limitações deste estudo, que o mesmo foi realizado com um reduzido grupo de adolescentes que partilhavam de realidades muito semelhantes, o que não permite fazer generalizações. Deste modo, considera-se pertinente avançar o estudo em outros contextos socioculturais e econômicos.

CONCLUSÃO

Os resultados da pesquisa indicaram que os participantes conceberam o papel dos avós na trajetória de suas vidas, mesmo com conflitos relacionais, como benéficos e saudáveis. Eles ocupam um espaço de convivência e referência familiar não preenchido pelos pais, como amparo, afeto e suporte nas angústias familiares e próprias da idade em processo de construção da identidade pessoal do sujeito adolescente que se desenvolve. Os idosos também são mencionados como figuras portadoras da cultura familiar transgeracional entre seus entes, gerando certa homeostase nas relações do grupo familiar.

Importante destacar o protagonismo das mulheres que, no cenário em que emerge a necessidade de

assumir a custódia de seus netos, podem se encontrar em situação de também vulnerabilidade em virtude de comprometimento, principalmente, de sua saúde física e emocional.

O diálogo com os participantes demonstrou os desdobramentos do processo de envelhecimento e do aumento da longevidade, na medida em que

o número de famílias com presença de idosos é crescente e significativo, sobretudo, no que se refere ao universo das relações intersubjetivas, configuradas entre os jovens e os idosos. Sob essa perspectiva, faz-se salutar compreender essas dinâmicas relacionais familiares e intergeracionais em seus próprios contextos e especificidades, bem como estudos mais profundos e com um grupo maior de sujeitos.

REFERÊNCIAS





- Klein AL, Basilio LI, Garcia MCR. Unanálisis del vínculo abuelos-nietos-adolescentes reflexión sobre la transmisión generacional. *Revkatálys* [Internet]. 2016 [acesso em 28 mar. 2019];19(2):251-9. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-49802016000200251&lng=en&nrm=iso
- Nascente RA, Zucolotto MPR. Avós cuidadoras e seus netos: uma reflexão sobre as configurações familiares. *DiscipSci* [Internet]. 2016 [acesso em 28 mar. 2019];16(1):27-41. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.edu.br/index.php/disciplinarumCH/article/view/1838/1727>
- Klein A. Una aproximación a las formas de relacionamiento abuelos-nietos adolescentes desde perspectivas tradicionales, no tradicionales e inéditas. *PsicolRev* [Internet]. 2009 [acesso em 28 mar. 2019];18(1):1-20. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/psicorevista/article/view/3311/2222>
- do Prado LS, Souza FA. Voltando no tempo: o papel dos avós guardiões. *RIPE Constr Ser Soc* [Internet]. 2015 [acesso em 28 mar. 2019];19(35):132-53. Disponível em: ojs.ite.edu.br/index.php/css/article/download/207/246
- da Rocha AA, Brasil KCTR, de Cárdenas CJ, Lara L. O lugar dos avós na configuração familiar com netos adolescentes. *RevKairós Gerontol* [Internet]. 2012 [acesso em 28 mar. 2019];15(2):159-76. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/kairos/article/view/13111/9640>
- Chalom A, Cardoso E, Barbosa RCK. Crianças e adolescentes com familiares encarcerados: levantamentos de impactos sociais, econômicos e afetivos [e-book]. Galdeano, AP, org. São Paulo: CEBRAP; 2018.
- Coelho MTBF, Dias CMSB. Avós Guardiões: uma revisão sistemática de literatura do período de 2004 a 2014. *Psicol Teor Pesqui* [Internet]. 2016 [acesso em 10 abr. 2019];32(4):1-7. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722016000400214&lng=en&nrm=iso
- Rodrigues A. Brasil tem cerca de 22,6 mil jovens privados de liberdade, diz CJN. Agência Brasil [Internet]. 22 nov. 2018: Seção Direitos Humanos:1-2. Disponível em: <http://agenciabrasil.ebc.com.br/direitos-humanos/noticia/2018-11/brasil-tem-cerca-de-226-mil-jovens-privados-de-liberdade-diz-cnj>
- Fonseca F, Sena RKR, dos Santos RA, Dias OV, Costa S. As vulnerabilidades na infância e adolescência e as políticas públicas brasileiras de intervenção. *Rev Paul Pediatr* [Internet]. 2013 [acesso em 28 mar. 2019];31(2):258-64. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-05822013000200019&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-05822013000200019>
- Pereira TCS, dos Reis JN, Costa LA. Autor e vítima: a vulnerabilidade social de jovens que cometeram atos infracionais em Belo Horizonte. *RevTer Ocup* [Internet]. 2015 [acesso em 28 mar. 2019];26(2):258-66. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rto/article/view/74957>
- Brasil. Câmara dos Deputados. Estatuto da criança e do adolescente, 1990: Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990, e legislação correlata. 11. ed. Brasília, DF: Edições Câmara; 2014.
- Cardoso AR, de Brito LMT. Ser avó na família contemporânea: que jeito é esse? *PsicoUSF* [Internet]. 2014 [acesso em 28 mar. 2019];19(3):433-41. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-82712014000300007&script=sci_abstract&tlng=pt
- Marchena JPA, García GD, Carballido GP. La abuelidad: rol relevante em sociedad que envejece. Cuba: Editorial Universo Sur; 2016.
- deMoura MMD, Veras RP. Acompanhamento do envelhecimento humano em centro de convivência. *Physis* [Internet]. 2017 [acesso em 28 mar. 2019];27(1):19-39. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312017000100019&lng=en

15. Cabral MLL, Macuch RS. Solidariedade intergeracional: perspectivas e representações. *Cinergis* [Internet]. 2017 [acesso em 28 mar. 2019];18(1):59-68. Disponível em: <https://online.unisc.br/seer/index.php/cinergis/article/view/8393/5375>
16. Fontanella BJB, Luchesi BM, Saidel MGB, Ricas J, Turato ER, Melo DG. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2011 [acesso em 28 mar. 2019]; 27(2):389-94. Disponível em: www.scielo.br/pdf/csp/v27n2/20.pdf
17. Bauer Martin W, Gaskell George. *Qualitative Research with Text, Image and Sound: a practical handbook*. Pedrinho AG, Tradutor. 12. ed. Petrópolis: Vozes; 2014.
18. Bardin L. *Análise de Conteúdo*. Reto LA, Pinheiro L A, Tradutores. São Paulo: Edições 70; 2016.
19. Lins ZMB, Salomão NMR, Lins SLB, Féres-Carneiro T, Eberhardt AC. O papel dos pais e as influências externas na educação dos filhos. *Rev. SPAGESP* [Internet]. 2015 [acesso em 28 mar. 2019];16(1):43-59. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702015000100005&lng=pt
20. González BJJ, González SJ, Ortiz OV, González BE. La relación abuelos-nietos desde una perspectiva intercultural. *Int J Dev Educ Psychol* [Internet]. 2010 [acesso em 28 mar. 2019];2(1):669-76. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=349832325070>
21. Paixão FJD, de Moraes Na. A experiência de adolescentes criados por avós. *Clín Cult* [Internet]. 2016 [acesso em 28 mar. 2019];5(1):65-86. Disponível em: <https://seer.ufs.br/index.php/clinicaecultura/article/viewFile/5045/4896>
22. Watson C, Bantebya GK, Muhanguzi FK. The paradox of change and continuity in social norms and practices affecting adolescent girls' capabilities and transitions to adulthood in rural Uganda. In: Harper C, Jones N, Ghimire A, Marcus RM, Kyomuhendo G. *Empowering Adolescent Girls in Developing Countries: Gender Justice and Norm Change*. London: Routledge; 2018. p. 85-101.
23. da Silva DM, Vilela ABA, Nery AA, Duarte ACS, Alves MR, Meira SS. Dinâmica das relações familiares intergeracionais na ótica de idosos residentes no Município de Jequié (Bahia), Brasil. *Ciênc Saúde Colet* [Internet]. 2015 [acesso 30 mar. 2019];20(7):2183-91. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000702183&lng=en
24. Torres TL, Camargo BV, Bousfield ABS. Estereótipos sociais do idoso para diferentes grupos etários. *Psicol Teor Pesqui* [Internet]. 2016 [acesso em 28 mar. 2019];32(1):209-21. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722016000100209&lng=en&nrm=iso
25. Calderón VAA. Intersubjective notions construction of law, rule and justice in juveniles deprived of their liberty. *Ajayu*. 2016;14(1):56-70.
26. Cappelli TF, de Oliveira LRF. Psicoterapia psicanalítica de uma criança que está sob a guarda da avó: estudo de caso. *Aletheia* [Internet]. 2015 [acesso em 28 mar. 2019];(47-48):91-105. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942015000200008&lng=pt
27. Almeida MES. A pluralidade das pessoas psíquicas na escala transgeracional. *Mudanças* [Internet]. 2014 [acesso em 28 mar. 2019];22(2):23-32. Disponível em: <https://www.metodista.br/revistas/revistas-ims/index.php/MUD/article/view/4429>
28. Oliveira ARV, Vianna LG, de Cárdenas CJ. Avosidade: visões de avós e de seus netos no período da infância. *Rev Bras Geriatr Gerontol* [Internet]. 2010 [acesso em 28 mar. 2019];13(3):461-74. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232010000300012&lng=en
29. Osório NB, Sinésio Neto L, de Souza JM. A era dos avós contemporâneos na educação dos netos e relações familiares: um estudo de caso na Universidade da Maturidade da Universidade Federal do Tocantins. *Signos* [Internet]. 2018 [acesso em 28 mar. 2019];39(1):305-315. Disponível em: <http://www.univates.br/revistas/index.php/signos/article/view/1837>
30. Santos AL, Teston EF, Cecílio HPM, Serafim D, Marcon SS. Grandmothers' involvement in the care of children of adolescent mothers. *REME Rev Min Enferm* [Internet]. 2015 [acesso em 28 mar. 2019];19(1):55-9. Disponível em: www.reme.org.br/exportar-pdf/985/v19n1a05.pdf <http://dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20150005>
31. Rabelo DF, Neri AL. A complexidade emocional dos relacionamentos intergeracionais e a saúde mental dos idosos. *Pensando Fam* [Internet]. 2014 [acesso em 28 mar. 2019];18(1):138-153. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-494X2014000100012&lng=pt&nrm=iso



Análise dos aspectos cognitivos de idosos considerando a prática de exercícios físicos regulares e fatores associados

Analysis of the cognitive aspects of elderly people considering the practice of regular physical exercises and associated factors

Thuane Lopes Macedo¹ 
Rafael Cunha Laux^{2,3} 
Alice Arruda Londero³ 
Sara Teresinha Corazza^{1,3} 

Resumo

Objetivo: Comparar o desempenho cognitivo de idosos praticantes e não praticantes de exercícios físicos (EF), considerando algumas variáveis sociodemográficas e relacionadas à prática de atividades cognitivas. **Método:** Participaram deste estudo 59 idosos divididos em grupo controle (GC) e grupo ginástica (GG). Utilizou-se o *Vienna Test System*[®] para estimar atenção e concentração, tempo de reação simples e percepção periférica dos participantes. Para testar a normalidade dos resultados utilizou-se o teste de Shapiro Wilk. A associação entre EF e as variáveis socioeconômicas foi verificada através do teste qui-quadrado e o teste exato de Fisher. Na comparação das diferenças entre grupos utilizou-se o teste U de Mann-Whitney para variáveis com distribuição não paramétrica, e o teste T de Student para amostras independentes para demais variáveis. **Resultados:** Não houve diferenças significativas no desempenho dos grupos, exceto na variável capacidade de atenção e concentração a qual o GC apresentou melhor desempenho ($p=0,01$). Fatores como nível de escolaridade ($p=0,02$), renda ($p=0,001$) e prática de trabalhos manuais (0,06) associaram-se ao melhor desempenho do GC. **Conclusão:** Este estudo não encontrou evidências de que a prática do EF possa gerar algum benefício cognitivo em idosos quando comparados a idosos que não praticavam EF regularmente. No entanto percebe-se a existência de outros aspectos influenciadores da cognição, como a escolaridade, nível sociocultural e o hábito da leitura, que possuem um grau de importância significativo na análise.

