

*MULTIMORBIDADE EM IDOSOS
DE UMA COMUNIDADE DE VITÓRIA-ES:
PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS*

Gracielle Pampolim¹
Isabelle Gadiolli Verzola²
Glenda Pereira Lima Oliveira³
Alessandra Miranda Ferres⁴
Lilian Louise Dias⁵
Luciana Carrupt Machado Sogame⁶

1 Graduada em Fisioterapia. Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Espírito Santo. Docente da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória. E-mail: graciellepampolim@hotmail.com.

2 Graduanda de Fisioterapia da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória. E-mail: isabelleverzola@hotmail.com.

3 Graduanda de Medicina da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória. E-mail: gploglenda03@gmail.com.

4 Graduanda de Fisioterapia da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória. E-mail: alessandra.mferres@hotmail.com.

5 Graduanda de Fisioterapia da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória. E-mail: lilianldias@hotmail.com.

6 Graduada em Fisioterapia. Doutora em Ciências pela Universidade Federal de São Paulo. Docente da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória. E-mail: luciana.sogame@emescam.br.

resumo

Introdução: multimorbidade é uma condição frequente entre os idosos e pode ser caracterizada pela presença de duas ou mais doenças crônicas simultaneamente no indivíduo. Os fatores relacionados tangem às áreas socioeconômica e ambiental, além da relação com o processo de envelhecimento e os hábitos de vida. Objetivo: verificar a prevalência e analisar os fatores associados à multimorbidade em idosos de uma comunidade. Métodos: configura-se como um estudo observacional transversal quantitativo e possui amostragem composta por 241 idosos com idade ≥ 60 anos. Para este estudo foi considerada a variável multimorbidade (sim/não), a partir do diagnóstico ≥ 2 morbidades e as variáveis independentes foram as características sociodemográficas, de saúde e hábitos de vida. Realizou-se análises de forma descritiva e inferencial mediante ao teste Qui-quadrado de *Pearson* e o cálculo da Razão de Prevalência para as variáveis com significância estatística de $p < 0,05$. Resultados: a prevalência de multimorbidade foi de 64,7% e as variáveis que se mostraram significativamente associadas à multimorbidade foram: idade ≥ 75 anos, sexo feminino, ser restrito ao lar, não apresentar hábitos alcoólicos, não praticar atividade físicas, polifarmácia, sintomas depressivos, incapacidade para as atividades básicas e instrumentais de vida diária e percepção inferior da qualidade de vida. Conclusão: apresentando-se em mais da metade da população estudada, a multimorbidade associou-se a diversas variáveis, modificáveis e não modificáveis, sendo possível perceber, na prática de atividades físicas, no estilo de vida saudável e no acompanhamento da saúde, uma minimização de sintomas incapacitantes e melhora da qualidade de vida, contribuindo para a saúde física e mental.

palavras-chave

Idoso. Multimorbidade. Doença Crônica. Envelhecimento. Atenção Primária à Saúde.

1 Introdução

A ocorrência de doenças crônicas não transmissíveis está comumente associada ao envelhecimento da população, sendo as principais delas os distúrbios metabólicos e as doenças cardiovasculares, musculoesqueléticas

e neurológicas (GUISADO-CLAVERO *et al.*, 2018). Estes agravos resultam em mudanças no estilo de vida dos indivíduos, tornando-os, muitas vezes, mais frágeis e, conseqüentemente, mais vulneráveis a desenvolver diversas morbidades simultaneamente (LEBRASSEUR; TCHKONIA; KIRKLAND, 2015).

A multimorbidade é caracterizada pela presença de duas ou mais doenças crônicas e é manifestada em dois a cada três indivíduos idosos (NUNES *et al.*, 2018; YARNALL *et al.*, 2017). Segundo estudos, a multimorbidade está relacionada com sexo feminino, baixo nível socioeconômico (NUNES *et al.*, 2018), polifarmácia, fragilidade (YARNALL *et al.*, 2017), sintomas depressivos, esquecimentos (GHOSE; RAZAK, 2017), tabagismo, exaustão e sedentarismo (ROBERTS *et al.*, 2015), além de ser frequentemente encontrada em idosos que residem nas comunidades assistidas pelos serviços de saúde, como a Estratégia de Saúde da Família (NUNES *et al.*, 2018).

Outras características que podem influenciar a ocorrência de multimorbidade são as condições genéticas, os hábitos de vida, os fatores ambientais (estresse, tabagismo, desemprego e pouca prática de atividade física), as condições preexistentes (como a fragilidade, a demência e a polifarmácia) e/ou o próprio envelhecimento, que estabelece uma população idosa diversificada, sendo necessário adequar a gestão dos atendimentos de saúde a essa população (BELL; SARAF, 2016; YARNALL *et al.*, 2017; ROBERTS *et al.*, 2015).

