

A edição atual de *Geriatrics & Gerontology* vem fechar o ciclo inicial de sua implementação e consolidação na comunidade científica da geriatria e da gerontologia nacionais. Uma vez plenamente estabelecida toda sua sistemática editorial, que contempla desde a definição dos métodos de análise crítica dos artigos até o trabalho de editoração e impressão gráfica, a revista está pronta para novos passos.

A partir da próxima edição, contaremos com aperfeiçoamentos no padrão de formatação e aspecto visual da revista e seguiremos buscando diferenciais em sua qualidade técnico-científica. Um dos pontos importantes neste sentido será a indexação em novas bases de dados.

A análise criteriosa que tem sido adotada dos artigos submetidos à *Geriatrics & Gerontology* vem servindo, para nossa satisfação, além de mecanismo de seleção das melhores contribuições, como importante atividade de qualificação da produção científica na área de geriatria e gerontologia. O diálogo entre revisores, editores e autores tem sido profícuo, tornando esse processo bastante educativo em termos do desenvolvimento de habilidades em metodologia de pesquisa, algo que, por sinal, representa um dos objetivos do trabalho empreendido pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG). Essa experiência é particularmente importante pelo fato de boa parte dos artigos submetidos ser oriunda de programas de pós-graduação.

Os artigos desta edição, seguindo a característica das anteriores, contemplam diferentes aspectos da saúde das pessoas idosas, sendo todos de interesse para os diferentes profissionais da saúde que integram a equipe gerontogeriátrica. Por último, temos de agradecer aos colaboradores que, em número crescente, têm considerado nossa revista para publicação de seus trabalhos.

OS EDITORES

Characteristics of instruments of functional assessment in the elderly persons living within the community in Brazil

Características de instrumentos de avaliação funcional em idosos residentes na comunidade no Brasil

Adriana Letícia de Andrade Silva¹, Flávio Chaimowicz², Rosângela Correa Dias³, Sílvia Nascimento Freitas⁴, Raimundo Marques Nascimento⁵, George Luiz Lins Machado-Coelho⁶

ABSTRACT

Background: Independence level of elderly persons is highly associated to the ability to overcome deficits in cognition, humor, mobility and communication capacity domains and can be measured by instruments which appraise need of help to perform daily living activities. **Objective:** To assess characteristics of the Brazilian version of *Older Americans Resources and Services Multidimensional Functional Assessment Questionnaire* (BOMFAQ) and the version in Portuguese of the *Health Assessment Questionnaire* (HAQ) to identify functional dependency. **Methods:** Cross-sectional study of a random sample of community-dwelling older people (aged 60 and over) in Ouro Preto, 2002. The elderly people with "much difficulty" or "unable" to perform at least one activity of daily living were considered dependent. The causes of dependence were grouped into the following domains: mobility, mental health, sense organs according to medical examination and weight gain. Statistical analysis was made through the Chi-square test. **Results:** 102 elderly persons were assessed through medical examination, with 89 of them classified as dependent and 13 as controls, i.e., independent. The HAQ and the BOMFAQ presented sensitivity of 58% and 83%, specificity of 85% and 69%, positive prediction values of 79% and 73% and negative of 67% and 81%, respectively. The HAQ showed good sensitivity, specificity and prediction values to identify dependency in the mobility domain. The BOMFAQ demonstrated good or excellent sensitivity, but low specificity and positive prediction values in every domain. The tests presented good intra-observer accuracy, but low inter-observer accuracy. **Conclusion:** The HAQ is adequate for identifying functional dependency in the mobility domain in a general population of elderly persons. Due to its low specificity, the BOMFAQ can overestimate the prevalence of dependency. Low inter-observer accuracy must be considered in the planning of the studies that use these instruments.

Key words: Elderly, functional assessment, dependency, Health Assessment Questionnaire, Brazilian version of the Multidimensional Functional Assessment Questionnaire.

RESUMO

Objetivo: Avaliar características da versão brasileira do *Older Americans Resources and Services Multidimensional Functional Assessment Questionnaire* (BOMFAQ) e da versão em português do *Health Assessment Questionnaire* (HAQ) para identificar dependência funcional. **Métodos:** Estudo transversal de amostra aleatória dos idosos (60+ anos) do município de Ouro Preto em 2002. Foram considerados dependentes os idosos com muita dificuldade ou incapacidade para realizar

Recebido em 28/11/2008

Aceito em 29/4/2009

¹Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).

²Faculdade de Medicina, Departamento de Clínica Médica da UFMG.

³Faculdade de Fisioterapia da UFMG.

⁴Faculdade de Nutrição, Universidade Federal de Ouro Preto (UFOP).

⁵Instituto de Hipertensão Arterial, Belo Horizonte.

⁶Faculdade de Farmácia da UFOP.

pelo menos uma atividade de vida diária. As causas de dependência foram agrupadas nos domínios mobilidade, saúde mental, órgãos dos sentidos segundo exame médico e ganho de peso. Análise estatística foi realizada por meio do teste do Qui-quadrado. **Resultados:** Foram avaliados 102 idosos pelo exame médico, sendo 89 idosos classificados como dependentes e 13 como controles. O HAQ e BOMFAQ apresentaram sensibilidade de 58% e 83%, especificidade de 85% e 69%, valores de predição positiva de 79% e 73% e negativa de 67% e 81%, respectivamente. O HAQ apresentou boa sensibilidade, especificidade e valores de predição para identificar dependência no domínio mobilidade. O BOMFAQ demonstrou sensibilidade boa ou excelente, mas especificidade e valores de predição positivo baixos em todos os domínios. Os testes apresentaram boa acurácia intraobservador, mas baixa acurácia interobservador. **Conclusões:** O HAQ é adequado para o rastreamento de dependência funcional no domínio mobilidade numa população geral de idosos. Por sua baixa especificidade, o BOMFAQ pode superestimar a prevalência de dependência. A baixa acurácia interobservador deverá ser considerada no planejamento dos estudos que utilizem esses instrumentos.

Palavras-chave: Health assessment questionnaire, Brazilian version of Multidimensional Functional Assessment Questionnaire, incapacidade, saúde do idoso, atividades cotidianas, instrumentos de avaliação funcional, validade.

INTRODUCTION

The concept *healthy aging* is no longer understood as the absence of diseases, but as the success in overcoming them through selective, adaptive and compensatory mechanisms, in order to maintain the highest possible level of functional capacity¹. In these terms, the maintenance of independency is intrinsically associated with the overcoming of deficits in the domains of cognition, humor, mobility and capacity of communication². Whether it is in the research setting or in clinical practice, the level of independency of elderly people to perform daily activities can be rated through instruments that assess their need for help in the performance of simple tasks (basic activities of daily living – BADL) and more complex tasks that enable their living in the community (instrumental activities of daily living – IADL). It has been proved that the functional decline of older people generally complies with a hierarchy. Thus, at first, they stop performing the most complex tasks (such as making phone calls or going shopping) and, progressively, they stop with the most simple ones (taking a shower, feeding themselves)².

Although many assessment instruments of the functional status have been used in Brazilian epidemiologic studies, they were not formally adapted to the Portuguese language or tested for validity and reliability, thus compromising the investigation process³.

The Health Assessment Questionnaire (HAQ) is a multidimensional instrument that developed the *discomfort* and *physical incapacity* sections. The latter evaluates the level of the individual's difficulty to perform BADL and IADL during the last week. The HAQ was adapted to Brazil in a study done with the population with rheumatoid arthritis⁴. In this study, coefficients of reliability, validity and semantic aspects of the adapta-

tion for the Brazilian context are mentioned. The HAQ is useful in the clinical practice and in epidemiologic inquiries: its reliability and validity are classified as "very good"³.

By adapting the *Older Americans Resources and Services* (OARS) *Multidimensional Functional Assessment Questionnaire* (OMFAQ) to Portuguese, the BOMFAQ (Brazilian version of OMFAQ) was developed. It is a multidimensional instrument, restricted to epidemiologic inquiries. This instrument has been used in several Brazilian studies^{5,6}. There are sections concerning physical and mental health, usage of health services, social and economic resources and capacity to perform BADL and IADL. Although the original instrument has adequate validity and reliability, studies have not been found regarding the validation or reliability of the test in its integral form, only validating the mental health section³.

Based on considerations of the above facts, the objective of this study was to assess the intrinsic quality (sensitivity and specificity) and the usefulness to produce clinical decisions (positive prediction value – PPV and negative prediction value – NPV), in addition to the agreement, the BOMFAQ's functional assessment section and the Brazilian version of the HAQ, specifically in regards to the four domains associated with the presence of dependency: mobility, mental health, sense organs (sight, hearing) and weight gain.

MATERIALS AND METHODS

Design and population: This study was associated with another about cardiovascular diseases prevalence in Ouro Preto, a historical city in the Southeast region of Brazil⁷. The study was approved by the Research Ethics Board

of the Federal University of Minas Gerais and Federal University of Ouro Preto. All individuals aged 60 or more, 198 individuals, were invited for the assessment. Of these, five refused to participate, 12 were excluded, and two died. Before the beginning of the assessment, the informed consent and the dementia screening were conducted using a specific instrument, *The Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly* (IQCODE)⁸. The complete questionnaire was repeated in 77% of the initial sample (179 elderly persons) and the intra- and inter-observer reliability was analyzed in those cases where the repetition occurred in fewer than three months. Validity indexes of two screening dependency instruments to perform activities of daily living were estimated after performing the geriatric clinical examination, considered here as a gold standard. After assessment by the gold standard, out of 102 individuals from the sample (57%), 89 cases and 13 controls were identified. This assessment includes semi-structured interviews for details of the dependency, with questions on the incapacity for independent accomplishment of the BADLs and IADLs, the onset of dependency, possible causes and intensity with direct observation (performance test) and use of specific instruments, when necessary, for cognitive assessment (IQCODE), depression (*Geriatric Scale of Depression* – GDS)⁹ and mobility (qualitative *Get up and go*)¹⁰, in addition to physical examination.

Assessment instruments: Dementia screening was performed, at first, by the IQCODE, a version with seventeen questions, which investigates current cognition characteristics and compares them to those from ten years ago. The IQCODE is not influenced by education level and must be answered by an informant who has lived with the older person for at least ten years. In cases of negative screening, the older people generally answer the HAQ and BOMFAQ questions by themselves. In cases of positive screening, the companion participated in the interview. The questions were classified in 4 categories of difficulty to perform the tasks by themselves.

Regarding the use of instruments, the HAQ and BOMFAQ combined a multidimensional questionnaire, applied by researchers with education in gerontology, previously trained, and whose reliability of the interviews showed to be satisfactory in a pilot study. The interviewers did not know the criteria for the definition of *case* of the study's functional dependency.

Definition of cases: *Cognitive deficit* – Older people with a mean of ≤ 3.4 in the IQCODE were considered negative for the dementia screening and those with a mean of ≥ 3.7 were considered positive. In cases of scores between these values, older people with a mean of ≥ 3.5 in those two questions of highest discriminatory

power were considered possible cases⁸. *Functional dependency* – The individuals with *much difficulty* or *unable* to do one or more BOMFAQ or HAQ's tasks were considered *cases*. *Comorbidities* – During the assessment by a geriatrician, diseases and conditions associated with functional incapacity were grouped in four domains: a) mobility (osteoarticular diseases and the motor sequelae of cerebrovascular, cardiorespiratory or neoplastic diseases); b) mental health (cognition and humor), c) sight and/or hearing, and d) heavy weight gain (self-reported by the elderly patients). Some older people were considered dependent in more than one domain.

Statistical analysis: The Statistical Package for Social Sciences – SPSS, version 12.0, was used in the descriptive statistics of the sample distribution according to demographic characteristics and presence of dependency to perform basic or instrumental activity of daily living. The initial analysis through the pondered Kappa statistics was obtained to assess the questionnaires' reliability¹¹. Validity indexes (sensitivity, specificity, predictive value and Youden's agreement) were used for the comparative analysis of the screening instruments. The geriatrician's medical examination was considered the reference (gold-standard?)^{3,12}. Significant differences were determined by McNemar's Chi-square test¹³. Measures of sensitivity, specificity and prediction values between 70% and 84% were considered "good"; and from 85% above, "excellent"¹¹.

RESULTS

Out of the 179 elderly persons assessed by the screening instruments, 137 had their questionnaires repeated. Out of these, 36 elderly persons (26.3%) changed the diagnosis of functional dependency according to the HAQ, and 31 elderly persons (22.6%) according to the BOMFAQ.

From the 20 items in the HAQ, the intra-observer reliability was higher than 80% for 18 items and the inter-observer for 14 items. From the 15 items in the BOMFAQ, the intra-observer accuracy was higher than 80% for 11 items and the inter-observer accuracy for 10 items. The intra-observer correlation coefficient kappa was ≥ 0.8 in 95% for the items in the HAQ ($p = 0.01$) and in 87% for the items in the BOMFAQ ($p = 0.02$).

Through the geriatric examination, 89 elderly persons were classified as *dependent* and 13 as *control*. Differences between *dependent* and *control* regarding age (69 years old x 67 years old), proportion of women (80.9% x 61.5%), non-white (70.1% x 61.5%), from low economic class (65.9% x 41.7%), average years of schooling (3.7 x 2.9) were not statistically significant (Table 1).

Table 1. Socio-demographic characteristics of dependent elderly persons and the control group in Ouro Preto, Brazil, 2002.

| | Dependent (n = 89) | Control (n = 13) | Value-p |
|----------------------------------|-----------------------|---------------------|---------|
| Female % | 80.9 | 61.5 | 0.13 |
| Age (years) | | | 0.12 |
| Mean (\pm Standard deviation) | 68.9 (7.7) | 67.4 (4.7) | |
| Variation | 60-94 | 60-76 | |
| Non-white % | 70.1 | 61.5 | 0.51 |
| Education (years) | | | 0.95 |
| Mean (\pm Standard deviation) | 3.73 (2.3) | 2.92 (1.3) | |
| Variation | 1-11 | 1-5 | |
| Low economic class % | 65.9 | 41.7 | 0.22 |

Taking into consideration the prevalence of physical, mental, sight and hearing deficiency in elderly people in Brazil¹⁴, we calculated the HAQ and BOMFAQ's sensitivity, specificity and prediction values (Table 2).

According to the medical examination (Table 3), the domain that demonstrated highest independency

was mobility (68.6%), followed by mental health (34.3%), weight change (30.4%) and sense organs (12.7%). The total (n=149) surpasses the 89 elderly people classified as dependent because some were included in more than one domain. Among the dependent patients in the mobility domain, according to the medical examination, the HAQ identified more cases than the BOMFAQ (this difference is not statistically significant). The opposite occurred in relation to the other three domains.

The HAQ presented good sensitivity and specificity to identify dependency in the mobility domain, generating adequate prediction values, which did not occur with the other domains. The BOMFAQ showed good or excellent sensitivity to identify dependency in every domain. However, the specificity was very low, generating low positive prediction values for all domains, and adequate negative prediction values for the mobility and mental health domains.

All elderly people, whose answers were *it does not apply*, were men, answering items regarding domestic duties (ex. "house cleaning"). Two dependency cases according to screening and the geriatrician examination ("cutting toe nails") did not correspond to any domain.

Table 2. Functional dependency according to the HAQ, BOMFAQ and medical examination in elderly persons from Ouro Preto, Brazil, 2002.

| Tests | True positive | False positive | True negative | False negative | χ^2 ^a | S ^b (IC 95%) | E ^c (IC 95%) | PV ₊ ^d | PV ₋ ^e | J ^f |
|--------|---------------|----------------|---------------|----------------|-----------------------|----------------------------|----------------------------|------------------------------|------------------------------|----------------|
| HAQ | 52 | 02 | 11 | 37 | 29.6 | 58% (47.5-68.5) | 85% (53.7-97.3) | 79% | 67% | 43% |
| BOMFAQ | 74 | 04 | 09 | 15 | 5.3 | 83% (73.4-90.0) | 69% (38.9-89.6) | 73% | 81% | 52% |

a = χ^2 : McNemar; b = S: sensitivity; c = E: specificity; d = PV₊: positive predictive value; and = PV₋: negative predictive value; f = J: Youden.

Table 3. Prevalence of dependency by domains according to medical examination and screening tests (HAQ and BOMFAQ) in elderly persons from Ouro Preto, Brazil, 2002.

| Medical examination (n) | HAQ | | | | | BOMFAQ | | | | | χ^2 ^f | Value-p |
|-------------------------|------------------------------------|-----------------------|-----------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|-----------|----------|------------------------|------------------------|-----------------------|-------------|
| | p ₁ ^a (%) | S ^b (%) | E ^c (%) | PV ₊ ^d (%) | PV ₋ ^e (%) | p ₂ ^a (%) | S (%) | E (%) | PV ₊ (%) | PV ₋ (%) | | |
| Mobility (70) | 91 | 70 | 84 | 82 | 74 | 87 | 86 | 44 | 60 | 76 | 0.23 | 0.61 |
| Mental health (35) | 49 | 69 | 55 | 60 | 64 | 100 | 94 | 33 | 58 | 85 | 16.1 | 0.00 |
| Weight change (31) | 52 | 52 | 47 | 49 | 49 | 94 | 87 | 28 | 54 | 69 | 9.4 | 0.00 |
| Sight/hearing (13) | 46 | 54 | 47 | 50 | 51 | 100 | 77 | 24 | 50 | 51 | 4.2 | 0.04 |

a = proportion of cases identified by the test; b = S: sensitivity; c = E: specificity; d = PV₊: positive predictive value; and = PV₋: negative predictive value; f = χ^2 McNemar: difference between the proportions (p₁, p₂).

DISCUSSION

The most reliable method for evaluating an elderly person's functional capacity is the direct observation of his/her performance (performance tests). But usage of such a method requires resources that are not always available.

The usage of adequate functional assessment instruments in population inquiries can support strategies for providing effective care for the elderly that privilege actions focused on the reality of this population group. In addition to this, these instruments could be very useful in general clinic settings as they provide reliable information about the functional status, obtained with objective questions included in the wide geriatric assessment.

For the general population assessed in this study, the BOMFAQ proved to be a better *screening* instrument (sensitivity = 83%, negative predictive value = 81%) than the HAQ (sensitivity = 58% and negative predictive value = 67%) for detecting a decrease in the functional capacity in the performance of daily life tasks. However, there are no publications from the BOMFAQ that present data about its validity and reliability, although it is widely used in Brazil³. These findings must be confirmed by other studies since the HAQ's validation in Portuguese⁴ kept the same characteristics of internal consistency as the original version. Therefore, it is a reliable instrument, though used in this study's general population for the first time.

It is relevant to point out that the high values of prediction demonstrated by the tests lose importance when the validity characteristics in each dependency domain are assessed.

The HAQ showed to be adequate for dependency screening in the mobility domain, but not for the other domains. In fact, the HAQ was originally elaborated for the assessment of physical ability. In this research, it showed that the HAQ is capable of identifying other causes of reduction of the functional capacity, not just the ones that interfere in the mobility of elderly persons in spite of the BOMFAQ's being a more sensitive instrument for this purpose. The result of other studies done with the general population using these instruments could confirm these findings.

Concerning to BOMFAQ, this study suggests limitations regarding its usage for screening. In fact, the proportion of elderly persons classified as dependent by the BOMFAQ and as independent by the geriatrician in the same domain was very high. It is supposed that at the expense of very high sensitivity and low specificity, the BOMFAQ could overestimate the dependency of elderly persons in the population studies leading to incorrect conclusions about functional health and status.

Although the intra-observer agreement can be classified as *substantial* for 95% of the HAQ's items, and *moderate* and *substantial* for the BOMFAQ's items, the inter-observer agreement was *mild to moderate* for most of the items from both tests¹¹.

The fact that a high number of questionnaires had been repeated with intervals of approximately three months could justify the change in diagnosis, since practically 1 in 4 elderly persons had their classification modified as *dependent* or *non-dependent*, that is, the functional decline related to acute illnesses can appear weeks before an assessment, which would reduce the reliability in the test-retest. In addition to this, instruments based on the elderly or the informant's report can be influenced by illnesses that are common in older people.

In this sense, many studies can be mentioned. In fact, in a study, more pessimistic views about the elderly people's health were associated to the chance, nine times higher, of having moderate to serious dependency¹⁵. Although this pessimistic view about their health could have been caused by their elevated functional dependency, the transversal nature of the study also leads to the assumption that elderly persons, with pessimistic views, could complain more about their health, overestimating their functional deficits during screening. It is also known that patients with depression complain more about chronic illnesses than non-depressed ones¹⁶. In another Brazilian population inquiry, more than 1/3 of the elderly persons aged 85 or more met the criteria for the diagnosis of dementia¹⁷. In fact, elderly persons with dementia tend to have a more optimistic view of their health, minimizing their deficits through inadequate judgment or memory.

Regarding the people who take care of demented elderly people, they undergo physical and psychic overload the greater the dependency and have the tendency to overestimate functional deficits¹⁸. This fact suggests that the functional assessment, based on information provided by patients and informants, should be controlled by factors such as cognition and humor. Other factors that also influence screening validity are the elderly person's socioeconomic and educational levels. In fact, in an epidemiologic inquiry done in Rio de Janeiro, these were considered possible factors of confusion as they are associated with inadequacies of the multidimensional questionnaire based on the OARS¹⁹.

Hearing deficits can permanently affect about one-fourth of elderly persons aged 70 and above¹⁴. If, on the one hand, the hipoacusy is an important predictor of functional loss, on the other hand, it can harm the interview and, many times, require help from an informant, which can compromise the trustworthiness of the information²⁰.

The diagnosis changes verified in this study could be partially due to the factors mentioned above, but probably it also applies to the reliability of the tests. The low inter-observer accuracy must be considered in the planning of the studies that use these instruments in the general population.

The number of individuals from the control group could have led to less accurate specificity indexes. Taking into consideration the costs and time available for the accomplishment of this work and because we prioritize sensitivity as the most important index, upon comparing screening instruments, we accepted the number of controls given, which can be considered a limitation of the study.