Palavras-chave:

Envelhecimento. Tempo de Reação. Atenção. Desempenho Psicomotor. Acuidade Visual.

Abstract

Objective: the objective of this study was to compare the cognitive performance of elderly who are enrolled in a physical activity (PA) program with those who are not, considering some sociodemographic variables that are related to the practice of cognitive activities.

¹ Universidade Federal de Santa Maria, Programa de Pós-graduação em Gerontologia. Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil.

² Universidade do Oeste de Santa Catarina, Curso de Educação Física. Chapecó, Santa Catarina, Brasil.

³ Universidade Federal de Santa Maria, Programa de Pós-Graduação em Educação Física. Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil.

Correspondência
Thuane Lopes Macedo
thuanelopesmacedo@hotmail.com

Recebido: 26/06/2018
Aprovado: 05/04/2019

Method: 59 elderly people participated in this study divided into control group (CG) and gymnastics group (GG). The Vienna Test System® was used to estimate the attention and concentration capacities, simple reaction time and peripheral perception. To test the normality of the data it was used the Shapiro Wilk Test. The association between PA and socioeconomic variables was verified by Chi-Square Test and Fisher Exact Test. To compare of differences between groups the Mann Whitney U-test for variables with non-parametric distribution and the Student T-test for independent samples for other variables were used. *Result:* there were no significant differences in the performance of the groups, except in the capacity of attention and concentration in which CG presented best performance ($p=0.01$). Factors as schooling ($p=0.02$), income ($p=0.001$) and regular practice of handcrafts ($p=0.06$) can explain the best performance of CG. *Conclusion:* This study found no evidence that the practice of physical activity can generate some cognitive benefit in the elderly when compared to the elderly who did not practice regular physical activity. However, we perceive the existence of other aspects that influence on the cognition, such as schooling, sociocultural level and the reading habit, that have a significant importance degree in the analysis.

Keywords: Aging.
Reaction Time. Attention.
Psychomotor Performance.
Visual Acuity.

INTRODUÇÃO

A senescência traz consigo limitações cognitivas advindas de alterações no sistema nervoso central, diminuição da condução nervosa e percepção sensorial que interferem na função executiva e desempenho psicomotor^{1,2}. A busca por evidências que otimizem o uso de estratégias não farmacológicas na tentativa de amenizar estas alterações tem aumentado gradativamente^{3,4}. Evidências sugerem que um alto nível de atividade física regular esteja aliado a melhor performance física, motora e cognitiva reduzindo o risco de declínio cognitivo e demência na vida adulta⁵. Porém, os mecanismos de relação entre exercício físico e funcionamento cognitivo em idosos ainda não são bem compreendidos⁶.

Processos cognitivos como atenção concentrada, tempo de reação e percepção periférica são extremamente importantes para o dia a dia dos idosos. Estes estão diretamente relacionados com a capacidade de manter o foco de atenção sobre os estímulos relevantes do ambiente⁷, assim como responder rapidamente a estímulos ambientais¹ e perceber o ambiente ao seu redor, através da orientação espacial, afim de evitar possíveis acidentes e realizar atividades cotidianas com eficácia⁸. Logo, maiores esclarecimentos sobre a importância do exercício físico nos aspectos cognitivos tornam-se importante, afim de elucidar sobre possíveis estratégias de intervenção contra o declínio cognitivo de pessoas mais velhas.

Conforme as conclusões de Bherer, Erickson, Ambrose², o exercício físico é uma intervenção não farmacêutica promissora para prevenir o declínio cognitivo relacionado com a idade e as doenças neurodegenerativas, devido, principalmente, ao aprimoramento da capacidade cardiorrespiratória. Freudenberger et al.⁹ acrescentam, ainda, que uma melhor aptidão cardiorrespiratória está altamente relacionada aos melhores desempenhos nos domínios cognitivos da memória, função executiva e habilidades motoras nos indivíduos de meia-idade e idosos. Todavia, uma recente revisão da literatura¹⁰ não encontrou evidências significativas entre o exercício físico aeróbico e a melhora da função cognitiva em idosos, sem comprometimento cognitivo conhecido. Esses achados corroboram com Desjardins-Crépeau et al.¹¹ que também argumentam que nem todas as funções executivas/mentais são melhoradas com o exercício físico. Para uma melhor compreensão da relação do exercício físico com as condições cognitivas, estruturou-se este estudo, o qual comparou o desempenho cognitivo de idosos praticantes e não praticantes de exercícios físicos regulares, considerando algumas variáveis sociodemográficas e relacionadas à prática de atividades cognitivas.

MÉTODO

Para a formação do grupo de idosos ativos, foram convidados a participar da pesquisa praticantes de ginástica (GG) de grupos vinculados ao Núcleo

Integrado de Estudos e Apoio à Terceira Idade (NIEATI) da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Afim de minimizar as possíveis diferenças de desempenho ocasionadas por diferentes estímulos dados, foram selecionados apenas grupos que praticassem aulas com o mesmo professor. Dessa forma, foram convidados a participar da pesquisa um total de 200 idosos praticantes de três grupos de ginástica vinculados ao NIEATI. As aulas de ginástica aconteciam duas vezes na semana, com duração de 50 minutos. Normalmente, as aulas eram subdivididas em aquecimento (dança em pares) e alongamento; parte principal com danças coreografadas, exercícios coordenativos para membros superiores e inferiores e/ou circuitos funcionais; por fim, o alongamento global em grupos ou individual. Não foi mensurado o nível de esforço físico durante às aulas.

Para a formação do grupo de idosos, os que não praticavam exercício físico, chamado de grupo controle (GC) foram convidados a participar da pesquisa, idosos residentes nos mesmos bairros dos idosos ativos, através de indicação dos participantes do GG. Houve também, divulgação na mídia através de publicação em jornais e mídia digital.

Foram entrevistados 63 idosos no grupo ginástica; destes, 17 foram excluídos por não alcançar a pontuação mínima no Mini Exame do Estado Mental (MEEM), oito por problemas auditivos ou visuais não corrigidos, quatro apresentaram percentual de faltas maior que permitido, quatro praticavam outro exercício físico (EF) e um não conseguiu completar a bateria de testes por dificuldades em manipular o computador. No grupo controle foram avaliados 50 idosos, entre eles oito foram excluídos no MEEM, sete foram classificados como ativos no Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ) e cinco apresentaram problemas auditivos ou visuais não corrigidos.

Desta forma, após entrevista, e, conforme os critérios de inclusão e exclusão da pesquisa o GG, foi composto por 29 idosos com idade média de 69,43 ($\pm 4,63$) anos. No GC, o grupo ficou com 30 participantes, com idade média de 69,93 ($\pm 5,05$) anos. Entende-se que a idade cronológica influencia a cognição de forma geral, por isso os grupos foram classificados em faixas etárias, dispostos em Grupo

ginástica 1 (GG1, n=17, para participantes com idade entre 60 e 69 anos) e Grupo ginástica 2 (GG2, n=12, para participantes com idade entre 70 e 79 anos). A mesma divisão por faixa etária foi feita com o Grupo Controle dividindo-o em Grupo Controle 1 (GC1, n=15) e Grupo Controle 2 (GC2, n=15).

Para a formação do GG, foram convidados a participar da pesquisa idosos com idade entre 60 e 79 anos, de ambos os sexos, participantes efetivos das aulas de ginástica nos grupos referidos há no mínimo seis meses. Além disso, a frequência de prática do exercício foi estabelecida em duas vezes na semana, com frequência mínima de 75% das aulas, no semestre de avaliação. Para o GC, foram convidados a participar da pesquisa, idosos da mesma faixa etária, os quais declararam não praticar nenhum exercício físico regular, no mínimo há seis meses, classificados, como insuficientemente ativos ou sedentários conforme o Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ)¹², segundo classificação da WHO¹³.

Foram excluídos os participantes, com comprometimento físico e/ou cognitivo, que pudessem alterar as variáveis de avaliação do estudo, os quais foram verificados através de entrevista e pelo escore do Miniexame do Estado Mental¹⁴, adaptado à população brasileira por Brucki et al.¹⁵, conforme escolaridade. Bem como déficit sensorial visual diagnosticado através da Escala de Sinais de Snellen, segundo indicação do Ministério da Saúde¹⁶. Para rastrear possíveis déficit sensoriais auditivos foi aplicado o teste do sussurro¹⁷, além disso foi perguntado aos participantes se eles possuíam problemas auditivos graves e ou dificuldade em ouvir. Pessoas que declararam praticar outro exercício físico, que possuísem doenças com diminuição do campo de visão ou com histórico prévio de acidente vascular encefálico, doença de Parkinson e Alzheimer também foram excluídas.

Situação socioeconômica, condições de saúde, histórico de quedas e estimulação cognitiva foram avaliadas, por meio de questionário devidamente construído para esta pesquisa, em forma de entrevista.

O *software Vienna Test System*[®] (VTS), Versão 6.81.013 foi utilizado, para estimar atenção e concentração (COG), tempo de reação simples (TRS) e percepção periférica (PP). Os testes utilizados

possuíam uma fase de instruções animada e uma fase de treino com feedback de erro, permitindo ao examinado a familiarização com o teste e assegurando a compreensão da tarefa. As duas avaliadoras que executaram a pesquisa passaram primeiro por um processo de treinamento, projeto piloto, no qual foram avaliadas 12 praticantes de hidroginástica também do NIEATI em dois momentos distintos. Não foram encontradas diferenças significativas entre os resultados das pesquisadoras.

Para mensurar o perfil cognitivo dos participantes, foi utilizado o Teste de Cognição (COG) versão S7¹⁸. O teste avalia as aptidões gerais da cognição e é utilizado, a fim de medir os níveis de atenção e a concentração, através da comparação de figuras relativamente a sua similaridade. A tarefa do examinado consistiu em comparar uma figura isolada com um bloco modelo, e avaliar a sua similaridade. Para figuras iguais o avaliado deveria apertar a tecla verde, e para figuras diferentes deveria apertar a tecla vermelha o mais rápido e correto possível. Foram apresentadas 100 figuras, sendo elas 50 iguais e 50 diferentes ao bloco modelo. Como resultado, tomou-se o número de rejeições corretas e o tempo médio (em segundos) levado para responder as comparações.

A análise da capacidade do tempo de reação simples (TRS) aconteceu através do Teste RT versão S1, para TRS com estímulo visual, e Teste RT versão S2, para TRS com estímulo auditivo¹⁹.

A análise do tempo de reação simples (TRS) aconteceu através da versão S1 (com estímulos visuais) e versão S2 (com estímulos auditivos). A tarefa consistia em manter o dedo indicador da mão de preferência sob uma tecla de descanso e, sempre, que apresentado o estímulo, círculo amarelo ou som agudo, apertar uma tecla pré determinada o mais rápido possível. Foram apresentados 28 estímulos em cada versão do teste. Para avaliação, utilizou-se o tempo de reação pré-motor e motor, dado em milésimos de segundos.

Para mensurar a visão periférica, foi utilizado o Teste de percepção periférica (PP)²⁰. O PP compõe-se de duas tarefas parciais: a tarefa de perceber estímulos laterais referente à percepção periférica propriamente dita e uma tarefa central de *tracking*, destinada a focalizar a atenção do examinado ao centro do campo visual e investigar a capacidade do avaliado em distribuir sua atenção. Solicitou-se ao examinado pisar no pedal com o pé direito sempre que reconhecesse estímulos luminosos do lado direito ou esquerdo do painel, porém mantendo um alvo próximo a uma bolinha que se movimentava na tela do monitor. Foram apresentados 80 estímulos, 40 do lado esquerdo e 40 do lado direito, admitindo um campo visual máximo de 180°. Como resultado, utilizou-se o campo visual total, em graus, e o desvio de *tracking* em unidade sem medida. A imagem abaixo (figura 1) ilustra o STV.



A imagem representa os testes de cognição, tempo de reação e percepção periférica, da esquerda para a direita, respectivamente.

Figura 1. Apresentação dos testes aplicados do Sistema de Testes de Viena®. Santa Maria, RS, 2016-2017.