Uma revisão sistemática realizada recentemente, que analisou estudos de todos os continentes, mostrou que a prevalência global da multimorbidade é de 33,1% e que este número aumenta consideravelmente à medida que a população envelhece, passando de 50% em indivíduos com mais de 60 anos (NGUYEN *et al.*, 2019) e acometendo mais de 70% dos indivíduos com idade maior ou igual a 75 anos. (BELL; SARAF, 2016). Todavia, vale ressaltar que existe uma importante incoerência entre as prevalências encontradas na literatura (NGUYEN *et al.*, 2019), mostrando o quanto essa temática ainda carece de aprofundamento.

Vale destacar que a combinação de comorbidades em homens está relacionada com câncer, doenças cardiovasculares e fatores de risco cardiovascular (diabetes mellitus, dislipidemia e hipertensão), enquanto nas mulheres há o predomínio de artrite e depressão (BELL; SARAF, 2016).

Por conseguinte, a multimorbidade pode elevar o risco de mortalidade para algumas combinações específicas de certas doenças, como fibrilação atrial junto com doença renal crônica e com deficiência visual ou hipertensão arterial associada à doença renal crônica e ao câncer. Esse fato contribui para entender a necessidade da abordagem integral e interprofissional às multimorbidades na

prática clínica, evitando, assim, o tratamento individual dessas enfermidades por profissionais de diferentes áreas e sem comunicação (FERREER *et al.*, 2017).

Neste contexto, incoerências na prevalência e fatores associados a multimorbidades podem levar ao superestimado custo no âmbito da saúde, afetando a distribuição de recursos, bem como as internações hospitalares e a carga total de doenças. Tudo isso pode culminar com o comprometimento de ações intervencionistas na saúde da pessoa idosa, gerando grandes danos. Desde modo, este estudo tem por objetivo verificar a prevalência e analisar os fatores associados à multimorbidade em idosos de uma comunidade.

2 Método

Procedeu-se um estudo observacional transversal, de caráter quantitativo que contou com uma amostra de 241 idosos com idade igual ou maior que 60 anos, residentes no bairro estudado, assistidos por uma Unidade de Saúde da Família (USF). O cálculo amostral probabilístico foi realizado para diferentes prevalências, com base no número total de idosos registrados na USF em 2018 e teve uma margem de erro de 0,05, estimativa proporcional de 0,5 e acréscimo de 30% para cobrir eventuais perdas. A amostragem se deu de forma aleatória simples, na qual os idosos foram ordenados alfabeticamente, conforme a microárea, e foram selecionados dois em cada três idosos.

Foram incluídos no estudo, após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, os indivíduos que possuíam idade superior ou equivalente a 60 anos, adscritos ao território da USF estudada. Foram excluídos os idosos que não dispuseram de condições para responder aos questionamentos ou que possuíam cuidador inapto, impossibilidade de acesso por negação ou limitação da família, e os casos de óbito e/ou migração durante a realização do estudo.

As avaliações e entrevistas foram realizadas por pesquisadoras previamente treinadas para tal, na residência dos idosos e em horários agendados. A variável dependente foi a multimorbidade (sim/não), considerada a partir do diagnóstico médico de duas ou mais morbidades relatadas pelo idoso; e as variáveis independentes foram: características sociodemográficas e hábitos de vida (faixa etária, sexo, etnia, situação conjugal, escolaridade, restrição ao lar (não sai de casa sozinho), hábitos alcoólicos e tabágicos, prática de atividade física), e características de saúde (presença de polifarmácia, autoavaliação de saúde, sintomas depressivos, incapacidade para realização de atividades básicas e instrumentais de vida diária, risco de quedas e percepção de qualidade de vida).

A polifarmácia foi avaliada a partir do questionamento: “Quantos medicamentos o(a) senhor(a) utiliza por dia?”. Para isto foi classificado o uso de polifarmácia quando o consumo diário era de cinco ou mais medicamentos (CAVALCANTI *et al.*, 2017). Os sintomas depressivos foram aferidos através da Escala de Depressão Geriátrica (EDG-15), instrumento muito empregado na literatura e que garante clareza e objetividade para avaliação de sintomas depressivos em idosos. O ponto de corte 5/6 define, respectivamente, ausência/ presença de sintomas depressivos (ALMEIDA, O.; ALMEIDA, S., 1999).

