

ARTIGO ORIGINAL

AS CARACTERÍSTICAS DE SAÚDE DE OCTOGENÁRIOS RECRUTADOS EM DIFERENTES CONTEXTOS EVIDENCIAM A HETEROGENEIDADE DO ENVELHECIMENTO

THE HEALTH CHARACTERISTICS OF OCTOGENARIANS FROM DIFFERENT CONTEXTS SHED LIGHT ON THE HETEROGENEITY OF AGING.

Anita Liberalesso Neri ¹ Flávia Silva Arbex Borim ² Daniela de Assumpção ³ Mônica Sanches Yassuda ⁴ Marilene Rodrigues Portella ⁵ Marlene Doring ⁶ Vicente Paulo Alves ⁷ Lucy Gomes de Oliveira ⁸ Karla Helena Coelho Vilaça ⁹

¹ Graduada em Psicologia. Doutora em Psicologia pela USP. Docente Permanente do PPG Gerontologia da Faculdade de Ciências Médicas (FCM), Unicamp. E-mail: anitalbn@uol.com.br

² Graduada em Fisioterapia. Doutora em Saúde Coletiva pela FCM, Unicamp. Professora permanente do PPG Gerontologia da FCM, Unicamp e Professora Adjunta na Universidade de Brasília, DF. E-mail: flarbex@yahoo.com.br

³ Graduada em Nutrição. Doutora em Saúde Coletiva pela FCM, Unicamp. Docente Permanente do PPG Gerontologia da FCM, Unicamp. E-mail: danideassumpcao@gmail.com

⁴ Graduada em Psicologia. Doutora em Desenvolvimento Humano pela Universidade da Flórida, USA. Docente Permanente do PPG Gerontologia da FCM, Unicamp. Docente do Curso de Graduação em Gerontologia da Escola de Artes, Ciências e Humanidades da USP. E-mail: yassuda@usp.br

⁵ Graduada em Enfermagem. Doutora em Enfermagem pela UFSC. Docente Permanente do PPG Envelhecimento da Universidade de Passo Fundo. E-mail: portella@ufp.br

⁶ Graduada em Enfermagem e Obstetrícia. Doutora em Saúde Pública pela USP. Docente Permanente do PPG Envelhecimento da Universidade de Passo Fundo. doring@ufp.br

⁷ Graduado em Psicologia. Doutorado em Ciências da Religião pela UMSP. Docente Permanente do PPG Gerontologia da UC Brasília, DF. vicerap@gmail.com

⁸ Graduada em Medicina. Doutora em Fisiologia pela Universidade de Londres, Inglaterra. Docente Permanente do PPG Gerontologia da UC Brasília, DF. E-mail: lucygo@gmail.com

⁹ Graduada em Fisioterapia. Doutora em Investigação Biomédica pelo Departamento de Clínica Médica da FMRP/USP. E-mail: kavilaca@yahoo.com.br

Resumo

Objetivo: comparar subamostras de idosos octogenários recrutados em domicílios familiares (n=323), instituições (n=232), e ambulatório de Geriatria (n=196), quanto à distribuição e às probabilidades de associação de variáveis demográficas e de saúde, capacidade funcional e cognição. **Métodos:** foram levantados e descritos dados sobre sexo, idade, raça, índice de massa corporal, quedas, doenças crônicas, consumo de medicamentos, depressão, independência funcional e déficit cognitivo. As probabilidades de associação foram estimadas por meio de regressão logística multinomial. **Resultados:** idosos do sexo feminino, de raça branca e com 85 anos ou mais foram mais frequentes nas instituições; os de 80 a 84, nos domicílios; idosos com doenças crônicas e homens, no ambulatório. Houve maior proporção de artrite/reumatismo (33,6%) entre idosos domiciliares; de acidente vascular cerebral (18,5%), depressão (37,8%) e incontinência urinária (69,9%) entre os institucionalizados; de hipertensão arterial (81,7%), câncer (19,0%), doença pulmonar (15,5%) e osteoporose (43,3%) entre os ambulatoriais. Os idosos institucionalizados apresentaram maiores chances de polifarmácia (OR=4,38), dependência funcional (OR=3,73) e déficit cognitivo (OR=2,42), e menor chance de terem três ou mais doenças crônicas (OR=0,37) e de não serem brancos (OR=0,10). A chance de déficit cognitivo foi 2,79 vezes maior entre os ambulatoriais do que entre os recrutados em domicílio. **Conclusão:** os octogenários recrutados nos domicílios apresentaram menos condições físicas e cognitivas incapacitantes do que os recrutados no ambulatório e nas instituições, mas entre estes havia mais idosos de 80 anos ou mais do que nos domicílios e nos ambulatórios, sugerindo que os cuidados institucionais teriam beneficiado a sua longevidade.