Estatísticas descritivas foram aplicadas às variáveis média, mediana, desvio padrão e diferença interquartílica. Para testar a normalidade dos resultados, utilizou-se o Teste de Shapiro Wilk. A fim de verificar a associação entre exercício físico e as variáveis socioeconômicas, condições de saúde, histórico de quedas e estimulação cognitiva, foi utilizada medida de significância estatística, para variáveis categóricas. O teste qui-quadrado foi utilizado para as variáveis quedas e trabalhos manuais, dos grupos entre 60 e 69 anos. Também para as variáveis: situação conjugal, renda e comorbidades dos grupos com idade entre 70 e 79 anos. Para as demais, foi utilizado o teste exato de Fisher. Na comparação das diferenças entre grupos, utilizou-se o teste U de Mann Whitney, para variáveis com distribuição não paramétrica (no grupo de idosos entre 60 e 79 anos – Tempo de reação pré-motor para estímulo visual e desvio de *tracking*). E, no grupo de idosos com idade entre 70 e 79 anos, tempo de reação pré-motor, para estímulo auditivo, tempo de reação motor, para estímulos auditivos e desvio de *tracking*. Nas demais variáveis, as quais apresentaram distribuição paramétrica, foi utilizado o teste T de *Student* para amostras independentes. Todas as análises foram realizadas utilizando o software SPSS versão 20.0 para *Windows*, adotando um nível de significância de 5%.

Este estudo apresenta, como orientação ética, os requisitos da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta pesquisas envolvendo seres humanos. A pesquisa iniciou após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM e assinatura do Termo de Consentimento

Livre pelos participantes com parecer de aprovação nº1.154.499.

RESULTADOS

As características socioeconômicas, condições de saúde, histórico de quedas e estimulação cognitiva dos grupos estudados, estratificados por idade, são apresentadas na Tabela 1. Destacam-se as variáveis escolaridade, renda familiar e a prática regular de trabalhos manuais, que se apresentaram com maior prevalência no GC.

O questionário IPAQ foi utilizado para classificar o nível de atividade física dos idosos avaliados. Foi feito um somatório do tempo de prática de atividade física de uma semana habitual nos quatro domínios do instrumento. Todos os idosos dos grupos ginástica foram classificados como ativo/muito ativo. No GC1 três pessoas foram classificadas como sedentárias e no GC2 duas pessoas assim foram classificadas, o restante dos participantes dos grupos controles classificaram-se como pouco ativo.

Em uma segunda análise apresenta-se os resultados obtidos através da avaliação do desempenho cognitivo e perceptivo motor nas dimensões atenção e concentração, tempo de reação simples pré-motor e motor, para estímulos auditivos e visuais, percepção periférica e capacidade de atenção distribuída. A mesma distribuição dos grupos foi mantida. A Tabela 2 apresenta os resultados dos testes e a comparação entre GG e GC, os quais tiveram desempenhos similares, com exceção do número de acertos, no teste de atenção, no qual GC obteve melhor desempenho ($p=0,01$).

Tabela 1. Informações socioeconômicas, condições de saúde, histórico de quedas e estimulação cognitiva através de frequência absoluta e relativa de idosos (n=59). Santa Maria, RS, 2016-2017.

Variáveis	G1 ¹ (n=17)	C1 ² (n=15)	p*	G2 ³ (n=12)	C2 ⁴ (n=15)	p*
Idade (anos)	66,159(±2,263)	65,666(±3,000)	0,806 ^a	74,066(±2,686)	74,194(±2,219)	0,893 ^a
Sexo						
Feminino	16 (94,118)	11 (73,334)	0,161 ^a	4 (33,333)	14 (93,333)	0,002 ^a
Masculino	1 (5,882)	4 (26,666)		8 (66,667)	1 (6,667)	
Situação conjugal						
Com companheiro	4 (23,530)	7 (46,667)	0,266 ^a	6 (50,000)	6 (40,000)	0,603 ^b
Sem companheiro	13 (76,470)	8 (53,333)		6 (50,000)	9 (60,000)	
Escolaridade (ensino formal)						
Até 11 anos	13 (76,470)	7 (46,667)	0,144 ^a	12 (100,000)	9 (60,000)	0,020 ^a
12 anos ou mais	4 (23,530)	8 (53,333)		0 (0,000)	6 (40,000)	
Ocupação						
Trabalha	4 (23,530)	7 (46,667)	0,266 ^a	0 (0,000)	2 (13,333)	0,487 ^a
Não trabalha	13 (76,470)	8 (53,333)		12 (100,000)	13 (86,667)	
Renda familiar (salário mínimo)						
Até 3	11 (64,706)	1 (6,667)	0,001 ^a	5 (41,667)	7 (46,667)	0,795 ^b
Acima de 3	6 (35,294)	14 (93,333)		7 (58,333)	8 (53,333)	
Comorbidades						
Até 3 doenças	14 (82,353)	9 (60,000)	0,243 ^a	7 (58,333)	7 (46,667)	0,547 ^b
Acima de 3 doenças	3 (17,647)	6 (40,000)		5 (41,667)	8 (53,333)	
Utilização de medicamentos						
Sim	13 (76,470)	14 (93,333)	0,338 ^a	9 (75,000)	14 (93,333)	0,294 ^a
Não	4 (23,530)	1 (6,767)		3 (25,000)	1 (6,667)	
Quedas						
Sim	6 (35,294)	5 (33,333)	0,907 ^b	1 (8,333)	3 (20,000)	0,605 ^a
Não	11 (64,706)	10 (66,667)		11 (91,667)	12 (80,000)	
Trabalhos manuais						
Sim	10 (58,824)	8 (53,333)	0,755 ^b	4 (33,333)	11 (73,33)	0,057 ^a
Não	7 (41,176)	7 (46,667)		8 (66,667)	4 (26,666)	
Hábito de ler						
Sim	9 (52,941)	12 (80,000)	0,147 ^a	4 (33,333)	11 (73,33)	1,00 ^a
Não	8 (47,058)	3 (20,000)		8 (66,667)	4 (26,666)	

¹Grupo ginástica 1 (60 e 69 anos); ²Grupo ginástica 2 (70 e 79 anos); ³Grupo controle 1 (60 e 69 anos); ⁴Grupo controle 2 (70 e 79 anos); ^aTeste de Fisher; ^bteste qui-quadrado.

Tabela 2. Desempenho cognitivo e perceptivo motor de idosos de Santa Maria, RS, Brasil, 2016-2017.

Variáveis	Faixa etária (anos)	Ginástica		Controle		p
		Média (dp) ¹	Mediana (IQ) ²	Média (dp)	Mediana (IQ)	
Atenção (nº de acertos)	60-69	43,71 (3,31)	44,00 (5,00)	44,60 (4,55)	46,00 (6,00)	0,53
	70-79	44,00 (4,61)	45,00 (8,25)	41,53 (4,67)	42,00 (7,00)	0,18
Atenção (segundos para responder)	60-69	1,98 (0,38)	1,98 (0,51)	1,62 (0,36)	1,57 (0,56)	0,01
	70-79	2,09 (0,45)	1,95 (0,53)	2,01 (0,39)	2,00 (0,62)	0,94
Tempo de reação pré-motor para EV ³ (ms)	60-69 [#]	329,00 (72,32)	333,00 (61,50)	328,50 (81,96)	314,00 (36,00)	0,43
	70-79	328,20 (98,73)	295,00 (133,00)	329,40 (49,11)	321,00 (57,00)	0,97
Tempo de reação motor para EV ³ (ms)	60-69	305,40 (75,61)	301,00 (146,00)	308,10 (97,50)	319,00 (144,00)	0,93
	70-79	382,30 (118,00)	372,50 (112,50)	354,10 (73,12)	333,00 (119,00)	0,45
Tempo de Reação pré motor para EA ⁴ (ms)	60-69	245,90 (34,98)	240,00 (46,50)	264,70 (54,06)	255,00 (73,00)	0,25
	70-79 [#]	316,90 (148,00)	247,50 (183,50)	284,40 (65,49)	292,00 (121,00)	0,94
Tempo de reação motor para EA ⁴ (ms)	60-69	259,80 (72,52)	275,00 (122,00)	282,50 (88,37)	289,00 (141,00)	0,43
	70-79 [#]	327,60 (112,90)	315,00 (152,50)	310,80 (121,42)	273,01 (119,00)	0,71
Campo visual (graus)	60-69	132,30 (15,58)	133,90 (27,30)	136,80 (15,92)	132,83 (22,00)	0,43
	70-79	118,30 (16,93)	121,70 (25,30)	123,00 (22,34)	117,40 (41,40)	0,56
Desvio de tracking ⁵ (sem unidade)	60-69 [#]	11,30 (3,50)	10,90 (5,50)	9,35 (2,75)	8,30 (4,10)	0,16
	70-79 [#]	13,48 (4,69)	13,50 (3,57)	15,57 (6,61)	12,90 (2,40)	0,68

¹desvio padrão; ²intervalo interquartilico; ³estímulo visual; ⁴estímulo auditivo; ⁵capacidade de atenção distribuída; [#]diferença calculada entre medianas.

DISCUSSÃO

O objetivo deste estudo foi comparar o desempenho cognitivo e perceptivo motor de idosos praticantes e não praticantes de exercício físico, considerando algumas variáveis, que podem influenciar esse resultado. Nesta pesquisa, o desempenho de ambos grupos foi similar, inclusive com médias e medianas melhores para o GC, em algumas variáveis (principalmente para atenção, $p < 0,01$). Dessa forma, aceita-se a interpretação de que o exercício físico pode gerar benefícios à cognição de pessoas mais velhas, porém não se pode negligenciar a existência de outros fatores influenciadores desses desempenhos que estão presentes no dia a dia dos idosos.

Indicações do Colégio Americano de Medicina do Esporte sugerem que a prática regular de exercícios físicos (EF) auxilia na manutenção e estimulação dos domínios cognitivos em idosos⁶, podendo inclusive atrasar a progressão do comprometimento cognitivo. Porém, não há consenso sobre a dose necessária para alcançar tais objetivos⁶. Os mesmos autores reforçam que, para a efetiva ação do EF na manutenção do

desempenho cognitivo em idosos, é importante garantir que a intervenção contemple e alie estímulos coordenativos, aeróbicos e de força. Inclusive, com potenciais resultados quando tais estímulos forem combinados com treinamento mental²².

No que tange ao EF regular, uma revisão da literatura², evidencia que melhores desempenhos das funções cognitivas ocorrem em idosos com melhor capacidade aeróbica. Neste estudo, para a caracterização dos grupos ativos, apenas considerou-se os níveis de atividade física através do IPAQ sem avaliar efetivamente a capacidade aeróbica dos avaliados. Ainda, a literatura indica apenas o domínio *nível de atividade física de lazer* do IPAQ, como fator mais relacionado à aptidão funcional do idoso²³, o que nos faz refletir sobre a dose/resposta de exercício físico necessária, para influenciar positivamente a cognição desses indivíduos. Ao considerar o tempo de cada aula de ginástica, 50 minutos, supõe-se que a frequência semanal de aulas, para beneficiar positivamente a cognição deveria ser de três aulas e não duas, como neste estudo. Porém, tal suposição não foi analisada neste trabalho.

Em vista da similaridade no desempenho psicomotor dos idosos, pode-se ainda destacar a possibilidade desses não terem dedicado um nível de atenção necessário às atividades durante as aulas. Nos grupos de ginástica, além do elevado número de participantes, durante as aulas (próximo a cem participantes/aula), não houve mensuração da intensidade do exercício, o que pode ter afetado os resultados. Além disso, a literatura tem apresentado que protocolos de exercícios que conseguem incluir atividades de função coordenativas desafiadoras e próximas às exigências motoras do dia-dia junto ao treinamento (conhecido como dupla tarefa) tem apresentado melhores resultados à cognição dos indivíduos quando comparados à treinamentos de força ou aeróbio somente²². Tais afirmações vão ao encontro dos achados no trabalho de Yokoyama et al.⁴, no qual ao comparar uma intervenção com EF aeróbicos e treino resistido com uma intervenção que combinava estímulos cognitivos, durante a prática de EF, obteve melhores resultados para o trabalho de dupla tarefa.