However, with the need for instruments that can provide early identification of functional dependency and can contribute to the wide geriatric assessment, the BOMFAQ, with its good sensitivity, could be used as a screening test for the diagnosis of deficiencies. As HAQ was validated in a group of rheumatic people and not in a general population its use in others studies with similar sample characteristics could certificate the results found here.

REFERENCES

- Baltes MM. Successful ageing. In: Ebrahim S, Kalache A. *Epidemiology in old age*. London: BMJ Publishing Group; 1996. p. 162-8.
- Fillenbaum GG. Functional ability. In: Ebrahim S, Kalache A. *Epidemiology in old age*. London: BMJ Publishing Group; 1996. p. 228-35.
- Paixão Jr. CM, Reichenheim ME. Uma revisão sobre os instrumentos de avaliação do estado funcional do idoso. *Cad Saúde Pública*. 2005; 21:7-19.
- Ferraz MB, Oliveira LM, Araujo PMP, Atra E, Tugwell P. Crosscultural Reliability of the Physical Ability Dimension of the Health Assessment Questionnaire. *J Rheumatol*. 1990;7:813-7.
- Ramos LR, Rosa TEC, Oliveira ZM, Medina MCG, Santos FRG. Perfil do idoso em área metropolitana na região sudeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. *Rev Saúde Pública*. 1993;27:87-94.
- Coelho Filho JM, Ramos LR. Epidemiologia do envelhecimento no Nordeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. *Rev Saúde Pública*. 1999;33:445-53.
- Ferreira S. Prevalência dos fatores de risco para doenças cardiovasculares em Ouro Preto, Minas Gerais (2001): Projeto Corações de Ouro Preto [Master's thesis]. Ouro Preto: Universidade Federal de Ouro Preto; 2004.
- Fuh JL, Teng EL, Lin KN, Larson EB, Wang SJ, Liu CY, et al. The Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly (IQCODE) as a screening tool for dementia for a predominantly illiterate Chinese population. *Neurology*. 1995;45:92-6.
- D'ath P, Katona P, Mullan E, Evans S, Katona C. Screening, Detection and Management of Depression in Elderly Primary Care Attenders. I: The Acceptability and Performance of the 15 Item Geriatric Depression Scale (GDS15) and the Development of Short Versions. *Family Practice*. 1994;11:260-6.
- Mathias S, Nayak USL, Isaacs B. Balance in elderly patients: The get up and go test. *Arch Phys Med Rehabil*. 1986;67:387-9.
- Fleiss JL. *Statistical methods for rates and proportions*. 2th ed. New York: John Wiley; 1981.
- Fletcher RH, Fletcher SW, Wagner EH. *Epidemiologia clínica. Bases científicas da conduta médica*. Porto Alegre: Artes médicas; 1989.
- Snedecor GW, Cochran WG. *The binomial distribution*. In: *Statistical Methods*. 8.ed. AMES: Iowa State University Press; 1989.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Censo demográfico 2000. Características gerais da população. Deficiência*. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>. Accessed in 30 Mar 2005.
- Rosa TEC, Benício MHD, Latorre MDO, Ramos LR. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. *Rev Saúde Pública*. 2003;37:40-8.
- Apfeldorf WJ, Alexopoulos GS. Late-Life mood disorders. In: Hazzard WR, Blass JP, Halter JB, Ouslander JG, Tinetti ME. *Principles of Geriatric Medicine & Gerontology*. 5.ed. United States of America: McGrawHill. 2003:1443-58.
- Herrera Junior E, Caramelli P, Nitrini R. Estudo epidemiológico populacional de demência na cidade de Catanduva – Estado de São Paulo – Brasil. *Rev Psiquiatr*. 1998;25:70-3.
- Garrido R, Menezes PR. Impacto em cuidadores de idosos com demência atendidos em um serviço psicogeriátrico. *Rev Saúde Pública*. 2004;38:835-41.
- Veras RP, Coutinho E. Prevalência da síndrome cerebral orgânica em população de idosos de área metropolitana da região sudeste do Brasil. *Rev Saúde Pública*. 1994; 28:26-37.
- Adelman RD, Greene MG, Ory MG. Communication between older patients and their physicians. *Clin Geriatr Med*. 2000;16:1-24.

Instrumento para rastreamento de dor no joelho (KNEST) em nível primário de saúde: tradução, adaptação cultural e resultados de sua aplicação em idosos residentes de uma área urbana do Brasil

A screening tool for knee pain (KNEST) in primary care: translation, cultural adaptation and results of the application among Brazilian elderly people living in the community

Marta Maria das Chagas Medeiros¹, Daniela Cabral Sousa², José Gerardo Araujo Paiva², Lanese Medeiros Figueiredo², Thiago Holanda Freitas³, Danielle C. O. Soares¹, Cesar Marques Porto Côrtes², João Macêdo Coelho Filho³

RESUMO

Objetivos: Traduzir para a língua portuguesa e adaptar culturalmente *The Pain Screening Tool* (KNEST), instrumento para avaliar dor no joelho em idosos em nível primário de saúde, e aplicá-lo em uma população de Fortaleza, CE. **Métodos:** O processo de tradução e adaptação cultural seguiu os passos preconizados por Guillemin *et al.* Idosos com idade ≥ 60 anos cadastrados pelo programa do Centro de Atenção ao Idoso (Faculdade de Medicina da UFC – Hospital Universitário Walter Cantídio) foram contatados por telefone. Aqueles que referiram dor no joelho no último ano foram convidados para avaliação com reumatologista. Foram coletados dados sociodemográficos e clínicos, questionários específicos para artrose (WOMAC, Lequesne) e avaliação de dor. **Resultados:** O KNEST traduzido e adaptado culturalmente foi aplicado em 241 idosos. A maioria foi mulher (72,2%) com média de idade de 72,3 anos ($\pm 8,0$). Destes, 118 tinham apresentado dor no joelho (48,9%), com envolvimento bilateral em 56%, dor crônica em 45% e 48,5% tinham procurado assistência médica. O medicamento para dor havia sido feito em 63% dos casos. A média de idade dos que compareceram à consulta foi 70,3 anos; 91% apresentavam dor crônica e 50,7%, dor bilateral. O diagnóstico de osteoartrite foi estabelecido em 97% dos pacientes. **Conclusões:** O KNEST adaptado para a língua portuguesa resultou instrumento simples e de fácil compreensão, durando 5 minutos para ser completado, com capacidade para avaliar prevalência de dor no joelho, gravidade, cronicidade e impacto nos recursos de saúde disponíveis. Dor no joelho foi condição muito frequente entre os idosos, sendo a osteoartrite a principal causa da dor.

Palavras-chave: Dor no joelho, instrumento *screening*, idoso, saúde pública.

ABSTRACT

Objectives: To translate into Brazilian Portuguese and adapt culturally a knee pain screening tool (KNEST) designed for primary care of senior citizens and test it on a sample of elderly patients in Fortaleza, Brazil. **Methods:** The translation

Recebido em 5/1/2009
Aceito em 30/4/2009

¹Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará (UFC).

²Hospital Universitário Walter Cantídio da UFC (HUWC-UFC).

³Departamento de Medicina Clínica da Faculdade de Medicina da UFC.

and cultural adaptation followed the method proposed by Guillemin and coworkers. Elderly subjects enrolled in a health program for senior citizens linked to the UFC medical school and Walter Cantídio University Hospital (HUWC) were contacted by phone. Subjects reporting knee pain within the preceding year were offered a rheumatological evaluation at HUWC. During the evaluation were collected clinical and sociodemographic data, questionnaire on arthrosis (WOMAC, Lequesne) and analogic visual scale. **Results:** The translated and adapted version of the KNEST was administered to 241 elderly subjects. Most were female (72.2%) and the mean age was 72.3 ± 8.0 years. Knee pain was reported by 48.9% ($n = 118$), of which 56% was bilateral, 45% was chronic and 48.5% had been previously examined by a physician. Pain killers had been employed by 63% of the subjects. The mean age of patients attending the evaluation was 70.3 years. Of these, 91% presented chronic pain and 50.7% bilateral pain. Clinical diagnosis of osteoarthritis was established in 97% of cases. **Conclusions:** The translated and adapted version of the KNEST was shown to be easy to use and understand and quick to administer (≈ 5 minutes). It adequately evaluated knee pain prevalence, severity, chronicity and impact on available health resources. Knee pain primarily caused by osteoarthritis was a frequent condition among the elderly in this study.

Key words: Knee pain, screening tool, aged, public health.

INTRODUÇÃO

A osteoartrite (OA) é doença muito prevalente na população idosa e é a principal causa de dor e incapacidade física em todo o mundo, com grande impacto econômico para toda a sociedade. Estima-se que o número de pessoas com incapacidade relacionada à doença duplique por volta do ano 2020^{1,2}. O joelho é o sítio mais afetado, acometendo cerca de 25% a 40% da população acima de 65 anos de idade³⁻⁶. Um levantamento populacional realizado na China com indivíduos acima de 70 anos mostrou que o joelho foi o local mais comum de dor entre todas as causas de queixa de dor⁷. A primeira manifestação da OA geralmente é a dor, e nos indivíduos acima de 55 anos essa dor tem como principal causa a OA⁵.

Embora o diagnóstico da doença seja radiológico, a OA pode ser vista como síndrome clínica caracterizada principalmente por dor articular, rigidez matinal, crepitação articular e limitação aos movimentos. Evidências sugerem que as alterações radiológicas não se correlacionam muito com a evolução clínica⁸ e que, portanto, raios X dos joelhos não são essenciais para o diagnóstico e o tratamento dos pacientes em serviços de atenção primária à saúde. Sintomas de dor e incapacidade são critérios mais importantes para a tomada de decisão.

Na saúde pública, tendo em vista os limitados recursos disponíveis e a importância de se programar estratégias mais direcionadas e efetivas para as necessidades da comunidade, torna-se importante encontrar meios que avaliem o impacto dos problemas de saúde. Um instrumento que caracterize o problema em termos de prevalência, gravidade e seu impacto nos serviços de saúde parece ser o ideal. Como a OA é o segundo diagnóstico mais comum entre os idosos da Inglaterra que procuraram o clínico-geral⁹, os ingleses criaram instrumento

para *screening* de dor no joelho, para ser usado na população idosa em atenção primária à saúde, chamado *The Knee Pain Screening Tool* (KNEST), o qual mostrou boa reprodutibilidade e validade¹⁰. Esse instrumento, quando foi aplicado com outro instrumento chamado *Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index* (WOMAC) em 6.792 indivíduos acima de 50 anos atendidos em um sistema de atenção primária¹¹, conseguiu identificar grupos com necessidades diferentes para efetivo cuidado relacionado à dor no joelho. O WOMAC é questionário muito utilizado na prática e nos ensaios clínicos para avaliação da intensidade da dor, da rigidez matinal e da atividade física em pacientes com OA de joelhos. Ele já foi traduzido e validado para ser usado no Brasil¹².

Os objetivos deste estudo foram: a) traduzir para a língua portuguesa e adaptar culturalmente o KNEST; b) aplicar o KNEST em uma população idosa de determinado bairro de Fortaleza, CE, e descrever características da dor no joelho (frequência, cronicidade, gravidade e uso recente de serviços de saúde pelos idosos) nestes indivíduos.

MÉTODOS

Tradução e adaptação cultural do KNEST

O KNEST é instrumento simples, composto de quatro questões sobre existência de trauma no joelho, presença de dor no joelho nos últimos 12 meses, qual o joelho acometido e o tempo de dor no joelho. Também apresenta mais duas questões sobre utilização de serviços médicos e outros serviços e tratamentos utilizados (Apêndice 1).

Para o processo de tradução e adaptação cultural foram seguidos os passos recomendados por Guillemin *et al*³. O instrumento na língua inglesa (Apêndice 1) foi traduzido, inicialmente, para a língua portuguesa por dois tradutores independentes, cientes dos objetivos do instrumento. Posteriormente, as duas traduções foram comparadas e, em caso de diferenças importantes, foram feitas modificações de consenso. Dois diferentes tradutores, não conhecedores dos objetivos do instrumento nem da versão original em língua inglesa, realizaram a tradução do português para o inglês. Novamente, essas duas versões foram comparadas com o instrumento original. Um grupo composto por três reumatologistas, um geriatra e dois estudantes de medicina discutiu todas as diferenças e as discrepâncias originadas no processo de tradução do questionário, resultando a versão em português.

A técnica escolhida para se verificar a equivalência cultural entre o instrumento em inglês e sua versão em português foi a administração deste último em um grupo aleatório de pacientes idosos atendidos no ambulatório geral do Centro de Atenção ao Idoso da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará. Grupos de cinco em cinco idosos foram abordados, separadamente, e o KNEST foi aplicado. Ao final de cada pergunta, foi solicitado ao paciente explicar como ele havia entendido a pergunta. Modificações foram feitas até que não mais fossem necessárias, com o cuidado de sempre se manter o significado conceitual da questão original. A versão definitiva em português foi, então, obtida (Apêndice 1).

Aplicação do KNEST

O estudo foi conduzido com idosos residentes no bairro Rodolfo Teófilo, área de captação do Centro de Atenção ao Idoso, serviço de geriatria do Hospital Universitário Walter Cantídio da Universidade Federal do Ceará (HUWC-UFC), localizado na cidade de Fortaleza, CE. Embora a versão original do KNEST em inglês tenha sido feita para ser autoaplicada, por questões operacionais, foi aplicada a versão em português aos idosos por meio de contato telefônico. Assim, ligações telefônicas foram feitas para idosos cadastrados da área de captação, sendo o KNEST aplicado em 241 idosos. Os idosos que tinham apresentado dor no joelho nos últimos 12 meses (2ª pergunta do KNEST) responderam às outras perguntas do instrumento.

Consulta com reumatologista

Os idosos que referiram dor no joelho foram solicitados a comparecer no ambulatório do Centro de Atenção ao Idoso para consulta com o médico reumatologista. Durante a consulta, dados sociodemográficos e clíni-

cos foram coletados, além de exame físico completo e articular. Os critérios usados para diagnóstico clínico de OA foram os já consagrados pela literatura: dor no joelho na maior parte dos dias do último mês, rigidez matinal < 30 minutos e achados de crepitação ao exame físico. A intensidade da dor sentida pelo paciente nas últimas duas semanas foi avaliada por meio de escala analógica visual de 0 a 10 cm, porquanto o valor zero significando ausência de dor e o valor de 10, uma dor muito intensa. Dois questionários específicos para OA foram aplicados aos pacientes: WOMAC¹² e Lequesne¹⁴. O WOMAC é instrumento desenvolvido para ser usado em pacientes com OA de joelho ou quadril e contém 24 perguntas agrupadas em três dimensões: cinco perguntas para avaliar dor, duas para rigidez articular e 17 para avaliar capacidade física. O escore total do WOMAC pode variar de 0 a 96, podendo ser dividido em três escores diferentes: dor (0-20), rigidez articular (0-8) e capacidade física (0-68). Quanto maior o escore, pior a dimensão avaliada. É amplamente usado em ensaios clínicos, como medida de evolução, e também em estudos populacionais. O Lequesne é outro instrumento também desenvolvido para ser aplicado em OA de joelho ou quadril e é composto de 11 questões que podem ser agrupadas em três dimensões: cinco perguntas para avaliar dor, uma para distância percorrida e cinco para capacidade física. O escore total varia de 0 a 26. Ambos os questionários já foram traduzidos e adaptados para serem utilizados no Brasil.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará sob registro nº 442/04.

RESULTADOS

O processo de tradução e adaptação cultural do KNEST para a língua brasileira resultou o questionário mostrado no Apêndice 1 deste trabalho. As duas primeiras questões relacionadas à existência de trauma ou dor no joelho não apresentaram nenhum problema durante o processo de tradução e adaptação cultural. O conteúdo da terceira pergunta refere-se ao lado do envolvimento do joelho (direito, esquerdo ou ambos), por isso o termo *degree of pain* da versão em inglês foi traduzido para "lado da dor". A quarta pergunta sobre o tempo da dor (*on how many days have you had this knee pain?*) foi traduzida para: "por quanto tempo você teve esta dor?", já que nas respostas a duração da dor pode ser respondida em dias, semanas e até meses. Em relação à questão sobre consulta médica, o termo *family doctor* foi trocado apenas por "médico", já que ainda não é realidade na população brasileira ser atendida por médicos de famílias. Também na última questão sobre serviços e tratamentos

utilizados, as opções dos serviços pelo NHS (*National Health Service*) e *private* foram trocadas por serviço público, convênio e particular, por estar mais adequado para a realidade brasileira.

Após essa etapa, o questionário foi aplicado por entrevista telefônica a 241 idosos registrados na área de captação do Centro de Atenção ao Idoso do HUWC-UFC, durando cerca de 3 a 5 minutos para seu total preenchimento. A maioria dos entrevistados era do sexo feminino (174; 72,2%) e a média de idade (\pm DP) foi de 72,3 (\pm 8,09). Cento e dezoito dos idosos tinham apresentado dor no joelho no último ano (2ª questão do KNEST). Portanto, a frequência de dor nos 12 últimos meses na população idosa da comunidade que foi estudada foi de 48,96%. Separando por faixas etárias, a taxa de dor foi maior no grupo acima de 75 anos (60 a 65 anos: 49,1%; 65 a 75 anos: 46,1%; \geq 75 anos: 55%).

A média de idade dos 118 indivíduos que apresentaram dor no joelho foi de 72 anos (DP = 8,3), sendo a maioria do sexo feminino (86,4%). Os 123 indivíduos que responderam “não” à questão de dor no joelho apresentaram média de idade de 72,6 anos (DP = 7,8) e 58,5% eram do sexo feminino.

Quanto à lateralidade da dor, a maioria tinha apresentado dor nos dois joelhos (56%), enquanto 28% no joelho direito e 16% no joelho esquerdo. O tempo da dor foi menor que 7 dias em 39% dos indivíduos, mais de 7 dias e menos de 4 semanas em 13% dos casos, mais de um mês e menos do que três meses em 3% e por mais de três meses (dor crônica) em 45%. A proporção de indivíduos com dor crônica aumentou com a idade (60 a 65 anos: 32,3%; 65 a 75 anos: 46,1%; 75 a 85 anos: 56,5%; 85 a 95 anos: 57,1%). Quase metade dos idosos (48,5%) havia consultado o médico nos últimos 12 meses por causa da dor no joelho. Não houve diferença na taxa de procura ao médico em relação ao sexo (sexo feminino = 48,3%; sexo masculino = 50,0%; $p = 0,91$), nem na frequência de dor crônica entre o sexo feminino e masculino (feminino = 43,2%, masculino = 58,3%; $p = 0,32$). A procura pelo médico foi mais comum nos indivíduos com dor crônica (62,2% *versus* 37,0%; $p = 0,01$).

Em relação aos serviços e tratamentos utilizados pelos idosos para tratar a dor nos joelhos, aproximadamente metade (49%) havia se consultado com médico especialista nos últimos 12 meses. Destes, 25% da assistência médica foi em serviço público, 22% foi por médicos de convênios e somente 2%, de particulares. O traumatologista foi o especialista mais procurado (55,3%), seguido pelo reumatologista (27,6%) e outros médicos (17,1%). A maioria havia feito uso de remédios para dor (63%) e 24,3% haviam feito fisioterapia. Os medicamentos mais utilizados foram os anti-inflamatórios não hormonais (41,3%), seguidos pelos analgésicos

(21%). A taxa de uso de remédios para dor foi um pouco maior entre os homens (87,5%) do que entre as mulheres (65,7%), mas sem diferença estatística ($p = 0,08$). A acupuntura, a cirurgia e a infiltração foram procedimentos pouco usados (3%, 4% e 5%, respectivamente).

Dos 118 idosos que apresentaram dor no joelho, 67 compareceram à consulta com reumatologista (56,8%). Não houve diferença estatisticamente significativa entre a proporção de homens e mulheres que compareceram à consulta (57,8% das mulheres e 50% dos homens; $p = 0,55$), mas a média de idade dos que foram avaliados pelo especialista foi menor do que a média dos que não compareceram à consulta (70,3 anos *versus* 74,2 anos; $p = 0,01$). As características sociodemográficas e clínicas dos 67 idosos avaliados pelo reumatologista são mostradas na tabela 1. A maioria era do sexo feminino (88%), cor de pele não branca (61,2%), estado civil viúvo ou separado (51,5%), com primeiro grau completo (56,7%) e com índice de massa corporal (IMC) \geq 25 (71,64%). Sessenta e um pacientes (91,0%) apresentavam dor crônica no joelho e 50,7%, dor bilateral. Os escores médios (\pm DP) do WOMAC total, Lequesne e Escala Visual Analógica (EVA) de dor foram, respectivamente, 22,2 (\pm 19,5), 8,5 (\pm 5,3) e 4,2 (\pm 2,6) (Tabela 2). O diagnóstico clínico de OA foi estabelecido em 65 dos idosos (97%).