PALAVRAS-CHAVE

Idoso. Saúde do idoso institucionalizado. Serviços geriátricos de saúde.

Abstract

Objectives: Comparing subsamples of octogenarians recruited at home (n=323), institutions (n=232), and a geriatrics outpatient clinic (n=196), regarding the distribution and the probabilities of association between sociodemographic, health, functional capacity, and cognitive variables. **Methods:** Data on sex, age, race, body mass index, falls, chronic diseases, medication, depression, functional independence, and cognitive impairment were collected and described. Associations were estimated using multinomial logistic regression. **Results:** Women, participants of the white race and those aged 85 and over were more frequent at institutions; those aged 80 to 84 at family homes, and participants with chronic diseases and men at the geriatric outpatient clinic. A higher proportion of cases of arthritis/rheumatism (33.6%) was observed among the elderly living in homes; urinary incontinence (69.9%), depression (37.8%) and

stroke (18.5%) at institutions, and hypertension (81.7%), osteoporosis (43.3%) cancer (19.0%), and pulmonary disease (15.5%) among clinic outpatients. The institutionalized ones had a higher chance of polypharmacy (OR=4.38), functional dependence (OR=3.73), and cognitive impairment (OR=2.42), had a lower chance of having 3 or more chronic diseases (OR=0.37), and a lower chance of being non-white (OR=0.10) than those recruited at family homes. The chance of cognitive impairment was 2.79 times higher among the geriatric outpatients than among those recruited at family homes. Conclusion: Octogenarians recruited from households had fewer physical and cognitive impairments than those recruited from the clinic and institutions, but among them there were more people aged 80 years and over than among those from homes and clinics, suggesting that institutional care would have benefited their longevity.

KEYWORDS

Aged. Health of institutionalized elderly. Health services for the aged.

1 INTRODUÇÃO

Normas arraigadas na cultura determinam que os idosos devem ser cuidados pela família, que dessa forma retribui a contribuição dos mais velhos à sobrevivência e à educação dos descendentes, à continuidade e ao desenvolvimento cultural. Mesmo nos países ricos e providos de uma variedade de alternativas de cuidado formal, o cuidado familiar, os serviços de apoio comunitário e os programas de apoio domiciliar são largamente preferidos à internação dos idosos em instituições de longa permanência para idosos (ILPI). Estima-se que, em 2015, nos Estados Unidos, 65,7 milhões de cuidadores informais e familiares cuidavam de uma pessoa doente, incapacitada ou idosa. Dentre esses, 43,5 milhões cuidavam de pessoas com 50 anos ou mais e 14,9 milhões cuidavam de pessoas com Doença de Alzheimer ou outras demências (NATIONAL ALLIANCE FOR CAREGIVING AND AARP, 2015).

No Brasil, às normas sobre o cuidado familiar sobrepõem-se as dificuldades materiais e operacionais das famílias para cuidar em domicílio e a escassez de recursos públicos em apoio aos idosos e às famílias. É pequena a disponibilidade de organizações destinadas ao cuidado em seus vários níveis e em apoio às famílias que cuidam. É difícil a interlocução da sociedade com as ideologias vigentes sobre a velhice, sobre os direitos dos idosos e sobre a legitimidade da atribuição do cuidado a instituições e profissionais especializados. Há preconceito contra as ILPI, vistas como instituições totais, e contra as famílias que internam seus idosos, vistas como ingratas e sem amor pelos ascendentes (NERI, 2010). As leis brasileiras estabelecem que é dever da família cuidar de seus parentes idosos com algum tipo de dependência, que os programas de amparo aos idosos serão executados preferencialmente nos lares, e que somente na impossibilidade de a família cuidar, as instituições de cuidado devem ser consideradas (BRASIL, 1988; 1994; 2003).