Embora exista uma vasta literatura sobre os correlatos cognitivos e emocionais do EF e da aptidão física, há uma escassez de informação de como o EF afeta as propriedades biológicas do cérebro humano²⁴. Ainda, estudos mostram que não só a prática regular de EF como também um bom nível cultural e de educação podem proteger contra deficiências cognitivas no envelhecimento²⁴. Inclusive, um dos motivos, talvez, da ausência de diferença no desempenho cognitivo entre os grupos, pode ser pelas diferenças no grau de escolaridade. No GC, houve maior proporção de idosos com maior tempo de ensino formal, no GC2, por exemplo, 40% do grupo declarou ter ensino superior, em contrapartida, no GG2 todos participantes estudaram até no máximo, o ensino médio ($p=0,02$).

Segundo Nascimento et. al.²⁵, o acesso à escolaridade serve para melhorar a função cognitiva e também pode retardar o declínio mental nos últimos anos, criando uma capacidade de reserva cognitiva²⁶. Ainda, Domiciano et al.²⁷ acrescentam que a velocidade de processamento, atenção, inteligência, funções executivas e memória são sensíveis à escolarização, tendo seus desempenhos potencializados quanto maior o tempo de estudo.

Além do nível de instrução, outras variáveis também podem influenciar a incidência de declínio cognitivo em idosos, por exemplo, a renda econômica. Um estudo realizado por Sposito, Neri e Yassuda²⁸ com idosos brasileiros identificou piores resultados no desempenho cognitivo para aqueles que recebiam entre um e três salários mínimos. Segundo eles a preservação da função cognitiva no envelhecimento está relacionada com as oportunidades do ambiente moduladas por aspectos socioeconômicos. Na presente pesquisa, o GG declarou menor renda econômica, em especial o GG1, no qual quase 65% relataram uma renda familiar menor que três salários mínimos ($p<0,001$). Seguindo ainda a perspectiva de Nascimento et al.²⁵, os quais avaliaram a prevalência e os fatores associados ao declínio cognitivo em idosos com baixa condição econômica, o acesso à escolaridade, à renda e aos hábitos de vida saudáveis podem influenciar positivamente na preservação da capacidade cognitiva dos idosos.

Durante o envelhecimento pode haver declínio na capacidade de enxergar à distância, distinguir objetos, estimar distâncias, perceber profundidades. Esse comprometimento pode resultar em dificuldades nas tarefas de precisão motora, posição relativa e profundidade prejudicando o desempenho de tarefas visuoperceptivas e construtivas²⁹. Ainda, segundo as autoras, a maioria dos testes neuropsicológicos que avalia as funções visuoespaciais também requer outras habilidades cognitivas. No presente estudo, a variável campo visual também apresentou similaridade em seus resultados. Entretanto, baseado na pesquisa de Yip et al.³⁰, o exercício físico pode facilitar a perfusão sanguínea ocular diminuindo a incidência de glaucoma, e ainda atenuar a perda de campo visual³¹.

Uma variável secundária, o desvio de *tracking*, foi extraída do teste de percepção periférica, a qual mensura a capacidade de atenção distribuída do avaliado. Nesse teste, o grupo de idosos ativos (da primeira década) apresentou melhores desempenhos ($p=0,16$), sugerindo melhor capacidade em distribuir a atenção quando solicitada a realização de duas tarefas simultâneas, porém sem diferenças significativas. A facilidade em melhor distribuir a atenção pode ser muito útil em atividades cotidianas, como trabalhar em ambientes agitados ou barulhentos, e guiar um carro, atividades consideradas difíceis para idosos.

Entende-se, então, que essa suposta superioridade de desempenho pode ajudar a manter o indivíduo praticante de EF mais participativo socialmente do que aqueles que não praticam.

Entre as limitações deste estudo, estão as diferenças entre nível de escolaridade, renda social e a não mensuração da aptidão funcional do grupo estudado, pois entende-se que podem afetar as variáveis investigadas. Além disso, por se tratar de uma pesquisa de caráter transversal inviabiliza a avaliação longitudinal de causa e efeito, estando os resultados, aqui apresentados, passíveis de outras interpretações.

Contudo, os resultados obtidos apresentam-se como referência para a gestão em saúde, em especial aos profissionais de educação física, a fim de sensibilizá-los a olhar e aprimorar as intervenções ofertadas ao público idoso, considerando a possibilidade de aliar exercícios e estratégias cognitivas às atividades realizadas, durante a prática de EF. Em nível social, a implementação de programas de exercícios físicos/

cognitivos torna-se de importante relevância, para o melhoramento das ações públicas e coletivas ofertadas a idosos. Ações sociais, as quais estimulem a retomada dos estudos, para pessoas idosas, podem ser parte essencial da reabilitação e manutenção das funções cognitivas de idosos.

CONCLUSÃO

Este estudo não encontrou evidências de que a prática regular de exercícios físicos possa gerar algum benefício cognitivo em idosos saudáveis, quando comparados a idosos que não praticavam exercícios físicos regulares. Deve-se considerar que, outros aspectos como renda econômica e escolaridade podem influenciar o desempenho cognitivo de idosos, sobrepondo-se à prática de exercícios físicos. Outros estudos que examinem também possíveis variáveis moderadoras da cognição são necessários para mostrar com mais exatidão os benefícios do treinamento aeróbico na promoção da cognição de idosos.

REFERÊNCIAS






1. Spirduso WW. Dimensões do envelhecimento. São Paulo: Manole; 2005.
2. Bherer L, Erickson KL, Liu-Ambrose T. A Review of the effects of physical activity and exercise on cognitive and brain functions in older adults. *J Aging Res.* 2013;(n. Esp):1-8.
3. Leckie RL, Oberlin LE, Voss MW, Prakash RS, Szabo-Reed A, Chaddock-Heyman L, et al. BDNF mediates improvements in executive function following a 1-year exercise intervention. *Front Hum Neurosci.* 2014;8(985):1-12.
4. Yokoyama H, Okazaki K, Imani D, Yamashina Y, Takeda R, Naghavi N, et al. The effect of cognitive-motor dual-task training on cognitive function and plasma amyloid β peptide 42/40 ratio in healthy elderly persons: a randomized controlled trial. *BMC Geriatr.* 2015;15(60):1-10.
5. Gajewski PD, Falkenstein M. Physical activity and neurocognitive functioning in aging - a condensed updated review. *Eur Rev Aging Phys Act.* 2016;13(1): 1-7.
6. Chodzko-Zajko WJ, Proctor DN, Fiatarone Singh MA, Minson CT, Nigg CR, Salem GJ, et al. College of Sports Medicine position stand: exercise and physical activity for older adults. *Med Sci Sports Exerc.* 2009;41(7):1510-30.
7. Samulski DM. Psicologia do esporte. São Paulo: Manole; 2002.
8. Pundlik S, Tomasi M, Luo G. Evaluation of a portable collision warning device for patients with peripheral vision loss in an obstacle course. *Invest Ophthalmol Vis Sci.* 2015;56(4):2571-9.
9. Freudenberger P, Petrovic K, Sem A, Töglhofer AM, Fixa A, Hofer E, et al. Fitness and cognition in the elderly: the Austrian stroke prevention study. *Neurology.* 2016;86(n. Esp):418-24.
10. Young J, Angevaren M, Rusted J, Tabet N. Aerobic exercise to improve cognitive function in older people without known cognitive impairment. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015;22(4):1-141.

11. Desjardins-Crépeau L, Berryman N, Vu TT, Villalpando JM, Kergoat MJ, Li KZ, et al. Physical functioning is associated with processing speed and executive functions in community-dwelling older adults. *J Gerontol Ser B Psychol Sci Soc Sci*. 2014;69(6):837-44.
12. Benedetti TB, Antunes PC, Rodriguez-Añez CR, Mazo GZ, Petroski EL. Reprodutibilidade e validade do Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ) em homens idosos. *Rev Bras Med Esporte*. 2007;13(1):11-6.
13. World Health Organization. Global recommendations on physical activity for health [Internet]. Genebra: WHO; 2010 [acesso em 06 jun. 2016]. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599979_eng.pdf
14. Folstein MF, Folstein SE, Mchugh PR. Mini-mental state: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res*. 1975;12(3):189-98.
15. Brucki SMD, Nitrini R, Caramelli P, Bertoluci PHF, Okamoto IH. Sugestão para o uso do Mini-Exame do estado mental no Brasil. *Arq Neuropsiquiatr*. 2003;61(3b):777-81.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Projeto Olhar Brasil: triagem de acuidade visual. Manual de orientação. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2008.
17. Labanca L, Guimarães FS, Costa-Guarisco LP, Couto EAB, Gonçalves DU. Triagem auditiva em idosos: avaliação da acurácia e reprodutibilidade do teste do sussurro. *Ciênc Saúde Colet*. 2017;22(11):3589-98.
18. Schuhfried G. Teste Cognitivo: Versão 36.00. Lisboa: Mödling; 2005.
19. Schuhfried G, Prieler J. Teste de Reações Simples e de Escolha: Versão 29.00. Lisboa: Mödling; 2005.
20. Schuhfried G, Prieler J, Bauer W. Teste de Percepção Periférica. Mödling: Paul Gerin Druckerei; 2006.
21. Carvalho A, Rea IM, Parimon T, Cusack BJ. Physical activity and cognitive function in individuals over 60 years of age: a systematic review. *Clin Interv Aging*. 2014;9(N. Esp):661-82.
22. Biehl-Printes C, Costa A, Sousa PM, Pinheiro V, Terra N. Prática de exercício físico e função cognitivo-motora: uma orientação global no controle dos efeitos do envelhecimento: Estudo de Revisão. *Rev Desporto Activ Fís*. 2016;8(1):37-54.
23. Cardoso AS, Mazo GZ, Japiassú AT. Relações entre aptidão funcional e níveis de atividade física de idosas ativas. *Rev Bras Ativ Fís Saúde*. 2008;13(2):84-93.
24. Gordon BA, Rykhlevskaia EI, Brumback CR, Lee Y, Elavsky S, Konopack JF, et al. Neuroanatomical correlates of aging, cardiopulmonary fitness level, and education. *Psychophysiology*. 2008;45(5):825-38.
25. Nascimento RAS, Batista RTS, Rocha SV, Vasconcelos LRC. Prevalência e fatores associados ao declínio cognitivo em idosos com baixa condição econômica: estudo MONIDI. *J Bras Psiquiatr*. 2015;64(3):187-92.
26. Bento-Torres NVO, Bento-Torres J, Tomás AM, Costa VO, Corrêa PGR, Costa CNM, et al. Influence of schooling and age on cognitive performance in healthy older adults. *Braz J Med Biol Res*. 2017;50(4):1-9.
27. Domiciano BR, Braga DKAP, Da Silva PN, Vasconcelos TB, Macena RHM. Escolaridade, idade e perdas cognitivas de idosas residentes em instituições de longa permanência. *Rev Neurociênc*. 2014;22(3):330-6.
28. Sposito G, Neri AL, Yassuda MS. Advanced Activities of Daily Living (AADLs) and cognitive performance in community-dwelling elderly persons: Data from the FIBRA Study – UNICAMP. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2016;19(1):7-20.
29. Ortega LFV, Stort DR, Yassuda MS. Avaliação Neuropsicológica em Idosos. In: Freitas EV, Py L. Tratado de geriatria e gerontologia. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2016. p. 1- 20.
30. Yip J, Broadway DC, Luben R, Garway-Heath DF, Hayat S, Dalzell N, et al. Physical activity and ocular perfusion pressure: the EPIC-Norfolk eye study. *Investig Ophthalmol Vis Sci*. 2011;52(11):8186-92.
31. Yokota S, Takihara Y, Kimura K, Takamura Y, Inatani M. The relationship between self-reported habitual exercise and visual field defect progression: a retrospective cohort study. *BMC Ophthalmol*. 2016;16(1):1-4.