Para avaliação funcional dos idosos, foram adotadas duas escalas amplamente utilizadas na literatura, o Índice de Katz e a Escala de Lawton e Brody, que avaliam, respectivamente, a incapacidade dos idosos para realizar atividades básicas (tomar banho, vestir-se, ir ao banheiro, transferir-se, manter a continência e alimentar-se) e instrumentais (usar o telefone, fazer compras, preparar refeições, usar transporte, e outros) de vida diária (ROEDL; WILSON; FINE, 2016). Foi considerado dependente o idoso que relatou incapacidade para realizar uma ou mais das tarefas avaliadas em cada escala.

A avaliação do risco de quedas foi realizada através da Escala de Tinetti, que avalia o equilíbrio e a marcha da população idosa. Sua pontuação varia de 0 a 28 pontos, sendo adotado como ponto de corte o valor igual a 24 ou menos para indicar presença de moderado a alto risco de quedas (KARUKA; SILVA; NAVEGA, 2011).

Para verificar a qualidade de vida dos idosos foi utilizado o Questionário de Avaliação de Qualidade de Vida (SF-36), que compreende 36 itens divididos em oito domínios, sendo eles aspectos sociais, emocionais e físicos, capacidade funcional, saúde mental, dor, vitalidade e estado geral de saúde (CARDOSO; GONÇALVES, 2016). A pontuação varia de 0 a 100 e, para este estudo, as pontuações superiores a 75 foram consideradas indicativo de percepção positiva da qualidade de vida. Este ponto de corte foi adotado a partir da divisão do escore total em quartis e o 3º quartil, equivalente a pontuação 75 ou mais, foi adotada como indicativo de percepção positiva da qualidade de vida.

As análises foram realizadas de forma descritiva e inferencial mediante ao teste Qui-quadrado de Pearson, considerando nível de significância de 0,05 e Intervalo de Confiança de 95%. O cálculo da Razão de Prevalência foi aplicado para as variáveis associadas à presença de multimorbidade com significância estatística de $p < 0,05$.

O presente estudo foi exposto e admitido pelo Comitê de Ética em Pesquisa, cumprindo as etapas e as normas determinadas nas Diretrizes de Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, conforme a resolução 466/12.

3 Resultados

Ao investigar a prevalência de multimorbidade verificou-se que dos 241 idosos participantes do estudo, 156 apresentaram o agravo (P: 64,7%; IC95%: 58,5 – 71,0). No tocante ao perfil da população estudada, este consistiu-se majoritariamente por idosos jovens, do sexo feminino, negros ou pardos, de baixa escolaridade, com companheiro, sem restrição ao convívio social, sem hábitos alcoólicos ou tabágicos e que não praticam atividade física. Com relação às condições de saúde, em sua maioria, os idosos não apresentavam polifarmácia, nem sintomas depressivos, possuíam incapacidades para as atividades básicas ou instrumentais de vida diária e, também, risco de quedas. Além disso, autoavaliaram sua saúde como positiva e a qualidade de vida de forma negativa (Tabela 1).

Tabela 1 – Caracterização dos idosos de acordo com variáveis sociodemográficas, hábitos de vida e condições de saúde

Variáveis	Amostra total n = 241		IC 95%
	n	(%)	
Faixa Etária			
60 a 74 anos	174	(72,2)	66,4 – 78,0
75 anos ou mais	67	(27,8)	22,0 – 33,6
Sexo			
Masculino	93	(38,6)	32,4 – 44,4
Feminino	148	(61,4)	55,6 – 67,6
Etnia			
Branco (a)	62	(25,7)	20,3 – 30,7
Negro (a)/ Pardo (a)	179	(74,3)	69,3 – 79,7
Escolaridade			
0 a 4 anos de estudo	140	(58,1)	51,9 – 63,9
5 anos ou mais de estudo	101	(41,9)	36,1 – 48,1
Situação conjugal			
Com companheiro	146	(60,6)	54,4 – 66,8
Sem companheiro	95	(39,4)	33,2 – 45,6

Variáveis	Amostra total n = 241		IC 95%
	n	(%)	
Restrito ao lar*			
Sim	48	(20,0)	15,0 – 25,4
Não	192	(80,0)	74,6 – 85,0
Hábitos alcoólicos*			
Sim	53	(22,1)	17,1 – 27,5
Não	187	(77,9)	72,5 – 82,9
Hábitos tabágicos*			
Sim	31	(13,0)	8,8 – 17,2
Não	207	(87,0)	82,8 – 91,2
Atividade física*			
Sim	78	(32,5)	26,7 – 38,7
Não	162	(67,5)	61,3 – 73,3
Multimorbidade			
Sim	156	(64,7)	58,5 – 71,0
Não	85	(35,3)	29,8 – 41,9
Polifarmácia			
Sim	86	(35,7)	30,3 – 41,5
Não	155	(64,3)	58,5 – 69,7
Autoavaliação de saúde			
Positiva	129	(53,5)	47,3 – 59,3
Negativa	112	(46,5)	40,7 – 52,7
Sintomas depressivos			
Sim	59	(24,5)	18,7 – 29,9
Não	182	(75,5)	70,1 – 81,3
Incapacidade para ABVD			
Sim	83	(34,4)	28,2 – 40,2
Não	158	(65,6)	59,8 – 71,8

