

ARTIGO ORIGINAL

PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS À POLIFARMÁCIA EM PESSOAS IDOSAS ACOMPANHADAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

PREVALENCE AND FACTORS ASSOCIATED WITH POLYPHARMACY IN OLDER PEOPLE ACCOMPANIED IN PRIMARY CARE

Gustavo Nienkoetter Sponchiado¹
Miranda³

Fernando Belinati Garcia Lopes²
Bruno Fernando de Souza Tavares⁴

Pedro Paulo Fagundes
Aliny de Lima Santos⁵

¹Graduando em Medicina. Instituto Cesumar de Ciência, Tecnologia e Educação. Email: ra-20006832_2@alunos.unicesumar.edu.br

²Graduando em Medicina. Instituto Cesumar de ciência, Tecnologia e Educação (ICETI). E-mail: fernandobelinati@hotmail.com

³Graduando em Medicina. Instituto Cesumar de ciência, Tecnologia e Educação. E-mail: ra-21044614-2@alunos.unicesumar.edu.br

⁴Graduado em Fisioterapia. Pós-Graduado em Fisioterapia Traumatológica-Ortopédica. E-mail: brunof.s.tavares@gmail.com

⁵Graduada em Enfermagem. Doutora em Enfermagem. E-mail: aliny.santos@unicesumar.edu.br

Resumo

Este estudo tem como objetivo analisar a prevalência da polifarmácia e fatores associados em pessoas idosas. Trata-se de um estudo descritivo, exploratório e analítico. Foram analisadas as associações entre polifarmácia e variáveis independentes através do teste qui-quadrado de Pearson e estimados as razões de prevalência brutas e os respectivos intervalos de confiança de 95% (IC95%). Os resultados significativos p-valor foram incontinência urinária (0,008), e em recorte ao anti-hipertensivo (AH) a cognição (0,019). Destacou-se a complexidade da polifarmácia em pessoas idosas, sugerindo um acompanhamento personalizado da pessoa idosa, considerando a redução de doses, troca de medicamentos e possíveis interações, além da implementação de tratamentos não medicamentosos quando apropriado. A necessidade de mais pesquisas longitudinais para entender melhor os efeitos da polifarmácia a longo prazo são enfatizados.

PALAVRAS-CHAVE

Polimedicação; Idoso; Epidemiologia; Interações Medicamentosas.

Abstract

This study aims to analyze the prevalence of polypharmacy and associated factors in elderly people. It is a descriptive, exploratory, and analytical study. Associations between polypharmacy and independent variables were analyzed through Pearson's chi-square test and estimated the gross prevalence ratios and their respective 95% confidence intervals (CI95%). The significant p-value results were urinary incontinence (0.008), and in relation to antihypertensive medication (AH), cognition (0.019). The complexity of polypharmacy in elderly people was highlighted, suggesting personalized monitoring of the elderly person, considering dose reduction, medication exchange, and possible interactions, in addition to the implementation of non-drug treatments when appropriate. The need for more longitudinal research to better understand the effects of polypharmacy in the long term are emphasized.

KEYWORDS

Polypharmacy; Aged; Epidemiology; Drug Interactions.

1 Introdução

O envelhecimento da população mundial é um fenômeno de grande importância, visto que, o orçamento para assistência médica vem crescendo gradativamente, devido ao aumento do número de pessoas idosas e a maior necessidade de cuidados desse grupo (Constantino *et al.*, 2020).

Nesse contexto, segundo dados da ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU), acredita-se que entre 2015 e 2030 o número de pessoas com mais de 60 anos passará de 901 milhões para 1.4 bilhões, representando um aumento de 56%. Ademais, esse número tem forte tendência de crescimento, onde em 2050, a previsão de aumento é ainda maior, podendo chegar próximo de 2.1 bilhões, representando mais que o dobro do apresentado em 2015 (ONU, 2015).

Em detrimento dessa mudança no contexto geracional, percebe-se também mudança no perfil epidemiológico, com aumento de condições que demandam maior fragilidade à pessoa envelhecida. Destarte, o aumento de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) que aparecem sobremaneira, em consequência do envelhecimento, culminam no uso de diversos medicamentos, caracterizando uma polifarmácia (Rezende *et al.*, 2021; Carvalho *et al.*, 2012; Oliveira *et al.* 2021).

Polifarmácia é o uso simultâneo de vários medicamentos por um mesmo indivíduo, e embora o número exato de medicamentos em uso que caracteriza a polifarmácia seja descrito na literatura variando de dois até seis e mais drogas, no Paraná, adota-se o número de cinco medicamentos como definidor da polifarmácia (Paraná, 2018) O uso excessivo de vários medicamentos não é necessariamente imprudente, alguns casos podem ser necessários e benéficos. Entretanto, quanto maior o número de medicações em uso concomitantemente, maiores são os riscos para essa faixa etária, pois elevam as chances de efeitos adversos e interações medicamentosas (Mascarelo *et al.*, 2021).

Essas interações podem ter desfechos negativos devido a apresentarem uma menor função hepática (cirrose, esteatose hepática, hepatites, com alterações em enzimas hepáticas, por exemplo) e renal (como na Insuficiência renal crônica), pois devido a essa redução os medicamentos ficam ativos no organismo por mais tempo aumentando a chance de ocorrer tais interações, uma vez que esses órgãos são os principais agentes responsáveis pela metabolização e excreção de fármacos (Oliveira *et al.* 2021; Paraná, 2018). Os desfechos negativos mais citados por estudos recentes são o aumento de quedas, número e tempo de hospitalização, fraturas, declínio na cognição, surgimento de sintomas de depressão gerados principalmente por interações medicamentosas decorrentes dos fatores citados anteriormente (Oliveira *et al.* 2021) (Tiguman *et al.*, 2022).

De modo geral, as reações adversas a medicamentos (RAM), estão diretamente relacionadas ao resultado negativo do tratamento. Essas RAM podem interferir na relação médico-paciente, onde a confiança pode ser prejudicada ou até retardar o tratamento, visto que podem assimilar as manifestações clínicas típicas de doenças, de modo que possam ser demorados de identificá-las (Secoli, 2010).