Qualidade de vida em pacientes com câncer de pulmão: scoping review

Quality of life of patients with lung cancer: a scoping review

Rafael Turano Mota¹ 
Helder Márcio Ferreira Júnior² 
Fabiane Silva Pereira³ 
Maria Aparecida Vieira⁴ 
Simone de Melo Costa⁴ 

Resumo

Objetivo: Caracterizar a publicação científica para explorar o conhecimento atual sobre qualidade de vida de pessoas com câncer de pulmão, com ênfase nos instrumentos avaliativos e aspectos metodológicos. **Método:** Revisão de literatura, do tipo *scoping review*, com busca nas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde, com os descritores: Qualidade de Vida *and* Neoplasias Pulmonares, sem limites para ano e idioma (n=138). A seleção dos artigos deu-se por critérios de inclusão e exclusão propostos no estudo. **Resultados:** Incluíram-se 18 publicações 2006 a 2017, a maioria (n=10) de delineamento transversal. Oito instrumentos foram utilizados para avaliar qualidade de vida de pacientes com câncer de pulmão, sendo quatro específicos para pessoas com câncer. Entre esses, prevaleceu o *European Organization for Research and Treatment of Cancer Care Quality of Life Questionnaire - EORTC QLQ-C30* (n=8). Os estudos prospectivos (n=8) avaliaram qualidade de vida antes e após quimioterapia, fisioterapia ou ressecção pulmonar. Adotaram diferente abordagem metodológica e apresentam resultados contraditórios acerca da qualidade de vida. Os estudos transversais comparativos com pessoas saudáveis descrevem pior qualidade de vida para pessoas com câncer. **Conclusão:** A *scoping review* identificou múltiplos instrumentos avaliativos, genéricos e específicos. Constatou falta de homogeneidade nos aspectos metodológicos dos estudos. Recomendam-se estudos prospectivos com instrumento específico e padronização metodológica para avaliar qualidade de vida entre pessoas com câncer de pulmão.

Palavras-chave: Qualidade de Vida. Neoplasias Pulmonares. Bibliometria. Saúde do Idoso. Idoso de 80 Anos ou mais.

¹ Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes), Programa de Pós-graduação em Cuidado Primário em Saúde (CPS). Montes Claros, Minas Gerais, Brasil.

² Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes), Departamento de Odontologia. Montes Claros, Minas Gerais, Brasil.

³ Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes), Departamento de Medicina. Montes Claros, Minas Gerais, Brasil.

⁴ Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes), Programa de Pós-graduação em Cuidado Primário em Saúde (CPS). Montes Claros, Minas Gerais, Brasil.

Financiamento: Fundação de Amparo à Pesquisa de MG- FAPEMIG, processo N:CDS-BIP00128-18 e Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico- CNPq, bolsa de iniciação científica.

Correspondência
Rafael Turano Mota
rafaelturano@yahoo.com.br

Recebido: 01/09/2018
Aprovado: 13/05/2019

Abstract

Objective: To characterize scientific publications on the quality of life of people with lung cancer in order to explore current knowledge of the subject, with emphasis on assessment instruments and methodological aspects. **Method:** A scoping type literature review was performed. Articles were sought in the databases of the Virtual Health Library, in an integrative manner, with the descriptors: Quality of life and Lung Neoplasms, with no date of publication or language restrictions (n=138). The selection of articles was based on inclusion and exclusion criteria defined in the study proposal. **Results:** We included 18 publications published between 2006 and 2017, the majority (n = 10) of which had a cross-sectional design. Eight different instruments were used to evaluate the quality of life of patients with lung cancer, four of which were specific for people with cancer. There was a prevalence of the use of the *European Organization for Research and Treatment of Cancer Care Quality of Life Questionnaire - EORTC QLQ-C30* (n=8). Prospective studies (n=8) assessed quality of life before and after chemotherapy, physical therapy or pulmonary resection. The studies adopted different methodologies and provided conflicting results of quality of life. Cross-sectional studies with comparatively healthy subjects found an inferior quality of life for people with lung cancer. **Conclusion:** The scoping review contributed to the identification of the multiple evaluated instruments, both generic and specific. It found a lack of homogeneity in the methodological approaches of the studies. Further prospective studies with a specific instrument and methodological standardization to evaluate the quality of life of people with lung cancer are recommended.

Keywords: Quality of Life. Lung Neoplasms. Bibliometrics. Health of the Elderly. Aged, 80 and over.

INTRODUÇÃO

No século XX, o câncer de pulmão tornou-se condição frequentemente detectada na população mundial e, como consequência, causa importante de mortalidade no mundo¹. A doença acomete principalmente idosos. A maioria dos casos é diagnosticada em pessoas com 65 anos ou mais². Cerca de metade dos pacientes recebe diagnóstico com mais de 70 anos³. A estimativa para o Brasil, no biênio 2018-2019 foi de 18.740 novos casos nos homens e para mulheres 12.530 casos⁴.

O câncer de pulmão possui grande peso nas principais estatísticas relacionadas aos cânceres. É um tumor notável por ter alta taxa de mortalidade, em todos os países. Adicionalmente, os acometidos podem ter qualidade de vida (QV) afetada por diferentes fatores, tais como estadiamento da doença e tipo de tratamento, além de aspectos individuais, ocasionando impacto negativo nos desfechos da doença. Daí a importância de avaliar a QV desse público alvo⁵, preferencialmente por instrumentos específicos para a doença, por contemplar aspectos relacionados ao câncer, tais como tosse, fadiga e uso de tabaco.

Entre instrumentos específicos, cita-se o *Functional Assessment of Cancer Therapy-Lung* (FACT-L), que contém questões sobre sintomas, função cognitiva e hábito tabágico⁶. Também, destaca-se o *European Organization for the Research and Treatment of Cancer quality of Life Questionnaire and Lung Cancer Module* (QLQ-LC13) suplementar ao QLQ-C30, ambos desenvolvidos e validados para pessoas com câncer de pulmão, para uso no contexto internacional. O QLQ-LC13 avalia aspectos relacionados aos sintomas e aos efeitos colaterais do tratamento⁷.

Ressalta-se, que o conceito de QV é abrangente e foi construído a partir de iniciativa da Organização Mundial de Saúde (OMS), no desenvolvimento do instrumento genérico *World Health Organization Quality of Life* (WHOQOL). Nessa perspectiva, a OMS definiu QV como “percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”⁸. Portanto, o conceito é subjetivo e relaciona com diferentes aspectos da vida, ao grau de satisfação, seja na vida familiar, amorosa, social e ambiental, e à própria estética existencial⁹.

Quando o conceito amplo é transportado para saúde, torna-se QV relacionada à saúde. Decorrente de modificações que podem ocorrer por danos no estado funcional, percepções e fatores sociais, influenciados por doenças/agravos, tratamentos e políticas de saúde. Sendo assim, o conceito poderá, também, ser delimitado pelas interferências das enfermidades na vida dos indivíduos⁹, o que justifica os instrumentos específicos para determinada doença.

Tem-se que, a maior compreensão sobre o tema qualidade de vida e câncer de pulmão subsidie profissionais sobre aspectos a se considerar na gestão da clínica de atenção a esses pacientes, como também em futuras investigações. Este estudo objetivou caracterizar a publicação científica para explorar o conhecimento atual sobre qualidade de vida de pessoas com câncer de pulmão, com ênfase nos instrumentos avaliativos e aspectos metodológicos.

MÉTODO

Estudo do tipo *scoping review*, que reconhece um tópico ainda não abordado por revisão sistemática, ou com natureza complexa e heterogênea, dificultando revisão mais precisa da evidência. Esse método contribui para identificar lacunas do conhecimento e propor recomendações para pesquisas futuras. O estudo seguiu as etapas previstas: (1) identificação da questão da pesquisa; (2) identificação dos estudos relevantes; (3) seleção dos estudos; (4) mapeamento dos dados; (5) confrontação, resumo e relato dos resultados¹⁰. Definiu-se a questão: Qual é o conhecimento atual sobre QV de pacientes com câncer de pulmão, instrumentos avaliativos e aspectos metodológicos dos estudos?

A busca de referências foi na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) regional, por integrar conteúdos sobre um tema específico, em diferentes países. Assim, as bases de dados foram consultadas, de forma integrativa tw (pacientes com câncer de pulmão AND qualidade de vida) AND (instance: "regional"), sem limite para ano e idioma. Destacam-se entre as 14 bases da BVS (internacionais e nacionais), na área de Ciências da Saúde, *Lilacs* (Literatura Latino-

Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), *Medline* (*Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*), *SciELO* (*Scientific Electronic Library Online*), *Biblioteca Cochrane*, *BDENF* (Base de Dados em Enfermagem) e *IBECs* (Índice Bibliográfico Espanhol de Ciências da Saúde). A busca se deu em dezembro de 2017 e foi atualizada em 29 de agosto de 2018. Utilizaram-se descritores em português. A BVS recupera publicações em qualquer idioma, além do usado, em português, inglês ou espanhol. Mesmo na *Medline*, com maioria dos textos em inglês, para pesquisa por descritor do assunto, recomenda-se usar qualquer um dos três idiomas mencionados (<https://bvsalud.org/como-pesquisar/>).

O critério de inclusão para seleção por título/resumo foi: Temática QV em pessoas com câncer de pulmão. Como critérios de exclusão: Artigos de revisão de literatura/teóricos, duplicidade em diferentes bases, artigos recortes de uma mesma pesquisa, estudos com objetivo principal de validar instrumentos, pelas correlações dos itens/domínios; relato de caso/experiência; protocolos de pesquisa e estudo com propósito central de comparar modalidades de tratamento, sendo QV uma variável de segundo plano.

A seleção do material foi efetuada por dois pesquisadores, de forma individual e independente (Figura 1), sem discordância entre avaliadores, $\kappa=1$.

Procedeu-se a análise qualitativa, pela caracterização das publicações. Os dados de interesse foram: autor(es)/ano; periódico; idioma; população (idade), local de recrutamento; estado/País; desenho do estudo; instrumentos de avaliação de QV e síntese dos resultados. Estudos longitudinais e transversais comparativos foram avaliados quanto à qualidade metodológica pela escala *Newcastle-Ottawa Scale* (NOS), com pontuação até nove pontos, quanto maior melhor qualidade. Essa escala considera três quesitos metodológicos: Seleção dos participantes, comparabilidade estatística entre os grupos e itens de exposição/desfecho¹¹. Para estudos transversais comparativos adaptou-se a escala de caso-controle, e para prospectivos a escala de coorte.

RESULTADOS

Conforme Figura 1, 18 artigos^{5,9,12-27} foram selecionados para atual revisão.

O Quadro 1 caracteriza os estudos publicados entre 2006 a 2017. Quanto aos idiomas, 44,4% publicados em inglês e 55,6% em português.

Cinco estudos^{13,16,19,25} incluíram pessoas com câncer de outras modalidades. Em 94,4% (n=17), as amostras foram por conveniência, recrutadas em hospitais ou

centros oncológicos. O delineamento transversal foi adotado em 55,6% (n=10) dos estudos. Os trabalhos prospectivos não controlados, do tipo “antes e depois”, avaliaram QV antes e após quimioterapia^{9,14}, antes de três ciclos da quimioterapia²⁶, antes e após ressecção pulmonar^{21,22}, antes e após tratamento fisioterápico²⁰, antes de iniciar tratamento e após dois e quatro meses da primeira avaliação e/ou início do tratamento²⁷.

Os pesquisadores utilizaram oito instrumentos (Quadro 2).

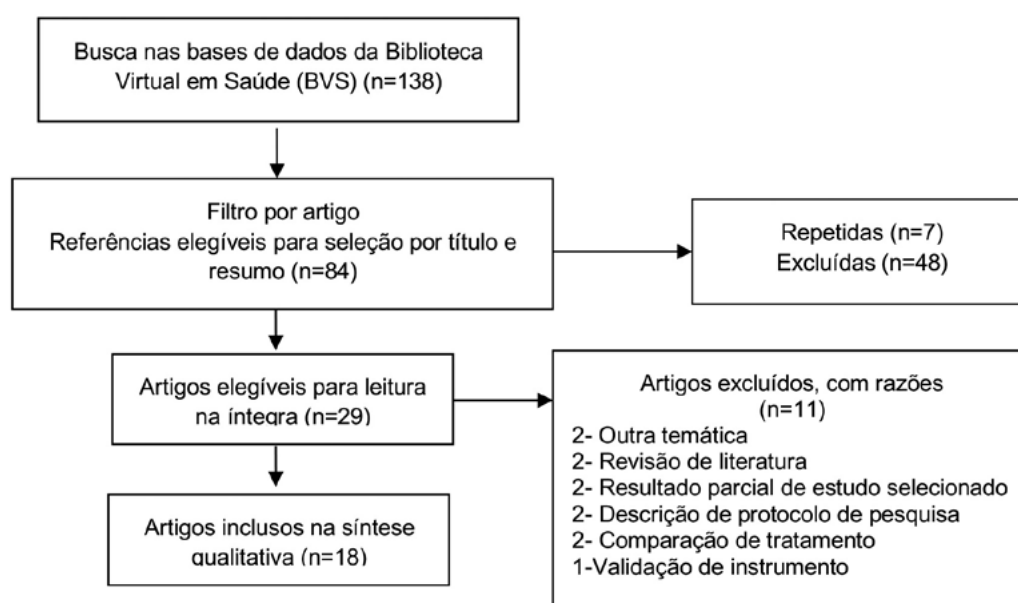


Figura 1. Fluxograma do processo de busca de estudo conduzido na Universidade Estadual de Montes Claros, MG, Brasil, 2018.