As ILPI são definidas como instituições governamentais e não governamentais de caráter residencial, destinadas ao domicílio coletivo de pessoas com 60 anos ou mais, com ou sem apoio familiar (ANVISA, 2005; CAMARANO et al., 2010; IBGE, 2015). A maioria delas (cerca de 65%) são filantrópicas e acolhem idosos socialmente vulneráveis, daí sua associação com os nomes abrigo e asilo. Eles são (ou deveriam ser) independentes ao entrar, mas tornam-se dependentes à medida que envelhecem. A longa sobrevivência com incapacidades, exibida por muitos deles, é em parte responsável pela caracterização desses locais como depósitos de idosos. Por sua vez, as ILPI privadas com fins lucrativos tendem a acolher idosos em vários níveis de dependência física e cognitiva. Muitas se caracterizam como residenciais, hotéis e condomínios para idosos, evitando a caracterização como instituições de saúde, ou como abrigos, asilos ou depósitos de velhos.

Em censo das ILPI brasileiras realizado entre 2007 e 2009, o Instituto Políticas Econômicas Aplicadas (IPEA) identificou 3.548 unidades que cobriam apenas 29,9% dos municípios brasileiros (geralmente os maiores), 65,2% eram filantrópicas (religiosas e laicas), 28,2% de natureza privada e 6,6% de natureza mista. Em 3.294 dessas ILPI, residiam 100.251 pessoas, das quais 11,9% com menos de 60 anos. A maioria eram mulheres. Setenta e sete por cento dos residentes moravam em ILPI filantrópicas, evidenciando o vínculo entre pobreza, doença e institucionalização; 18% residiam em ILPI privadas e 5% viviam em ILPI públicas ou mistas (CAMARANO et al., 2010).

Existem outras razões que determinam que a grande maioria dos idosos brasileiros viva em domicílios familiares, conjugais ou unipessoais, não em instituições. Entre elas, pode ser citada a renda dos idosos, fator que se entrelaça com o poder aquisitivo e a composição das famílias. Arranjos que incluem idosos e familiares mais jovens prevalecem nas camadas menos favorecidas da população, funcionando como um arranjo de conveniência para todos, principalmente em tempos de crise econômica e desemprego. Idosos que vivem sozinhos ou com o cônjuge, baixa renda e incapacidades para o desempenho de atividades de vida diária (AVD) convivem com escassez de ajuda (BATISTONI et al., 2013; DUARTE et al., 2010). Setenta e oito por cento dos idosos que relataram precisar de ajuda para o desempenho de atividades básicas de vida diária (ABVD), principalmente tomar banho e transferência, não contavam com nenhum tipo de ajuda (GIACOMIN et al., 2018).

Conforme dados do Estudo Longitudinal da Saúde de Adultos e Idosos Brasileiros (ELSI Brasil), 83,0% dos participantes haviam utilizado serviços básicos da rede pública de saúde nos 12 meses anteriores à entrevista, e a média de visitas no ano foi 4,4. Essa é uma informação promissora, mas obscurecida por dados que indicam que aqueles que frequentavam os serviços públicos eram mais pobres, apresentavam mais problemas de saúde e tinham piores condições de acesso, continuidade e coordenação dos cuidados do que aqueles que dispunham de cuidados oriundos de agências privadas de saúde (MACINKO et al., 2018). Dados similares foram obtidos pelo estudo de seguimento com a coorte de 2010 do Estudo SABE (SILVA et al., 2018) e pelo Estudo Fibra (GUARIENTO et al., 2013).