As RAM também podem limitar a autonomia da pessoa idosa prejudicando a qualidade de vida dele. Em diversos casos para tratar as RAM deve-se utilizar novos medicamentos, os quais podem gerar uma cascata iatrogênica prejudicando o paciente. A partir disso, não é incomum a necessidade de suspensão destas medicações ou a redução de suas doses (Secoli, 2010).

Por fim, embora trate-se de um tema deveras relevante, a discussão acerca das consequências da polifarmácia ainda é escassa no cenário científico, fato este que eleva a relevância do presente estudo. Com isso podemos auxiliar na criação de redes de conscientização para uso consciente de medicamentos e assim evitar que as pessoas idosas sejam acometidas pelos efeitos adversos da polifarmácia, propiciando uma melhor qualidade de vida. Assim, objetiva-se analisar a prevalência da polifarmácia e fatores associados em pessoas idosas.

2 Método

Trata-se de um estudo descritivo, de base populacional. O público em estudo foi composto por pessoas idosas cadastradas e assistidas em uma Unidade Básica de Saúde (UBS). Foram incluídos no estudo todas as pessoas idosas acompanhadas por 2 equipes de ESF, que possuam pelo menos uma doença crônica em seu prontuário. Foram excluídas do estudo aquelas pessoas idosas que estavam hospitalizadas durante o período de coleta de dados, que possuíam alguma seqüela grave de Acidente Vascular Encefálico, ou qualquer condição neurológica que impossibilitou a participação do estudo. Ademais, foram excluídos do estudo, aqueles que não foram encontrados em seus domicílios em duas visitas, realizadas em dias e horários diferentes ou que se recusaram a participar do estudo.

Inicialmente foi solicitada uma lista das pessoas idosas com doenças crônicas aos profissionais das equipes da ESF, contendo telefone, endereço, condição crônica principal e medicamentos em uso. De posse dessa lista realizou-se uma amostragem aleatória simples para definir quais indivíduos serão incluídos no estudo. A amostra foi baseada nos dados das pessoas idosas cadastradas considerando nível de confiança de 95%, prevalência estimada em 50% para diferentes desfechos e 4% de erro tolerado. A partir disso, acrescentando-se 20% para cobrir possíveis perdas.

Dos 1357 pessoas idosas acompanhados pelas equipes de Saúde da Família da UBS, 218 foram convidados a participar do estudo, contudo, não foi possível aplicar aos outros 134 devido a 107 não serem encontrados em seus domicílios mesmo após duas visitas, 9 recusaram-se a responder e 18 não tinham seu endereço correto no cadastro. Desse modo, 84 responderam ao questionário.

A coleta de dados ocorreu no período de março a agosto de 2023, de modo domiciliar. Os pesquisadores entraram em contato com as pessoas idosas sorteadas na amostragem aleatória, de modo a explicar a pesquisa e convidá-los a participar. Diante do aceite, foi agendada uma visita domiciliar para coleta de dados.

Para a coleta de dados, foi elaborado um instrumento na forma de questionário semiestruturado, formado por perguntas abertas e fechadas, contendo 3 partes: A. Perfil sociodemográfico; B. Histórico clínico e medicamentoso; C. Sinais e sintomas autorreferidos relacionados à polifarmácia; as quais foram baseadas nos estudos de OLIVEIRA *et al.* (2021), REZENDE *et al.* (2014), TIGUMAN *et al.* (2022), CARVALHO *et al.* (2012), FREITAS *et al.* (2016) e DUNCAN *et al.* (2004) com adaptações.

Foi abordado na parte A do questionário: nome, idade, sexo, cor da pele, escolaridade, renda familiar, cobertura de saúde e arranjo familiar. Já na parte B, foi questionado a respeito do histórico de relevância clínica, hospitalizações nos últimos doze meses, principais comorbidades apresentadas, medicamentos prescritos de uso contínuo, medicamentos em uso contínuo sem prescrição/automedicação, se consultou algum médico nos últimos três meses e a autoavaliação de saúde. Além disso, na parte C abordou-se a presença ou não de sintomas de depressão, alterações na cognição, em atividades instrumentais de vida diária, atividades básicas de vida diária, quedas nos últimos 12 meses, perda de apetite e incontinência urinária relacionadas à polifarmácia.

Após as coletas de informações os dados obtidos, foram distribuídos e tabelados, em seguida realizado a análise descritiva usando o teste de normalidade de P-valor do Shapiro-Wilk com um intervalo de confiança de 95%, análise estatística de contingência, qui-quadrado por razões de chances (Odd-Ratio) e regressão logística, foram considerado o valor de $p < 0.05$ para significativo e intervalo de confiança de 95% usando o *software* estatístico JASP (Version 0.18.3).

Cabe salientar que o projeto de pesquisa foi submetido à Secretaria de Saúde e após sua autorização, foi também submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Cesumar (CAAE: 67474623.5.0000.5539). Apenas mediante a autorização de ambos os órgãos, a coleta foi iniciada. A entrevista foi realizada após a assinatura do Termo de Consentimento pela pessoa idosa ou seu cuidador.

3 Resultados

Ao todo, foram incluídos no estudo 84 indivíduos, dos quais 38,1% (32) auto referiam boa saúde. A maioria era do sexo feminino 65,5% (55), se autoconsiderava ser da raça branca ou amarela 73,8% (62), são alfabetizados 76,2% (64), tinha idade ≥ 70 anos 76,2% (59), possuía uma renda familiar de ≥ 2 salários-mínimos 66,7% (56) e reside com algum acompanhante 86,9% (73). Quanto ao histórico de hospitalização, prevaleceu aqueles que não foram hospitalizados nos últimos 12 meses 75% (63). A maior parte dos entrevistados tinha cobertura de saúde apenas pela rede pública 58,3% (49), foi a uma consulta nos últimos três meses 79,8% (67), das doenças crônicas a sua maioria foram Hipertensão Arterial 88,1% (74), Doenças cardíacas 69,1% (58) e Diabetes Mellitus 53,6% (45), eram sedentárias 54,8% (46) e tomam 5 ou mais medicações de uso contínuo 73,8% (62) (Tabela 1).

Tabela 1: Descrição da amostra segundo variáveis socioeconômicas, histórico clínico e hábitos de vida das pessoas idosas cadastradas na Atenção Básica, 2023.