Variáveis	Amostra total n = 241		IC 95%
	n	(%)	
Incapacidade para AIVD			
Sim	82	(34,0)	27,0 – 40,2
Não	159	(66,0)	59,8 – 73,0
Risco de Quedas			
Sim	119	(49,4)	43,2 – 56,0
Não	122	(50,6)	44,0 – 56,8
Qualidade de vida*			
Positiva	73	(42,7)	34,5 – 50,3
Negativa	98	(57,3)	49,7 – 65,5

Fonte: Elaborada pelas autoras.

Legenda: ABVD – Atividades básicas de vida diária; AIVD – Atividades instrumentais de vida diária. Os totais das variáveis indicadas por (*) não somam 241 idosos em razão da incompletude do banco de dados.

A tabela 2 apresenta a distribuição das prevalências das características sociodemográficas e hábitos de vida em relação à multimorbidade, que se mostrou associada à faixa etária, sexo, restrição ao lar, ausência de hábitos alcoólicos e não realização da prática de atividades físicas ($p < 0,05$).

Tabela 2 – Distribuição das prevalências de características sociodemográficas e hábitos de vida de idosos, segundo presença e ausência de multimorbidade

Variáveis	Ausência de Multimorbidade n = 85		Presença de Multimorbidade n = 156		p-valor
	n	(%)	n	(%)	
Faixa Etária					
60 a 74 anos	69	(39,7)	105	(60,3)	0,024
75 anos ou mais	16	(23,9)	51	(76,1)	

Variáveis	Ausência de Multimorbidade n = 85		Presença de Multimorbidade n = 156		p-valor
	n	(%)	n	(%)	
Sexo					
Masculino	42	(45,2)	51	(54,8)	0,013
Feminino	43	(29,1)	105	(70,9)	
Etnia					
Branco (a)	28	(42,5)	34	(54,8)	0,065
Negro (a)/Pardo (a)	57	(31,8)	122	(68,2)	
Situação Conjugal					
Com companheiro (a)	50	(34,2)	96	(65,8)	0,789
Sem companheiro (a)	35	(36,8)	60	(63,2)	
Escolaridade					
0 a 4 anos de estudo	55	(39,3)	85	(60,7)	0,135
5 anos ou mais de estudo	30	(29,7)	71	(70,3)	
Restrito ao lar					
Sim	11	(22,9)	37	(77,1)	0,043
Não	74	(38,5)	118	(61,5)	
Hábitos alcoólicos					
Sim	26	(49,1)	27	(50,9)	0,015
Não	58	(31,0)	129	(69,0)	
Hábitos tabágicos*					
Sim	15	(48,6)	16	(51,6)	0,102
Não	69	(33,2)	138	(66,7)	
Atividade física*					
Sim	38	(48,7)	40	(51,3)	0,002
Não	46	(28,4)	116	(71,6)	

Fonte: Elaborada pelas autoras.

Legenda: os totais das variáveis indicadas por (*) não somam 241 idosos em razão da incompletude do banco de dados.

Das condições de saúde estudadas, a prática da polifarmácia, a presença de sintomas depressivos, a incapacidade para atividades básicas e instrumentais de vida e a qualidade de vida negativa estiveram associadas ao desfecho de multimorbidade (Tabela 3).

Tabela 3 – Distribuição das prevalências das condições de saúde de idosos, segundo presença e ausência de multimorbidade

Variáveis	Ausência de Multimorbidade n = 85		Presença de Multimorbidade n = 156		p-valor
	n	(%)	n	(%)	
Polifarmácia					
Sim	12	(14,0)	74	(86,0)	< 0,001
Não	73	(47,1)	82	(52,9)	
Autoavaliação de saúde					
Positiva	47	(36,4)	82	(63,6)	0,685
Negativa	38	(33,9)	74	(66,1)	
Sintomas depressivos					
Sim	13	(22,0)	46	(78,0)	0,014
Não	72	(39,6)	110	(60,4)	
Incapacidade para ABVD					
Sim	17	(20,5)	66	(79,5)	< 0,001
Não	68	(43,0)	90	(57,0)	
Incapacidade para AIVD					
Sim	20	(24,4)	62	(75,6)	0,011
Não	65	(40,9)	94	(59,1)	
Risco de Quedas					
Sim	36	(30,3)	83	(69,7)	0,107
Não	49	(40,2)	73	(59,8)	

Variáveis	Ausência de Multimorbidade n = 85		Presença de Multimorbidade n = 156		p-valor
	n	(%)	n	(%)	
Qualidade de Vida*					
Positiva	35	(47,9)	38	(52,1)	0,006
Negativa	27	(27,6)	71	(72,4)	

Fonte: Elaborada pelas autoras.