Conhecimentos sobre as semelhanças e as diferenças entre as condições de saúde e de acesso a serviços de saúde em diferentes contextos de atenção, sob condições heterogêneas de envelhecimento e de vulnerabilidade, podem subsidiar a implantação de linhas de cuidado ajustadas às necessidades. É importante notar que este estudo focaliza idosos brasileiros octogenários, um segmento que cresce de forma acelerada e sobre o qual existe relativa carência de conhecimentos em nosso meio. Os contextos em que os idosos se faziam presentes por ocasião da pesquisa são como um platô erigido sobre uma complexa história de vantagens e desvantagens biológicas, socioeconômicas e psicológicas acumuladas ao longo do curso de vida das coortes.

Realizamos uma pesquisa observacional, com o objetivo de comparar subamostras de idosos octogenários recrutados em domicílios familiares, em ILPI e em um ambulatório de Geriatria, quanto à distribuição e às probabilidades de associação de variáveis sociodemográficas, de saúde, capacidade funcional e cognição.

2 Métodos e materiais

Os dados foram obtidos no banco eletrônico do estudo “Padrões de envelhecimento físico, cognitivo e psicológico em idosos longevos que vivem em diferentes contextos”, que contém os registros de subamostras de 791 idosos octogenários recrutados em domicílios familiares, em ILPI e em ambulatório de Geriatria entre os anos de 2016 e 2018.

2.1 Participantes

Os idosos recrutados em domicílio foram selecionados dentre os integrantes das amostras da linha de base (2008-2009) dos Estudos Fibra Campinas (n=900) e Fibra Ermelino Matarazzo (subdistrito da cidade de

São Paulo) (n=384). Fibra é acrônimo de Fragilidade em Idosos Brasileiros, que designa um estudo multicêntrico de base populacional com idosos de 65 anos ou mais. Para a linha de base (LB), foram obtidas amostras probabilísticas de cidades brasileiras selecionadas por conveniência (NERI et al, 2013). Nos anos de 2016 e 2017, foram coletados dados para um estudo de seguimento (SG) envolvendo 323, dentre os 656 idosos com 80 anos ou mais (232 de Campinas e 91 de Ermelino Matarazzo), nascidos entre 1 de janeiro de 1911 e 30 de setembro de 1937, que haviam participado da LB. Cento e trinta ou 19,8% dos 656 octogenários que haviam participado da LB haviam falecido, 203 (30,9% dos 656) não foram localizados e os 323 sobreviventes com 80 anos ou mais localizados para o SG correspondiam a 49,3% da amostra da LB.

Os idosos recrutados em ILPI constituíram amostra formada por 272 indivíduos com 80 anos ou mais, residentes em três das 18 ILPI privadas, e em 15 dentre as 19 ILPI filantrópicas em funcionamento nas cidades de Passo Fundo, Carazinho e Bento Gonçalves, no Estado do Rio Grande do Sul, no ano de 2017. As instituições participantes foram as que formalmente se voluntariaram para integrar a pesquisa, respondendo por escrito a uma carta-convite dos organizadores enviadas a todas as ILPI da região. Em cada ILPI, participaram os idosos que reuniam as condições de saúde, funcionalidade e cognição que permitiriam que eles respondessem a itens verbais e participassem de medidas objetivas de funcionalidade. A seleção foi feita pelo pessoal das instituições e a participação dos idosos foi voluntária. Os idosos foram apresentados à equipe, que agendou as entrevistas e coletou os dados. Foram consultados os seus prontuários para obtenção de informações sobre diagnósticos médicos e problemas de saúde nos últimos 12 meses, uso de medicamentos nos últimos três meses, dor crônica e insônia.

A amostra de idosos ambulatoriais foi constituída por 196 idosos com 80 anos ou mais dentre os 227 casos agendados pela Central do Sistema Único de Saúde, para atendimento no Ambulatório de Geriatria, do Hospital da Universidade Católica de Brasília, entre março de 2016 e abril de 2018. Foram critérios de exclusão: diagnóstico autorreferido de acidente vascular encefálico, depressão, doenças vestibulares, Doença de Alzheimer e outras demências, doenças degenerativas do sistema nervoso em estágio avançado, graves restrições à mobilidade, problemas graves de compreensão e de comunicação e problemas sensoriais graves. Trinta e um idosos não compareceram nas datas agendadas para atendimento e coleta de dados, ou se recusaram a participar, motivo pelo qual a amostra foi composta por 196 octogenários. Por meio de documento impresso, a chefia do ambulatório autorizou o acesso dos pesquisadores aos idosos e aos prontuários.