VARIÁVEIS	n	%	IC 95% Inferior-Superior	P-valor
SEXO			0.449-0.241	<.001
Feminino	55	65,5%		
Masculino	29	34,5%		
RAÇA			0.834-0.642	<.001
Branco ou amarelo	62	73,8%		
Preto, pardo ou indígena	22	26,2%		
ALFABETIZAÇÃO			0.855-0.428	<.001
Alfabetizado	64	76,2%		
Não alfabetizado	20	23,8%		
FAIXA ETÁRIA			1.802-1.603	<.001
60-69	25	29,8%		
≥ 70	59	76,2%		
RENDA FAMILIAR			0.770-0.564	<.001
Até 1 salário	28	33,3%		
≥ 2	56	66,7%		
ARRANJO FAMILIAR			0.943-0.795	<.001
Desacompanhado	11	13,1%		
Acompanhado	73	86,9%		
HISTÓRICO DE HOSPITALIZAÇÃO			0.345-0.155	<.001
Hospitalizado nos últimos 12 meses	21	25%		
Não hospitalizado nos últimos 12 meses	63	75%		

Prevalência e fatores associados à polifarmácia em pessoas idosas acompanhadas na atenção primária

COBERTURA DE SAÚDE			0.542-0.315	<.001
Pública apenas	49	58,3%		
Ambas	34	40,5%		
Particular	1	1,2%		
HISTÓRICO DE CONSULTA NOS ÚLTIMOS 3 MESES			0.885-0.710	<.001
Sim	67	79,8%		
Não	17	20,2%		
AUTOAVALIAÇÃO DA SAÚDE			2.605-2.228	<.001
Ruim	13	15,5%		
Regular	31	36,9%		
Boa	32	38,1%		
Ótima	8	9,5%		
DOENÇAS CRÔNICAS				
Diabetes mellitus				
Sim	45	53,6%	0.645-0.427	<.001
Não	39	46,4%		
Hipertensão arterial				
Sim	74	88,1%	0.952-0.810	<.001
Não	10	11,9%		
Dislipidemia				
Sim	33	39,3%	0.499-0.286	<.001
Não	51	60,7%		
Doenças cardíacas				
Sim	58	69,1%	0.410-0.209	<.001
Não	26	30,9%		
Doenças reumatológicas				
Sim	25	29,8%	0.397-0.198	<.001
Não	59	70,2%		
Doenças pulmonares				
Sim	19	22,6%	0.318-0.135	<.001
Não	65	77,4%		
Câncer				
Sim	12	14,3%	0.219-0.066	<.001

Não	72	85,7%		
HISTÓRICO CLÍNICO				
Tabagismo			0.205-0.057	<.001
Sim	11	13,1%		
Não	73	86,9%		
Etilismo			0.159-0.031	<.001
Sim	8	9,5%		
Não	76	90,5%		
Sedentarismo			0.656-0.439	<.001
Sim	46	54,8%		
Não	38	45,2%		
NÚMERO MEDICAÇÕES			0.834-0.642	<.001
Até 4	22	26,2%		
5 ou mais medicamentos	62	73,8%		

Fonte: os autores

Realizou-se análise de prevalência quanto às variáveis socioeconômicas, histórico clínico e hábitos de vida, quanto ao uso de polifarmácia entre pessoas idosas. Verifica-se prevalência de polifarmácia entre mulheres 48,8%(41), assim como em pessoas de cor branca 55,9%(47) e pessoas idosas alfabetizados 53,6%(45). Verifica-se que em indivíduos com idade ≥ 70 anos, ocorre a maior frequência de uso de medicamentos 54,8%(46). Idosos com mais de dois salários-mínimos 46,4%(39) e aqueles que não moram sozinhos 61,9%(52), foram os que mais citaram a polifarmácia (Tabela 2).

No que tange ao uso dos serviços de saúde, verifica-se prevalência de não-polifarmácia entre pessoas idosas que não foram hospitalizados nos últimos 12 meses 56,0%(47) e aqueles que fazem uso de serviços de saúde públicos 41,7%(35), seguido pelos que utilizam de modo concomitante o serviço privado 30,9%(26) (Tabela 2).

Maior número de medicamentos usados também foi verificado entre pessoas idosas que tiveram consulta médica nos últimos três meses 61,9%(52), das morbidades crônicas destaca-se a prevalência em Hipertensão Arterial 66,7%(56) seguida de Diabetes Mellitus 42,9%(36) e ainda aqueles que referiram ter uma boa saúde 27,4%(23), seguido pelos que relataram ter saúde regular 26,2%(22), onde os últimos foram os que usavam mais medicamentos. Finalmente, quanto aos hábitos de vida, verifica-se maior percentual de polifarmácia entre os pessoa idosas que relataram não ingerir bebida alcoólica 65,5%(55) seguidos de não fumantes 64,3%(54) e sedentários 42,9%(36) (Tabela 2).

Tabela 2: Descrição e análise estatística da amostra segundo variáveis socioeconômicas, histórico clínico e hábitos de vida com a segregação em dois grupos, segundo uso de até quatro e cinco ou mais medicamentos, entre pessoas idosas assistidas na Atenção Básica, 2023.

VARIÁVEIS	Polifarmácia		Qui-Quadrado	IC (95%) OR	
	Até 4	Mais de 5	Valor-p	Inferior	Superior

Prevalência e fatores associados à polifarmácia em pessoas idosas acompanhadas na atenção primária

	n (%)	n (%)			
SEXO			0,833	-1,125	0,906
Feminino	14(16,7%)	41(48,8%)			
Masculino	8(9,5%)	21(25,0%)			
RAÇA			0,485	-0,689	1,449
Branca ou amarela	15(17,9%)	47(55,9%)			
Preta, parda ou indígena	7(8,3%)	15(17,9%)			
ALFABETIZAÇÃO			0,192	-2,212	0,467
Alfabetizado	19(22,6%)	45(53,6%)			
Não alfabetizado	3(3,6%)	17(20,2%)			
FAIXA ETÁRIA			0,183	-0,334	1,711
60-69	9(10,7%)	16(19,0%)			
≥70	13(15,5%)	46(54,8%)			
RENDA FAMILIAR			0,219	-1,818	0,427
Até 1 salário	5(6,0%)	23(27,4%)			
≥ 2	17(20,2%)	39(46,4%)			
ARRANJO FAMILIAR			0,166	-3,513	0,721
Acompanhado	21(25,0%)	52(61,9%)			
Desacompanhado	1(1,2%)	10(11,9%)			
HISTÓRICO DE HOSPITALIZAÇÃO			0,774	-1,265	0,942
Hospitalizado nos últimos 12 meses	6(7,1%)	15(17,9%)			
Não hospitalizado nos últimos 12 meses	16(19,0%)	47(56,0%)			
COBERTURA DE SAÚDE			0,732	-.**	-.**
Ambas	8(9,5%)	26(30,9%)			