Legenda: ABVD – Atividades básicas de vida diária; AIVD – Atividades instrumentais de vida diária. O total da variável indicada por (*) não soma 241 idosos em razão da incompletude do banco de dados.

Quanto à regressão linear simples, os resultados mostraram uma associação entre as variáveis sexo feminino, presença de polifarmácia, incapacidade para as atividades básicas de vida diária, percepção negativa da qualidade de vida nos idosos estudados (Tabela 4).

Tabela 4 – Razão de prevalência de multimorbidade em idosos, segundo características sociodemográficas, hábitos de vida e condições de saúde

Variáveis Independentes	RP	IC 95%	p-valor
75 anos ou mais	2,1	1,11 – 3,96	0,024
Sexo feminino	2,0	1,17 – 3,45	0,013
Ser restrito ao lar	1,3	1,04 – 1,52	0,043
Não apresentar hábitos alcoólicos	1,3	1,02 – 1,79	0,015
Não praticar atividades físicas	1,4	1,10 – 1,77	0,002
Presença de polifarmácia	5,5	2,80 – 9,91	< 0,001
Presença de sintomas depressivos	2,3	1,17 – 4,58	0,014
Incapacidade para as ABVD	2,9	1,58 – 5,45	< 0,001
Incapacidade para as AIVD	2,1	1,18 – 3,88	0,011
Percepção negativa da qualidade de vida	1,4	1,08 – 1,79	0,006

Fonte: Elaborada pelas autoras.

Legenda: ABVD – Atividades básicas de vida diária; AIVD – Atividades instrumentais de vida diária; RP – Razão de Prevalência; IC – Intervalo de Confiança.

Os resultados encontrados mostram prevalência de multimorbidade igual a 64,7%, em especial nos idosos com idade mais avançada, similar ao encontrado em estudos nacionais e estrangeiros (NUNES *et al.*, 2018; AMARAL *et al.*, 2018; SINNIGE *et al.*, 2015; BANJARE; PRADHAN, 2014). Esse dado pode ser explicado através da relação entre o envelhecimento e a manifestação de doenças crônicas, uma vez que, a senescência e a senilidade trazem consigo condições fisiológicas e patológicas, principalmente relacionadas ao sistema cardiovascular (hipertensão e insuficiência cardíaca) e ao sistema endócrino-metabólico (dislipidemias e diabetes mellitus) (NUNES *et al.*, 2018; SINNIGE *et al.*, 2015).

Com relação ao gênero, pessoas idosas do sexo feminino mostraram-se mais frequentes no grupo com multimorbidade, corroborando com os achados da literatura (NGUYEN *et al.*, 2019; NUNES *et al.*, 2018), e assim podendo evidenciar que a mulher, tendo maior expectativa de vida que o homem, pode dispor de doenças crônicas em um tempo mais prolongado de convivência. Além disso, as mulheres realizam maior procura pelos serviços de saúde e, assim, possuem mais chances de diagnóstico de doenças, aumentando a prevalência da multimorbidade (THUM *et al.*, 2019).

Idosos considerados restritos ao lar também apresentaram associação com a presença de multimorbidade, similar ao apontado pela literatura que também mostra associação positiva (SOONES *et al.*, 2017). O isolamento social, consequência gerada pela restrição, pode ser relacionado com o aparecimento de sintomas depressivos, ansiedade e humor debilitado, além de afetar a saúde física. Dessa forma, a restrição ao lar é caracterizada pela dependência e conseguinte diminuição da autonomia, sendo necessário ofertar atividades que concedam aos idosos a oportunidade de socialização com a comunidade para promover mudanças positivas na autoconfiança e bem-estar deste estrato populacional (MOFFATT *et al.*, 2017).

Outro fator que pode influenciar na ocorrência de multimorbidade entre idosos é o hábito não alcoólico, como o encontrado por Nunes *et al.* (2018), ao identificar que o consumo de álcool, uma vez ao mês ou mais, mostrou-se associado à menor presença de multimorbidade (NUNES *et al.*, 2018). Uma possível explicação é que o idoso com multimorbidade frequentemente está em uso polifarmácia, o que faz com que ele tenha que restringir o consumo de bebidas alcoólicas para evitar o mau funcionamento da medicação ou o aparecimento de reações adversas indesejadas (MOORE; WHITEMAN; WARD, 2007).