Tabela 1. Características sociodemográficas e clínicas dos 67 idosos que compareceram à consulta com reumatologista.

| Características | Resultados |
|--------------------------------------|----------------|
| Idade (média \pm DP) | 70,3 \pm 7,7 |
| Sexo feminino: n (%) | 59 (88,1) |
| Cor pele: n (%) | |
| Branca | 26 (38,8) |
| Não branca | 41 (61,2) |
| Estado civil: n (%) | |
| Solteiro | 6 (9,1) |
| Casado | 26 (39,4) |
| Viúvo | 27 (40,9) |
| Separado/divorciado | 7 (10,6) |
| Nível de escolaridade: n (%) | |
| Analfabeto | 4 (5,9) |
| Alfabetizado | 10 (14,9) |
| 1º grau | 38 (56,7) |
| 2º grau | 11 (16,4) |
| Superior | 4 (5,9) |
| Dor crônica (\geq 3 meses): n (%) | 35 (52,2) |
| Lateralidade da dor: n (%) | |
| Ambos os joelhos | 34 (50,7) |
| Joelho direito | 22 (32,8) |
| Joelho esquerdo | 11 (16,4) |
| IMC: n (%) | |
| \geq 25 e < 30 (sobrepeso) | 27 (40,3%) |
| \geq 30 (obesidade) | 21 (31,34%) |

Tabela 2. Escores do WOMAC, Lequesne e dor nos idosos avaliados por reumatologistas.

| Variável (valores possíveis dos escores) | Média ± DP | Mediana |
|--|-------------|---------|
| WOMAC | | |
| Dor (0-20) | 4,6 ± 3,8 | 4,0 |
| Rigidez articular (0-8) | 1,4 ± 1,6 | 1,0 |
| Capacidade física (0-68) | 16,1 ± 15,0 | 10,0 |
| Total (0-96) | 22,2 ± 19,5 | 14,0 |
| Lequesne (0-26) | | |
| | 8,5 ± 5,3 | 8,5 |
| Dor (0-10) | | |
| | 4,2 ± 2,6 | 5,0 |

DISCUSSÃO

A elevada prevalência de dor no joelho (48,9%) encontrada neste estudo, de população acima de 60 anos de determinada comunidade, chama atenção para importante problema de saúde pública. A OA é a principal causa de dor e incapacidade em indivíduos idosos, gerando grande impacto físico, psicológico e social. Pouca atenção tem sido dada em estratégias de prevenção na população geral. Uma razão para isso pode ser a dificuldade para se fazer *screening* dessa condição em um nível primário de atenção à saúde, protelando-se o diagnóstico, o tratamento e a prevenção dos fatores modificáveis somente para os níveis de atenção mais especializados. O KNEST foi instrumento desenvolvido na Grã-Bretanha para avaliar dor no joelho em população idosa em nível primário de atenção à saúde. Quando este foi aplicado em 6.462 indivíduos acima de 50 anos¹¹, a prevalência de dor foi de 46,8%, muito semelhante à encontrada no presente estudo. Em outro estudo realizado também pelo grupo de Jinks¹⁰ para validar e avaliar a reprodutibilidade do KNEST, 84 indivíduos de 187 indivíduos (44,9%) acima de 55 anos de idade registrados em uma comunidade apresentaram dor no joelho. Outros estudos mostram taxas de dor nos joelhos variando de 19% a 28%¹⁵⁻¹⁷, no entanto, usaram diferentes definições de dor no joelho, tempo de dor em período mais limitado (último mês), faixas etárias mais amplas (alguns incluindo indivíduos acima de 40 anos) e diferentes modos de coleta dos dados (entrevista direta ou via postal). Embora no presente estudo a aplicação do KNEST foi por telefone e nos estudos de Jinks *et al.*^{10,11} foram por via postal, isso não parece ter influenciado as taxas de prevalência de dor no joelho, tendo em vista que elas foram muito semelhantes.

Durante o processo de adaptação cultural no Brasil, o KNEST mostrou ser instrumento simples, de fácil compreensão, durando apenas 3 a 5 minutos para ser preenchido pelo telefone. Os itens do KNEST apresentaram validade de conteúdo, com questões de fácil com-

preensão, apropriadas e relevantes para fazer a avaliação da dor no joelho. Além de medir a prevalência da dor na comunidade, também avalia a gravidade da dor (se em apenas um ou em ambos os joelhos), a duração da dor (se aguda, intermitente ou crônica) e o uso de recursos e tratamentos utilizados para a dor. Com essas informações disponíveis, os gestores e os profissionais de saúde poderiam avaliar o impacto do problema e elaborar estratégias preventivas e terapêuticas na comunidade.

A frequência de dor no joelho na população estudada foi maior no sexo feminino e aumentou com a idade, conforme mostrado também em vários outros estudos^{4-6,10,15-17}. Além de identificar os indivíduos com dor no joelho, o KNEST distinguiu indivíduos com dor crônica (dor no joelho no último ano ≥ 3 meses) daqueles sem dor crônica (< 3 meses). A frequência de dor crônica de 45% foi ligeiramente menor do que no estudo de Jinks *et al.*¹¹, que foi de 54%. A importância de se identificar esse subgrupo de indivíduos com dor crônica em nível de atenção primária é pela maior chance de a OA ser a causa da dor e, portanto, representar grupo que poderia ser mais indicado a comprovação radiológica, para se iniciar orientação terapêutica mais adequada ou mesmo encaminhar para especialista. Além do mais, são os indivíduos com dor crônica que mais procuram o especialista, conforme apresentado no presente trabalho (62,2% *versus* 37%). No entanto, o estudo de Jinks *et al.*¹¹ mostrou que um quarto dos indivíduos com dor não crônica apresentava grave comprometimento da capacidade funcional quando avaliada pelo WOMAC. Portanto, identificar indivíduos com dor não crônica pode também ser relevante para medidas preventivas de progressão radiológica, tendo em vista que estudos epidemiológicos mostram que dor no joelho de um mês ou mais prediz a presença de osteófitos¹⁸. Em relação à lateralidade, o acometimento de ambos os joelhos foi muito semelhante entre o presente estudo e o de Jinks *et al.*¹¹ (56% *versus* 52%).

Aproximadamente, metade dos idosos que apresentaram dor no joelho (48,5%) havia consultado médico nos últimos 12 meses, sendo o especialista em traumatologia e reumatologia os mais procurados. No estudo de Jinks *et al.*¹¹, 33% dos que apresentaram dor no joelho tinham visitado o clínico-geral no mesmo período. Essa menor taxa pode ser explicada pela média de idade menor dos indivíduos do estudo inglês (65,4 *versus* 72,3 anos). Interessante notar é que os idosos da comunidade do presente estudo tiveram muito mais acesso ao especialista do que ao clínico-geral. Isso reflete, principalmente, o modelo de saúde característico do Brasil, no qual muito mais especialistas são lançados no mercado de trabalho do que clínicos-gerais. Outra explicação seria o fato de a comunidade morar próxima

ao hospital universitário de nível de atenção secundária e terciária, onde trabalham muito mais especialistas do que generalistas.

A avaliação clínica e de capacidade funcional pelo reumatologista foi feita em, aproximadamente, 60% dos indivíduos que tinham apresentado dor no joelho. Considerando que muitos idosos já tinham sido vistos pelo especialista (aproximadamente metade), acredita-se ter avaliado número expressivo deles. No entanto, algumas questões devem ser levantadas em relação a possível viés de amostra. Os idosos que compareceram à consulta apresentavam média de idade menor do que os que não compareceram, o que poderia sugerir subgrupo com melhores condições físicas relacionadas à idade para o deslocamento até o hospital. Além do mais, os que se encontravam mais graves já poderiam ativamente ter procurado médico e, portanto, não ter comparecido à consulta com outro especialista. Quando se compararam os escores do WOMAC dos indivíduos do presente estudo com os escores de um outro estudo realizado em uma comunidade da Inglaterra¹⁹, observa-se que o grupo em questão apresentava-se bem melhor (dor: 4,6 *versus* 6,5; rigidez: 1,4 *versus* 2,9; capacidade física: 16,1 *versus* 22,2). A amostra estudada na Inglaterra apresentava média de idade inferior à do presente estudo (65,4 *versus* 72 anos), proporção de indivíduos com sobrepeso ou obesidade (IMC \geq 25) menor do que a do grupo estudado (62% *versus* 71,6%), além de menor proporção de pacientes do sexo feminino (59% *versus* 88%), ou seja, com maior chance de apresentar melhores escores funcionais. Portanto, o subgrupo dos 67 idosos avaliados quanto à capacidade funcional pode não ser representativo da população total da comunidade com dor no joelho e o viés de amostra pode justificar os melhores escores físicos nos idosos brasileiros.

O diagnóstico clínico de OA foi estabelecido em 97% dos idosos, corroborando todas as estatísticas mundiais de que a principal causa de dor no joelho na população idosa é a artrose. Embora achados radiográficos de diminuição do espaço articular, esclerose subcondral e presença de osteófitos sejam usados como fundamentais para o diagnóstico de OA, *guidelines* publicados pelo Colégio Americano de Reumatologia definem a OA no joelho como síndrome clínica em idosos que apresentam dor, rigidez matinal e crepitações na articulação^{20,21}. A escolha entre critérios radiológicos e clínicos para o diagnóstico de OA de joelho dependerá da situação. Em estudos que investigam causas de OA, o foco deverá ser o radiológico, independente dos sintomas. Por outro lado, nas situações em que se pretende avaliar necessidades de assistência em saúde em pacientes com diagnóstico radiográfico de OA já estabelecido previamente, o foco deverá ser sintomas e grau de incapacidade. Estudos de

coorte prospectivos sugerem que o raio X não é essencial para o diagnóstico e o tratamento em atenção primária de saúde e que a dor é mais importante do que as alterações radiológicas, como preditivo de incapacidade nos pacientes com diagnóstico clínico de OA²²⁻²⁴.

O KNEST, sendo instrumento simples e fácil de se aplicar, poderá ser utilizado em programas de saúde pública para se avaliar a prevalência da dor no joelho na população, sua gravidade, bem como o impacto na utilização dos recursos de saúde disponíveis ou necessários para a adequada abordagem do problema. Como a OA de joelho é a principal causa de dor e incapacidade na população idosa em todo o mundo e é altamente prevalente, esse problema de saúde pública deveria ser mais bem apreciado pelos gestores brasileiros no sentido de se capacitar médicos ou até enfermeiros para o diagnóstico precoce e medidas preventivas adequadas.

REFERÊNCIAS

1. Badley EM. Population projections and the effect on rheumatology. *Ann Rheum Dis.* 1991;50:3-6.
2. Elders MJ. The increasing impact of arthritis on public health. *J Rheumatol Suppl.* 2000;60:6-8.
3. Van Saase JLCM, Van Romunde LKJ, Cats A, Vandenbroucke JP, Valkenburg HA. Epidemiology of osteoarthritis: Zoetermeer survey. Comparison of radiological osteoarthritis in a Dutch population with that in 10 other populations. *Ann Rheum Dis.* 1989;48:271-80.
4. McAlindon TE, Cooper C, Kirwan JR, Dieppe PA. Knee pain and disability in the community. *Br J Rheumatol.* 1992;31:189-92.
5. Peat G, McCarney R, Croft P. Knee pain and osteoarthritis in older adults: a review of community burden and current use of primary health care. *Ann Rheum Dis.* 2001;60:91-7.
6. Thomas E, Peat G, Harris L, Wilkie R, Croft PR. The prevalence of pain and pain interference in a general population of older adults: cross-sectional findings from the North Staffordshire Osteoarthritis Project (NorStOP). *Pain.* 2004;110:361-8.
7. Woo J, Ho SC, Lau J, Leung PC. Musculoskeletal complaints and associated consequences in elderly Chinese aged 70 years and over. *J Rheumatol.* 1994;21:1927-31.
8. Dieppe PA, Cushnaghan J, Shepstone L. The Bristol 'OA500' study: progression of osteoarthritis (OA) over 3 years and the relationship between clinical and radiographic changes at the knee joint. *Osteoarthritis Cartilage.* 1997;5:87-97.
9. Royal College of General Practitioners. Morbidity statistics from general practice: fourth national study 1991-92. London: HMSO; 1995.
10. Jinks C, Lewis M, Ong BN, Croft P. A brief screening tool for knee pain in primary care. 1. Validity and reliability. *Rheumatology (Oxford).* 2001;40:528-36.
11. Jinks C, Jordan K, Ong BN, Croft P. A brief screening tool for knee pain in primary care (KNEST). 2. Results from a survey in the general population aged 50 and over. *Rheumatology (Oxford).* 2004; 43:55-61.
12. Fernandes MI. Tradução e validação do questionário de qualidade de vida específico para osteoartrose WOMAC (Western Ontário McMaster Universities) para a língua portuguesa [mestrado]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2003.

13. Guillemin F, Bombardier C, Beaton D. Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. *J Clin Epidemiol.* 1993;46:1417-32.
14. Marx FC, Oliveira LM, Bellini CG, Ribeiro MCC. Tradução e validação cultural do questionário algofuncional de Lequesne para osteoartrite de joelhos e quadris para a língua portuguesa. *Rev Bras Reum.* 2006;46:253-60.
15. Badley EM, Tennant A. Changing profile of joint disorders with age: findings from a postal survey of the population of Calderdale, West Yorkshire, United Kingdom. *Ann Rheum Dis.* 1992;51:366-71.
16. Urwin M, Symmons D, Allison T, et al. Estimating the burden of musculoskeletal disorders in the community: the comparative prevalence of symptoms at different anatomical sites, and the relation to social deprivation. *Ann Rheum Dis.* 1998;57:649-55.
17. Anderson JJ, Felson DT. Factors associated with osteoarthritis of the knee in the first national Health and Nutrition Examination Survey (HANES I). Evidence for an association with overweight, race, and physical demands of work. *Am J Epidemiol.* 1988;128:179-89.
18. Hart DJ, Doyle DV, Spector TD. Incidence and risk factors for radiographic knee osteoarthritis in middle-aged women: the Chingford Study. *Arthritis Rheum.* 1999;42:17-24.
19. Jinks C, Jordan K, Croft P. Measuring the population impact of knee pain and disability with the Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index (WOMAC). *Pain.* 2002;100:55-64.
20. Altman R, Asch E, Bloch D, Bole G, Borenstein D, Brandt K, et al. Development of criteria for the classification and reporting of osteoarthritis. Classification of osteoarthritis of the knee. Diagnostic and Therapeutic Criteria Committee of the American Rheumatism Association. *Arthritis Rheum.* 1986;29:1039-49.
21. Hochberg MC, Altman RD, Brandt KD, Clark BM, Dieppe PA, Griffin MR, et al. Guidelines for the medical management of osteoarthritis. Part II. Osteoarthritis of the knee. American College of Rheumatology. *Arthritis Rheum.* 1995;38:1541-6.
22. McAlindon TE, Cooper C, Kirwan JR, Dieppe PA. Determinants of disability in osteoarthritis of the knee. *Ann Rheum Dis.* 1993;52:258-62.
23. Jordan JM, Luta G, Renner JB, Linder GF, Dragomir A, Hochberg MC, et al. Self-reported functional status in osteoarthritis of the knee in a rural southern community: the role of sociodemographic factors, obesity, and knee pain. *Arthritis Care Res.* 1996;9:273-8.
24. Odding E, Valkenburg HA, Algra D, Vandenouweland FA, Grobbee DE, Hofman A. Associations of radiological osteoarthritis of the hip and knee with locomotor disability in the Rotterdam Study. *Ann Rheum Dis.* 1998;57:203-8.

Apêndice 1. Knee Pain Screening Tool (KNEST).

| Screening characteristic | Question used |
|--|--|
| Knee injury | Have you ever injured your knee enough to see a doctor about it? No <input type="checkbox"/> Right knee only <input type="checkbox"/> Left knee only <input type="checkbox"/> Both knees <input type="checkbox"/> |
| Knee pain | Have you had pain in the last year in or around the knee? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| The following questions are specific to people who answer "yes" to the above question on knee pain: | |
| Degree of pain | Please think back over the last 12 months. Please put across in on box to show if you have pain, or have had pain: In both knees <input type="checkbox"/> In the right knee <input type="checkbox"/> In the left knee <input type="checkbox"/> |
| Days in pain (chronicity) | Again please think back over the last 12 months. On how many days have you had this pain? Less than 7 days <input type="checkbox"/> 1-4 weeks <input type="checkbox"/> More than 1 month but less than 3 months <input type="checkbox"/> More than 3 months <input type="checkbox"/> |
| GP consultation | Have you consulted your GP (family doctor) in the last 12 months because of your knee pain? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| Services used | Which of the following services or treatments have you used in the last 12 months because of your knee pain? For each service you have used please put a cross to show whether the NHS provided this, or if you had private treatment. If you have used NHS and private services please cross both boxes. For any service that you have not used please leave blank. Yes (NHS) Yes (Private) a) Physiotherapy <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> b) Hospital specialist <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> c) Acupuncture <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> d) Osteopath/chiropractor <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> e) Drugs on prescription <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> f) Knee operation <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> g) Knee injection <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> h) Other (please state) _____ |

Apêndice 1. The Knee Pain Screening Tool (KNEST) traduzido e adaptado para a língua portuguesa.

| Característica | Pergunta usada |
|---|---|
| Lesão no joelho | Você já machucou seu joelho a ponto de procurar um médico por causa disso? Não <input type="checkbox"/> Somente joelho direito <input type="checkbox"/> Somente joelho esquerdo <input type="checkbox"/> Ambos os joelhos <input type="checkbox"/> |
| Dor no joelho | No último ano, você teve dor no joelho ou ao redor dele? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> |
| As questões seguintes são para pessoas que responderam "sim" a alguma das questões acima para dor no joelho: | |
| Lado da dor | Por favor, pense nos últimos 12 meses. Você teve dor: Nos dois joelhos <input type="checkbox"/> No joelho direito <input type="checkbox"/> No joelho esquerdo <input type="checkbox"/> |
| Tempo com dor | Novamente, pense nos últimos 12 meses. Por quanto tempo você teve esta dor? Menos de 7 dias <input type="checkbox"/> 1-4 semanas <input type="checkbox"/> Mais de 1 mês e menos de 3 meses <input type="checkbox"/> Mais de 3 meses <input type="checkbox"/> |
| Consulta médica | Nos últimos 12 meses, você se consultou com médico por causa da sua dor no joelho? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> |
| Serviços usados | Qual dos seguintes serviços ou tratamentos você utilizou nos últimos 12 meses por causa da sua dor no joelho? Por serviço ou tratamento marque se foi atendido por serviço público, convênio ou se você pagou por ele. Público Convênio Particular a) Fisioterapia <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> b) Especialista <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Qual? _____ c) Acupuntura <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> d) Osteopata/quiropata <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> e) Medicamentos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Quais? _____ f) Cirurgia no joelho <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> g) Infiltração no joelho <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> h) Outro (especificar) _____ |

Nutrição enteral em idosos na Unidade de Terapia Intensiva: prevalência e fatores associados

Enteral nutrition in the elderly in Intensive Care Unit: prevalence and associated factors

Rodrigo Damiano Maia Graciano¹, Renata Eloah de Lucena Ferretti²

Recebido em 7/4/2009
Aceito em 12/5/2009

RESUMO

Introdução: O envelhecimento está relacionado com a maior ocorrência de algumas condições patológicas, em especial as alterações nutricionais, sendo de suma importância manter bom aporte nutricional para indivíduo em situação crítica. **Objetivos:** Identificar a prevalência de nutrição enteral em idosos e os fatores associados. **Métodos:** Os dados foram coletados de prontuários de idosos hospitalizados em uma UTI. A amostra foi composta por 907 idosos internados na UTI, sendo 53,9% do gênero feminino e 46,1% do gênero masculino, com idade média de 76,97 anos \pm 8,8 DP para mulheres e 74,92 \pm 8,4 DP para homens. **Resultados:** Identificou-se prevalência de 40% de idosos recebendo nutrição enteral. O motivo de internação mais frequente foi a insuficiência respiratória (7,72%; $p < 0,001$) e o tipo de sonda mais prevalente foi a sonda nasoenteral (95,8%; $p < 0,001$). Dos pacientes que receberam alta da UTI, 81,4% saíram com a sonda. Entre as complicações estudadas, a perda acidental da sonda foi a mais comum, estando presente em 3,6% dos casos ($p < 0,001$). Os homens permanecem com sonda mais tempo do que as mulheres ($p < 0,018$). A sonda nasoenteral está associada a maior tempo de internamento na UTI: 5 dias para as mulheres e 7 dias para os homens ($p < 0,001$). **Conclusão:** Uma proporção considerável de idosos na UTI utiliza sonda nasoenteral. A nutrição adequada é fundamental para a recuperação, visto que a enfermagem tem papel importante na manutenção e no controle de possíveis complicações a esse método.

Palavras-chave: Idosos, nutrição enteral, Unidade de Terapia Intensiva, fatores associados.

ABSTRACT

Introduction: Aging is associated with increased incidence of certain diseases, especially nutritional changes of fundamental importance to maintain a good nutritional intake for people in critical situation. **Objectives:** This study aimed at determining the prevalence of enteral nutrition in elderly patients, as well as the factors associated. The data were collected from medical records of elderly hospitalized in an Intensive Care Unit. Sample consisted hospitalized elderly in the ICU, 53.9% were females and 46.1% males, with average age of 76.97 years (\pm 8.8 DP) for women and 74.92 (\pm 8.4 DP) for men. **Results:** It was found a prevalence of 40% of enteral nutrition. The most frequent reason for hospitalization was respiratory failure (7.72%; $p < 0,001$), the most prevalent type of tube feeding was the nasoenteral one (95.8%; $p < 0,001$). Among the patients who were discharged from the ICU, 81.4% left with the tube feeding. Concerning complications accidental loss of tube feeding was present in 3.6% of cases ($p < 0.001$). The length of tube feeding was higher among men ($p < 0.018$). The use of a tube is associated with longer time of hospitalization in the ICU: 5 days to 7 days for women and men ($p < 0.001$). **Conclusion:** The use of enteral nutrition is common in elderly patients hospitalized in critical care unit. As proper nutrition is crucial for recovery, nursing plays an important role in the maintenance and control of possible complications of this method.

Key words: Elderly, enteral nutrition, Intensive Care Unit, associated factors.

Endereço para correspondência: Rodrigo Damiano Maia Graciano • Rua Araucária, 23, Jardim França – 02338-010 – São Paulo – SP • E-mail: rodrigo_graciano@hotmail.com

¹Faculdade de Enfermagem do Hospital Israelita Albert Einstein (FEHIAE).

²Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP). Serviço de Geriatria do Hospital das Clínicas da FMUSP. Disciplina de Enfermagem na Saúde do Idoso do Centro Universitário São Camilo (CUSC).

INTRODUÇÃO

Uma das características da sociedade atual é o grande número de pessoas que atinge idade avançada. Esse fato gera maior necessidade de conhecer mais sobre o envelhecimento, suas repercussões e o impacto sobre o sistema da saúde dos brasileiros.