Particular	0(0,0%)	1(1,2%)			
Pública	14(16,7%)	35(41,7%)			
CONSULTA NOS ÚLTIMOS 3 MESES			0,116	-0,237	2,010
Não	7(8,3%)	10(11,9%)			
Sim	15(17,9%)	52(61,9%)			
AUTOAVALIAÇÃO DA SAÚDE			0,805	-.**	-.**
Ruim	2(2,4%)	11(13,1%)			
Regular	9(10,7%)	22(26,2%)			
Boa	9(10,7%)	23(27,4%)			
Ótima	2(2,4%)	6(7,1%)			
DOENÇAS CRÔNICAS					
Diabetes mellitus			0,166	-0,295	1,681
Sim	9(10,7%)	36(42,9%)			
Não	13(15,5%)	26(30,9%)			
Hipertensão arterial			0,290	-0,643	2,102
Sim	18(21,4%)	56(66,7%)			
Não	4(4,8%)	6(7,1%)			
Dislipidemia			0,490	-1,331	0,639
Sim	10(11,9%)	23(27,4%)			
Não	12(14,3%)	39(46,4%)			
Doenças cardíacas			0,664	-0,840	1,318
Sim	6(7,1%)	20(23,9%)			
Não	16(19,0%)	42(50,0%)			
Doenças reumatológicas			0,401	-0,649	1,612

Prevalência e fatores associados à polifarmácia em pessoas idosas acompanhadas na atenção primária

Sim	5(6,0%)	20(23,8%)			
Não	17(20,2%)	42(50%)			
Doenças pulmonares			0,989	-1,170	1,153
Sim	5(6,0%)	14(16,7%)			
Não	17(20,2%)	48(57,1%)			
Câncer			0,129	-0,599	3,620
Sim	1(1,2%)	11(13,1%)			
Não	21(25,0%)	51(60,7%)			
HISTÓRICO CLÍNICO					
Etilismo			0,354	-1,172	3,138
Sim	1(1,2%)	7(8,3%)			
Não	21(25,0%)	55(65,5%)			
Sedentarismo			0,307	-0,471	1,487
Sim	10(11,9%)	36(42,9%)			
Não	12(14,3%)	26(30,9%)			
Tabagismo			0,930	-1,490	1,362
Sim	3(3,6%)	8(9,5%)			
Não	19(22,6%)	54(64,3%)			

**Não foi possível mensurar o Odds Ratio. Fonte: os autores.

No que diz respeito à condição cognitiva, verifica-se predominância de polifarmácia entre, pessoa idosas que negaram traços depressivos (47,6%); ainda sim houve número expressivo de pessoa idosas referindo tal fenômeno (26,2%), evidenciando relevância de tal dado. No que tange à aptidão cognitiva, verifica-se que predominantemente as pessoas idosas em polifarmácia encontram-se lúcidas e orientadas (57,1%) (Tabela 3). Quanto ao nível de dependência entre pessoas idosas em polifarmácia, verifica-se que a maior parcela deles não necessitam de ajuda para realização das atividades do dia a dia (50,0%) (Tabela 3).

Quanto à polifarmácia a prevalência está em pessoas idosas que não sofreram quedas (47,6%) e o relato de não ter incontinência urinária (40,5%). Contudo, chama atenção o número expressivo de indivíduos que relataram ter sofrido quedas (26,2%) e presença de incontinência urinária (33,3%). Verifica-se que a associação entre ter incontinência urinária e a polifarmácia com o valor-p de 0,008 sugere uma diferença estatisticamente significativa (Tabela 3).

Tabela 3: Descrição e análise estatística da amostra segundo variáveis depressão autorreferida, cognição, autonomia para atividades instrumentais de vida diária, histórico de quedas nos últimos 12 meses e incontinência urinária autorreferida, entre pessoas idosas em polifarmácia assistidos na Atenção Básica, 2023.

VARIÁVEIS	Até 4 medicamentos	Uso de 5 ou mais	Qui-quadrado	IC (95%)
	n (%)	n (%)	Valor-p	Limite inferior - superior
Sintomas de depressão autorreferida			0,132	-0,296 - 2,108
Ausente	18(21,4%)	40(47,6%)		
Presente	4(4,8%)	22(26,2%)		
Cognição			0,666	-0,964 - 1,508
Demência	4(4,8%)	14(16,7%)		
Preservada	18(21,4%)	48(57,1%)		
Autonomia para atividades instrumentais de vida diária			0,443	**_
Independente	16(19,0%)	42(50,0%)		
Dependência leve	4(4,8%)	6(7,1%)		
Dependência moderada	1(1,2%)	5(6,0%)		
Dependência grave*	1(1,2%)	9(10,7%)		
Histórico de quedas nos últimos 12 meses			0,132	-2,108 - 0,296
Não	18(21,4%)	40(47,6%)		
Sim	4(4,8%)	22(26,2%)		
Incontinência urinária autorreferida			0,008	-2,968 - -0,335
Não tem perda	19(22,6%)	34(40,5%)		

Prevalência e fatores associados à polifarmácia em pessoas idosas acompanhadas na atenção primária

Perde 3(3,6%) 28(33,3%)

*Dependência grave: assume-se aqui a junção entre dependência grave e totalmente dependentes. **Não é possível mensurar o Odds..Fonte: os autores.

Perante a análise dos dados, verifica-se que, embora em menor número, há associação entre uso de AH (27,4% - sintomas de depressão) e antidiabéticos (19,1% - sintomas de depressão). Ademais, nota-se curiosamente que os indivíduos que têm a cognição preservada estão entre os que mais usam AH (72,7%), fato este que também ocorre entre os pessoa idosas que fazem uso de antidiabéticos (42,2%) (Tabela 4).