Um ponto positivo do presente estudo foi trazer a associação entre a falta da atividade física e a presença de multimorbidade, visto que os estudos costumam associar hábitos de vida, mas sem mencionar essa variável (MINI; THANKAPPAN, 2017; BANJARE; PRADHAN, 2014). No entanto, um estudo brasileiro trouxe a mesma associação e apresentou, como justificativa, que a falta desse hábito entre a população contribui para o surgimento das doenças crônicas nos idosos e, devido a isso, pode gerar situações de incapacidade física, limitando a realização de exercícios (MELO; LIMA, 2020).

Em relação às condições de saúde, os sintomas depressivos foram mais recorrentes em idosos com multimorbidade, ele foi encontrado em um estudo nacional, onde mostrou que indivíduos com multimorbidades apresentaram 2,66 vezes mais chances de ter depressão (AMARAL *et al.*, 2018). A explicação para essa associação pode ter etiologia bidirecional, isto é, a depressão pode surgir a partir das comorbidades e limitações que ela provoca, como incapacidade física, mental e dores contínuas; as doenças crônicas comuns na pessoa idosa podem precipitar o aparecimento dos transtornos depressivos (DUARTE; REGO, 2007).

Desse modo, é necessária uma atenção redobrada para esses pacientes, pois tais fatores aumentam o risco de mortalidade. Dessa forma, os sintomas depressivos na pessoa idosa devem ser tratados com cuidado pelos profissionais de saúde (GALLO *et al.*, 2016), que comumente percebem tais sinais como inerentes ao processo de envelhecimento.

Idosos com multimorbidade apresentaram uma maior prevalência de incapacidade para a realização das ABVD e AIVD. Tal achado se assemelha ao encontrado por Ćwirlej-Sozańska *et al.* (2019), no qual identificaram que os problemas com as atividades básicas e instrumentais são significativamente mais presentes nos indivíduos com doenças crônicas. Em vista disso, pesquisadores explicam que as síndromes geriátricas podem levar a um declínio funcional do indivíduo, contribuindo com o isolamento social e o aumento da fragilidade da pessoa idosa (ĆWIRLEJ-SOZAŃSKA *et al.*, 2019; LEME *et al.*, 2019).

Do mesmo modo, Marengoni, Angleman e Fratiglioni (2011), mostraram que a prevalência de incapacidade foi de cinco vezes mais para os idosos que obtinham de duas a três doenças e de seis vezes para aqueles que possuíam ao menos quatro doenças. Eles também categorizaram os tipos de doenças que possuem relação com a diminuição da funcionalidade, sendo que doenças mentais, cerebrovasculares, neurossensoriais e cardiovasculares foram as principais. Deste modo, as incapacidades, aumentadas na presença de multimorbidades, se mostram como obstáculo para a pessoa idosa se adequar às necessidades

de saúde, podendo afetar sobremaneira a qualidade de vida, bem como a vida social destes indivíduos (MARENGONI; ANGLEMAN; FRATIGLIONI, 2011).

No que concerne à qualidade de vida, foi constatado que a percepção negativa em relação a esta esteve associada à presença de multimorbidade. Um estudo realizado no norte do país, mostrou que uma probabilidade significativa de idosos com percepção negativa de saúde apresentam multimorbidade (AMARAL *et al.*, 2018). Essa percepção negativa, pode estar relacionada ainda aos hábitos de vida, às condições socioeconômicas e às questões culturais e identitárias, visto que possivelmente exercem um papel importante no modo que o indivíduo qualifica sua saúde e bem-estar (AMARAL *et al.*, 2018).

O presente estudo aponta achados importantes e que precisam ser levados em consideração na gestão do cuidado à pessoa idosa. Todavia, possíveis limitações precisam ser consideradas, como o delineamento do estudo, que impossibilita o estabelecimento de relação causal entre o desfecho e as variáveis de exposição. Outra possível limitação é a dificuldade de se obter resultados totalmente precisos, devido a possíveis omissões nos relatos. No entanto, é digno de nota que as entrevistas foram feitas individualmente em ambientes reservados com pesquisadores previamente treinados, a fim de minimizar o viés de informação. Além disso, vale destacar que foram utilizados instrumentos pertinentes e validados no meio científico que englobaram perguntas elaboradas para avaliar, de forma integral, a pessoa idosa e as condições associadas. Empregou-se também testes estatísticos relevantes para análise das variáveis, que foram selecionadas para compor a pesquisa com o intuito de agregar informações relevantes. Isto posto, ressalta-se a importância de ampliar a visão sobre essa população, suas particularidades e sua forma de encarar a vida.