No Brasil, o processo de envelhecimento da população deve-se ao rápido declínio das taxas de mortalidade e de fecundidade e deverá situá-lo entre as nações do mundo com maior número de idosos, bem como fazê-lo subir da 16ª posição, em 1950, para a 6ª posição, em 2050, com 31,8 milhões de pessoas com mais de 60 anos^{1,2}.

Com o envelhecimento populacional, tornam-se necessárias áreas hospitalares especializadas no tratamento de pacientes com estado de saúde crítico. A demanda de idosos por leitos em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) vem crescendo progressivamente desde a década de 1980, e, em contrapartida, a oferta de leitos é limitada em virtude dos elevados custos determinados pela alta complexidade dos recursos utilizados. Com o aumento do número de idosos, faz-se necessária a elevação ainda maior da demanda por leitos de UTI. Estima-se que 12% de pacientes com mais de 65 anos consumam cerca de 33% a 42% dos recursos utilizados em terapia intensiva³.

A eficiência e a rapidez no atendimento dentro da terapia intensiva aumentam as chances de alta e aperfeiçoam a terapêutica para o idoso. Os principais motivos que levam o idoso ao UTI são pós-operatório, insuficiência cardíaca, insuficiência coronariana, insuficiência respiratória, insuficiência renal aguda, choque séptico, choque hipovolêmico, choque cardiogênico e trauma³.

Associado às alterações decorrentes do envelhecimento, é frequente o uso de múltiplos medicamentos que influenciam na ingestão de alimentos, na absorção e na utilização de diversos nutrientes, o que pode comprometer o estado de saúde e a necessidade nutricional do indivíduo idoso⁴. Portanto, é importante manter bom aporte nutricional para indivíduo em situação crítica. Caso a dieta oral não seja possível ou suficiente, é indicado o uso da nutrição enteral⁵.

A via de nutrição enteral deve ser a primeira via de escolha, por manter a integridade do trato digestivo e diminuir o processo de translocação bacteriana da parede intestinal⁶. Entende-se por terapia de nutrição enteral (TNE) o conjunto de procedimentos terapêuticos empregados para a manutenção ou a recuperação do estado nutricional por meio de nutrição enteral⁵.

O idoso sob nutrição enteral necessita ser controlado cuidadosamente para garantir oferta de nutrientes adequados e evitar complicações associadas ao método⁷. A grande parte dos estudos que tratam de complicações associadas à sondagem utiliza como casuística populações de adultos, dificultando a aplicabilidade desses fatores à população que apresenta características específicas, tanto em relação à sua fisiologia orgânica quanto aos eventos patológicos. Existe ainda, atualmente, grande escassez de estudos, sobretudo, nacionais e de enfermagem, que apontem os fatores associados à nutrição enteral em idosos em estado crítico, especialmente, em relação a sua indicação, manutenção e controle.

Sabe-se que o aporte nutricional adequado assim como a manutenção adequada da sondagem podem, em muitos casos, reduzir a carga de morbidade e mortalidade de idosos em estados críticos de saúde⁶. A enfermagem tem papel extremamente importante no controle da ingesta nutricional do idoso, visto que em UTI é o profissional que passa a maior parte do tempo envolvido com o cuidado direto ao paciente, e, ainda, na interface com os demais profissionais de equipe.

O objetivo do presente estudo foi identificar a taxa de prevalência de nutrição enteral em idosos na UTI, identificar qual o método de administração enteral mais utilizado e quais os fatores associados ao uso da sondagem nasogástrica/nasoenteral e oroenteral em idosos.

MÉTODOS

Trata-se de estudo epidemiológico, observacional em corte transversal. A coleta de dados teve início após ter aprovação do projeto pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Centro Universitário São Camilo em agosto de 2007 (Processo nº 054/2007), sendo aprovado conforme requisitos da Resolução nº 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (CNS-MS). Não foi necessária utilização do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, uma vez que não houve contato com os sujeitos em nenhum momento da pesquisa.

Os dados foram coletados por meio da análise de prontuários de idosos hospitalizados na UTI de um hospital-geral particular da região metropolitana da grande São Paulo.

Para a caracterização da população do estudo, foram respeitados os critérios da Organização Mundial da Saúde para idosos residentes em países em desenvolvimento: indivíduos com idade ≥ 60 anos⁸. Foram incluídos no estudo todos os idosos que tenham sido hospitalizados no período do estudo (janeiro a dezembro de 2006) na UTI.

Dos prontuários selecionados e incluídos na amostra, foram extraídas as variáveis: idade, gênero, tempo de internação na UTI; e as variáveis clínicas: antecedentes pessoais (clínicos e cirúrgicos), causa da internação na UTI, necessidade de nutrição enteral durante a internação, via de administração da dieta enteral (nasogástrica, nasoenteral ou oroenteral), tempo de permanência com a sondagem, presença de sonda na alta da UTI e complicações relacionadas com o uso da sonda (perda acidental, vômitos, obstrução e broncoaspiração).

Os dados foram analisados por meio de estatísticas descritiva e analítica. As análises foram feitas por meio de dois testes, ANOVA (para variáveis paramétricas) e teste de igualdade de duas proporções (para variáveis não paramétricas). Foram considerados estatisticamente significantes os p valores $< 0,05$ para $\alpha = 5\%$.

RESULTADOS

A amostra foi composta por 907 idosos internados na UTI no ano de 2006, sendo 53,9% ($n = 489$) da amostra composta por mulheres e 46,1% ($n = 418$) composta por homens.

A idade média dos idosos da amostra foi de 76,0 ($\pm 8,7$ DP). A idade média entre os homens foi de 74,9 ($\pm 8,4$ DP), variando de 60 a 95 anos, e 76,9 ($\pm 8,8$ DP), variando de 60 a 98 anos entre as mulheres. A amostra foi composta por maioria de indivíduos do gênero feminino, sendo a idade das mulheres maior do que a idade dos homens ($p < 0,001$). A prevalência de idosos que recebem nutrição enteral foi de 40%, sendo 546 idosos sem sonda e 361 com sonda.

As principais causas de internação e os antecedentes pessoais (comorbidades) dos idosos na UTI estão apresentados nas tabelas 1 e 2.

Quanto ao tempo de utilização da sonda na UTI, a amostra estudada mostra que o sexo masculino utilizou, em média, a sonda por mais tempo do que o sexo feminino, ou seja, $8,25 \pm 1,35$ contra $6,25 \pm 0,99$ ($p < 0,018$).

Tabela 1. Principais causas de internação em UTI entre idosos de um hospital-geral de São Paulo, segundo a CID-10.

| Causas de internação | Quantidade | % |
|--|------------|------|
| Insuficiência respiratória | 70 | 7,72 |
| Acidente vascular encefálico (AVE) isquêmico | 51 | 5,62 |
| Angina instável | 40 | 4,41 |
| Infarto agudo do miocárdio | 40 | 4,41 |
| Rebaixamento do nível de consciência | 35 | 3,86 |
| Broncopneumonia | 21 | 2,32 |
| Hemorragia digestiva alta | 21 | 2,32 |

Tabela 2. Principais comorbidades entre idosos internados em UTI de um hospital-geral de São Paulo, de acordo com a CID-10.

| Antecedentes pessoais | Quantidade | % |
|--------------------------------------|------------|------|
| Hipertensão arterial | 58 | 6,39 |
| Diabetes melito | 22 | 2,43 |
| Diabetes melito/hipertensão arterial | 36 | 3,97 |
| Insuficiência coronariana | 10 | 1,10 |

Em relação ao tipo de sonda utilizado, a mais prevalente foi a sonda nasoenteral (95,8%) e a sonda oroenteral (4,2%), sendo o resultado estatisticamente significativo ($p < 0,001$). Não foi observado, na casuística, o uso de sondagem nasogástrica com fins de nutrição enteral.

Sobre os locais onde foram passadas as sondas para a nutrição enteral, a maior parte dos procedimentos de sondagem foi na UTI em 85% dos casos ($p < 0,001$), e, na sequência, 9,37% na enfermaria, 3,86% em serviços de emergência e 0,83% em centro cirúrgico.

Uma proporção de 5,11% das mulheres teve complicações associadas ao uso de sonda para nutrição enteral. Essa proporção nos homens foi de 9,57%. Diante das complicações, foi encontrada diferença estatisticamente significativa entre os sexos somente na perda acidental, em que o sexo masculino (5,3%) possuiu maior percentual do que o sexo feminino (2,2%) para essa complicação.

Tabela 3. Complicações relacionadas ao uso da sonda.

| Complicações | n | % | Valor de p | |
|-----------------|-----|-----|--------------|-----------|
| Obstrução | Não | 882 | 97,2 | $< 0,001$ |
| | Sim | 25 | 2,8 | |
| Broncoaspiração | Não | 905 | 99,8 | $< 0,001$ |
| | Sim | 02 | 0,2 | |
| Perda acidental | Não | 874 | 96,4 | $< 0,001$ |
| | Sim | 33 | 3,6 | |
| Vômito | Não | 902 | 99,4 | $< 0,001$ |
| | Sim | 05 | 0,6 | |

Houve maior utilização de sonda entre os portadores de insuficiência respiratória, angina instável, infarto agudo do miocárdio e rebaixamento do nível de consciência (Tabela 4).

Uma proporção de 81,4% dos pacientes receberam alta da UTI utilizando nutrição enteral.

Tabela 4. Distribuição da utilização ou não da sonda para os principais diagnósticos.

| Diagnóstico médico | Usa sonda | | | | Valor de <i>p</i> |
|--------------------------------------|-----------|------|-----|------|-------------------|
| | Não | | Sim | | |
| | n | % | n | % | |
| Insuficiência respiratória | 14 | 20,0 | 56 | 80,0 | < 0,001 |
| AVE isquêmico | 26 | 51,0 | 25 | 49,0 | < 0,843 |
| Angina instável | 36 | 90,0 | 04 | 10,0 | < 0,001 |
| Infarto agudo do miocárdio | 33 | 82,5 | 07 | 17,5 | < 0,001 |
| Rebaixamento do nível de consciência | 01 | 2,9 | 34 | 97,1 | < 0,001 |
| Broncopneumonia | 12 | 57,1 | 09 | 42,9 | < 0,355 |
| Hemorragia digestiva alta | 13 | 61,9 | 08 | 38,1 | < 0,123 |

DISCUSSÃO

Neste estudo, a prevalência de idosos sob nutrição enteral foi de 40%. Não foram encontrados nos últimos dez anos da literatura, nos bancos de dados informatizados MedLine e SciELO, estudos que pudessem servir de comparativo com os dados desta relevância.

Em relação ao sexo, houve maior predominância de indivíduos do gênero feminino, o que contradiz com pesquisas anteriores, nas quais a maioria dos pacientes em UTI era do sexo masculino⁹⁻¹³.

As principais causas de internação descritas no presente estudo confirmaram que foram as doenças dos aparelhos circulatório e respiratório as causas mais frequentes de admissões na UTI. O primeiro Anuário Brasileiro de UTIs revelou que mais de 50% das causas de admissões em UTI foram por doenças do aparelho respiratório (25,9%) e do sistema cardiovascular (22,9%)¹⁴. Outros estudos, também, corroboram com esses dados apontando diagnósticos de ordem respiratória e cardiovascular como os mais comuns^{15,16}.

No presente estudo, as doenças do aparelho respiratório foram representadas pela insuficiência respiratória com maior prevalência; as doenças cerebrais foram frequentemente representadas por AVE isquêmico e rebaixamento do nível de consciência; doenças cardiovasculares representadas por angina instável e infarto agudo do miocárdio; e a doença gastrointestinal caracterizada por hemorragia digestiva alta. Esses resultados podem ser explicados pela referência do hospital em cardiologia e neurologia.

Quanto aos antecedentes pessoais, a maioria dos idosos era composta de portadores de doenças do aparelho circulatório, que se caracteriza pela hipertensão arterial, seguida de doenças do aparelho endócrino, como o diabetes melito. Isso confirma os estudos anteriores, em que

a maioria dos antecedentes foi composta de portadores de doenças do aparelho circulatório⁹.

A maioria dos participantes do estudo utilizou como via de nutrição enteral a sonda nasoenteral e a minoria, a sonda oroenteral. Na casuística não foi observado o uso de sondagem nasogástrica com fins de nutrição enteral. Acredita-se que as sondas nasoenterais sejam mais adequadas para o uso prolongado que as sondas nasogástricas, sobretudo, porque diminuem o risco de broncoaspiração e refluxo gastroesofágico¹⁷.

Dos locais onde as sondas foram passadas para nutrição enteral, a grande maioria dos procedimentos foi realizada na UTI, seguida da enfermaria e pronto-socorro, e sua minoria no centro cirúrgico.

Entre as principais complicações com a utilização da nutrição enteral, 3,6% foram relacionadas à perda acidental, 2,8% por obstrução, 0,6% por vômitos e 0,2% por broncoaspiração, visto que os gêneros não tiveram complicações em relação à idade, ou seja, a idade não influencia nas complicações. Pode-se destacar com esses resultados a qualidade na assistência prestada ao paciente submetido à nutrição enteral.

Os diagnósticos de insuficiência respiratória, angina instável, infarto agudo do miocárdio e rebaixamento do nível de consciência mostraram significância estatística quando comparados com o uso de sonda. Podem ser explicadas como patologias crônicas comparadas à população idosa, aumentando seu tempo de internação e, conseqüentemente, a utilização de nutrição enteral, a fim de suprir seu aporte calórico.

Dos pacientes que tiveram alta da UTI, a maioria estava recebendo nutrição enteral e mantendo suporte nutricional na enfermaria, no *home care* ou foi transferida para outra instituição. A nutrição enteral foi mais utilizada na UTI, e esse resultado se mostrou estatisticamente significativo quando comparado aos procedimentos de sondagem realizados em outras unidades hospitalares.

Uma das limitações do presente estudo foi a escassez de estudos comparativos a este, apontando dados sobre nutrição enteral em idosos na UTI. Os resultados deste trabalho são inéditos no Brasil. Vale salientar que são necessárias pesquisas relacionadas à terapia nutricional no idoso crítico, uma vez que o presente estudo apontou que a utilização de sonda para nutrição enteral está associada a maior tempo de internamento e, por conseqüência, vir a adquirir complicações a esse método, aumentando a morbidade e a mortalidade.

Seguindo os resultados obtidos, salienta-se que a enfermagem tem papel fundamental no controle das complicações da nutrição enteral, monitorando e su-

pervisionando os pacientes que estão recebendo suporte nutricional enteral. Assim, a equipe de enfermagem deve sempre estar habilitada, atualizada, treinada de maneira integrada ao paciente submetido à nutrição enteral, evitando complicações que possam vir a ocorrer e proporcionando redução da morbidade e mortalidade entre os idosos.

Em conclusão, a nutrição do idoso é um dos aspectos mais importantes na sua recuperação, quando em estado crítico. Frequentemente, a enfermagem terá de prestar cuidados para pacientes com nutrição enteral e, por conseguinte, com uso de sonda. O enfermeiro, junto com a equipe multiprofissional, tem papel importante na prevenção, na manutenção e no controle das possíveis complicações relacionadas à terapia nutricional, garantindo, assim, melhor qualidade na assistência e contribuindo para a redução da morbidade e mortalidade do indivíduo idoso.

REFERÊNCIAS

1. Baeta AMC. Transição demográfica e novas demandas em saúde: o atendimento à terceira idade. *Rev Adm Pública*. 1991;25:173-8.
2. Tavares EL, Anjos LA. Perfil antropométrico da população idosa brasileira. Resultados da Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição. *Cad Saúde Pública*. 1999;15:759-68.
3. Sitta MC, Jacob-Filho W, Farvel JM. O idoso no centro de terapia intensiva. In: Freitas EV, et al. *Tratado de geriatria e gerontologia*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006. p. 1090-3.
4. Najas MS, et al. Padrão alimentar de idosos de diferentes estratos socioeconômicos residentes em localidade urbana da região sudeste, Brasil. *Rev Saúde Pública*. 1994;28:187-91.
5. Waitzberg DL. *Nutrição oral, enteral e parenteral na prática clínica*. 3ª ed. São Paulo: Atheneu; 2000.
6. Piovacari SMF, Oliveira RMC, Cal RGR. Terapia nutricional enteral: seleção da fórmula, métodos de administração e monitoramento das complicações. *Nutrição (Terapia Intensiva)*. 2005; p. 71-91.
7. Silva MLT. *Geriatria. Nutrição oral, enteral e parenteral na prática clínica*. 3ª ed. São Paulo: Atheneu; 2000.
8. Who (World Health Organization), 1995. *Physical status: the use and interpretation of anthropometry*. Report of a WHO Expert Committee. Geneva: World Health Organization; 1995. (Technical Report Series, 854).
9. Queijo AF. Tradução para o português e validação de um instrumento de medida de carga de trabalho de enfermagem em unidade de terapia intensiva: Nursing Activities Score (NAS) [dissertação]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2002.
10. Gonçalves LA. Fatores associados à carga de trabalho de enfermagem em unidade de terapia intensiva de adultos no primeiro dia de internação [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2006.
11. Nogueira GP. Indicadores de gravidade em UTI: estudo comparativo entre o Therapeutic Intervention Scoring System-28 e sua versão reduzida [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2002.
12. Bastos PG, et al. Application of de APACHE III prognostic system in Brazilian intensive care units: a prospective multicenter study. *Intensive Care Med*. 1996;22:564-70.
13. Dragsted L, Qvist J. Epidemiology intensive care. *Int J Technol Assess Health Care*. 1992;8:395-407.
14. Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB). 2º Anuário Brasileiro de Unidades de Terapia Intensiva; São Paulo; 1999/2000.
15. Silva MCM, Souza RMC. Unidades de terapia intensiva do município de São Paulo: diferenças entre pacientes dos Núcleos Regionais de Saúde e dos hospitais governamentais e não-governamentais. *Rev Bras Ter Int*. 2001;13:6-14.
16. Maria C, et al. Contribuição do TISS para definição das necessidades de enfermagem numa UTI. *Nursing*. 1995;8:13-6.
17. Sabol VK, Steele AG. Cuidado ao paciente: sistema gastrointestinal. In: Morton PG, Fontaine DK, Hudak CM, Gallo BM. *Cuidados críticos de enfermagem*. 8ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2007. cap. 40, p. 944-64.

Estudo comparativo da qualidade de vida de mulheres idosas praticantes e não praticantes de atividade física

Comparative study of the quality of life of elderly women practitioners and not practitioners of physical activity

*Anna Paula Masson da Cruz¹, Cilene Mariane Campos Muzzi¹,
Marcelo Diniz Santos², Regiane Cristina Mendonça²*

RESUMO

Durante o envelhecimento da mulher ocorrem alterações estruturais e funcionais com tendência ao comprometimento da qualidade de vida deste segmento da população. Estudos recentes demonstram que a prática de atividade física regular auxilia na melhoria da qualidade de vida. **Objetivos:** Analisar e comparar a qualidade de vida de mulheres idosas praticantes e não praticantes de atividade física. **Métodos:** Foram avaliadas 40 idosas na faixa etária de 60 a 80 anos, sendo 20 praticantes de atividade física em três academias na cidade de Cuiabá e 20 não praticantes de atividade física, divididas em quatro grupos: grupo 1, praticantes de atividade física nível socioeconômico A, grupo 2, praticantes de atividade física nível socioeconômico B, grupo 3, não praticantes de atividade física nível socioeconômico A e grupo 4, não praticantes de atividade física nível socioeconômico B. Foi aplicado o questionário de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde, versão em português com 26 questões. Após a aplicação do questionário foi realizada a comparação da qualidade de vida entre os grupos. **Resultados:** Os resultados foram analisados e demonstraram que houve diferença estatística ($p < 0,05$) entre os grupos em relação à qualidade de vida nos domínios físico e meio ambiente, com desempenho melhor para os grupos 1 e 2. **Conclusão:** Os resultados obtidos demonstraram que idosas praticantes de atividade física apresentaram melhor qualidade de vida nos domínios físico e meio ambiente do que o grupo não praticante de atividade física.

Palavras-chaves: Qualidade de vida, WHOQOL-BREF.

ABSTRACT

During the aging of the woman occur structural and functional alterations with trend to the commitment of the quality of life in this phase. Recent studies demonstrate that practice of regular physical activity assists in the improvement of the quality of life. **Objectives:** To analyze and to compare the quality of life of practitioners and not practitioners elderly women of physical activity in the city of Cuiabá – MT. **Methods:** It had been evaluated 40 elderly women between 60 to 80 years old, 20 out of 40 were practitioners physical activity in three health clubs in the city of Cuiabá and 20 were not practitioners of physical activity, divided in 4 groups: group 1, practitioners of physical activity socioeconomic level A, group 2, practitioners of physical activity socioeconomic level B, group 3, not practitioners of physical activity socioeconomic level A and group 4, not practitioners of physical activity socioeconomic level B. It was applied the questionnaire of evaluation of the World Health Organization of the Quality Of Life, version in Portuguese with 26 questions. After the application of the questionnaire was assessed quality

Recebido em 28/3/2009

Aceito em 15/5/2009

¹ Unidade de
Fisioterapia Fisioterapia
da Universidade de
Cuiabá (Unic).
² Universidade de
Cuiabá (Unic).

of life between the groups. **Results:** The results had been analyzed and had demonstrated that it had a statistical difference ($p < 0,05$) between the groups related to the quality of life on the domains physic and environment, with better performance for groups 1 and 2. **Conclusion:** The results demonstrated that elderly women practitioners of physical activity had presented better quality of life on the domains physic and environment than the group of not practitioners of physical activity.

Key words: Quality of life, WHOQOL-BREF.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população é um fenômeno de amplitude mundial. A Organização Mundial da Saúde (OMS) prevê que em 2025 existirão 1,2 bilhão de pessoas com mais de 60 anos¹. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a projeção da população no Brasil mostra a tendência de crescimento do número de idosos, a maioria composta por mulheres (aproximadamente 15 milhões)².