2.2 Coleta de dados

Os idosos foram recrutados e entrevistados por pessoal treinado, que se apresentava em duplas identificadas por crachá e pelo material de comunicação visual da pesquisa. Os idosos domiciliares foram entrevistados em sessão única, com média de 90 minutos de duração; os idosos ambulatoriais e os institucionalizados foram entrevistados em duas ou três sessões, dependendo da agenda dos serviços na qual se encontravam. Todos foram submetidos a um bloco inicial de medidas verbais de natureza sociodemográfica e a medidas objetivas de natureza antropométrica, clínica, de capacidades básicas e de funções cognitivas básicas. A pontuação, na medida cognitiva, norteou a decisão de solicitar a presença de um mediador para auxiliar os idosos a responder aos blocos subsequentes de itens de autorrelato sobre saúde, funcionalidade e psicossociais. Nas ILPI, foram auxiliados por um mediador os idosos que pontuaram 13 ou menos no Miniexame do Estado Mental (MEEM), pontuação que BERTOLUCCI et al. (1994) recomendam para analfabetos. Nos domicílios e no ambulatório, foram adotadas as pontuações medianas das amostras, menos um desvio-padrão, com ajustes pelo número de anos de escolaridade: 17 para os sem escolaridade formal e analfabetos, 22 para os com 1 a 4 anos de escolaridade, 24 para os com 5 a 8 e 26 pontos para os com 9 ou mais anos de escolaridade (BRUCKI et al., 2003).

2.2.1 Demográficas: sexo autodeclarado (com as alternativas masculino e feminino), idade cronológica (tempo transcorrido entre a data do nascimento e a data da entrevista) e raça ou cor da pele autodeclarada (branca ou não branca: preta, parda, amarela e indígenas).

2.2.2 Índice de Massa Corporal (IMC): com base neste indicador [peso (kg)/estatura²(m)], os idosos foram categorizados como de baixo peso (IMC \leq 23 kg/m²), eutróficos (IMC > 23 e IMC < 28 kg/m²), com sobrepeso (IMC \geq 28 e IMC < 30 kg/m²) e com obesidade (IMC > 30 kg/m²) (BRASIL, 2011).

2.2.3 Número de doenças diagnosticadas por médico nos últimos 12 meses: resultou da soma das respostas sim a nove itens de um questionário sobre doenças crônicas não transmissíveis de prevalência mais alta na população adulta e idosa. O número de doenças crônicas foi categorizado em zero a dois e três ou mais.

2.2.4 Déficit cognitivo sugestivo de demência: este indicador foi obtido pela comparação entre a pontuação obtida por cada idoso no MEEM e a nota de corte previamente estabelecida por estudos populacionais para seu nível de escolaridade (BERTOLUCCI et al., 1994; BRUCKI et al., 2003).

2.2.5 Consumo de medicamentos: os idosos foram inquiridos sobre consumo de algum medicamento receitado por médico ou usado por iniciativa própria, nos últimos três meses; em caso positivo, indagava-se quantos (os que responderam cinco ou mais pontuaram para polifarmácia) (BATISTONI et al., 2013).

2.2.6 Quedas nos últimos 12 meses: foram utilizados os registros das respostas sim ou não à pergunta pertinente.

2.2.7 Nível de capacidade funcional: foi indicado pelo grau de ajuda (nenhuma, parcial ou total) necessária para desempenhar de uma a seis atividades básicas de vida diária (ABVD) (LINO et al., 2008).