5 Conclusão

A prevalência de multimorbidade se mostrou elevada, presente em 64,7% dos idosos avaliados. Os fatores associados à multimorbidade identificados neste estudo foram: ter 75 anos ou mais, ser do sexo feminino, ser restrito ao lar, não beber, não praticar atividade física, apresentar polifarmácia, apresentar sintomas depressivos, possuir incapacidade para realizar atividades básicas e instrumentais de vida diária e possuir uma percepção negativa da qualidade de vida.

Dessa maneira, percebe-se a importância da formação de políticas públicas e redes de atenção à saúde da população idosa feminina, de modo a prover

qualidade de vida e cuidado integral, visto que essa se comporta como gênero mais acometido por multimorbidades. Do mesmo modo, é essencial a disseminação de informações por parte das Unidades Básicas de Saúde e a criação de oficinas que desenvolvam novas habilidades nos idosos, com o intuito de retorná-los ao convívio social e ao bem-estar psicossocial.

Por conseguinte, compreende-se que a influência da prática de atividades físicas, da manutenção de um estilo de vida saudável e do acompanhamento de saúde de forma regular e integral seja essencial para a minimização dos sintomas incapacitantes. Além de auxiliarem no estabelecimento de melhor qualidade de vida de acordo com as limitações de cada um, objetivam reestruturar a saúde física e mental da pessoa idosa.

*ELDERLY MULTIMORBIDITY IN A COMMUNITY
OF VITÓRIA-ES: PREVALENCE AND
ASSOCIATED FACTORS*

abstract

Introduction: multimorbidity is a frequent condition among the elderly and can be characterized by the presence of two or more chronic diseases simultaneously in the individual. The factors related to the socio-economic and environmental areas, besides the relationship with the aging process and life habits. Purpose: the study aims to verify the prevalence and analyze the factors associated with multimorbidity in elderly people in a community. Methods: It is configured as a quantitative cross-sectional observational study and has a sample composed of 241 elderlies with age ≥ 60 years. For this study, the multimorbidity variable (yes/no) was considered from the diagnosis ≥ 2 morbidities and the independent variables were the sociodemographic characteristics, health, and living habits. Descriptive and inferential analyses were performed using the Pearson Chi-square test and the calculation of the Prevalence Ratio for the variables with a statistical significance of $p < 0.05$. Results: the prevalence of multimorbidity was 64.7%, and the variables that were significantly associated with multimorbidity were: age ≥ 75 years old, female, being restricted to the home, not presenting alcoholic habits, not practicing physical activity, polypharmacy, depressive symptoms, incapacity for basic and instrumental activities of daily life and inferior perception of quality of life. Conclusion: present in more than half of the studied population, multimorbidity was associated with several variables, modifiable and non-modifiable, being possible to notice, in the practice of physical

activities, healthy lifestyle, and health monitoring, a minimization of disabling symptoms and improvement in quality of life, contributing to physical and mental health.

keywords

Aged. Multimorbidity. Chronic Disease. Aging. Primary Health Care.

referências

ALMEIDA, Osvaldo; ALMEIDA, Shirley. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão em Geriatria (GDS) versão reduzida. *Arquivos de Neuro-psiquiatria*, São Paulo, v. 57, n. 2, p. 421-426, 1999.

AMARAL, Thatiana Lameira Maciel *et al.* Multimorbidade, depressão e qualidade de vida em idosos atendidos pela Estratégia de Saúde da Família em Senador Guimard, Acre, Brasil. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 9, p. 3077-3084, 2018.

BANJARE, Pallavi; PRADHAN, Jalandhar. Socio-economic inequalities in the prevalence of multi-morbidity among the rural elderly in Bargarh District of Odisha (India). *Plos One*, New York, v. 9, n. 6, p. 97832, 2014.

BELL, Susan; SARAF, Avantika. Epidemiology of multimorbidity in older adults with cardiovascular disease. *Clinics in Geriatric Medicine*, Nashville, v. 32, n. 2, p. 215-226, 2016.

CARDOSO, Fernanda Pinheiro; GONÇALVES, Andréa Kruger Gonçalves. Associação entre Domínio de Capacidade Funcional (SF-36), medo de cair e histórico de quedas em idosos ativos. *Revista Ciência em Movimento*, Porto Alegre, v. 18, n. 36, p. 1-8, 2016.

CAVALCANTI, Gustavo *et al.* Multimorbidity associated with polypharmacy and negative self-perception of health. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 635-643, 2017.

ĆWIRLEJ-SOZAŃSKA, Agnieszka *et al.* Determinants of ADL and IADL disability in older adults in southeastern Poland. *BMC Geriatrics*, London, v. 19, n. 1, p. 297-309, 2019.

DUARTE, Meirelayne Borges; REGO, Marco Antônio Vasconcelos. Comorbidade entre depressão e doenças clínicas em um ambulatório de geriatria. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 691-700, 2007.