O processo de envelhecimento se inicia a partir da terceira década de vida, quando se rompe o equilíbrio entre o anabolismo e o catabolismo, com predomínio deste último³. O envelhecimento biológico é fenômeno multifatorial que está associado a profundas mudanças na atividade das células, dos tecidos e dos órgãos, com consequente diminuição das reservas funcionais, associada à maior vulnerabilidade do organismo aos distúrbios metabólicos, ao estresse e aos processos patológicos^{3,4}. As principais alterações estruturais e funcionais são diminuição da massa muscular e da densidade óssea, perda da função muscular, deficiência do equilíbrio, maior rigidez dos tendões e dos ligamentos, enrijecimento da rede arterial, declínio da frequência cardíaca máxima (FCmáx.) durante esforço, diminuição da capacidade aeróbica máxima (VO₂máx.), redução da utilização periférica de oxigênio (O₂), elevação da pressão arterial média e hipertrofia do ventrículo esquerdo^{3,5}.

Atualmente, chegar à velhice é realidade populacional mesmo nos países mais pobres. Ainda que a melhora substancial dos parâmetros de saúde das populações observada no século XX esteja longe de se distribuir de maneira equitativa nos diferentes países e contextos socioeconômicos, envelhecer não é mais privilégio de poucos. O crescimento da população idosa é fenômeno mundial e, no Brasil, as modificações ocorrem de modo radical e bastante acelerado⁶.

Na mulher idosa o período pós-menopausa está associado ao aumento significativo da incidência de distúrbios clínicos relacionados à idade; alguns destes também dizem respeito à deficiência de estrogênio nessa fase da vida. O estrogênio exerce efeito protetor no sistema cardiovascular, no perfil lipídico e na reatividade vascular,

o que leva ao aparecimento de doenças cardiovasculares após a menopausa; o sistema osteomioarticular também é beneficiado pela atuação do estrogênio na homeostase do cálcio nos ossos, produção de elastina e colágeno^{7,8}. Observa-se que mulheres na pós-menopausa são mais vulneráveis a rápido ganho de peso, o que leva ao súbito aumento dos casos de obesidade entre as populações, principalmente quando associada à alimentação desequilibrada e ao sedentarismo⁹. Essas alterações hormonais podem associar-se a algumas doenças que, aliadas a alterações na capacidade respiratória ocasionadas pelo aumento da idade cronológica, podem contribuir para a diminuição dos níveis de atividade física¹⁰.

Prática de atividade física

A prática de atividades físicas entre os idosos favorece a interação social, melhora a autoeficácia (crença do indivíduo na sua capacidade de desempenho em atividades específicas) e proporciona maior sensação de controle sobre os eventos e as demandas do meio. O efeito benéfico do exercício físico em idosos deprimidos reside em uma série de fatores: melhora do humor, redução das respostas fisiológicas ao estresse, efeitos positivos na imagem corporal, no funcionamento cognitivo e na autoestima, além de melhora na qualidade do sono e maior satisfação com a vida. Mecanismos neuroendócrinos são também apontados como responsáveis pelos efeitos antidepressivos no humor, como alterações na atividade central de norepinefrina e aumento da secreção de serotonina e endorfina. Seja com vistas à prevenção primária ou secundária, o exercício físico tem sido estudado como forma de tratamento da depressão em diferentes populações de idosos¹¹.

Estudos mostram que a prática de atividade física regular promove aumento da força muscular e da densidade óssea, melhora do perfil lipídico e do metabolismo de glicose, melhora do equilíbrio, aumento do consumo periférico de O₂, aumento do VO₂máx. em cerca de 30% a 40% do seu valor inicial, redução dos níveis pressóricos, melhora a recuperação cardiovascular, diminuição da gordura corporal e facilidade do abandono do tabagismo^{3,12}.

Sabe-se que a prática de atividade física é benéfica, prevenindo, principalmente, as doenças associadas ao sedentarismo, como coronariopatias, diabetes, hipertensão arterial sistêmica, hipercolesterolemia, acidente vascular encefálico, osteoporose, osteoartrite e cânceres de próstata, mama e cólon intestinal. Esses benefícios à saúde ocorrem mesmo quando a prática de atividade física é iniciada em uma fase tardia de vida, por sujeitos sedentários¹².

A OMS definiu qualidade de vida (QV) como a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e do sistema de valores nos quais ele vive, considerando seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações¹³. Há consenso de que a boa QV depende de condições objetivas (saúde, atividade, envolvimento social, associados aos níveis de renda, de escolaridade e de estilo de vida, entre outros) e de condições subjetivas (bem-estar psicológico)¹⁴. Estudos recentes demonstram que a prática de atividade física regular auxilia na melhoria da QV em todas as idades, sendo de suma importância para a independência e bem-estar de pessoas idosas¹. Assim, destaca-se a relevância científica e social de se investigar as condições que interferem no bem-estar e na QV de idosos, no intuito de criar alternativas de intervenção e propor ações e políticas na área da saúde, buscando atender às demandas da população senescente¹⁵.

Nesta perspectiva, o presente trabalho teve como propósito analisar e comparar a QV de mulheres idosas praticantes e não praticantes de atividade física na cidade de Cuiabá, MT.

MÉTODOS

Amostra

Foram selecionados 40 indivíduos do sexo feminino por atender a confiabilidade estatística e em razão da dificuldade de se encontrar maior número de pessoas com as características estabelecidas nos critérios de inclusão e exclusão. As pessoas selecionadas foram divididas em grupo de estudo e grupo-controle:

- grupo de estudo (GE) com 20 praticantes de atividade física em três academias na cidade de Cuiabá, MT, as quais foram selecionadas por conveniência; subdividido em grupo 1, praticantes de atividade física nível socioeconômico A e grupo 2, praticantes de atividade física nível socioeconômico B;
- grupo-controle (GC) com 20 não praticantes de atividade física, subdividido em grupo 3, não praticantes de atividade física nível socioeconômico A

e grupo 4, não praticantes de atividade física nível socioeconômico B.

Crítérios de inclusão

Os critérios de inclusão foram assim divididos:

- participantes do sexo feminino;
- faixa etária de 60 a 80 anos;
- renda familiar, sendo para o nível A de sete ou mais salários mínimos (SM) e nível B de três ou menos SM; academias, nível A mensalidade acima de 130 reais e nível B no valor máximo de 70 reais; para o GE, praticantes de exercício aeróbico, frequência das atividades, no mínimo, três vezes por semana; para o GC, ausência de atividade física regular.

Crítérios de exclusão

Os critérios de exclusão foram assim divididos:

- patologias que limitam a função biomecânica, como as doenças osteoarticulares e sequelas neurológicas;
- participantes com faixa etária menor que 60 anos e maior que 80 anos;
- voluntárias que se recusaram a participar do estudo e que não assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

Esclarecimento e termo de consentimento

Houve prévio esclarecimento às participantes sobre o desenvolvimento e os objetivos da pesquisa e, em seguida, as mulheres que concordaram em participar assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

O trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Cuiabá (CEP/Unic), sob Protocolo nº 0307-156.

Instrumentos

Foi aplicado o Questionário de Avaliação de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde, (WHOQOL-Bref), versão em português com 26 questões. Duas questões referem-se à percepção individual a respeito da QV e as demais 24 estão subdivididas em quatro domínios e representam cada uma das 24 facetas que compõem o instrumento original (WHOQOL-100), como: Domínio I – Físico, com ênfase nas seguintes facetas: dor e desconforto, energia e fadiga, sono e repouso, mobilidade, atividades da vida cotidiana, dependência de medicação ou de tratamentos e capacidade de trabalho; Domínio II – Psicológico, focalizando as seguintes face-

tas: sentimentos positivos, pensar, aprender, memória e concentração, autoestima, imagem corporal e aparência e sentimentos negativos; Domínio III – Relações sociais, abordando as facetas: relações pessoais, apoio social e atividade sexual; Domínio IV – Meio ambiente, com as facetas: segurança física e proteção, ambiente no lar, recursos financeiros, cuidados de saúde e sociais, oportunidade de adquirir novas informações e habilidades, oportunidades de recreação e lazer e ambiente físico (poluição, ruído, trânsito, clima e transporte).

Procedimentos

A coleta de dados foi realizada entre 1º de março e 10 de julho de 2008, na cidade de Cuiabá, MT. As praticantes de atividade física foram selecionadas mediante o cadastro nas academias, no qual foram verificados a idade, o tipo de exercício (aeróbico), a frequência das atividades (no mínimo, três vezes por semana) e o valor da mensalidade para diferenciar os níveis socioeconômicos. As não praticantes de atividade física nível socioeconômico A foram selecionadas no grupo beneficente da Igreja Mãe dos Homens. As não praticantes de atividade física nível socioeconômico B foram selecionadas no Grupo de Idosos da Unidade de Saúde da Família do bairro Praeiro e para ambos os grupos foram verificados, mediante autorrelato de cada participante, a ausência de atividade física regular, a idade e a renda familiar. Após a aplicação do questionário, os escores foram pontuados utilizando-se o programa estatístico SPSS 8.7 Sintaxe SPSS – WHOQOL-Bref para a comparação dos domínios físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente.

Análise estatística

Para a análise estatística foi utilizado o programa SAEG versão 7.1 (Sistema de Análises Estatísticas e Genéticas), elaborado pela Universidade Federal de Viçosa (UFV).

O teste de Tukey a 5% de probabilidade foi utilizado para verificar diferenças entre os grupos para QV geral e domínios físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente do WHOQOL-Bref.

RESULTADOS

Os resultados foram analisados e demonstraram que a idade das voluntárias variou de 60 a 80 anos, sendo a média de idade do grupo 1 igual a 66,0 ($\pm 5,9$), do grupo 2 igual a 71,1 ($\pm 7,6$), do grupo 3 igual a 70,8 ($\pm 7,7$) e do grupo 4 igual a 69,9 ($\pm 7,5$), e a renda familiar dos grupos 1 e 3 de sete ou mais SM e os grupos 2 e 4 de três ou menos SM, como descrito na tabela 1.

Os resultados descritivos do WHOQOL-Bref para QV geral e domínios físico (I), psicológico (II), relações sociais (III) e meio ambiente (IV) podem ser observados na tabela 2, porquanto o grupo 2 obteve maior média para QV geral ($34,8 \pm 5,00$), domínio físico ($113,8 \pm 14,3$) e relações sociais ($55,8 \pm 15,3$); e o grupo 1 obteve maior média para os domínios psicológico ($98,0 \pm 8,4$) e meio ambiente ($135,6 \pm 8,3$).

Tabela 1. Faixa etária das voluntárias expressa em média e desvio-padrão e renda familiar expressa em salários mínimos.

| Grupos | Média | DP | Renda familiar |
|---------|-------|-----------|------------------|
| Grupo 1 | 66,0 | $\pm 5,9$ | Sete ou mais SM |
| Grupo 2 | 71,1 | $\pm 7,6$ | Três ou menos SM |
| Grupo 3 | 70,8 | $\pm 7,7$ | Sete ou mais SM |
| Grupo 4 | 69,9 | $\pm 7,5$ | Três ou menos SM |

DP: desvio-padrão; SM: salários mínimos.

Tabela 2. Resultados por domínios e qualidade de vida geral do WHOQOL-Bref com os valores expressos em média e desvio-padrão.

| Grupos | QV Geral ^(*) | | Domínio I ^(**) | | Domínio II ^(*) | | Domínio III ^(*) | | Domínio IV ^(**) | |
|---------|-------------------------|-----------|---------------------------|------------|---------------------------|------------|----------------------------|------------|----------------------------|------------|
| | Média | DP | Média | DP | Média | DP | Média | DP | Média | DP |
| Grupo 1 | 32,0 | $\pm 6,7$ | 111,2a | $\pm 9,7$ | 98,0 | $\pm 8,4$ | 45,2 | $\pm 9,9$ | 135,6a | $\pm 8,3$ |
| Grupo 2 | 34,8 | $\pm 5,0$ | 113,8a | $\pm 14,3$ | 90,8 | $\pm 14,4$ | 55,8 | $\pm 15,3$ | 132,0a | $\pm 14,4$ |
| Grupo 3 | 30,4 | $\pm 4,2$ | 101,6ab | $\pm 13,0$ | 91,2 | $\pm 11,4$ | 47,6 | $\pm 9,6$ | 121,2a | $\pm 14,9$ |
| Grupo 4 | 30,0 | $\pm 5,0$ | 94,0b | $\pm 16,9$ | 83,6 | $\pm 10,2$ | 45,6 | $\pm 7,5$ | 104,4b | $\pm 9,6$ |
| Total | 31,8 | $\pm 5,5$ | 105,1 | $\pm 15,4$ | 90,9 | $\pm 12,0$ | 48,55 | $\pm 11,4$ | 123,3 | $\pm 16,9$ |

QV: qualidade de vida; DP: desvio-padrão; (*) Não significativo $p > 0,05$ pelo teste de Tukey; (**) Letras diferentes na mesma coluna mostram que houve diferença significativa entre os grupos, $p < 0,05$, pelo teste de Tukey.

Os resultados do teste de Tukey apontaram diferença significativa ($p < 0,05$) para os domínios físico e meio ambiente, visto que os grupos 1, 2 e 3 apresentaram médias semelhantes e superiores ao grupo 4. Na análise realizada para a QV geral e os domínios psicológico e relações sociais não houve diferença significativa ($p > 0,05$).

DISCUSSÃO

Este estudo avaliou e comparou a QV de mulheres idosas praticantes e não praticantes de atividade física, e foi observado que quem pratica atividade física regularmente apresenta melhores escores nos domínios físico e meio ambiente. Atualmente, tem se observado aumento da expectativa de vida da população mundial e isso leva à crescente preocupação no campo das pesquisas na área da saúde sobre QV em idosos. Nesta perspectiva, foram encontrados na literatura vários estudos com o propósito de comparar a QV e a prática de exercício físico em diferentes localidades.

Em São Paulo foi realizado um estudo comparativo da QV em atletas idosas e mulheres saudáveis sedentárias, onde concluíram que a atividade física regular foi relacionada com melhor QV¹⁶. O processo de envelhecimento abrange questões de ordem socioeconômica, cultural e política, as quais interferem no bem-estar e na QV da senescência. Isso torna importante a pesquisa científica e social, com intuito de promover alternativas de intervenção e propor ações e políticas na área da saúde.

Os fatores associados à QV após a menopausa foram comparados em Caxias do Sul, onde a QV foi significativamente pior entre as mulheres não brancas, com baixa escolaridade, menor renda *per capita*, sem atividade física regular e com comorbidades clínicas prévias¹⁷. A baixa escolaridade e a renda familiar podem influenciar na capacidade da sua autoavaliação de QV, como foi demonstrado nos resultados da pesquisa realizada em Cuiabá, MT, no grupo 4, que apresentou médias semelhantes ($p > 0,05$) entre os grupos para QV geral, domínios psicológico e relações sociais. Esse resultado parece demonstrar a dificuldade de interpretação das questões abordadas dentro dos domínios, e também pela vida menos ativa, característica dessa população. No entanto, quando foi avaliado o domínio meio ambiente houve diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$) entre as médias dos grupos, porquanto o grupo 4 obteve média inferior. O fato de as voluntárias desse grupo residir em um bairro periférico, com déficit de saneamento básico e de infraestrutura, que favorece a maiores riscos para a saúde e QV em geral, pode explicar o referido achado.

Um grupo de idosos na cidade de São Paulo foi submetido a programa de exercício em bicicleta ergométrica

três vezes por semana, em dias alternados por seis meses, no qual foi observado que esse programa de exercício foi suficiente para promover modificações favoráveis nos escores indicativos de depressão e ansiedade e melhorar a QV de idosos¹⁸. A prática de atividade física favorece alterações no mecanismo neuroendócrino e nas relações sociais, atuando na melhora da autoestima, diminuição do estresse, satisfação com a vida e, conseqüentemente, menor frequência de pensamentos negativos, como desespero, ansiedade e depressão. Os resultados desse estudo discordaram, pois tanto as praticantes de atividade física quanto as não praticantes apresentaram resultados semelhantes em relação aos domínios psicológico e relações sociais ($p > 0,05$), o que pode ser decorrente do fato de que os grupos de não praticantes de atividade física talvez passem pelas alterações psicossociais do envelhecimento de maneira mais branda, pois ambos os grupos participam de atividades sociais realizadas em grupo, tendo maior contato com a vizinhança, melhorando, assim, as relações interpessoais. Em contrapartida, as praticantes de atividade física realizam exercícios individualmente, não tendo, frequentemente, o mesmo contato social, embora sejam favorecidas pelos benefícios psicológicos proporcionados pela prática de atividade física, podendo justificar a semelhança dos resultados.

Um estudo realizado em Fortaleza comparou a QV em mulheres idosas praticantes e não praticantes de atividade física e utilizou o questionário WHOQOL-Bref, no qual as praticantes de atividade física obtiveram melhores resultados da QV em todos os domínios (físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente)¹, diferentemente do estudo realizado em Mato Grosso, que pôde estatisticamente comprovar a diferença apenas entre os domínios, físico e meio ambiente. Outras pesquisas afirmam que as pessoas que praticam atividade física têm poucas dores, são mais enérgicas e satisfeitas, são mais independentes, tanto de auxílio quanto de medicamentos, e têm melhor qualidade do sono, fatores esses que influenciam comprovadamente em uma melhor QV, especialmente quando relacionados ao domínio físico^{1,19}.

Os idosos com mais de 70 anos que caminhavam diariamente, pelo menos 30 minutos, foram avaliados na Suécia e apresentaram melhor capacidade física, menor peso corporal, menor prevalência de doença coronariana em relação aos que caminhavam menos de 30 minutos²⁰. Por ser um país de primeiro mundo, a população tem amplo conhecimento em relação à saúde e às conseqüências provocadas pelo sedentarismo, e maior acessibilidade à prática de exercícios físicos, o que leva à excelente justificativa dessa QV. No entanto, na cidade de Cuiabá podemos constatar a falta de acessibilidade, tanto de academias de baixo custo quanto de projetos sociais que integrem a população senil com atividades aeróbicas.

A Associação Médica Brasileira (AMB), o Conselho Federal de Medicina (CFM) e a Sociedade Brasileira de Medicina do Esporte (SBME), em posicionamento oficial sobre o tema “Atividade Física e Saúde”, entre outras recomendações, estabelecem que os profissionais da saúde devem combater a inatividade física, estimulando o incremento da atividade física por meio de atividades informais e formais. Mais especificamente sobre a saúde da mulher, a SBME recomenda o aumento da atividade física cotidiana, a inserção de exercícios físicos ou de práticas desportivas para ajudar no combate ao risco da doença arterial coronariana¹⁰.

Os benefícios da atividade física apresentam aos idosos e à sociedade nova forma de ver e viver o envelhecimento, o que implica bem-estar na velhice, dando significado para a continuidade da vida. A atividade física causa mudanças corporais, o que altera também a imagem que o idoso tem de si mesmo, melhorando, em função disso, o autoconceito e a afetividade. Ele se torna mais confiante, passa a acreditar na possibilidade de realizar coisas novas e vivenciar experiências antes não experimentadas por falta de confiança em si e em seu corpo¹⁹.

Os conhecimentos fisiológicos, biomecânicos e das alterações que ocorrem no envelhecimento são importantes, pois exigem profissionais cada vez mais capacitados na elaboração e na execução de ações específicas para essa população.

CONCLUSÃO

Os resultados obtidos demonstraram que mulheres idosas praticantes de atividade física apresentaram melhor QV nos domínios físico e meio ambiente do que o grupo não praticante de atividade física.

Os achados deste estudo sugerem continuidade em pesquisas nesta área, a fim de implementar campanhas de educação em saúde e orientação de atividade física para essa população.