Quadro 1. Descrição dos estudos incluídos na *scoping review* por ordem cronológica decrescente com base no ano de publicação, 2017-2006.

Autores, Ano	Desenho do Estudo	População Idade e/ou (média \pm desvio padrão anos)	Local de Recrutamento dos pacientes/ País/Ano da coleta
Borges et al., 2017 ²⁴	Transversal	Díade Paciente-cuidador Paciente: (65,2 \pm 11,1) Cuidador: (47,6 \pm 13,2)	Ambulatório de Oncologia do Hospital Universitário da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), na cidade de São Paulo, Brasil. Ano de coleta não descrito.
Fiteni et al., 2016 ²³	Transversal (<i>baseline</i> de um ensaio clínico)	Pacientes 70-89 anos	A partir de um estudo maior na França. Ano de coleta não descrito.
Nai-Wen et al., 2015 ¹²	Transversal	Pacientes Homens: (62,8 \pm 10,6) Mulheres: (61,6 \pm 9,8)	Dois hospitais de ensino em Taipei, Taiwan, 2012.

continua

Continuação do Quadro 1

Autores, Ano	Desenho do Estudo	População Idade e/ou (média \pm desvio padrão anos)	Local de Recrutamento dos pacientes/ País/Ano da coleta
Ferreira et al., 2015 ⁹	Longitudinal	Pacientes 61-79 anos (69,4 \pm 5,7)	Hospital do Sistema Único de Saúde (SUS), Recife, PE, Brasil, 2012.
Frio et al., 2015 ²⁵	Transversal	Pacientes (64,24 \pm 11,69)	Serviço de quimioterapia do Hospital Escola da Universidade Federal de Pelotas, RS, Brasil, 2008 a 2010.
Avelino et al., 2015 ²⁶	Estudo de casos múltiplos	Pacientes (66 \pm 11,1)	Hospital público no Rio de Janeiro (RJ), Brasil, 2013.
Nicolussi et al., 2014 ¹³	Transversal	Pacientes 18 até mais de 80 anos, sendo que 39,5% com idade \geq 60 anos.	Centro Especializado em Oncologia (CEON) do Hospital Sociedade Portuguesa de Beneficência e a Central de Quimioterapia do HC-FMRPUSP, Brasil, 2009-2011
Muller et al., 2014 ²⁷	Longitudinal	Pacientes 43-81 anos Grupo cirúrgico (64,7 \pm 10,1) e grupo não cirúrgico (62,8 \pm 9,4)	Hospital de Clínicas de Porto Alegre, RS, Brasil, 2009 a 2010.
Oliveira et al., 2013 ¹⁴	Longitudinal	Pacientes 51-87 anos (68 \pm 8,8)	Hospital público de São Paulo, Brasil, 2007-2009
Franceschini et al., 2013 ¹⁵	Transversal	Pacientes (61,3 \pm 10,1)	Ambulatório de Oncopneumologia do Hospital São Paulo, Unifesp em São Paulo, Brasil. Ano de coleta não descrito.
Pastore, Oehlschlaegere e Gonzalez, 2013 ¹⁶	Transversal	Pacientes (63,9 \pm 11,6)	Serviço de Quimioterapia do Hospital Escola da Universidade Federal de Pelotas (RS), Brasil, 2008-2010.
Floyd et al., 2011 ¹⁷	Transversal	Pacientes 41-84 anos (64 \pm 9,12)	Centro Regional de Câncer nos Estados Unidos, Ano de coleta não descrito.
Weaver et al., 2011 ¹⁹	Transversal	Díade Paciente-cuidador. Idade mínima não informada, sendo a máxima \geq 80 anos. 53,1% \geq 66 anos.	Banco de dados: <i>National Cancer Institute Cancer Care Outcomes Research e Surveillance (CanCORS)</i> , Estados Unidos, 2004-2005
Lee et al., 2010 ¹⁸	Transversal	Pacientes e controles saudáveis do banco de dados de Pesquisa Nacional de Saúde de 2001. Pacientes: 30-85 anos (63,6 \pm 11,0) Controles: 32-65 anos (57,2 \pm 6,7).	<i>National Taiwan University Hospital (NTUH)</i> , Taiwan, 2002
Ozalevli et al., 2010 ²⁰	Longitudinal	Pacientes 53-83 anos (66,17 \pm 7,33)	<i>Chest Diseases Department of Dokuz Eylul University</i> , Turquia, Ano de coleta não descrito.
Lima et al., 2009 ²¹	Longitudinal	Pacientes 39 a 79 anos (60,18 \pm 11,59)	Departamento de Cirurgia Torácica do Hospital A. C. Camargo de São Paulo, Brasil, 2006-2007.
Franceschini et al., 2008 ⁵	Longitudinal	Pacientes e indivíduos sem câncer Paciente: (61,3 \pm 16,4). Controle: (60 \pm 12,2)	Ambulatório de Onco-pneumologia do Hospital São Paulo, Unifesp Brasil, Grupo de ginástica Extra Penha (controles), Brasil, Ano de coleta não descrito.
Saad, Botega e Toro, 2006 ²²	Longitudinal	Pacientes 18-78 anos (55,5 \pm 13,4)	Hospital das Clínicas da Universidade Estadual de Campinas, Brasil, 2001-2003.

Quadro 2. Instrumentos de avaliação de qualidade de vida conforme funções e itens.

Instrumentos de avaliação de qualidade de vida	Funções/Itens de avaliação dos instrumentos
<i>European Organization for Research and Treatment of Cancer Care Quality of Life Questionnaire (EORTC QLQ-C30)</i> ^{9,12-16,23,25,26}	Instrumento específico para câncer. Contém 30 itens de avaliação: uma escala de Estado Geral de Saúde/Qualidade de Vida; cinco escalas funcionais (funções física, cognitiva, emocional, social e desempenho de papel); oito escalas de sintomas (fadiga, dor e náusea e vômito, dispneia, perda de apetite, insônia, constipação e diarreia) e um item de avaliação de impacto financeiro do tratamento e da doença.
<i>Quality of Life Questionnaire Lung Cancer Module (LC-13), versão 3.0</i> ^{14,26}	Instrumento específico para câncer de pulmão. Módulo complementar do EORTC QLQ-C30. Contém 13 itens de avaliação, relacionados aos sintomas associados ao câncer de pulmão: uma escala de dispneia e outros itens (tosse, hemoptise, dispneia e dor em local específico), efeitos relacionados ao tratamento (dor de garganta, disfagia, neuropatia sensorial e alopecia) e tratamento da dor.
<i>Functional Assessment of Cancer Therapy-Lung (FACT-L)</i> ^{15,17}	Instrumento específico para câncer de pulmão. Contém 36 itens de avaliação. É subdividido em quatro principais domínios de qualidade de vida: domínio físico, social/familiar, emocional e funcional) mais nove itens específicos para câncer de pulmão.
<i>Saint George's Respiratory Questionnaire (SGRQ)</i> ²¹	Instrumento específico para doença pulmonar obstrutiva crônica. Contém 76 itens de avaliação. Aborda aspectos relacionados a três domínios: sintomas, atividade e impactos psicossociais que a doença respiratória impõe ao paciente.
<i>Medical Outcomes Study 36-item Short-form Survey (SF36)</i> ^{5,15,21,22,24,27}	Instrumento genérico de qualidade de vida. Contém 36 itens de avaliação. Consiste em oito domínios: Capacidade funcional, função física, dor corporal, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, função emocional e saúde mental; e mais uma questão de avaliação comparativa entre as condições de saúde atual e as condições de um ano atrás.
<i>Medical Outcomes Study 36-item Short-form Survey (SF12)</i> ¹⁹	Instrumento genérico de qualidade de vida. Versão mais curta do instrumento descrito acima, SF36. Contém 12 itens que abordam o componente físico (capacidade funcional e limitação por aspectos físicos) e o componente mental (dor, vitalidade, aspectos sociais, limitação por aspectos emocionais e saúde mental).
<i>World Health Organization's Quality of Life (WHOQOL-BREF)</i> ¹⁸	Instrumento genérico de qualidade de vida. Contém 26 itens, sendo dois gerais de qualidade de vida e os demais representam cada uma das 24 facetas do instrumento, classificadas em quatro grandes domínios: físico, psicológico, social e meio ambiente.
<i>Nottingham Health Profile (NHP)</i> ²⁰	Instrumento genérico de qualidade de vida. Contém 38 itens Questionário autoadministrado, com respostas no formato sim/não. Itens organizados em seis categorias que englobam: nível de energia, dor, reações emocionais, sono, interação social e habilidades físicas.

No Quadro 3 apresentam-se estudos prospectivos concorrentes (n=7) e transversais comparativos (n=2), conforme instrumento de QV, domínios afetados e avaliação de qualidade metodológica. A perda de

qualidade dos estudos, no geral, se deve a amostra por conveniência; informação por autorrelato; doença já instalada no início de recrutamento e falta de análise multivariada.

Quadro 3. Descrição dos estudos prospectivos e transversais comparativos conforme instrumento de qualidade de vida (QV), domínios afetados e avaliação de qualidade metodológica.

Autores e ano dos estudos prospectivos concorrentes	Instrumento utilizado para avaliar QV	Domínio da QV afetado. Resultados dos estudos prospectivos após quimioterapia, fisioterapia e ressecção pulmonar	Newcastle-Ottawa Scale
Ferreira et al., 2015 ⁹	<i>European Organization for Research and Treatment of Cancer Care Quality of Life Questionnaire - EORTC QLQ-C30</i>	Após quimioterapia houve piora no desempenho físico. No entanto não foi constatada alteração na QV.	6(9)
Avelino et al., 2015 ²⁶	<i>EORTC QLQ-C30 Lung Cancer Module (LC-13)</i>	Após os três ciclos de quimioterapia, com intervalo de 21 dias. Houve melhora na escala de capacidade física e piora na escala cognitiva. Os itens que apresentaram melhora foram: dor, dor no tórax e no braço ou ombro e, perda de apetite.	4(9)
Muller, Silva e Xavier, 2014 ²⁷	<i>Medical Outcomes Study 36-item Short-form Health Survey (SF-36)</i>	Após iniciar a quimioterapia, 60 e 120 dias da primeira avaliação, não houve diferença na QV entre os três momentos. A população foi dividida em dois grupos: cirúrgico e não cirúrgico. Sem diferença na QV entre os grupos.	4(9)
Oliveira et al., 2013 ¹⁴	<i>EORTC QLQ-C30 e LC-13</i>	Após quimioterapia houve melhora da QV, dos sintomas de dispnéia. Após quimioterapia houve melhora nos sintomas de hemoptise e piora da alopecia.	5(9)
Ozalevli et al., 2010 ²⁰	<i>Nottingham Health Profile (NHP)</i>	Após fisioterapia houve melhora dos pacientes com câncer quanto à mobilidade física, dor, energia, emocional e sono.	6(9)
Lima et al., 2009 ²¹	<i>Saint George's Respiratory Questionnaire (SGRQ) e SF-36</i>	Após ressecção pulmonar houve piores resultados para todos os domínios: sintomas, atividade e impacto, quando comparados a uma população espanhola geral. Após ressecção pulmonar não houve diferença na QV quando comparada a de uma população saudável controle.	4(9)
Saad, Botega e Toro, 2006 ²²	SF-36	Após ressecção pulmonar houve melhora na QV nos domínios: social após 90 dias da cirurgia; físico e funcional nos indivíduos com melhor desempenho no teste de caminhada e capacidade vital forçada; e no domínio físico nos casos com menor ressecção pulmonar.	7(9)
Autores e ano dos estudos transversais comparativos	Instrumento utilizado para avaliar QV	Domínio da QV afetado. Resultados dos estudos transversais comparativos	
Lee et al., 2010 ¹⁸	<i>World Health Organization's Quality of Life- WHOQOL-BREF</i>	Comparados com pessoas saudáveis não houve diferença entre QV de pacientes com câncer nos domínios social e meio ambiente. Nos domínios físicos e psicológicos a QV de pacientes com câncer foi pior. Pacientes com câncer apresentaram piores escores na autoavaliação da saúde em geral e da QV.	6(9)
Franceschini et al., 2008 ⁵	SF-36	Comparados com pessoas saudáveis, os domínios do SF-36 em pacientes com câncer de pulmão apresentaram pior QV.	7(9)

Os estudos transversais comparativos^{5,18} com pessoas sem câncer, demonstraram pior QV para pacientes com câncer.