Na avaliação da relação entre o uso das duas classes de medicamentos e o declínio cognitivo entre os pessoa idosas, verifica-se número mais expressivo entre pessoas idosas que fazem uso de ambos, entretanto, o uso do AH esteve mais associado à alteração cognitiva (15,5%); enquanto no antidiabético tal associação só ocorre de modo mais significativo na alteração cognitiva (8,3%) (Tabela 4).

Verifica-se ainda um maior risco de queda (28,6% - naqueles em uso de AH; 19,1% - uso de antidiabéticos), em pessoas idosas que usavam mais medicamentos. Evento semelhante aconteceu também quanto aos escapes urinários (33,3% - naqueles em uso de AH; 27,4% - uso de antidiabéticos). Na variável cognição, há uma associação estatisticamente significativa entre a preservação da cognição e o uso de AH (valor-p = 0,019) (Tabela 4).

Tabela 4: Descrição e análise estatística da amostra segundo variáveis depressão autorreferida, cognição, autonomia para atividades instrumentais de vida diária, histórico de quedas nos últimos 12 meses e incontinência urinária autorreferida, segundo uso ou não de AH e antidiabéticos, entre pessoa idosas assistidos na Atenção Básica, 2023.

Variáveis	Tomam AH*		Qui- quadrado	IC (95%) OR	Tomam antidiabético*		Qui- quadra do	IC (95%) OR
	Não	Sim	valor-p	Limite Inferio r - Superi or	Não	Sim	valor-p	Limite Inferio r - Superi or
Sintomas de depressão autorreferida			0.945	- 1.388- 1.490			0.327	- 0.470- 1.413
Ausente	7(8,3%)	51(60,7%)			29(34,5%)	29(34,5%)		
Presente	3(3,6%)	23(27,4%)			10(11,9%)	16(19,1%)		
cognição			0.019	- 1.823- 0.309			0.159	- 1.823- 0.309
Preservada	5(5,9%)	61(72,7%)			28(33,4%)	38(42,2%)		
Demência	5(5,9%)	13(15,5%)			11(13,1%)	7(8,3%)		
AIVD			0.689	***-			0.737	***-
Independente	7(8,3%)	51(60,7%)			26(31,0%)	32(38,1)		

Dep. leve	2(2,4%)	8(9,5%)	4(4,8%)	6(7,1%)	
Dep. moderada	0(0,0%)	6(7,2%)	4(4,8%)	2(2,4%)	
Dep. grave**	1(1,2%)	9(10,7%)	5(5,9%)	5(5,9%)	
Histórico de quedas nos últimos 12 meses					
		0.425	- 2.276- 0.972	0.327	- 1.413- 0.473
Não	8(9,5%)	50(59,5%)	29(34,5%)	29(34,5%)	
Sim	2(2,4%)	24(28,6%)	10(11,9%)	16(19,1%)	
Incontinência urinária autorreferida					
		0.630	- 1.783- 1.081	0.554	- 0.783- 1.457
não tem perda	7(8,3%)	46(54,8%)	31(36,9%)	22(26,2%)	
perde	3(3,6%)	28(33,3%)	8(9,5%)	23(27,4%)	

*Em casos de pessoas idosas que faziam uso de ambos os medicamentos, foram contabilizados nos dois grupos em análise.

** Dependência grave: assume-se aqui a junção entre dependência grave e totalmente dependentes.

***Não é possível mensurar o Odds Ratio.

Fonte: os autores.

4 Discussão

No que diz respeito às análises estatísticas, o primeiro ponto a ser discutido é a associação entre a incontinência urinária e a polifarmácia que vai de acordo com o estudo de Küçükdağlı (2019), que a síndrome geriátrica frequentemente encontrada é a incontinência urinária e está ligada ao consumo de vários medicamentos e a uma vida de baixa qualidade. Com o avanço da idade, tanto homens quanto mulheres, intensificam sintomas do trato urinário inferior, resultando em desfechos negativos em pacientes idosos por conta de diversas condições médicas e psicossociais. No estudo de Kim *et al.* (2019) foi também constatado que a polifarmácia é um fator de risco importante para o agravamento da incontinência urinária, seja por eventos adversos de medicamentos, efeitos secundários ou interações entre medicamentos.

Existem vários fatores associados à perda urinária no paciente em polifarmácia. Segundo Nascimento *et al.*, (2023), fisiologicamente, o envelhecimento por si só pode causar a fraqueza do esfíncter uretral, hiper mobilidade uretral e enfraquecimento da musculatura pélvica, o que promove a perda de urina durante o aumento da pressão intra-abdominal, acarretando a perda urinária ao tossir, espirrar e aos pequenos esforços, denominada incontinência urinária de esforço. Isso explica a importância do trabalho multidisciplinar para esses pacientes, com acompanhamento da equipe de fisioterapia. França e Llvramento (2023) relacionam que por meio de tratamento fisioterapêutico (exercícios de *Kegel*, por exemplo) a pessoa idosa consegue fortalecer os músculos do assoalho pélvico, reduzindo os sintomas de incontinência urinária em cerca de 6-8 semanas.

Nas mulheres, conforme Biazolli *et al.*, (2023) a paridade é um dos principais fatores de risco para a incontinência urinária, pois gera trauma perineal e prolapso genital. Tanto o parto vaginal quanto a cesariana fragilizam a musculatura do assoalho pélvico. Assim como a histerectomia, que pode ocasionar danos na sustentação da bexiga e da uretra. Já nos homens a incontinência urinária pode estar relacionada à hiperplasia prostática benigna (HPB), ao tratamento do câncer de próstata, a incapacidades físicas, a sequelas de acidente vascular encefálico e a demências. A HPB pode ser encontrada em até 90% dos homens acima de 90 anos (ULRICH; BÓS, 2020).

Outra causa para a incontinência urinária é a hiperatividade do músculo detrusor, denominada incontinência urinária neurogênica, nesse caso, o músculo detrusor apresenta contração involuntária. Dessa forma, a pessoa idosa tem uma necessidade súbita e intensa de urinar, muitas vezes não conseguindo chegar a tempo no banheiro, além de apresentar necessidade de acordar a noite devido a desejo miccional (noctúria) (BRASIL, 2020), reduzindo assim a qualidade de vida da pessoa idosa, além de predispor a eventos como quedas durante o acordar noturno para urinar.