REFERÊNCIAS

- Gordia PA, Quadros TMB, Vilela Jr GB, Souza EA, Cabral C, Morais TB, et al. Comparação da qualidade de vida de mulheres idosas praticantes e não praticantes de exercício físico. *Lecturas Educación Física y Deportes, Rev Digital*. 2007;106(11).
- Navega MT, Oishi J. Comparação da qualidade de vida relacionada à saúde entre mulheres na pós-menopausa praticantes de atividade física com e sem osteoporose. *Rev Brasil Reumatol*. 2007;47(4):258-64.
- Ghorayeb N, Smith P, Dioguardi GS, Júnior AR. Exercício físico na terceira idade. In: Cohen M, Abdala RJ. *Lesões nos esportes: diagnóstico, prevenção e tratamento*. Rio de Janeiro: Revinter; 2005. p. 75-9.
- Rebelatto JR, Calvo J, Orejuela JR, Portillo JC. Influência de um programa de atividade física de longa duração sobre a força muscular manual e a flexibilidade corporal de mulheres idosas. *Rev Bras Fisioter*. 2006;10(1):127-32.
- Rodrigues KL, Honda CM, Buriti MA. Problema da perda de equilíbrio na terceira idade: fatores de risco e conseqüências. *Rev Fisio & Terapia*. 2004;7:32-7.
- Veras R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Rev Saúde Pública [periódico na Internet]*. [acesso em 2009 May 12]; 43(3):[aproximadamente 7 p.]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009005000025&lng=pt.
- Baracho E, Alvarenga MB, Guimarães TA. A importância da fisioterapia durante o climatério e terceira idade. In: Baracho E. *Fisioterapia aplicada à obstetrícia, uroginecologia e aspectos de mastologia*. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara; 2007. p. 467-84.
- Sakabe DI, Catai AM, Neves VFC, Oliveira L, Silva de Sá MF, Azevedo GD, et al. Análise da modulação autonômica do coração durante condições de repouso em homens de meia-idade e mulheres pós-menopausa. *Rev Bras Fisioter*. 2004;8(1):89-95.
- Monteiro RCA, Riether PTA, Burini RC. Efeito de um programa misto de intervenção nutricional e exercício físico sobre a composição corporal e os hábitos alimentares de mulheres obesas em climatério. *Rev Nutr*. 2004;17(4):479-89.
- Silva RB, Costa-Paiva L, Neto AMP, Braga AAB, Morais SS. Atividade física habitual e risco cardiovascular na pós-menopausa. *Rev Assoc Med Bras*. 2006;52(4):242-6.
- Guimarães JMN, Caldas CP. A influência da atividade física nos quadros depressivos de pessoas idosas: uma revisão sistemática. *Rev Bras Epidemiol*. 2006;9(4):481-92.
- Caromano FA, Ide MR, Kerbauy RR. Manutenção na prática de exercícios por idosos. *Rev Dep Psicol*. 2006;18(2):177-92.
- Berkenbrock I. Envelhecimento Saudável e com qualidade de vida. In: Hargreaves LHH, editor. *Geriatria*. Brasília: Seep; 2006. p. 113.
- De Vitta A, Nery AL, Padovani CR. Nível de atividade física e desconfortos músculo-esqueléticos percebidos em homens e mulheres, adultos e idosos. *Rev Bras Fisioter*. 2003;7(1):45-52.
- Pereira RJ, Cotta RMM, Franceschini SCC, Ribeiro RCL, Sampaio RF, Priore SE, et al. Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global de idosos. *Rev Psiquiat*. 2006;28(1):27-38.
- Sguizzatto GT, Garcez-Leme LE, Casimiro L. Evaluation of the quality of life among elderly female athletes. *Sao Paulo Med J*. 2006; 124(5):304-5.
- De Lorenzi DRS, Baracat EC, Saciloto B, Junior, IP. Fatores associados à qualidade de vida após menopausa. *Rev Assoc Med Bras*. 2006;53(5):312-7.
- Antunes HK, Stella SG, Santos RF, Bueno OF, Mello MT. Depression, anxiety and quality of life scores in seniors after an endurance exercise program. *Rev Bras Psiquiat*. 2005;27(4):266-71.
- Freitas EV, Ghorayeb N, Pereira JBM, Ghorayeb C. Atividade física no idoso. In: Freitas EV. *Tratado de geriatria e gerontologia*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara; 2006. p. 858-65.
- Caetano JA, Costa AC, Santos ZMSA, Soares E. Descrição dos fatores de risco para alterações cardiovasculares em um grupo de idosos. *Texto & Contexto Enferm*. 2008;17(2):327-35.

Uso de inibidores da colinesterase em idosos com comorbidades clínicas

Use of cholinesterase inhibitors in elderly patients with clinical comorbidities

*Ulisses Gabriel de Vasconcelos Cunha¹, Débora Pereira Thomaz¹, Carolina Guerra Marino¹,
Karine Balabram¹, Carolina Ribeiro Marquete¹*

RESUMO

Os inibidores da colinesterase – donepezil, galantamina e rivastigmina – são drogas utilizadas no tratamento das demências hipocolinérgicas, particularmente da doença de Alzheimer. Em ensaios clínicos demonstraram superioridade ao placebo em parâmetros cognitivos, alterações de comportamento e na *performance* global, com benefício tanto para o paciente quanto para o cuidador. Os efeitos colaterais dos inibidores da colinesterase são bem conhecidos, discutidos de modo amplo, e estão primariamente relacionados ao sistema colinérgico. Pouca ênfase tem sido dada na literatura acerca do uso desses fármacos em pacientes com comorbidades clínicas. Sabe-se que o perfil usual do paciente com déficit cognitivo com indicação para inibidores da colinesterase é, com frequência, idoso, muitas vezes muito idoso, portador de várias comorbidades clínicas e em uso de vários medicamentos. O objetivo deste artigo é chamar a atenção para a ampla necessidade de avaliação geriátrica antecedendo a prescrição de inibidores da colinesterase para idosos portadores de comorbidades clínicas e em uso de vários medicamentos. Assim, acredita-se que o uso dos inibidores da colinesterase tornar-se-ia mais seguro nesse grupo específico de pacientes.

Palavras-chave: Inibidores da colinesterase, idosos, comorbidades.

ABSTRACT

Cholinesterase inhibitors such as donepezil, galantamine and rivastigmine are drugs indicated for treatment of hypocholinergic dementias, particularly Alzheimer's disease. In clinical trials, cholinesterase inhibitors demonstrated beneficial effect versus placebo on cognitive function, behavioral disturbances and global performance both to patients and carers. Cholinesterase inhibitors side effects are well known, widely discussed and primarily related to the cholinergic system. Nevertheless, so far, little attention has been paid to the use of cholinesterase inhibitors in patients with comorbidities. It is known that the typical patient in use of cholinesterase inhibitors is usually elderly or very elderly with associated comorbidities and receives treatment with multiple medications. The aim of this review article is to highlight the importance of performing a global clinical evaluation prior to the prescription of cholinesterase inhibitors to elderly patients with comorbidities so, rendering the prescription of these drugs safer in this particular group of patients.

Key words: Cholinesterase inhibitors, elderly, comorbidities.

Recebido em 17/2/2009
Aceito em 12/5/2009

¹ Unidade de Geriatria
do Hospital dos
Servidores do Estado
de Minas Gerais.

INTRODUÇÃO

A demência é a síndrome que se caracteriza pela deterioração das funções mentais no paciente que mantenha a consciência. É processo progressivo e ocasionalmente reversível¹, interferindo com o desempenho das atividades da vida diária, laborais e sociais.

Entre os diagnósticos nosológicos, a demência de Alzheimer (DA) é usualmente a forma mais frequente em vários países, assim como no Brasil².

Existem três tipos básicos de manifestações desta afecção que podem variar de indivíduo para indivíduo: alterações cognitivas, manifestações neuropsiquiátricas e perda da capacidade de realizar as atividades da vida diária. Entre as manifestações cognitivas, as mais comuns são as alterações na memória, linguagem, funções executivas e capacidade de integração visuoespacial. A depressão, a ansiedade, as ideias delirantes e, em alguns casos, as alucinações e a agressividade constituem as alterações psiquiátricas mais comuns. Os critérios para o diagnóstico clínico da DA (NINCDS-ADRDA) apresentam bons níveis de sensibilidade e de especificidade³.

A DA é normalmente doença do envelhecimento, porquanto sua incidência aumenta, de modo progressivo, com o avançar dos anos.

As taxas estimadas de incidência e de prevalência para a DA, de acordo com o Estudo Longitudinal de Baltimore (1958-1978), demonstram que a taxa de incidência aos 60 anos é de cerca de 10% e dobra a cada cinco anos. Ao redor dos 85 anos é nove vezes maior do que aos 69 anos de idade. As taxas de prevalência apresentam aumento geométrico a partir dos 60 anos de idade, ultrapassando 50% aos 95 anos⁴.

Na DA, o tratamento com os inibidores da colinesterase (IChE) (donepezil, galantamina e rivastigmina) demonstrou, em ensaios clínicos, superioridade ao placebo em parâmetros cognitivos, alterações de comportamento e *performance* global com benefício tanto para o paciente quanto para o cuidador⁵⁻⁷.

A rivastigmina é ainda licenciada para a utilização em pacientes com demência leve a moderada associada à doença do Parkinson⁸, e a galantamina, para a demência associada ao acidente vascular cerebral⁹.

Os efeitos colaterais dos IChE são bem conhecidos, amplamente discutidos e estão primariamente relacionados ao sistema colinérgico (Tabela 1).

No entanto, pouca ênfase tem sido dada na literatura acerca do uso desses fármacos em pacientes com comorbidades clínicas. Sabe-se que o perfil usual do paciente com déficit cognitivo com indicação para IChE é, com

Tabela 1. Principais efeitos colaterais dos IChE sobre os diversos órgãos e sistemas

| |
|---|
| Sistema cardiovascular: bradicardia, síncope, hipotensão postural, hipertensão arterial sistêmica e arritmia cardíaca |
| Sistema respiratório: broncoconstrição e aumento de secreção pulmonar |
| Trato gastrointestinal: náusea, vômitos, hiporexia, emagrecimento, diarreia, dor abdominal, dispepsia e aumento do risco de sangramento digestivo |
| Bexiga: incontinência urinária |
| Sistema nervoso central: tontura, tremor, cefaleia, insônia, sintomas extrapiramidais e convulsões |

frequência, idoso, muitas vezes muito idoso, portador de várias comorbidades clínicas e em uso de vários medicamentos.

Assim, recomenda-se avaliação geriátrica ampla antecedendo a prescrição de IChE na tentativa de se identificar possíveis comorbidades clínicas e potenciais interações medicamentosas (Tabela 2).

Tabela 2. Recomendações para a prescrição de IChE em idosos com comorbidades clínicas.

| |
|---|
| Aparelho cardiovascular Monitoramento eletrocardiográfico (basal e a cada aumento de dose) Monitoramento da pressão arterial supina e em ortostatismo Atenção às potenciais interações medicamentosas |
| Aparelho respiratório Radiografia de tórax Espirimetria (casos selecionados) |
| Aparelho digestivo Provas de função hepática Endoscopia digestiva alta (casos selecionados) Atenção às potenciais interações medicamentosas: risco de sangramento |
| Aparelho geniturinário Provas de função renal |
| Sistema nervoso central Atenção às potenciais interações medicamentosas: aumento do risco de sintomas extrapiramidais |

MÉTODOS

A pesquisa bibliográfica foi realizada com base nos dados MedLine por meio do PubMed. O período de pesquisa se restringiu aos periódicos publicados a partir de 2000. Artigos mais antigos, também citados como referência, abordam principalmente sinais e sintomas, diagnóstico e epidemiologia das demências e foram utilizados na

introdução do assunto abordado. Outra fonte utilizada foi o *British National Formulary*, considerando sua qualidade e confiabilidade. As palavras-chave que nortearam a busca foram: *cholinesterase inhibitor*, *elderly*, *comorbidities*. Os idiomas foram inglês, espanhol e português.

DISCUSSÃO

Aparelho cardiovascular

A acetilcolina é largamente distribuída no sistema cardiovascular, especialmente no coração. Assim, a inibição da colinesterase pode ocasionar vários efeitos adversos neste sistema.

Os ensaios clínicos realizados com os IChE indicam que essas drogas são seguras e bem toleradas. No entanto, esses estudos, até o presente momento, foram realizados em indivíduos relativamente saudáveis. Não se podem extrapolar esses dados à população geral de pacientes com DA, muitos dos quais portadores de doenças cardiovasculares e em uso de vários medicamentos¹⁰. É importante enfatizar que os potenciais efeitos colaterais cardiovasculares dessas drogas são mais prováveis de ocorrer em idosos.

Os possíveis efeitos colaterais cardiovasculares dos IChE incluem:

- a) hipertensão arterial por mecanismo central;
- b) hipotensão ortostática, particularmente em portadores de DA e demência com corpos de Lewy;
- c) bradicardia por mecanismos periféricos e centrais;
- d) síncope;
- e) arritmia cardíaca.

O *British National Formulary*¹¹ não menciona qualquer contraindicação cardiovascular absoluta ao uso de IChE. Recomenda-se, apenas, precaução em pacientes portadores de doença do nó sinoatrial e outros problemas de condução supraventricular, como *flutter* e fibrilação atrial.

Assim, acredita-se que os IChE possam ser prescritos com segurança a idosos com comorbidades cardiovasculares, desde que algumas precauções sejam tomadas:

- a) monitoramento eletrocardiográfico (basal e a cada aumento de dose);
- b) monitoramento da pressão arterial supina e em ortostatismo;
- c) atenção às potenciais interações medicamentosas:

- c.1) drogas com efeito cronotrópico negativo (bradicardia): betabloqueadores, bloqueadores dos canais de cálcio não diidropiridínicos (verapamil, diltiazem), antiarrítmicos (amiodarona, digoxina);
- c.2) drogas com efeito hipertensor comumente prescritas a pacientes com DA: antidepressivos (venlafaxina, bupropiona, duloxetine);
- c.3) drogas com efeito hipotensor ortostático: antidepressivos (tricíclicos, inibidores da monoaminoxidase, trazodona, nefazodona), antipsicóticos típicos (fenotiazinas) e atípicos em doses altas (risperidona > 2 mg, olanzapina > 10 mg), hipotensores e vasodilatadores em geral.

Aparelho respiratório

O sistema nervoso parassimpático desempenha papel significativo no tônus broncomotor produzindo contração do músculo liso, bem como estimulando a secreção da árvore brônquica. Essa combinação de efeitos pode agravar sintomas respiratórios em indivíduos portadores de asma brônquica ou doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC).

O *British National Formulary*¹¹ não menciona qualquer contraindicação absoluta ao uso de IChE em portadores de afecções respiratórias. Recomenda-se, apenas, precaução na presença de infecção pulmonar, asma e DPOC.

Acredita-se, no entanto, que esses fármacos deveriam ser evitados naqueles pacientes com quadro de asma ou DPOC graves ou mal controlados.

Aparelho digestivo

A exemplo da estimulação do sistema nervoso parassimpático, a administração de IChE aumenta a atividade secretora e motora do trato digestivo. Ocorre acentuada estimulação das glândulas salivares e gástricas, aumento da atividade peristáltica e relaxamento de esfíncteres.

Os principais efeitos colaterais observados em ensaios clínicos foram náusea, vômitos, dispepsia, anorexia, perda de peso, diarreia e dor abdominal. Com prevalência menor podem ocorrer úlceras gástricas e duodenais, sangramento gastrointestinal, disfagia e pancreatite.

É importante ressaltar que esses efeitos colaterais são dose-dependentes, podendo ser amenizados com a titulação lenta da dose, a administração durante as refeições, a redução da dose, o uso da apresentação transdérmica (rivastigmina) e mesmo o uso de medicação sintomática. Salienta-se, no entanto, que o efeito cascata (tratamento de efeito colateral de uma droga com outra) deve, sempre que possível, ser evitado no idoso.

O *British National Formulary*¹¹ não menciona nenhuma contraindicação absoluta ao uso de IChE em portadores de afecções gastrointestinais. Recomenda-se, no entanto, precaução no indivíduo com úlcera péptica em atividade e/ou história pregressa, bem como na presença de obstrução gastrointestinal.

Em relação à doença hepática, a galantamina está contraindicada na presença de insuficiência hepática grave¹², mas poderia ser utilizada com cautela na doença leve a moderada, respeitando a dose máxima de 16 mg/dia. Não há necessidade de ajuste de dose da rivastigmina ou do donepezil, porém recomenda-se a utilização das menores doses eficazes com titulação lenta.

As interações medicamentosas dos IChE que devem ser cuidadosamente monitoradas ou mesmo evitadas incluem o uso concomitante de anti-inflamatórios não-esteroides e/ou de antidepressivos fortemente inibidores da recaptação de serotonina, o que pode aumentar o risco de sangramento gastrointestinal.

Aparelho geniturinário

A acetilcolina estimula o músculo detrusor e relaxa os músculos trígono e esfíncter da bexiga, promovendo assim o seu esvaziamento.

O principal efeito colateral dos IChE no trato geniturinário é a incontinência urinária. Esta, se já presente, pode ser agravada com o uso dessas drogas. Ocorre, também, aumento no risco de hematúria e de infecção urinária.

Os IChE podem antagonizar o efeito das medicações anticolinérgicas utilizadas no tratamento da incontinência urinária de urgência, como a oxibutinina, a tolteradina e a darifenacina.

O *British National Formulary*¹¹ contraindica o uso da galantamina na presença de insuficiência renal grave. Em caso de doença moderada a galantamina pode ser prescrita respeitando a dose máxima de 16 mg/dia. Não existe contraindicação aos demais IChE (donepezil e rivastigmina) na presença de insuficiência renal, contudo recomenda-se precaução.

Procedimentos anestésicos e IChE

Alguns tipos de bloqueadores neuromusculares utilizados em anestesia, como a succinilcolina, são inativados por colinesterases endógenas. Os IChE que inibem o metabolismo da succinilcolina podem, dessa maneira, potencializar e prolongar o bloqueio neuromuscular¹³.

Apesar de não obrigatória, aconselha-se a suspensão dos IChE precedendo os procedimentos cirúrgicos.

Com base nas diferentes meias-vidas desses fármacos, recomenda-se a suspensão do donepezil pelo menos 2

semanas antes do procedimento cirúrgico; galantamina, aproximadamente 1 a 2 dias; rivastigmina, por via oral, 3 a 4 dias¹⁴ e por via transdérmica por 24 horas.

Sistema nervoso central

Os principais efeitos adversos neurológicos dos IChE incluem a tontura, o tremor, a cefaleia, a sonolência e a insônia. Sintomas extrapiramidais e convulsões têm sido reportados com menos frequência, bem como distúrbios psiquiátricos, como a depressão, a alucinação, o comportamento agressivo e os quadros confusionais.

É importante ressaltar que o uso combinado de IChE e antipsicóticos pode precipitar e/ou agravar sintomas extrapiramidais, como distonia, discinesia, síndrome parkinsoniana, acatisia e discinesia tardia¹⁴.

Vários casos de síndrome extrapiramidal grave (síndrome parkinsoniana, rigidez e imobilidade) foram relatados em pacientes em uso de antipsicóticos e donepezil¹⁵.

Recomenda-se, assim, extrema cautela no uso concomitante desses medicamentos.

Acredita-se que os IChE deveriam ser priorizados como drogas de escolha no tratamento dos distúrbios de comportamento dos quadros demenciais em detrimento dos antipsicóticos. Além do risco aumentado de efeitos colaterais extrapiramidais, os antipsicóticos não demonstraram evidências convincentes de eficácia e aumentaram o risco de morte por doença vascular em pacientes com déficit cognitivo e distúrbios de comportamento¹⁶.

CONCLUSÃO

Pouca ênfase é dada na literatura acerca do uso de IChE em pacientes com comorbidades clínicas e em uso de vários medicamentos. Sabe-se que o perfil usual do paciente com déficit cognitivo com indicação para IChE é, com frequência, idoso, muitas vezes muito idoso, portador de várias comorbidades clínicas e em uso de vários medicamentos.

Uma avaliação geriátrica ampla antecedendo a prescrição de IChE para idosos portadores de comorbidades clínicas e em uso de vários medicamentos se faz necessária, tornando-se mais segura a prescrição desses fármacos neste grupo específico de pacientes.

REFERÊNCIAS

1. Cunha UG. An investigation of dementia among elderly outpatients. *Acta Psychiatr Scand.* 1990;82:261-3.

2. Herrera Junior E, Caramelli P, Nitrini R. Estudo epidemiológico populacional de demência na cidade de Catanduva, estado de São Paulo, Brasil. *Rev Psiq Clin.* 1998;25:70-3.
3. McKhann G, Drachman D, Folstein M, et al. 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;34:939-44.
4. Sayetta RB. Rates of senile dementia, Alzheimer's type, in the Baltimore Longitudinal Study. *J Chronic Dis.* 1986;39:271-86.
5. Feldman H, Ghauthier S, Hecker J, Vellas B, et al. A 24-week, randomized, double-blind study of donepezil in moderate to severe Alzheimer's disease. *Neurology.* 2001;57:613-20.
6. Raskind MA, Peskind ER, Wessel T, et al. Galantamine in AD. A 6-month randomized, placebo-controlled trial with a 6-month extension. The Galantamine USA-1 Study Group. *Neurology.* 2000;54:2261-8.
7. Jann MW. Rivastigmine, a new generation cholinesterase inhibitor for the treatment of Alzheimer's disease. *Pharmacotherapy.* 2000;20:1-12.
8. European Medicines Agency "Committee for Medicinal Products for Human Use. Post-Authorisation Summary of opinion for Exelon R" 13 October 2005 [acesso em 2005 Nov 22]. Disponível em: <http://www.emea.eu.int>.
9. Kurz AF, Erkinjuntti T, Small GW, et al. Long-term safety and cognitive effects of galantamine in the treatment of probable vascular dementia or Alzheimer's disease with cerebrovascular disease. *Eur J Neurol.* 2003;10:633-40.
10. Madhani P, Hughes J, Ballard CG. Cholinesterase inhibitors and the heart in old age. *Advan Psychiatr Treat.* 2004;10:399-400.
11. British National Formulary. 54^a ed. London: The British Medical Association and The Royal. Pharmaceutical Society of Great Britain; 2007.
12. Scott LJ, Goa KL. Galantamine: a review of its use in Alzheimer's disease. *Drugs.* 2000;60:1095-122.
13. Sánchez Morillo J, et al. Interacción entre donepezilo y bloqueantes musculares en la enfermedad de Alzheimer. *Rev Esp Anestesiol Reanim.* 2003;50:97-100.
14. Defilippi JL, Crismon ML. Drug interactions with cholinesterase inhibitors. *Drugs Aging.* 2003;20:437-44.
15. Liu HC, Lin SK, Sung SM. Extrapramidal side-effect due to drug combination of risperidone and donepezil. *Psychiatry Clin Neurosci.* 2002;56:479.
16. Jeste DV, Blazer D, Casey D, et al. ACNP White Paper: update on use of antipsychotic drugs in elderly persons with dementia. *Neuropsychopharmacology.* 2008;33:957-70.

Violência contra a mulher idosa: vozes silenciadas

Violence against the aged woman: silenced voices

*Leidyane Silva Caldas¹, Kamyla Rocha Fortaleza¹, Paulo Vinicius Coelho Silva¹,
Luciane Maria Oliveira Brito², Maria Bethânia da Costa Chein², Caio Brandão e Vasconcelos³*

Recebido em 5/2/2009
Aceito em 22/5/2009

RESUMO

O objetivo do presente artigo foi abordar a violência contra a mulher idosa e seu constante silêncio diante de tal condição, tendo como referência a produção científica nacional sobre a temática. Discorreu-se sobre o envelhecimento como fenômeno populacional atual, a partir da análise dos dados estatísticos que apresenta o forte crescimento do número de pessoas com 70 anos e mais. Enfatizaram-se alguns aspectos do processo de envelhecimento no Brasil e a característica feminina do envelhecimento, por meio da consideração de que é maior o número de idosos do sexo feminino do que do sexo masculino. Por fim, abordou-se a questão da violência contra a mulher idosa e as ações dos equipamentos sociais para amenizar essa triste realidade.