2.3 Análise de dados

Primeiramente, foram estimados os percentuais de idosos recrutados nos três contextos segundo as variáveis de interesse. O teste qui-quadrado de Pearson foi utilizado para verificar as diferenças entre idosos, considerando nível de significância <0,05. Em seguida, realizou-se análise múltipla, por meio de regressão logística multinomial (categoria de referência: domicílio), para estimar as razões de chance e os intervalos de confiança de 95% (IC95%) para a residência em ILPI e o recrutamento em ambulatório. No modelo de regressão, foram inseridas as variáveis que apresentaram valor de $p < 0,20$ na análise bivariada, e permaneceram aquelas com valor de $p < 0,05$ na análise multivariada. Foram calculadas as prevalências de doenças crônicas. As diferenças foram determinadas pelo teste qui-quadrado de Pearson ($p < 0,05$). As análises foram executadas no programa IBM SPSS, versão 21.

2.4 Cuidados éticos

Antes da entrevista, todos os idosos foram informados sobre os objetivos e os procedimentos e sobre o compromisso ético dos pesquisadores com os participantes. Os que aceitaram o convite para participar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), cujo conteúdo foi previamente aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) de cada universidade que sediou a investigação (na Unicamp, pelo parecer número 1.334.651, de 23/11/2015, na Universidade de Passo Fundo, pelo parecer 2.097.27, de 2 de junho de 2017, e na Universidade Católica de Brasília, pelo parecer 1.290.368, de 21 de outubro de 2015 (nº 1.290.368). O CEP Unicamp aprovou o projeto concernente à comparação entre os dados dos três contextos (parecer número 3.061.534, de 6 de dezembro de 2018).

3 Resultados

Entre os 791 idosos octogenários, 71,2% eram mulheres, 49,5% tinham entre 80 e 84 anos de idade, 76,0% se autodeclararam brancos, 30,2% estavam com baixo peso e 38,3% com eutrofia, segundo o IMC. A presença de uma ou duas doenças crônicas foi observada em 52% dos idosos, a polifarmácia em 58,6% e o

déficit cognitivo em 51,4%. Mais da metade dos idosos não sofreram quedas nos 12 meses anteriores à entrevista e eram independentes para ABVD.

No contexto domiciliar, foram observadas frequências mais elevadas de idosos com 80 a 84 anos, com peso corporal adequado para a altura, sem déficit cognitivo compatível com demência, não polimedicados e com independência funcional. No contexto institucional, foram, em maior número, os idosos mais velhos (≥ 85 anos) e aqueles com baixo peso, déficit cognitivo e dependência para ABVD, os que usavam cinco ou mais medicamentos, os que se autodeclararam brancos (93,3%) e os que tinham até duas doenças crônicas diagnosticadas por um médico (68,1%). Entre os atendidos no ambulatório, foram observadas menores frequências de homens, de polifarmácia e de octogenários com dependência funcional (Tabela 1).

Tabela 1 - Sumário descritivo das variáveis nas subamostras.

Variáveis	n (%)	Domicílios familiares	ILPI	Ambulatório de Geriatria	p ^a
Sexo					
Masculino	228 (28,8)	31,9	19,9	36,2^b	< 0,001
Feminino	563 (71,2)	68,1	80,1^b	63,8	
Total	791 (100,0)				
Faixas de idade					
80-84 anos	391 (49,5)	59,6^b	33,5	55,1	< 0,001
85-89 anos	245 (31,0)	28,3	36,0^b	28,6	
90 ou mais anos	154 (19,5)	12,1	30,5^b	16,3	
Raça/cor da pele^c					
Branca	598 (76,0)	67,1	93,3^b	66,8	< 0,001
Não branca	189 (24,0)	32,9^b	6,7	33,2^b	
Estado nutricional					
Baixo peso	212 (30,2)	25,4	40,7^b	24,4	< 0,001
Eutrofia	269 (38,3)	43,7^b	32,0	36,9	
Sobrepeso	78 (11,1)	9,0	12,1	13,8	
Obesidade	143 (20,4)	21,9	15,2	25,0	
Número de doenças crônicas					
0-2	444 (60,7)	59,8	68,1^b	50,0	0,001
3 ou mais	288 (39,3)	40,2	31,9	50,0^b	
Déficit cognitivo					
Não	340 (48,6)	59,9^b	32,5	46,4	< 0,001
Sim	360 (51,4)	40,1	67,5^b	53,6	
Polifarmácia					
Não	286 (41,4)	55,9^b	21,7	50,6^b	< 0,001
Sim	404 (58,6)	44,1	78,3^b	49,4	
Quedas nos últimos 12 meses					
Não	376 (58,2)	56,9	55,9	63,1	0,319
Sim	270 (41,8)	43,1	44,1	36,9	
Capacidade funcional					