Segundo Selbmann *et al.*, (2024), há associação positiva entre presença de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e pacientes polifarmácia. Condições como Hipertensão arterial, Diabetes mellitus, Obesidade e Transtornos Mentais possuem *guidelines* específicos para cada uma delas, dificultando a integração do cuidado e aumentando o risco de interação medicamentosa. Nesse sentido, conforme Nascimento *et al.*, (2020), a Diabetes mellitus, por exemplo, pode contribuir para a incontinência urinária por meio de glicosúria e dano microvascular semelhantes aos processos envolvidos na retinopatia e neuropatia periférica.

Além disso, o uso de medicamentos também se associa a maior prevalência de incontinência urinária (Costa *et al.*, 2023). Isso se torna relevante no paciente polifarmácia, uma vez que possíveis interações medicamentosas podem predispor esse paciente a ter um quadro de incontinência urinária. Conforme PORTO (2020), os AH são os principais responsáveis por esse quadro. Os diuréticos (aumentam a produção de urina), betabloqueadores (bloqueiam receptores adrenérgicos do colo vesical) e bloqueadores dos canais de cálcio (promovem relaxamento da musculatura lisa) são os principais responsáveis por isso. Além destes, antidepressivos inibidores da recaptção de serotonina e noradrenalina (IRSN) também predispõe a esses quadros, devido à elevação da concentração desses neurotransmissores nas fendas sinápticas, ocasionam estímulo à contração do músculo detrusor, elevando os episódios de perda de urina (Manso *et al.*, 2024).

Isso explica a necessidade de um tratamento inicial não farmacológico, sobretudo no paciente polifarmácia, tornando necessário uma abordagem multidisciplinar a esse paciente. Nesse sentido, sabendo que a polifarmácia pode causar um quadro de perda urinária, sempre na ocorrência ou agravamento de sintomas relacionados a perda de urina deve-se avaliar os medicamentos utilizados, especialmente se o início dos sintomas for recente, uma vez que essa perda de urina pode ser oriunda do uso de medicações.

Nesse sentido, a Sociedade Americana de Geriatria (AGS) propôs os Critérios de Beer, ferramenta que pode ser aplicada a pacientes doentes com mais de 65 anos, a fim de indicar medicamentos que podem ser potencialmente evitados nos idosos. Estes critérios indicam que os inibidores da recaptção de serotonina-norepinefrina devem ser evitados, principalmente em idosos com histórico de quedas ou fraturas. Além disso, no contexto de pacientes com Hipertensão Arterial em pacientes com função renal reduzida é recomendado utilizar com cautela medicamentos como os inibidores da enzima conversora de angiotensina (IECA) ou bloqueadores do receptor de angiotensina (BRA), devido risco de hipercalemia (SBGG, 2019).

Contudo, existe uma dicotomia em relação ao uso do AH, uma vez que se torna necessário seu uso em pacientes hipertensos, reduzindo os sintomas a curto e longo prazo da hipertensão arterial sistêmica (HAS) bem como a proteção cardiovascular, reduzindo assim a mortalidade (Barroso *et al.*, 2020). Na verdade, o problema relacionado ao uso do AH relaciona-se ao paciente polifarmácia, já que o uso de vários

medicamentos em conjunto pode aumentar a chance de reações adversas (De Moraes *et al.*, 2022). Nesse sentido, torna-se necessário o acompanhamento com um profissional, avaliando fatores como: a prescrição apenas de medicamentos realmente necessários, a avaliação da dose correta a ser prescrita de acordo com cada paciente e a revisão periódica de acordo com a evolução de comorbidades da pessoa idosa (Pio *et al.*, 2021).

O estudo de Alves *et al.*, (2021) aplicou questionários durante dois meses em pessoas idosas, avaliando o conhecimento que possuem sobre os medicamentos usados. O estudo reconhece que os idosos possuem pouco conhecimento sobre os efeitos adversos dos medicamentos que utilizam, possivelmente pelo fato dos profissionais não descreverem essas informações nas prescrições e por temerem que os pacientes fiquem com medo de utilizar os medicamentos. Dessa forma, a pessoa idosa polifarmácia utiliza os medicamentos sem conhecer os possíveis riscos de complicações, o que poderia facilitar o surgimento de efeitos adversos sem que esse indivíduo perceba, contribuindo para o maior risco de complicações graves e possíveis hospitalizações.

Costa *et al.*, (2023) também associam a incontinência urinária à maior prevalência de depressão, ansiedade e isolamento social apresentados pelos pacientes que perdem urina, decorridos de sentimento de vergonha. Estima-se que de cada 3 pacientes que possuem incontinência urinária, um deles não se sentirá à vontade para revelar sua queixa a um médico. Esse sentimento impede o paciente de buscar ajuda profissional, o que favorece o surgimento de complicações oriundos desse evento.

Em relação à cognição, há associação significativa entre a preservação da cognição e o uso de (AH) (valor- $p = 0,019$). Esses dados vão ao encontro dos resultados de Van Dalen *et al.* (2019), onde mostra que os participantes que interromperam o tratamento com AH pareciam estar em maior risco de resultados adversos, particularmente demência. Além disso, Menezes *et al.* (2021) corrobora esses dados, mostrando a associação de hipertensão não controlada com declínio mais acentuado no teste de memória e no escore cognitivo global quando comparados aos controlados.

A HAS é um importante evento relacionado ao declínio cognitivo e outros efeitos a longo prazo. Altos valores pressóricos provocam eventos isquêmicos tanto na macro quanto na microvasculatura, provocando microinfartos da substância branca que a longo prazo, culminam em demência (Drumond *et al.*, 2020). O resultado dessa redução na perfusão é a disfunção endotelial, o estresse oxidativo e o interrompimento do processo de autorregulação cerebral, facilitando o desenvolvimento de agregados de proteína TAU e beta-amiloide, ambas relacionadas ao Alzheimer (Muller *et al.*, 2023).