Palavras-chave: Envelhecimento populacional, mulher idosa, violência.

ABSTRACT

This article aims to approach the scientific production on the theme violence against women and elderly in their silence in the face of such a condition, reinforcing the discussion on this theme. For it was done a qualitative approach being a bibliographical revision research. Aging was stated as a current population phenomenon, according to the analysis of the statistical data that presents the increase of the number of people with sixty years old and more. Also, this study emphasizes some aspects of the aging process in Brazil and the female characteristic of the aging, through the consideration that is larger the number of elder woman than elder man. And finally, it approaches the subject of the violence against the elder woman and the actions of the social equipments to soften that sad reality.

Key words: Population aging, elder woman, violence.

¹Alunos do Programa de Pós-Graduação do Mestrado em Saúde Materno-Infantil (PPGMSMIN) da Universidade Federal do Maranhão (UFMA).

²Professoras doutoras do PPGMSMIN da UFMA.

³Aluno da Graduação em Medicina da UFMA, bolsista do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) pelo Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica, Universidade Federal do Maranhão (PIBIC/UFMA).

INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas observou-se nítido processo de envelhecimento demográfico. A Organização das Nações Unidas (ONU) considera o período de 1975 a 2025 a era do envelhecimento. Nos países em desenvolvimento, esse envelhecimento populacional foi ainda mais significativo e acelerado. Nas nações desenvolvidas, no período de 1970 a 2000, o crescimento observado foi de 54%, e nos países em desenvolvimento atingiu 123%¹.

O envelhecimento é, sem dúvida alguma, para alguns, sinônimo de vitória, experiência, aquisição, maturidade, ampliação da vida, mas, para outros, significa derrota, perda, dependência, violência e maus-tratos – todos muito significativos. De fato, envelhecer em um país como o Brasil, ainda em desenvolvimento, é substancialmente diferente de envelhecer em países com características sociais, educacionais, ambientais e de saúde desenvolvidas. No Brasil, as pessoas idosas estão expostas às mazelas sociais, como os maus-tratos, a carência da assistência à saúde, os problemas de acessibilidade, discriminação, abandono, entre outros. As causas para tais condições justificam-se, sobretudo, na omissão e na negligência daqueles a quem caberia toda a proteção da pessoa idosa – a família, a sociedade e o Estado. Nesta perspectiva, a pessoa idosa que se encontra destituída de proteção torna-se vulnerável à violência praticada pelos vários segmentos da sociedade.

No Brasil, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), na década de 1970, 4,95% da população brasileira era de idosos, percentual que foi para 8,47% na década de 1990, havendo a expectativa de alcançar 9,2% em 2010. De acordo com Cançado (1996), o aumento do número de idosos também tem sido acompanhado por acréscimo significativo nos anos de vida da população brasileira. A esperança de vida, que era em torno de 33,7 anos em 1950/1955, passou para 50,99 em 1990, chegou até 66,25 em 1995 e deverá alcançar 77,08 em 2020/2025¹.

Neste sentido, é correto afirmar que o mundo está envelhecendo. Essa realidade, hoje, faz parte da maioria das sociedades, pois estima-se para o ano de 2025 que existam cerca de 2 bilhões de pessoas com 70 anos e mais no mundo, a maioria delas vivendo em países em desenvolvimento¹.

A queda das taxas de fecundidade e de mortalidade e o aumento da expectativa de vida, como mostram vários estudos, têm sido algumas das justificativas para o envelhecimento populacional, que não se dá de maneira homogênea para todos os seres humanos, sendo, portanto, influenciado pelas condições econômicas e sociais, etnia,

diferenças culturais e regionais, bem como por processos de discriminação e exclusão associados ao gênero.

No que concerne ao gênero, os maus-tratos contra a mulher produzem perdas na sua estrutura física, mental, social e sexual. E, quando se trata da mulher idosa, essas perdas podem processar-se de modo irreparável, com prejuízos que não mais podem ser revertidos em razão da idade, das condições fisiológicas que muitas vezes não possibilitam processo rápido de recuperação, da falta de amparo demonstrada pelo Estado e do impacto subjetivo da violência em sua vida. Nessas condições, a mulher idosa vitimizada evita denunciar, silenciando seu protesto e isolando-se, bem frequentemente, do convívio com a sociedade².

A magnitude do fenômeno da violência contra a mulher foi revelada para a sociedade por meio da atuação das Delegacias da Mulher. Os dados são alarmantes e ainda indicam que há muito a fazer para coibi-la. Na cidade de São Luís, MA, por exemplo, registrou-se em 1988 (primeiro ano de atuação da Delegacia) 3.102 denúncias de mulheres vítimas de agressões³. Em 2000, esse número praticamente dobrou, passando a 5.998 ocorrências.

Tais situações relacionadas direta e indiretamente à violência e aos maus-tratos contra a mulher idosa terminam por produzir contexto de vida adoeceador, diminuindo, na grande maioria das vezes, seus anos de vida.

Este estudo tem como objetivo abordar a questão da violência contra a mulher idosa no Brasil e seu constante silêncio diante de tal condição, tendo como referência a produção científica nacional sobre a temática.

Adotou-se pesquisa bibliográfica com análise de conteúdo, que se subsidiou no referencial teórico indexado, de modo independente.

A revisão bibliográfica buscou trabalhos publicados em artigos científicos, livros e via eletrônica, veiculados nacionalmente na base de dados do SciELO-Brasil, no período de 1994 a 2008. Os artigos selecionados atenderam aos seguintes critérios: artigos indexados no banco de dados em concordância com os descritores previamente escolhidos: envelhecimento populacional, mulher idosa e violência. Foram analisados cuidadosamente os títulos dos artigos e os conteúdos dos respectivos resumos, a fim de identificar se o material selecionado seria pertinente e adequado para a presente pesquisa. Sobre os descritores encontrou-se vastíssima contribuição teórica, principalmente sobre o envelhecimento populacional. No que diz respeito à mulher idosa, encontraram-se muitas pesquisas também direcionadas para outros objetos de estudo que, no momento, não eram importantes para esse trabalho. E sobre a violência, a principal dificuldade foi encontrar documentos que a relacionassem

com a mulher idosa. Assim, após a seleção dos artigos indexados, foi imediatamente feita leitura superficial do material obtido, para selecionar o que era de interesse para a pesquisa; em seguida, realizou-se leitura mais minuciosa, a fim de não serem perdidos aspectos importantes para o enriquecimento do estudo e a confecção da redação final da pesquisa.

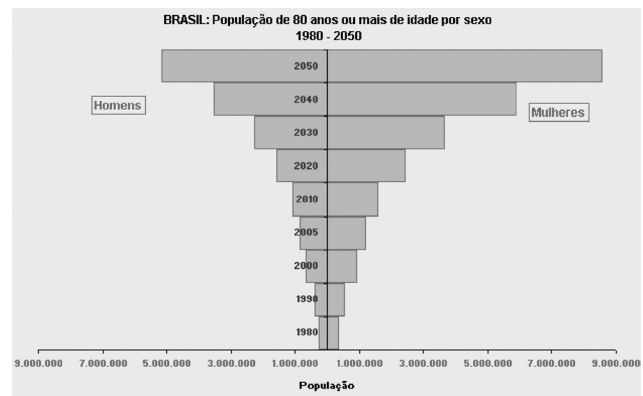
O ENVELHECIMENTO NO BRASIL

De acordo com Papaléo Netto⁴, o processo de envelhecimento e sua consequência natural, a velhice, continuam sendo uma das preocupações da humanidade desde o início da civilização; consoante o autor, a história está aí para demonstrar que as ideias sobre a velhice são tão antigas quanto a origem da humanidade [...]. O século XX marcou definitivamente a importância do estudo da velhice, fruto, de um lado, da natural tendência de crescimento do interesse nas pesquisas e estudos sobre o processo de envelhecimento, que, diga-se de passagem, já se anunciava nos séculos anteriores. Por outro lado, o aumento do número de idosos em todo o mundo exerceu pressão passiva sobre o desenvolvimento desse campo.

A idade cronológica é fator importante a ser considerada no envelhecimento, entretanto, a mesma idade pode denotar envelhecimento distinto entre as pessoas. Estabelecer algum tipo de corte que delimita a pessoa idosa é difícil, mas quando essa delimitação é necessária, lança-se mão de critério cronológico arbitrário, no qual se considera idosa a pessoa de 70 anos de idade, ou mais, conforme a Lei Federal Brasileira nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994⁵.

Sessenta anos: esse é o marco etário que define o ingresso na velhice. Ainda que esse limite ainda não seja fixado em qualquer norma internacional a idade de 60 anos tem sido aceita como padrão a partir do qual uma pessoa pode ser definida como idosa. Sobre esse marco etário, são calculados os índices de envelhecimento da população. A OMS estipula duas idades cronológicas a partir das quais o idoso é considerado tecnicamente idoso: 65 anos em países desenvolvidos e 60 anos de idade em países em desenvolvimento⁶.

No Brasil estima-se que nos próximos 20 anos a população de idosos poderá alcançar e até mesmo ultrapassar a cifra dos 30 milhões de pessoas, o que representará, aproximadamente, 13% da população. Em 2000, consoante o IBGE, o número de pessoas com 60 anos ou mais era de 14.536.029, contra 10.722.705 em 1991. Do contingente populacional brasileiro maior de 70 anos, 55% eram compostos por mulheres, e entre os com idade acima de 80 anos, essa proporção sobe para 60,1%⁷.



Fonte: IBGE, 2000.

Figura 1. População de 80 anos ou mais de idade por sexo 1980-2050.

Esse crescimento traz a consciência da existência da velhice como questão social, questão esta que pede grande atenção, pois está diretamente relacionada com a crise de identidade, a mudança de papéis, a aposentadoria, as perdas diversas, as violências e a diminuição dos contatos sociais.

Neste sentido, o Brasil tem ampliado, mesmo timidamente, políticas para criação de serviços voltados para os idosos, como as casas de abrigo, os centros de referência multiprofissional e as instituições próprias para denúncias das violências aos idosos. É certo que o ingresso de idosos nesses locais evidencia a fragilidade temporária ou permanente de seus vínculos familiares ou muitas vezes sua inexistência, porém torna-se fundamental que políticas públicas enfoquem o papel social do idoso, bem como privilegiem o cuidado e a proteção dessas pessoas em suas famílias, nas instituições e na sociedade.

O ASPECTO FEMININO DO ENVELHECIMENTO

Em 2000, dos 14 milhões de idosos, 55% eram do sexo feminino. A redução da mortalidade das mulheres explica esse diferencial na composição por sexo e faz que a população feminina cresça a taxas mais elevadas do que a masculina. Como consequência, quanto mais idoso for o contingente estudado, maior a proporção de mulheres. Isso leva à constatação de que “o mundo dos muito idosos é um mundo das mulheres”².

De acordo com Lyod-Sherlock⁸, mesmo que a velhice não seja universalmente feminina, ela possui forte componente de gênero. Por exemplo, mulheres idosas experimentam maior probabilidade de ficar viúvas, e, muitas vezes, em situação socioeconômica desvantajosa. No Brasil, é relativamente elevada a proporção de mulheres morando sozinhas: cerca de 15% em 2003, e

residentes na casa de outros parentes (mãe, sogra, irmãs ou outro tipo de parente), 16,1%. As mulheres também predominam entre os residentes nas instituições de longa permanência, constituindo, aproximadamente, 58% dos residentes⁸.

Além disso, embora as mulheres vivam mais do que os homens, passam por período maior de debilitação física antes da morte do que eles⁸, o que as faz mais dependentes de cuidado, não obstante serem tradicionais cuidadoras.

Assim, é necessário unir esforços para a atenção e o cuidado da mulher idosa. É importante que se compreenda o pluralismo dessa questão que integra desafios para a família, para a promoção da saúde, para as questões sociais e de aposentadoria, para as políticas públicas e para a garantia do direito da cidadania. Esses fatores implicam cuidados voltados para a população envolta de particularidades e experiências que demandam olhar diferenciado.

A QUESTÃO DA VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER IDOSA

Sabendo que o envelhecimento é inevitável e é fisiologicamente atribuído aos indivíduos humanos, entendendo que esse mesmo envelhecimento é mais experienciado por mulheres do que por homens, compreendendo que esse processo de envelhecimento acarreta à pessoa idosa, que vive em um país em desenvolvimento, inúmeras desvantagens sociais, torna-se necessário considerar que entre essas desvantagens a violência adquire significado especial em virtude dos agravos por ela provocados à qualidade de vida da mulher idosa.

Para a OMS⁶, em seu recente relatório sobre a violência, essa constitui o “uso da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha qualquer possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação”. Define ainda a violência contra o idoso como ato de acometimento ou omissão, que pode ser tanto intencional quanto involuntário⁶.

O abuso pode ser de natureza física ou psicológica ou pode envolver maus-tratos de ordem financeira ou material. Qualquer que seja o tipo de abuso, certamente resultará sofrimento desnecessário, lesão ou dor, perda ou violação dos direitos humanos e redução na qualidade de vida para o idoso.

A Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher (Belém do Pará,

1994) assim definiu violência contra a mulher em seu capítulo I, artigo 1º: “Para os efeitos desta Convenção, entender-se-á por violência contra a mulher qualquer ato ou conduta baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher tanto na esfera pública como na esfera privada”.

O Brasil é signatário dos mais importantes tratados e conferências internacionais que estabelecem marcos legais para o avanço dos direitos humanos e dos direitos da mulher. Entre esses, podem se destacar: a Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948 e a Convenção sobre a Eliminação de todas as Formas de Discriminação contra a Mulher da ONU (CEDAW), ratificada em 1984. Para garantir a utilização da CEDAW, foi elaborado outro tratado, ratificado em 2002, que é o Protocolo Facultativo à CEDAW. Citam-se, ainda, a Conferência Mundial de Direitos Humanos (Viena, 1993), a Conferência Internacional de População e Desenvolvimento (Cairo, 1994) e a 4ª Conferência Mundial sobre a Mulher (Beijing, 1995). O Brasil sediou a Conferência Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher (Belém, PA, 1994), ratificada em 27 de novembro de 1995.

Tais tratados e conferências representam avanço dos direitos coletivos e individuais da mulher em sua vida e em situação de sofrimento por violência. Os países signatários se comprometeram a proteger e a garantir os direitos estabelecidos e conquistados e a agir efetivamente, assegurando-os⁹.

Especificamente, na Convenção de Belém, os Estados-partes reconhecem que a violência contra a mulher anula o exercício pleno de cidadania, sendo, portanto, violação dos direitos humanos e dos direitos fundamentais. Então, é dever do Estado brasileiro assistir mulheres e idosas vítimas de violência e garantir-lhes o livre exercício de seus direitos humanos, fazendo valer a garantia da assistência de qualidade em saúde⁹.

As violências contra a geração a partir dos 60 anos se expressam em tradicionais formas de discriminação, como o atributo que comumente lhes é imputado como descartáveis e peso social. Essa discriminação tem vários focos de expressão e de reprodução. A natureza das violências que o idoso sofre coincide com a violência social que a sociedade brasileira vivencia e produz nas suas relações e transfere-se culturalmente¹⁰.

Embora toda a complexidade da questão, os idosos têm, desde a Constituição Federal de 1988, a intenção de proteção legal, como no artigo 230, que esclarece: “a família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhes o direito a vida”¹¹.

Por parte do Estado, esse grande regulador do curso da vida, o idoso hoje é responsabilizado pelo custo insustentável da previdência social e, ao mesmo tempo, sofre enorme omissão quanto a políticas e programas de proteção específicos. É bem verdade que em 1994 foi promulgada a Lei Federal nº 8.842, buscando ordenar a proteção aos idosos¹².

Ainda nessa Lei, no artigo 10, fica esclarecido o papel da justiça (inciso VI) no trato com o idoso: “promover e defender os direitos da pessoa idosa, zelar pela aplicação das normas sobre o idoso, determinando ações para evitar abusos e lesões a seus direitos”¹³.

A criação do Estatuto do Idoso, Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, é a mais nova conquista dos idosos, tendo intuito de regular os direitos assegurados às pessoas com idade superior ou igual a 60 anos, embora ainda passível de análise e aperfeiçoamento.

No entanto, como é o caso de muitas leis no Brasil, a implementação é ainda precária. No âmbito das instituições de assistência social e saúde, são frequentes as denúncias de maus-tratos e negligências. Mas nada se iguala aos abusos e negligências no interior dos próprios lares, nos quais o choque de gerações, os problemas de espaço físico e as dificuldades financeiras costumam se somar ao imaginário social que considera a velhice como decadência¹⁴.

Embora as leis existam, ainda há muito que se elaborar neste *iceberg* da violência contra a idosa, porque mais do que leis que amparam a idosa vítima de violência, há por trás disso agressores, muitas vezes familiares dessa idosa, sendo angustiante utilizar as leis para denunciar agressores, em muitos casos, gerados por elas.

Os maus-tratos e os abusos são os mais variados. Cometidos em grande maioria pelas famílias, eles vão desde os castigos em cárcere privado, abandono material, apropriação indébita de bens, pertences e objetos, sobretudo das suas próprias residências, coações, ameaças e mortes. Das instituições públicas e privadas de proteção e da sociedade em geral, os idosos se queixam de maus-tratos, desrespeito e negligências.

Muitos abusos sobre esse segmento da população, hoje no país, são agravados pela situação de desemprego, fazendo que o grupo familiar se apodere dos poucos benefícios de sua aposentadoria, relegando o idoso à vida de pobreza, de dependência ou de internação em asilos para indigentes. Nos asilos, frequentemente, eles padecem de isolamento social, problemas de saúde não atendidos e de desnutrição¹⁵.

Internacionalmente e no Brasil, algumas categorias, que se mencionam a seguir, têm sido usadas para classificar os diferentes tipos de violência dos quais os idosos

são vítimas. A classificação e a conceituação aqui descritas estão oficializadas no documento de Política Nacional de Redução de Acidentes e Violências do Ministério da Saúde¹⁶:

- I. Abuso físico, maus-tratos físicos ou violência física são expressões que se referem ao uso da força física para compelir os idosos a fazerem o que não desejam, para feri-los, provocar-lhes dor, incapacidade ou morte.
- II. Abuso psicológico, violência psicológica ou maus-tratos psicológicos correspondem a agressões verbais ou gestuais com o objetivo de aterrorizar os idosos, humilhá-los, restringir sua liberdade ou isolá-los do convívio social.
- III. Abuso sexual e violência sexual são termos que se referem ao ato ou jogo sexual de caráter homo ou heterorrelacional que utilizam pessoas idosas visando a obter excitação, relação sexual ou práticas eróticas por meio de aliciamento, violência física ou ameaças.
- IV. Abandono é uma forma de violência que se manifesta pela ausência ou deserção dos responsáveis governamentais, institucionais ou familiares de prestarem socorro à pessoa idosa que necessite de proteção.
- V. Negligência se refere à recusa ou à omissão de cuidados devidos e necessários aos idosos, por parte dos responsáveis familiares ou institucionais. A negligência é uma das formas de violência contra os idosos mais presente no país. Ela se manifesta, frequentemente, associada a outras formas de violência que geram lesões e traumas físicos, emocionais e sociais para a pessoa idosa, em particular, para as que se encontram em situação de múltipla dependência ou incapacidade.
- VI. Abuso financeiro e econômico consiste na exploração imprópria ou ilegal dos idosos ou ao uso não consentido por eles de seus recursos financeiros e patrimoniais. Esse tipo de violência ocorre, sobretudo, no âmbito familiar.
- VII. Autonegligência diz respeito à conduta da pessoa idosa que ameaça sua própria saúde ou segurança pela recusa de prover cuidados necessários a si mesma.

Com frequência, a violência estrutural, a violência institucional e a violência familiar das quais os idosos são vítimas ocorrem simultaneamente, pois os idosos são, assim como crianças e adolescentes, grupo muito vulne-

rável, em especial nos casos de múltiplas dependências e incapacidades¹⁷. Pela ordem de relevância, é importante assinalar que os abusos econômicos e financeiros hoje no país não só expressam e sintetizam a simultaneidade das várias formas de violência, mas também quem os cometem, consciente ou inconscientemente, e decreta a morte e a exclusão social do idoso.

Pesquisa do Instituto Brasileiro de Ciências Criminais (IBCCRIM), consolidando dados da Delegacia Especializada de Proteção ao Idoso, comprova que mais de 60% das queixas desse grupo à polícia se referem a disputas dos familiares pela posse de seus bens ou por dificuldades financeiras das famílias em arcar com sua manutenção¹⁸. Os abusos analisados pelo IBCCRIM, em geral, são cometidos por familiares, nas tentativas de forçar procurações que lhes deem acesso a bens patrimoniais dos idosos, na realização de vendas de bens e imóveis sem o seu consentimento, por meio da expulsão deles do seu tradicional espaço físico e social do lar ou por seu confinamento em algum aposento mínimo em residências que por direito lhes pertencem, entre outras formas de coação. As tentativas dos filhos e de outros parentes são, quase sempre, de se apossar de bens, objetos e rendas, sem o consentimento dos idosos¹⁹. As queixas de abusos econômico e financeiro se associam às várias formas de maus-tratos físicos e psicológicos que produzem lesões, traumas ou até a morte.

Diferentes formas de violência econômica e financeira combinada com discriminações e maus-tratos são praticadas também por empresas, sobretudo, por bancos e lojas. Os campeões das queixas dos idosos e de seus familiares são os planos de saúde por aumentos abusivos e por negativas de financiamento de determinados serviços essenciais. Os idosos são vítimas também de estelionatários e de várias modalidades de abuso financeiro cometidos por criminosos que tripudiam sobre sua vulnerabilidade física e econômica em agências bancárias, em caixas eletrônicas, nas lojas, nas ruas, nas travessias ou nos transportes. Os policiais das delegacias de proteção ao idoso assinalam a frequência de suas queixas sobre roubo de cartões, cheques, dinheiro e objetos de maneira violenta ou sorrateira.