Avaliou-se QV antes e após quimioterapia^{9,14,26,27} em diferentes frequências de repetição dos instrumentos avaliativos e em doentes com estádios de I a IV.

Estudo de Saad, Botega e Toro²² avaliou QV antes da cirurgia e depois de 30, 90 e 180 dias. Investigação de Lima et al.²¹, apesar de ser coorte prospectiva, a QV foi avaliada apenas seis meses após ressecção pulmonar.

A avaliação de pacientes antes e após fisioterapia²⁰ envolveu estágio avançado de câncer, III B ou IV.

DISCUSSÃO

Esta revisão apresentou características dos estudos sobre QV de pacientes com câncer de pulmão, identificou instrumentos de QV e explorou aspectos metodológicos das pesquisas, efetuando avaliação de qualidade. Os idosos são mais afetados pelo câncer de pulmão^{2,3}, o que justifica a idade dos doentes, de forma geral, acima de 60 anos. Ser idoso é fator de risco para o câncer pulmonar, com 4,33 chances a mais que outras idades²⁸. A maior expectativa de vida permite ter tempo suficiente para desenvolver a doença²⁹.

Os instrumentos de QV foram genéricos e específicos. O genérico avalia QV independente da presença de patologia. Os específicos foram apresentados para pacientes com câncer (de qualquer natureza), para câncer de pulmão e para doença pulmonar obstrutiva crônica.

Diferentes oito instrumentos avaliaram QV nos pacientes. O mais adotado foi o específico para pessoas com câncer, EORTC QLQ-C30, contudo, em menos da metade dos artigos. O seu complemento LC-13, usado em dois estudos^{15,26}, por ser específico para câncer pulmonar, avalia QV pelos sintomas particulares dessa doença, portanto recomenda-se associá-los.

Os referidos instrumentos são potencialmente úteis por fundamentarem sintomas e prejuízos na vida/saúde, que afetam pacientes. Instrumento como EORTC QLQ-C30^{9,13-17,23,25,26} avalia entre os sintomas presentes nos pacientes com câncer, a “fadiga”. Em uma revisão da literatura foi observado que a fadiga causa impacto na QV de pacientes com câncer de pulmão. Influencia na execução das atividades cotidianas, recidiva da doença, redução da sobrevida e atendimentos emergenciais e internações hospitalares. É prevalente e precisa ser mais bem avaliada a partir de estudos com elevados níveis de evidência científica¹. Para pacientes idosos, deve-se considerar que comumente eles já apresentam capacidade funcional reduzida³⁰⁻³³, somado à fadiga pela doença³⁴, possivelmente haverá maior comprometimento nas atividades de vida diária e interferência na QV³⁵⁻³⁷.

Destaca-se a existência de instrumentos específicos com propósitos diferentes, por exemplo, avaliação de quimioterápicos (*Quality of Life Questionnaire for Cancer Patients Treated with Anti-Cancer Drugs – QOL-ACD*); com itens de efeitos colaterais do tratamento. Contudo, cabe ressaltar que esse instrumento não seria apropriado para indivíduos no estágio inicial, tratados pela ressecção cirúrgica. Nessa situação, indica-se instrumentos genéricos ou algum específico para doenças respiratórias. Portanto, cabe aos pesquisadores optar pelo melhor instrumento ou utilizar mais de um³⁸. Como no Brasil e em países desenvolvidos, cerca de 70% dos doentes apresentam câncer pulmonar avançado (estágio III) ou metastático (estágio IV)³⁹ infere-se que para maioria dos estudos o indicado seria o instrumento específico, uma vez que os pacientes ao diagnóstico já estariam convivendo com sintomas e implicações na QV.

Entre os instrumentos não específicos, destaca-se o SF-36, utilizado em seis estudos. Avalia tanto os aspectos negativos da saúde (doença/enfermidade) como os positivos (bem-estar)¹⁵. Instrumentos genéricos efetuam avaliação multidimensional de saúde, demonstrando capacidades em realizar atividades cotidianas. Aplicados em diferentes momentos constatam melhora ou piora nos aspectos físicos e emocionais. Nesse sentido, o instrumento genérico pode ser útil para avaliar certa intervenção⁴⁰.

Contudo, a avaliação envolve aspectos da vida no geral e não considera especificidades da doença, como no QLQ-LC13, com itens de sintomas e efeitos adversos do tratamento, como tosse, mucosite, alopecia e dores torácicas^{15,26}.

Os estudos prospectivos avaliaram QV, antes e após: quimioterapia, fisioterapia ou ressecção pulmonar. Adotaram instrumentos, genéricos e específicos. Em um estudo, a quimioterapia antineoplásica piorou o desempenho físico dos pacientes⁹. Também, no estudo de Nicolussi et al.¹³, o câncer e seu tratamento afetaram de algum modo os pacientes, causando *déficits* nas funções desempenhadas e presença de mais sintomas, prejudicando a QV. No entanto, a melhoria na QV pode ocorrer na medida em que os efeitos colaterais dos tratamentos possam ser evitados e controlados, e também na adesão a tratamentos complementares eficazes, que possam auxiliar no enfrentamento da doença e tratamento¹³.

Entretanto Oliveira et al.¹⁴ constataram, após quimioterapia, melhora da QV e dos sintomas de dispneia e de hemoptise. No estudo de Avelino et al.²⁶, os autores encontraram diferenças na QV quanto à capacidade física e cognitiva durante quimioterapia, com melhora e piora, respectivamente. Observaram, também, melhora nos itens dor e perda de apetite. O estudo de Muller, Silva e Xavier²⁷ não apresentou diferença na QV antes da quimioterapia, 60 e 120 dias após. Os efeitos negativos da quimioterapia adjuvante na QV parecem ser temporários e as melhorias são comuns na maioria dos pacientes⁴¹.

A avaliação da QV após fisioterapia foi apresentada em um estudo, com melhora na mobilidade física, dor, energia, emocional e sono²⁰. Após ressecção pulmonar, os resultados são contraditórios^{21,22}, com piora²¹ e melhora na QV²². Estudos que compararam QV de pessoas com câncer com pessoas saudáveis^{5,18} apresentaram pior escore de QV geral para os doentes, por meio do SF-36⁵ e *WHOQOL-BREF*¹⁸. Nesse último estudo¹⁸ também houve piores escores nos domínios físico e psicológico.

Apesar da falta de consenso no tipo de instrumento adotado, tem-se que as avaliações de QV podem ser ferramenta importante para nortear intervenções em saúde nos domínios da QV afetados, de acordo

com a terapêutica escolhida e evolução clínica do paciente, em dado contexto.

Em relação às perdas na qualidade dos artigos, dada a gravidade da doença, a forma mais prática de recrutar participantes é no ambiente hospitalar, justificativa para amostra de conveniência. Qualidade de vida tem caráter subjetivo, portanto, torna-se viável que os instrumentos sejam respondidos pela autoavaliação. Deve-se destacar que os instrumentos fornecem dados quantitativos em diferentes domínios, úteis na comparação de procedimentos e grupos populacionais, subsidiando tomadas de decisão na atenção à saúde e futuras investigações.

O atual trabalho tem como limitação o fato da busca ter sido realizada apenas na BVS e em português. Contudo, destaca-se a importância da BVS regional, por incorporar mais de 30 bases de dados, entre essas 14 de Ciências da Saúde, como *Lilacs* e *Medline*. É importante ressaltar que, na BVS, mesmo com descritor em português busca-se publicações em outras línguas e de outros países. Em adição, a BVS conta com cooperação técnica da Organização Pan-Americana da Saúde, de destaque internacional.

CONCLUSÃO

Esta *scoping review* constata discrepâncias entre os estudos prospectivos que avaliaram qualidade de vida após quimioterapia e ressecção pulmonar, achados de piora e melhora na QV. As prováveis causas devem-se à diversidade metodológica: diferentes questionários aplicados em tratamentos e frequência de reaplicação diversa e; amostras de conveniência com idades e estadiamentos diferentes. Fato que não contribuiu para agrupar resultados em metanálise, o que justifica o método *scoping review* para explorar as publicações quanto aos aspectos metodológicos e instrumentos utilizados.

Nos estudos transversais comparativos os resultados devem ser avaliados com cautela. Comparam populações doentes com saudáveis e utilizam questionários genéricos, *WHOQOL-BREF* e SF36. Apresentaram uma pior qualidade de vida, no escore geral dos instrumentos, para pessoas com câncer. Estudo com *WHOQOL-BREF* também

apresentou piores resultados nos domínios físico e psicológico, no entanto sem diferenças nos domínios social e meio ambiente. Provavelmente pela falta de especificidade da doença no questionário, pois são domínios que avaliam atividade sexual e cuidados de saúde, como disponibilidade e qualidade da atenção, comumente afetados pela doença; principalmente em estudos com pacientes em estadiamento avançado.

Ressalta-se que a escolha de instrumentos genéricos para avaliar qualidade de vida em pacientes diagnosticados com câncer não deve ser incentivada, pois a doença carrega particularidades que impactam na vida dos doentes e poderia ser mais bem avaliada pelos instrumentos específicos. De preferência, com avaliação complementada por instrumentos específicos para pessoas com câncer de pulmão, por considerarem além dos aspectos funcionais, emocionais e sociais, os sintomas associados à doença pulmonar. Nessa perspectiva, esses instrumentos avaliam melhor o reflexo do câncer de pulmão na qualidade de vida das pessoas.

Portanto, recomendam-se mais estudos com instrumento específico para pessoas com câncer de pulmão. Quanto ao delineamento, deve-se investir nos estudos prospectivos, por permitirem avaliar qualidade de vida em momentos diferentes. Sugere-se não agrupar diferentes modalidades de câncer, pelas especificidades e possíveis comprometimentos em aspectos diferentes. Também, se recomenda buscar homogeneidade metodológica, analisando grupos por idades, estadiamentos e modalidades de tratamento. Buscar consenso entre especialistas quanto ao melhor momento/frequência de aplicação e reaplicação dos instrumentos.