A Pressão Arterial Média (PAM) é um componente importante no controle da Pressão de Perfusão Cerebral (PPC), regulando de forma inversa este componente. Ou seja, à medida que a PAM aumenta, como acontece na HAS, há redução da PPC, acarretando hipoperfusão tecidual. Considerando o papel crítico que a pressão arterial desempenha na regulação da perfusão cerebral, não é surpreendente que os AH sistêmicos possam ter um efeito neuro protetor a à medida que reduz a PA (Ribeiro; De Souza; Silva, 2020).

Além disso, existe uma influência importante entre o Sistema Renina-Angiotensina-Aldosterona (SRAA) com a demência, Alzheimer e o aumento da PA. No sistema nervoso central a angiotensina II está relacionada à neurotoxicidade, neuro inflamação, estresse oxidativo, depósitos beta-amiloides e hiper fosforilação de proteínas TAU (Ababei *et al.*, 2023). A nível sistêmico o SRAA está associado à diminuição da excreção de sódio (Na^+) e ao desenvolvimento de hipertensão (Gonzalez *et al.*, 2018). É por essa razão que existe uma associação protetora entre o controle da hipertensão arterial e a prevenção de déficits cognitivos.

Nesse sentido, o estudo de Livingston *et al.*, 2020 propõe que pacientes hipertensos possuem menor prevalência de eventos cognitivos quando instaurado um tratamento intensivo de controle da PA, isto é, uma PA sistólico de até 120 mmHg, diferente do que é proposto para o tratamento padrão, que é uma PA sistólico

de até 140 mmHg, sendo que, o uso de um AH é fundamental nesse sentido (tanto a nível de controle da PA quanto neuro proteção), independente da classe desse AH.

5 Conclusões

Diante do exposto, torna-se evidente a complexidade dos fatores associados à polifarmácia. O presente estudo destacou a importância de considerar variáveis como incontinência urinária como uma das principais causas de efeitos adversos à polifarmácia e o uso de AH como fator neuro protetor, reduzindo a prevalência de déficits cognitivos. Ficou claro que a incontinência urinária é uma das principais síndromes geriátricas associadas à polifarmácia, o que pode ser atribuído a mudanças fisiológicas do envelhecimento, uso de medicamentos como os IRSN, a presença de doenças crônicas e ao pouco conhecimento da pessoa idosa em relação aos possíveis efeitos adversos dos medicamentos que utiliza. Além disso, o uso de AH pode ser associado à proteção neural, reduzindo desfechos relacionados à demência e Alzheimer.

Diante dessas constatações, é crucial promover medidas que promovam o acompanhamento longitudinal e personalizado para a pessoa idosa polifarmácia, avaliando a necessidade de redução de doses, troca de medicações e possíveis interações medicamentosas. Além disso, é fundamental um trabalho multidisciplinar entre os profissionais de saúde com intenção de instaurar um tratamento não medicamentoso quando indicado, visando a implementação de ferramentas que não envolvam somente a medicação. Existem várias abordagens importantes para se fazer sem necessariamente um tratamento medicamentoso, como tratar fatores precipitantes, mudança no estilo de vida, programação de micção.

Como limitação, destaca-se o recorte do estudo do tipo transversal que não permite avaliação de causa-efeito, sendo necessários estudos longitudinais para avaliar a relação causal entre as variáveis e o desfecho. Por fim, é fundamental continuar a pesquisa nessa área, buscando compreender melhor os efeitos da polifarmácia a longo prazo, desenvolvendo intervenções eficazes para promover o bem-estar e a qualidade de vida dessa população em constante crescimento.

Referências

ABABEI, Daniela-Carmen et al. Therapeutic Implications of Renin–Angiotensin System Modulators in Alzheimer’s Dementia. **Pharmaceutics**, [s.l.], v. 15, n. 9, p. 2290–2290, 6 set. 2023.

ALVES, Luzio Cristina. et al. Avaliação do Nível de Conhecimento de Idosos e Cuidadores sobre os Medicamentos Retirados em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) em Maringá-PR. **Brazilian Journal of Development**, [s.l.] v. 7, n. 11, p. 107613–107630, 23 nov. 2021.

BARROSO et al. **Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020**. Disponível em: <http://departamentos.cardiol.br/sbcdha/profissional/pdf/Diretriz-HAS-2020.pdf>. Acesso em: 10 mar 2024.

BIAZOLLI, Eduarda Lulio et al. Qualidade de vida em mulheres brasileiras idosas com incontinência urinária-uma revisão da literatura. **Revista multidisciplinar da Saúde**, Jundiaí, v.05, n.02, p. 64 – 8, 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas de Incontinência Urinária não Neurogênica – 2020**. Disponível em: https://www.gov.br/conitec/ptbr/midias/protocolos/publicacoes_ms/pcdt_incontinencia-urinaria-no-neurognica_final_isbn_20-08-2020.pdf. Acesso em: 05 mar. 2024.