Em alguns asilos e clínicas, mesmo nos estabelecimentos públicos ou conveniados com o Estado, não dificilmente as pessoas são maltratadas, despersonalizadas, destituídas de qualquer poder e vontade, faltando-lhes alimentação, higiene e cuidados médicos adequados. Os idosos são vistos, em muitos casos, como ocupantes de um leito a mais para fins de consecução de financiamento público. Infelizmente, embora seja problema público e notório, os desmandos das clínicas e asilos não estão devidamente dimensionados, pois faltam investigações sobre a magnitude e a complexidade do

fenômeno e, principalmente, quase inexiste a necessária vigilância e fiscalização desses estabelecimentos, como observam Guerra *et al.*¹⁵, a não ser quando ocorrem escândalo ou alguma denúncia intensamente alardeada pela imprensa²⁰.

Wolf¹ apresenta em suas pesquisas revisão de estudos sobre a violência contra o idoso, demonstrando que há uma década, na época em 1997, os Estados Unidos ainda buscavam alguma forma de prevenir, identificar e cuidar da violência contra o idoso, situação que ainda é vista nas pesquisas atuais.

A autora apresenta os resultados de alguns estudos realizados na área de Boston, onde 32 de cada mil pessoas de 65 anos ou mais foram abusadas física ou verbalmente ou sofreram negligência. Em um estudo nacional no Canadá, em cada mil idosos, 40 sofreram algum tipo de violência física ou verbal e 25 por mil foram vítimas de exploração financeira. No Reino Unido, o procedimento utilizado incluía várias perguntas sobre abuso aplicadas a 2 mil adultos nos ônibus: pessoas com 60 anos ou mais foram questionadas se familiar ou parente as tinham assustado recentemente gritando, insultando ou falando asperamente (abuso verbal), se tinham empurrado, esbofeteado ou sido, de qualquer forma, agressivos com elas (abuso físico) ou levado dinheiro ou propriedade delas sem consentimento (abuso financeiro). A pesquisa apresentou taxa de 53,9 por idosos para abuso verbal e 15,2 por mil idosos tanto para abuso físico quanto abuso financeiro²¹.

Quanto à especificidade de gênero, estudos demonstram que, no interior da casa, as mulheres, proporcionalmente, são mais abusadas do que os homens; e ao contrário, na rua, eles são as vítimas preferenciais. De ambos os sexos, os idosos mais vulneráveis são os dependentes física ou mentalmente, em especial quando apresentam déficits cognitivos, alterações no sono, incontinência, dificuldades de locomoção, necessitando, assim, de cuidados intensivos em suas atividades da vida diária²².

Outro aspecto da violência contra idosos é ressaltado nas pesquisas de Philips²³ que atenta para a questão da violência contra as mulheres, em especial as que envelhecem e já sofreram violência doméstica e as que são idosas, mas cuidam de cônjuges ou familiares mais idosos e são, ou foram, agredidas por estes. Com esse estudo, a autora tenta demonstrar a importância desse cuidado, a vulnerabilidade da mulher em todas as faixas etárias, sua suscetibilidade para a violência e, principalmente, a complexidade do tema em questão de onde inicia a violência contra o idoso.

A questão da violência contra a mulher desde a idade jovem pode ser um dos motivos pelos quais as idosas

têm maiores riscos de ser agredidas. Há o fato de as mulheres viverem mais anos sim, porém, pesquisadores do mundo inteiro questionam sobre o fato de a mulher já ser agredida quando jovem e, então, manter essa dinâmica no envelhecimento. Tal situação preocupa quando se verifica a pesquisa de Schraiber *et al.*²⁴, que identificam 29% de 1.172 mulheres com idade entre 15 e 49 anos, em São Paulo, que sofreram violência física e sexual em seus lares, isto é, se uma em cada dez mulheres foi vítima de violência sexual pelo seu próprio parceiro, ratificam-se as hipóteses sobre o padrão de alta violência contra a mulher, mesmo antes de envelhecer, e que se mantém, cronicamente, no envelhecimento.

Além disso, do ponto de vista epidemiológico, a violência contra os idosos é fenômeno de notificação recente no mundo e no Brasil. A vitimização dos idosos, no entanto, é fenômeno cultural de raízes seculares e suas manifestações, facilmente reconhecidas, desde as mais antigas estatísticas epidemiológicas. Neste momento histórico, a quantidade crescente de idosos oferece clima de publicização e de politização das informações sobre maus-tratos e abusos de que são vítimas, tornando-as tema obrigatório da pauta de questões sociais. Pela primeira vez, em 1975, esse problema foi descrito em revistas científicas britânicas como espancamento de avós²⁵. No Brasil, a questão começou a ganhar visibilidade na década de 1990, depois que a preocupação com a qualidade de vida dos idosos entrou na agenda da saúde pública²⁶.

Barbosa²⁷ relaciona o entendimento da violência pelos profissionais de saúde com a questão de identificação das causas externas, referindo que esses profissionais só dimensionam a importância da violência ao deparar com a situação de mortalidade. Porém, no trato diário, há a dificuldade em reconhecer os sinais de possível violência que possibilitem a intervenção para a prevenção, antes de caso real estabelecido.

No entanto, as informações sobre morbidade provocada por causas violentas em idosos, no Brasil, ainda são pouco consistentes, fato observado também na literatura internacional que ressalta a subnotificação em todo o mundo. É preciso destacar que os únicos dados nacionais sobre o assunto correspondem, apenas, aos agravos que chegam aos hospitais do Sistema Único de Saúde (SUS). Esse é, também, problema internacional citado por alguns autores, como Chavez²⁸, que, ao realizar investigações com trabalho de campo e busca ativa, estimaram que cerca de 70% das lesões e dos traumas sofridos pelos velhos não comparecem às estatísticas. Considerando essa limitação, entende-se que as notificações existentes não permitem informações conclusivas sobre a magnitude da morbidade por violência, apenas ajudam a perceber a gravidade dos problemas e a observar onde devem ser realizados investimentos de preven-

ção e de cuidados por parte do sistema de saúde e das políticas sociais de proteção.

Por mais que impressione a magnitude dos números relativos aos 13.436 idosos mortos por violências e acidentes (cerca de 37 pessoas por dia) em 2000 e os 92.796 que foram internados por lesões e envenenamentos no mesmo período, a violência contra os idosos é muito mais intensa, muito mais disseminada e muito mais presente na sociedade brasileira que os referidos números revelam. Os registros de morte e de morbidade por causas externas se referem, exclusivamente, aos casos de lesões, traumas ou fatalidades que chegam aos serviços de saúde ou de segurança pública, constituindo-se, assim, a ponta do *iceberg* da cultura relacional de dominação, de conflitos intergeracionais ou de negligências familiares ou institucionais²⁹.

No Brasil, em especial a partir da década de 1980, as mortes por acidentes e por violências de qualquer natureza vêm aumentando proporcionalmente como causa de óbitos, inclusive entre os idosos³⁰. Entretanto, importa recordar que a repercussão da violência que se abate contra o idoso não se restringe ao óbito. O fenômeno vem sendo vivenciado sob várias formas, muitas dessas não fatais. Expressa-se como atos violentos sofridos no seio da família abandono em asilos, perda de direitos próprios ao exercício da cidadania, segregação por idade e, em última instância, ostracismo e exclusão social⁵.

As estimativas sobre abuso em idosos são difíceis de se obter por causa do caráter frequentemente velado do problema. Essa subnotificação associa-se, muitas vezes, à solidão, ao isolamento e à tendência dos indivíduos idosos a não relatarem suas adversidades em razão da relação de dominação estabelecida entre homens e mulheres, sendo designado para a mulher a condição de submissão, retratada em obediência, reprodução, fidelidade, cuidadora do lar e da educação dos filhos.

Os papéis destinados à mulher foram, ao longo dos anos, naturalizando-se, apresentando as mesmas características, de tal forma que nascer, viver e morrer em situação de submissão tem se configurado modo comum na maioria das sociedades. Com isso, a violência tem se manifestado na dimensão de desigualdade e tem se tornado ameaça permanente à vida por sua alusão à morte e ainda por se caracterizar pela passividade e silêncio da vítima. A violência familiar atualmente é considerada problema de saúde pública dos mais sérios e que precisa de mudança de comportamento na maneira de pensar e conduzir as relações entre as pessoas³¹.

Assim, a sociedade, ao destinar papéis de submissão e passividade para a mulher “[...], cria espaço para a dominação masculina, onde o processo de mutilação feminina é lento, gradual e considerado legítimo”³². Essa

naturalização da violência contra a mulher pode ser encontrada em pesquisas realizadas em países emergentes, mostrando que as mulheres, em sua maioria, compactuam com a ideia da disciplina exercida pelo homem, concordando, inclusive, com o uso da força física, caso seja necessário aplicá-la. Isso se traduz na obediência e submissão da mulher e na legitimação do direito do homem sobre ela⁶.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os atos de violência representam, para a saúde da mulher, carga negativa de tamanho semelhante ao vírus humano da imunodeficiência (HIV), às doenças cardiovasculares, aos cânceres e à tuberculose³³.

O Brasil é um dos países recordistas em violência contra o idoso, denominada também de maus-tratos e abusos. As consequências desses eventos nessa população são a depressão, a desesperança, a alienação, a desordem pós-traumática, os sentimentos de culpa e negação das ocorrências e as situações de maus-tratos³⁴.

Para as mulheres, as consequências dos agravos são marcadas pela baixa da autoestima, pelo medo, pelo isolamento social e até pela incorporação do sentimento de culpa. Surge, com maior frequência, o sentimento de temor que paralisa e a impede de buscar ajuda, como a atitude de minimizar a situação de violência em virtude de fatores, como medo, falta de informação e de consciência sobre o que constitui realmente a violência, e ainda pelo desejo de crer que o parceiro não é tão mau³⁵.

É muito importante, então, que se tenha consciência das dificuldades apresentadas pelas mulheres idosas quando precisam decidir a denunciar os maus-tratos que sofrem. Muitas, apesar de afirmarem conhecer, não têm, na verdade, a consciência da abrangência de seus direitos, outras não conseguem se aproximar da delegacia e muitas padecem do medo de denunciar aqueles que delas cuidam. Assim, como conduta típica, surge também o isolamento, por meio do qual a mulher se distancia das possíveis redes sociais de apoio, inclusive da sua própria família. Essa conduta aumenta a dependência e a limita para a possibilidade de ajuda; por fim, a internalização da culpa, na qual a mulher se sente responsável e merecedora de atos de agressão e os justifica referindo-se a falhas em seu comportamento. Atitudes como essas contribuem ainda mais para a baixa da autoestima produzida na convivência da violência pela mulher³⁵.

Perceber que está vivendo situação de violência pode ser difícil para algumas mulheres³⁶. Muitas acabam se enganando e fingindo que aquela violência toda não está realmente acontecendo. Faz parte da própria

situação de violência que a mulher interiorize opiniões do companheiro sobre si, reforçando, ainda mais, sua baixa autoestima, agravando a situação. Outras não só interiorizam as opiniões do companheiro como absorvem desejos e vontades que a ele pertencem, anulando os seus. Quando chega nesse ponto, ela e o companheiro são um só³⁷.

Hoje, em todo o mundo e também no Brasil, os idosos continuam a mostrar seus anseios de viver saudavelmente, de contribuir com a sociedade, de participar ativamente nas esferas políticas, econômicas e culturais e de defender seus direitos, exigindo reconhecimento, proteção e espaço de atuação^{20,37,38}.

As implicações da violência e dos maus-tratos na saúde da mulher ganham magnitude à medida que, pelas pesquisas, os atos de agressão começam a sair da invisibilidade. A dificuldade de visualização dos agravos à saúde da mulher passa por alguns fatores, como a violência ocorrer em âmbito privado e por constituir-se em medo e vergonha, o que impede a mulher de torná-la pública e silenciá-la.

Diante dessa realidade, identifica-se a necessidade de mobilização urgente, que passa por reforma educativa, em especial por parte do governo, sociedade, mídia e profissionais da área da saúde e família, no intuito de reavaliar posições, conceitos e metas, a fim de proteger a identidade do idoso, não o submetendo a situações de agressão, seja física, emocional ou financeira³⁴.

REFERÊNCIAS

1. Siqueira RL, Botelho MIV, Coelho FMG. A velhice: algumas considerações teóricas e conceituais. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2002;7(4) [acesso em 2008 May 6]. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php>.
2. Goldani AM. Mulheres e envelhecimento: desafios para os novos contratos intergeracionais e de gêneros. In: Camarano AA, organizador. *Muito além dos 60: os novos idosos brasileiros*. Rio de Janeiro: Ipea; 1999. p. 75-114.
3. ROCHA LMLN. *Casas-abrigo: no enfrentamento da violência de gênero*. São Paulo: Veras Editora; 2007.
4. Papaléo Netto M. O estudo da velhice no século XX: histórico, definição do campo e termos básicos. In: Freitas EV, et al. *Tratado de geriatria e gerontologia*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006. p. 2-12.
5. Queiroz ZPV. Violência contra a velhice: considerações preliminares sobre uma nova questão social. *Mundo Saúde*. 1997;21:204-7.
6. Organização Mundial da Saúde (OMS). *Relatório mundial sobre violência e saúde*. Brasília: OMS/OPAS; 2002.
7. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil: 2000*. Rio de Janeiro: IBGE; 2002.
8. Camarano AA. Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica. In: Freitas EV, et al. *Tratado de geriatria e gerontologia*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006. p. 88-105.

9. Lima CA, et al. *Violência faz mal à saúde*. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
10. Machado L, Queiroz ZV. Negligência e maus-tratos. In: Freitas EV, et al. *Tratado de geriatria e gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006.
11. Brasil. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado; 1988 [acesso em 2008 July 30]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm.
12. Brasil. Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 5 jan 1994; Seção 1.
13. Malagutti AO. Delegacia do idoso no âmbito da segurança pública. Consultoria Legislativa da Câmara dos Deputados, Segurança e Defesa Nacional, nota técnica. Brasília; 2000. 20p.
14. Minayo MCS, Coimbra Jr CE, organizadores. *Antropologia, saúde e envelhecimento*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002.
15. Guerra HL, et al. A morte de idosos na Clínica Santa Genoveva, Rio de Janeiro: um excesso de mortalidade que o sistema público de saúde poderia ter evitado. *Cad Saúde Pública*. 2000;16(2):545-51.
16. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 737, de 16 de maio de 2001. Política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violências. *Diário Oficial da União*. 18 maio 2001; Seção 1E.
17. Ramos LR. Envelhecimento populacional: um desafio para o envelhecimento em saúde. In: *Anais do Workshop on social and gender inequalities in health among the elderly in Brazil*; 2002; Ouro Preto, BR. Ouro Preto, MG; 2002.
18. Instituto Brasileiro de Ciências Criminais (IBCCRIM). Núcleo de Pesquisa. O idoso em perigo [acesso em 2004 Feb 8]. Disponível em: <http://www.ibccrim.com.br/pesquisa>.
19. Silva JE. Disputa por bens gera violência a idoso. *A Notícia*, Joinville, 12 set. 2000 [acesso em 2004 Feb 5]. Disponível em: <http://an.uol.com.br/2000/set/12/Opai.htm>.
20. Souza ER, et al. O idoso sob o olhar do outro. In: Minayo MCS, Coimbra Jr CEA, organizadores. *Antropologia, saúde e envelhecimento*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002. p. 191-209.
21. Wolf RS. Elder abuse and neglect: an update. *Rev Clin Gerontol*. 1997;7:177-82.
22. Wolf RS. Maltrato en ancianos. In: Anzola-Perez E, organizador. *Atención de los ancianos: un desafío para los noventa*. Washington, DC: Pan American Health Organization; 1995. p. 35-42.
23. Philips LR. Domestic violence and aging women. *Geriatr Nurs*. 2000;21(4):188-95.
24. Schraiber LB, D'Oliveira AF, França Jr I, Diniz CSG, Portela AP, Ludermiter AB, et al. WHO Multi Country Study on Women's Health and Domestic Violence against Women. Final Report. Brazil. São Paulo: FMUSP; 2002.
25. Baker AA. Granny-battering. *Modern Geriatrics*. 1975;5:20-4.
26. Veras RP. País jovem com cabelos brancos: a saúde do idoso no Brasil. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; 1994.
27. Barbosa RM. As múltiplas faces da violência. O atendimento nos serviços de saúde. In: IX Congresso Paulista de Saúde Pública – Saúde e Desenvolvimento, 22-26 out 2005, Santos, SP.
28. Chavez N. Violence Against Elderly. 14 April 2002 [acesso em 2008 Apr 15]. Disponível em: <http://www.health.org/referrals/resgudes.asp.2002>.
29. Minayo MCS, Souza ER. Violência contra idosos: é possível prevenir. In: Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Impacto da violência na saúde dos brasileiros*. Brasília, DF; 2005.
30. Drumond Jr M, Lira MMTA, Freitas M, Nitrini TMV, Shibao K. Avaliação da qualidade das informações de mortalidade por acidentes não especificados e eventos com intenção indeterminada. *Rev Saúde Pública*. 1999;33:273-80.
31. Waidman MAP, Decesaro MN, Marcon SS. Convivendo com a violência familiar. In: Luz AMH, Mancia JR, Motta MGC, organizadores. *As amarras da violência: a família, as instituições e a enfermagem*. Brasília, DF: ABEN; 2004.
32. Grossi PK. Violência contra a mulher: implicações para os profissionais de saúde. In: Lopes MJM, Meyer DE, Waldow VR, organizadores. *Gênero e saúde*. Rio de Janeiro: Artes Médicas; 1996.
33. Camargo M. Violência e saúde: ampliando políticas públicas. *Rede Saúde*. 2000;(22):6-8.
34. Elsner VR, Pavan F, Guedes JM. Violência contra o idoso: ignorar ou atuar? *RBCEH*, 2007;4(2):46-54.
35. Larrain SY, Rodríguez T. Los orígenes y el control de la violencia doméstica en contra de la mujer. In: *Organización Pan-americana de la Saude. Género, mujer y salud en las América*. Washington: Ed. Elsa Gómez Gómez/OPS; 1993.
36. Verardo MT, Diniz NMF, Lopes RLM, Gesteira SMA, Alves SLBA, Gomes PG. Estudio sobre salud de las mujeres y violencia doméstica [acesso 2004 Oct 22]. Disponível em: http://www.mulheres.org.br/violencia/documentos/violenciano_relacionamento_amoroso.pdf.
37. Uchoa E, et al. Envelhecimento e saúde: experiência e construção cultural. In: Minayo MCS, Coimbra Jr CE, organizadores. *Antropologia, saúde e envelhecimento*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002. p. 25-36.
38. Motta AB. Envelhecimento e sentimento do corpo. In: Minayo MCS, Coimbra Jr CE, organizadores. *Antropologia, saúde e envelhecimento*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002.

AGENDA DE EVENTOS

Esta seção da revista está aberta para a divulgação de eventos nacionais e internacionais. O material pode ser enviado ao coordenador Alexandre Costa, na Segmento Farma Editores, Rua Anseriz, 27, Campo Belo – 04618-050 – Campo Belo, São Paulo – SP, ou por e-mail: alexandre@segmentofarma.com.br

2009

19th IAGG World Congress of Gerontology and Geriatrics

Data: 5 a 9 de julho de 2009

Local: Paris, França

Informações: www.gerontologyparis2009.com

X Jornada Bahiana de Geriatria e Gerontologia

Data: 4 a 6 de julho de 2009

Local: Salvador – BA

Informações: (71) 3245-3093

Simpósio Sul-Americano de Geriatria e Gerontologia

Data: 30 de julho a 1 de agosto de 2009

Local: Hotel Sheraton – Porto Alegre – RS

Informações: www.ccmeventos.com.br/sbggrs

III Congreso Iberoamericano de Universidades para Todas las Edades

Data: 5 a 7 de agosto de 2009

Local: San José, Costa Rica.

Informações: congresopam2009@gmail.com // congresopam2009@ucr.ac.cr

X Simpósio Anual do SGHC-FMUSP

XXVII Curso de Atualização em Geriatria e Gerontologia

VI Encontro para o Envelhecimento Saudável

Data: 18 e 19 de setembro de 2009

Local: Centro de Convenções Rebouças – São Paulo – SP

Informações: www.convencoesreboucas.com.br

V Congresso de Geriatria e Gerontologia de Minas Gerais

Data: 23 a 26 de setembro de 2009

Local: Grande Hotel de Araxá, Araxá – MG

Informações: sbgmg@agenciaoliva.com.br

VI Sul-Brasileiro de Geriatria e Gerontologia

Data: 1 a 3 de outubro de 2009

Local: Florianópolis – SC

Informações: (48) 3322-1021/8428-2421

marion@oceanoeventos.com.br

V Congresso Centro-Oeste de Geriatria e Gerontologia III Jornada de Geriatria e Gerontologia do Distrito Federal

Data: 22 a 24 de outubro de 2009

Local: Brasília – DF

Informações: (61) 3322-2626/3322-4512

aeceventos@aeceventos.com.br // www.aeceventos.com.br

XXV Congresso Mundial de Prevenção do Suicídio

Data: 27 a 31 de outubro de 2009

Local: Montevidéu, Uruguai

Informações: <http://www.iasp2009.org/>

V Congresso de Geriatria e Gerontologia do Estado do Rio de Janeiro – GeriatRio

Data: 29 a 31 de outubro de 2009

Local: Rio de Janeiro – RJ

Informações: (21) 2235-0038

<http://www.sbggrj.org.br/sbggrj@sbggrj.org.br>

XXVII Congresso Brasileiro de Psiquiatria

Data: 4 a 7 de novembro de 2009

Local: Transamérica Expo – São Paulo – SP

Informações: <http://www.transamericaexpo.com.br/>