FERRER, Assumpta *et al.* Multimorbidity as specific disease combinations, an important predictor factor for mortality in octogenarians: the octabaix study. *Clinical Interventions in Aging*, Auckland, v. 12, p. 223-231, 2017.

GALLO, Joseph *et al.* Multimorbidity, depression, and mortality in primary care: randomized clinical trial of an evidence-based depression care management program on mortality risk. *Journal of General Internal Medicine*, New York, v. 31, n. 4, p. 380-386, 2016.

GHOSE, Bishwajit; RAZAK, Mahaman Abdoul. Memory and learning complaints in relation to depression among elderly people with multimorbidity. *Geriatrics*, Basel, v. 2, n. 2, p. 15-23, 2017.

GUISADO-CLAVERO, Marina *et al.* Multimorbidity patterns in the elderly: a prospective cohort study with cluster analysis. *BMC Geriatrics*, London, v. 18, n. 1, p. 16-26, 2018.

KARUKA, Aline Harumi; SILVA, José; NAVEGA, Marcelo Tavela. Análise da concordância entre instrumentos de avaliação do equilíbrio corporal em idosos. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, São Carlos, v. 15, n. 6, p. 460-466, 2011.

LEBRASSEUR, Nathan; TCHKONIA, Tamara; KIRKLAND, James. Cellular Senescence and the Biology of Aging, Disease, and Frailty. *Nestlé Nutrition Institute Workshop Series, Vevey*, v. 83, p. 11-18, 2015.

LEME, Daniel Eduardo da Cunha *et al.* Estudo do impacto da fragilidade, multimorbidade e incapacidade funcional na sobrevida de idosos ambulatoriais. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 137-146, 2019.

MARENGONI, Alessandra; ANGLEMAN, Sara; FRATIGLIONI, Laura. Prevalence of disability according to multimorbidity and disease clustering: a population-based study. *Journal of Multimorbidity and Comorbidity*, Thousand Oaks, v. 1, n. 1, p. 11-18, 2011.

MELO, Laércio Almeida de; LIMA, Kenio Costa de. Prevalência e fatores associados a multimorbidades em idosos brasileiros. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 10, p. 3869-3877, 2020.

MINI, G. K.; THANKAPPAN, K. R. Pattern, correlates and implications of non-communicable disease multimorbidity among older adults in selected Indian states: a cross-sectional study. *BMJ Open*, London, v. 7, n. 3, p. e013529, 2017.

MOFFATT, Suzanne *et al.* Link Worker social prescribing to improve health and well-being for people with long-term conditions: qualitative study of service user perceptions. *BMJ Open*, London, v. 7, n. 7, p. 015203-0, 2017.

MOORE, Alison A.; WHITEMAN, Elizabeth J.; WARD, Katherine T. Risks of combined alcohol/medication use in older adults. *The American Journal of Geriatric Pharmacotherapy*, Netherlands, v. 5, n. 1, p. 64-74, 2007.

NGUYEN, Hai *et al.* Prevalence of multimorbidity in community settings: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Journal of Multimorbidity and Comorbidity*, Thousand Oaks, v. 9, p. 1-15, 2019.

NUNES, Bruno Pereira *et al.* Multimorbidity: the Brazilian longitudinal study of aging (ELSI-Brazil). *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 52, n. 2, p. 1-12, 2018.

ROBERTS, Karen *et al.* Prevalence and patterns of chronic disease multimorbidity and associated determinants in Canada. *Health Promotion and Chronic Disease Prevention in Canada*, Ottawa, v. 35, n. 6, p. 87-94, 2015.

ROEDL, Katie; WILSON, Lindsay; FINE, Julie. A systematic review and comparison of functional assessments of community-dwelling elderly patients. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, Austin, v. 28, n. 3, p. 160-169, 2016.

SINNIGE, Judith *et al.* Multimorbidity patterns in a primary care population aged 55 years and over. *Family Practice*, Oxford, v. 32, n. 5, p. 505-513, 2015.

SOONES, Tacara *et al.* Two-year mortality in homebound older adults: an analysis of the national health and aging trends study. *Journal of the American Geriatrics Society*, New York, v. 65, n. 1, p. 123-129, 2017.

THUM, Cristina *et al.* Perfil de idosos e sua percepção enquanto satisfação nos serviços de assistência do SUS na Atenção Básica. *RIES*, Caçador, v. 9, n. 2, p. 161-174, 2019.

YARNALL, Alison *et al.* New horizons in multimorbidity in older adults. *Age and Ageing*, Oxford, v. 46, n. 6, p. 882-888, 2017.

Data de Submissão: 19/04/2020

Data de Aceitação: 08/09/2021