- CARVALHO, Maristela Ferreira Catão et al. Polypharmacy among the elderly in the city of São Paulo, Brazil - SABE Study. **Brazilian Journal of Epidemiology**, [s.l.], v. 15, n. 4, p. 817–827, 1 dez. 2012.
- CONSTANTINO, Juliana Lima et al. Polypharmacy, inappropriate medication use and associated factors among brazilian older adults. **Cadernos Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 28, n. 3, p. 400–408, 1 set. 2020.
- COSTA, Monique Teixeira et al. Incontinência Urinária: principais fatores de risco e seus efeitos na população idosa. **VITTALLE - Revista de Ciências da Saúde**, [s.l.], v. 35, n. 1, p. 109–119, 18 ago. 2023.
- DE MORAIS, Katiucce Borges et al. Interações medicamentosas com anti-hipertensivos. **Research, Society and Development**, [s.l.], v. 11, n. 2, p. e4411225488, 17 jan. 2022.
- DRUMOND, **Letícia Duque Sousa** et al. A relação entre idosos hipertensos e déficit cognitivo. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, [s.l.], v. 12, n. 10, p. e4593, 23 out. 2020.
- DUNCAN Bruce, Schmidt Maria Inês, Giugliani Elsa, organizadores. **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseada em evidências**. 3 Ed. Porto Alegre: Artmed Editora; 2004.
- GONSALEZ, Sabrina Ribeiro et al. Inappropriate activity of local renin-angiotensin-aldosterone system during high salt intake: impact on the cardio-renal axis. **Brazilian Journal of Nephrology**, [s.l.], v. 40, n. 2, p. 170–178, 18 jun. 2018.
- KIM, Kyoung Jin et al. Association of Geriatric Syndromes with Urinary Incontinence according to Sex and Urinary-Incontinence–Related Quality of Life in Older Inpatients: A Cross-Sectional Study of an Acute Care Hospital. **Korean Journal of Family Medicine**, v. 40, n. 4, p. 235–240, 20 jul. 2019.
- KÜÇÜKDAĞLI, Pinar. Polypharmacy and Related Factors in Geriatric Outpatients. **European Journal of Geriatrics and Gerontology**, [s.l.], v. 1, n. 2, p. 56–60, 24 out. 2019.
- LIVINGSTON, Gill et al. Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the lancet commission. **The Lancet**, [s.l.], v. 396, n. 10248, p. 413–446, 30 jul. 2020.
- MANSO, Maria Elisa Gonzalez et al. Fatores associados à presença de incontinência urinária em um grupo de pessoas idosas atendidas em um ambulatório- escola. **PAJAR**, Porto Alegre, v. 12, p. 1-10, jan.-dez. 2024
- MASCARELO, Andréia et al. Prevalência e fatores associados à polifarmácia excessiva em pessoas idosas institucionalizadas do Sul do Brasil. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, [s.l.], v. 24, n. 2, p. 01-12, jul. 2021.
- MENEZES, Sara Teles de et al. Hypertension, Prehypertension, and Hypertension Control. **Hypertension**, v. 77, n. 2, p. 672–681, fev. 2021.
- MULLER, Jordana de Araujo et al. The use of angiotensin receptor blockers in dementia prevention. **Dementia & Neuropsychologia**, [s.l.], v. 17, n. 1, p. e20233006, 2023.
- NAÇÕES UNIDAS. Departamento de Assuntos Econômicos e Sociais. **Envelhecimento da População Mundial – 2015**. Disponível em:
http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WPA2015_Report.pdfhttp://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WPA2015_Report.pdf

www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WPA2015_Report.pdf. Acesso em: 12 de abril de 2018

NASCIMENTO, Francis Henrique et al. Incontinência urinária: aspectos epidemiológicos, fisiopatológicos e manejo terapêutico: Urinary incontinence: epidemiological, pathophysiological aspects and therapeutic management. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v. 8, n. 10, p. 65563–65576, 5 out. 2023.

NASCIMENTO, Larissa Boaes et al. A associação de incontinência urinária e o diabetes em mulheres: revisão narrativa. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, [s.l.], v. 12, n. 3, p. e3066, 24 fev. 2020.

OLIVEIRA, Patrícia Carvalho et al. Prevalência e Fatores Associados à Polifarmácia em Idosos Atendidos na Atenção Primária à Saúde em Belo Horizonte-MG, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 26, n. 4, p. 1553–1564, abr. 2021.

SBGG - SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA. Atualização dos critérios de Beers: medicações potencialmente inapropriadas em idosos. 2019. Disponível em: <https://www.sbgg-sp.com.br/atualizacao-dos-criterios-de-beers-ags-2019-para-medicacoes-potencialmente-inapropriadas-em-idosos/>. Acesso em: 02/11/2024.

SECRETARIA DE SAÚDE DO PARANÁ. **Linha Guia do Idoso – 2018**. Disponível em: https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2020-04/linhaguiasaudeidoso_2018_atualiz.pdf. Acesso em: 13 de abril de 2018.

PIO, Giovanni Pereira et al. Polifarmácia e riscos na população idosa / Polypharmacy and risks in the elderly population. **Brazilian Journal of Health Review**, [s.l.], v. 4, n. 2, p. 8924–8939, 20 abr. 2021.

PORTO, Edna Aparecida Freire De Oliveira et al. **A incontinência urinária no cotidiano do idoso. 2022**. Trabalho de Conclusão de Curso - Anhanguera, Anápolis-GO. 2020.

REZENDE, Gustavo Rodrigues et al. Prevalência e fatores associados à polifarmácia em idosos residentes em Rio Branco, Acre, Brasil: estudo transversal de base populacional, 2014. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, [s.l.], v. 30, n. 2, 2021.

RIBEIRO, Victor Teatini et al. E. Renin-Angiotensin System and Alzheimer’s Disease Pathophysiology: From the Potential Interactions to Therapeutic Perspectives. **Protein & Peptide Letters**, [s.l.], v. 27, n. 6, p. 484–511, 2020.

SECOLI, Silva Regina. Polypharmacy: interaction and adverse reactions in the use of drugs by elderly people. **Revista Brasileira de Enfermagem**, São Paulo, v. 63, n.1, p.136-40, jan. 2010.

SELBMANN, Alexandre et al. Implicações e risco da polifarmácia em pacientes idosos. **Brazilian Journal of Health Review**, Curitiba, v. 7, n.2, p. 01-10, mar/abril 2024.

TIGUMAN, Gustavo Magno Baldin et al. Prevalência e fatores associados à polifarmácia e potenciais interações medicamentosas em adultos na cidade de Manaus: estudo transversal de base populacional, 2019. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, [s.l.], v. 31, n. 2, 2022.

ULRICH, Vivian; BÓS, Ângelo José Gonçalves. Características sociodemográficas e clínicas em nonagenários e centenários com e sem incontinência urinária. **Scientia Medica**, Porto Alegre v. 30, n. 1, p.1-9, jan-dez, 2020.

VAN DALEN, Jan Willem. et al. Discontinuation of Antihypertensive Medication, Cognitive Complaints, and Incident Dementia. **Journal of the American Medical Directors Association**, [s.l.], v. 20, n. 9, p. 1091-1097.e3, set. 2019.

Submissão: 24/05/2022

Aceite: 01/12/2023

Como citar o artigo:

SPONCHIADO, Gustavo Nienkoetter et al. Prevalência e fatores associados à polifarmácia em pessoas idosas acompanhadas na atenção primária. **Estudos interdisciplinares sobre o Envelhecimento**, Porto Alegre, v. 29, e140360, 2024. DOI: 10.22456/2316-2171.140360