Recomenda-se, também, dentro do possível, selecionar aleatoriamente os pesquisados, pois a amostra por conveniência limita generalizações dos resultados, ao reduzir a participação daqueles com deficiência física avançada ou prejuízo cognitivo. Fato que pode superestimar a qualidade de vida. Também deve-se considerar, nos futuros estudos, exclusão de comorbidades que possam influenciar na qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

1. Cardoso RC, Carlo MMRP. Fadiga em Pacientes com Câncer de Pulmão: uma Revisão Sistemática de Literatura. *Rev Bras Cancerol* [Internet]. 2013 [acesso em 10 set. 2017];59(4):575-82. Disponível em: http://www1.inca.gov.br/rbc/n_59/v04/pdf/12-revisao-literatura-fadiga-em-pacientes-com-cancer-pulmao-uma-revisao-sistematica-de-literatura.pdf
2. American Cancer Society. Key Statistics for Lung Cancer [Internet]. [S.local]: ACS; 2019 [acesso em 05 abril 2019]. Disponível em: <https://www.cancer.org/cancer/non-small-cell-lung-cancer/about/key-statistics.html>
3. Centro Cochrane do Brasil e Liga de Saúde Baseada em Evidências da Universidade Federal de Medicina (EPM-Unifesp). Quimioterapia para o câncer de pulmão de células não pequenas avançado em idosos. *Diagn Tratamento* [Internet]. 2017 [acesso em 11 dez. 2018];22(1):49-50. Disponível em: http://docs.bvsalud.org/biblioref/2017/03/832451/rdt_v22n1_49-50.pdf
4. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2017.
5. Franceschini J, dos Santos AA, El Mouallem I, Jamnik S, Uehara C, Fernandes ALG, et al. Avaliação da qualidade de vida em pacientes com câncer de pulmão através da aplicação do questionário Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Health Survey. *J Bras Pneumol*. 2008 [acesso em 10 set. 2017];34(6):387-93. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-37132008000600009&lng=en
6. American Thoracic Society: Quality of Life Resource [Internet]. [Sem local]: ATS; 2007. Functional Assessment of Cancer Therapy-Lung (FACT-L). 199 [acesso em 6 abr. 2019]; [1 tela]. Disponível em: <http://qol.thoracic.org/sections/instruments/fj/pages/fact-l.html>
7. American Thoracic Society [Internet]. [Sem local]: ATS; 2007. European Organization for the Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire and Lung Cancer Module (QLQ-LC13). 1999; [1 tela]. [acesso em 06 abr. 2019]; Disponível em: <http://qol.thoracic.org/sections/instruments/ae/pages/qlq-lc13.html>

8. The WHOQOL Group. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med*. 1995;10:1403-9.
9. Ferreira MLL, de Souza AI, Ferreira LOC, Moura JFP, Costa Junior José I. Qualidade de vida relacionada à saúde de idosos em tratamento quimioterápico. *Rev Bras Geriatr Gerontol* [Internet]. 2015 [acesso em 10 set. 2017];18(1):165-77. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1809-98232015000100165&script=sci_abstract&tlng=pt
10. Peters MD, Godfrey CM, Khalil H, McInerney P, Parker D, Soares CB. Guidance for conducting systematic scoping reviews. *Int J Evid Based Healthc* [Internet]. 2015 [acesso em 10 set. 2017];13(3):141-6. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26134548>
11. Ottawa Hospital Research Institute [Internet]. Ottawa: OHRI; 2019. Wells GA, Shea B, O'Connell D, Peterson J, Welch V, Losos M, et al. The Newcastle-Ottawa Scale (NOS) for assessing the quality of nonrandomized studies in meta-analyses [acesso em 10 set. 2018]; [1 tela]. Disponível em: http://www.ohri.ca/programs/clinical_epidemiology/oxford.asp
12. Nai-Wen C, Kuan-Chia L, Wen-Hu H, Shih-Chun L, Yi-Hsin JC, Kwua-Yun W. The effect of gender on health-related quality of life and related factors in post-lobectomy lung-cancer patients. *Eur J Oncol Nurs* [Internet]. 2015 [acesso em 10 set. 2017];19(3):292-300. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25432210>
13. Nicolussi AC, Sawada NO, Cardozo FMC, Andrade V, Paula JM. Qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes com câncer em quimioterapia. *Rev Rene* [Internet]. 2014 [acesso em 10 set. 2017];15(1):132-40. Disponível em: http://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/11658/1/2014_art_acnicolussi.pdf
14. de Oliveira PI, Pereira CAC, Belasco AGS, Bettencourt ARC. Comparação da qualidade de vida de portadores de câncer de pulmão antes e após o tratamento quimioterápico. *Rev Latinoam Enferm* [Internet]. 2013 [acesso em 10 set. 2017];21(3):787-94. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n3/pt_0104-1169-rlae-21-03-0787.pdf
15. Franceschini J, Jardim JR, Fernandes ALG, Jamnik S, Santoro IL. Relação entre a magnitude de sintomas e a qualidade de vida: análise de agrupamentos de pacientes com câncer de pulmão no Brasil. *J Bras Pneumol* [Internet]. 2013 [acesso em 10 set. 2017];39(1):23-31. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-37132013000100004
16. Pastore CA, Oehlschlaeger MHK, Gonzalez MC. Impacto do estado nutricional e da força muscular sobre o estado de saúde geral e qualidade de vida em pacientes com câncer de trato gastrointestinal e de pulmão. *Rev Bras Cancerol* [Internet]. 2013 [acesso em 10 set. 2017];59(1):43-9. Disponível em: https://rbc.inca.gov.br/site/arquivos/n_59/v01/pdf/07-impacto-do-estado-nutricional-e-da-for%C3%A7a-muscular.pdf
17. Floyd A, Dedert E, Ghate S, Studts JL, Stetson B, Sephton SE, et al. Depression may mediate the relationship between sense of coherence and quality of life in lung cancer patients. *J Health Psychol* [Internet]. 2011 [acesso em 10 set. 2017];16(2):249-57. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20929943>
18. Lee LJ, Chung CW, Chang YY, Lee YC, Yang CH, Liou SH, et al. Comparison of the quality of life between patients with non-small-cell lung cancer and healthy controls. *Qual Life Res* [Internet]. 2010 [acesso em 10 set. 2017];20(3):415-23. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20953907>
19. Weaver KE, Rowland JH, Augustson E, Atienza AA. Smoking concordance in lung and colorectal cancer patient-caregiver dyads and quality of life. *Cancer Epidemiol Biomark Prev* [Internet]. 2011 [acesso em 10 set. 2017];20(2):239-48. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3035926/>
20. Ozalevli S, Ilgin D, Karaali HK, Bulac S, Akkoçlu A. The effect of in-patient chest physiotherapy in lung cancer patients. *Support Care Cancer* [Internet]. 2010 [acesso em 10 set. 2017];18(3):351-8. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19471973>
21. Lima LNT, da Silva RA, Gross JL, Deheinzeln D, Negri EM. Avaliação da função pulmonar e da qualidade de vida em pacientes submetidos à ressecção pulmonar por neoplasia. *J Bras Pneumol* [Internet]. 2009 [acesso em 10 set. 2017];35(6):521-8. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1806-37132009000600005&script=sci_abstract&tlng=pt
22. Saad IAB, Botega NJ, Toro IFC. Avaliação da qualidade de vida em pacientes submetidos à ressecção pulmonar por neoplasia. *J Bras Pneumol* [Internet]. 2006 [acesso em 10 set. 2017];32(1):10-5. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-37132006000100005
23. Fiteni F, Vernerey D, Bonnetain F, Vaylet F, Sennéart H, Trédaniel J, et al. Prognostic value of health-related quality of life for overall survival in elderly non-small-cell lung cancer patients. *Eur J Cancer* [Internet]. 2016 [acesso em 10 set. 2017];52:120-8. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26682871>

24. Borges EL, Franceschini J, Costa LHD, Fernandes ALG, Jamnik S, Santoro IL. Sobrecarga do cuidador familiar: a sobrecarga de cuidar de pacientes com câncer de pulmão, de acordo com o estágio do câncer e a qualidade de vida do paciente. *J Bras Pneumol* [Internet]. 2017 [acesso em 10 set. 2017];43(1):18-23. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v43n1/pt_1806-3713-jbpneu-2016000000177.pdf
25. Frio CC, Pretto ADB, Gonzalez MC, Pastore CA. Influência da composição corporal sobre a qualidade de vida de pacientes com câncer. *Rev Bras Cancerol* [Internet]. 2015 [acesso em 10 set. 2017];61(4):351-6. Disponível em: http://www1.inca.gov.br/rbc/n_61/v04/pdf/06-artigo-influencia-da-composicao-corporal-sobre-a-qualidade-de-vida-de-pacientes-com-cancer.pdf
26. Avelino CUR, Cardoso RM, Aguiar SS, Silva MJS. Assessment of quality of life in patients with advanced non-small cell lung carcinoma treated with a combination of carboplatin and paclitaxel. *J Bras Pneumol* [Internet]. 2015 [acesso em 10 set. 2017];41(2):133-42. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1806-37132015000200133&script=sci_arttext&lng=pt
27. Müller AM, Silva DR, Xavier RG. Avaliação da qualidade de vida e função pulmonar em pacientes com câncer de pulmão. *Clin Biomed Res* [Internet]. 2014 [acesso em 10 set. 2017];34(4):347-56. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/hcpa/article/view/48568>
28. Saldías PF, Elola AJM, Uribe MJ, Morales AS, Díaz PO. Predictores clínicos y funcionales del riesgo de cáncer pulmonar en el seguimiento de una cohorte de adultos fumadores. *Rev Méd Chile* [Internet]. 2016 [acesso em 06 abr. 2019];144(11):1382-90. Disponível em: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872016001100003&lng=pt
29. Tsukazan MTR, Vigo A, Silva VD, Barrios CH, Rios JO, Pinto JAF. Lung cancer: changes in histology, gender, and age over the last 30 years in Brazil. *J Bras Pneumol* [Internet]. 2017 [acesso em 06 abr. 2019];43(5):363-7. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-37132017000500363
30. Cesari M, Calvani R, Marzetti E. Frailty in older persons. *Clin Geriatr Med* [Internet]. 2017 [acesso em 06 abr. 2019];33(3):293-303. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28689563>
31. Fhon JRS, Rodrigues RAP, Santos JLF, Diniz MA, Santos EB, Almeida VC, et al. Factors associated with frailty in older adults: a longitudinal study. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2018 [acesso em 06 abr. 2019];52:1-8. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102018000100266
32. Díez-Ruiz A, Bueno-Erandonia A, Nuñez-Barrio J, Sanchez-Martín I, Vrotsou K, Vergara E. Factors associated with frailty in primary care: a prospective cohort study. *BMC Geriatr* [Internet]. 2016 [acesso em 06 abr. 2019];16(91):1-8. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4850657/pdf/12877_2016_Article_263
33. 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. *Ciênc Saúde Colet* [Internet]. 2016 [acesso em 06 abr. 2019];21(11):3377-86. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n11/1413-8123-csc-21-11-3377>
34. Mansano-Schlosser TC, Ceolin MF. Fadiga em idosos em tratamento quimioterápico. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2014 [acesso em 06 abr. 2019];67(4):623-9. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672014000400623&script=sci_abstract&lng=pt
35. Carneiro J, Ramos GCF, Barbosa ATF, Mendonça JMG, Costa FM, Caldeira AP. Prevalência e fatores associados à fragilidade em idosos não institucionalizados. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2016 [acesso em 06 abr. 2019];69(3):435-42. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672016000300435&lng=en
36. Ribeiro EG, Matozinhos FP, Guimarães GL, Couto AM, Azevedo RS, Mendoza IYQ. Self-perceived health and clinical-functional vulnerability of the elderly in Belo Horizonte/ Minas Gerais. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2018 [acesso em 06 abr. 2019];71(2):860-7. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018000800860
37. Freitas CV, Sarges ESNF, Moreira KECS, Carneiro SR. Avaliação de fragilidade, capacidade funcional e qualidade de vida dos idosos atendidos no ambulatório de geriatria de um hospital universitário. *Rev Bras Geriatr Gerontol* [Internet]. 2016 [acesso em 06 abr. 2019];19(1):119-28. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232016000100119&lng=pt
38. American Thoracic Society: Quality of Life Resource [Internet]. [Sem local]: ATS; [200-]. Lung Cancer; [Sem data] [acesso em 06 abr. 2019]; [1 tela]. Disponível em: <http://qol.thoracic.org/sections/specific-diseases/lung-cancer.html>
39. Araujo LH, Baldotto C, Castro Jr G, Katz A, Ferreira CG, Mathias C, et al. Câncer de pulmão no Brasil. *J Bras Pneumol* [Internet]. 2018 [acesso em 06 abr. 2019];44(1):55-64. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v44n1/pt_1806-3713-jbpneu-44-01-00055.pdf

40. Ciconelli RM, Ferra MB, Santos W, Meinão I, Quaresma MR. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). Rev Bras Reumatol.1999;39(3):143-50.
41. Bezjak A, Lee CW, Ding K, Brundage M, Winton T, Graham B, et al. Quality-of-life outcomes for adjuvant chemotherapy in early-stage non-small-cell lung cancer: results from a randomized trial, JBR.10. J Clin Oncol [Internet]. 2008 [acesso em 10 set. 2017];26(31):5052-9. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18809617>