Independentes	402 (53,9)	70,8^b	24,3	68,6^b	< 0,001
Dependentes	344 (46,1)	29,2	75,7^b	31,4	

^a Valor de p para o teste qui-quadrado de Pearson. ^b Caselas com resíduos ajustados > 1,96, indicando diferença estatística entre as subamostras de idosos, com maior proporção para a categoria sinalizada. ^c Frequências absolutas entre os não brancos: pretos (n=54), pardos (n=117), indígenas (n=10) e amarelos (n=8).

Fonte: autores.

No modelo de regressão logística multinomial, sexo e idade foram mantidos como variáveis de ajuste, apesar de não terem significância estatística. Em comparação com os idosos recrutados em domicílio, os institucionalizados apresentaram maiores razões de chance de déficit cognitivo, polifarmácia, dependência para o desempenho de ABVD e menores razões de chances de se declarar não brancos e de relatar três ou mais doenças crônicas. Os idosos de ambulatório apresentaram razão de chance 2,79 vezes maior de déficit cognitivo do que os recrutados em domicílio (Tabela 2).

Tabela 2 - Variáveis associadas aos diferentes contextos: resultados do modelo de regressão logística multinomial.

Variáveis	ILPI OR ^a	IC95%	Ambulatório de Geriatria OR ^a	IC95%
Sexo				
Feminino	1		1	
Masculino	0,77	0,46-1,31	1,17	0,75-1,83
Faixa etária (em anos)				
80-84	1		1	
85-89	0,80	0,47-1,35	0,97	0,48-1,93
90 ou mais	1,44	0,74-2,78	1,05	0,63-1,65
Raça/cor da pele				
Branca	1		1	
Não branca	0,10	0,05-0,21	0,87	0,56-1,36
Número de doenças crônicas				
0-2	1		1	
3 ou mais	0,37	0,22-0,62	1,44	0,91-2,28
Déficit cognitivo				
Não	1		1	
Sim	2,42	1,50-3,91	2,79	1,61-3,82
Polifarmácia				
Não	1		1	
Sim	4,38	2,61-7,33	0,99	0,63-1,56

Capacidade funcional (ABVD)

Independente	1		1	
Dependente	3,73	2,30-6,06	1,11	0,69-1,77

Categoria de referência: domiciliar. ^a *Odds ratio* (OR): razões de chance ajustadas pelas variáveis sexo, idade, raça/cor da pele, estado nutricional, número de doenças crônicas, déficit cognitivo, polifarmácia e capacidade funcional. IC95%: intervalo de confiança de 95%.

Fonte: autores.

Para o conjunto dos idosos estudados, as doenças crônicas mais prevalentes foram hipertensão arterial, depressão, artrite/reumatismo e diabetes mellitus. A incontinência urinária foi relatada por 53,6% da amostra. Comparando os três grupos, observou-se maior proporção de artrite/reumatismo nos idosos domiciliares; de acidente vascular cerebral, depressão e incontinência urinária nos institucionalizados, e de hipertensão arterial, câncer, doença pulmonar e osteoporose nos idosos recrutados em ambulatório. Não foram observadas diferenças significativas entre as proporções de casos de doenças do coração nos três contextos (Tabela 3).

Tabela 3 - Prevalência e proporção de doenças crônicas não transmissíveis e incontinência urinária em idosos de diferentes contextos.

Variáveis	n (%)	Domicílios familiares	ILPI	Ambulatório de Geriatria	p ^a
Hipertensão arterial sistêmica	495 (67,8)	68,9	58,1	81,7^b	< 0,001
Doenças do coração	158 (22,1)	21,4	21,2	25,3	0,567
Acidente vascular encefálico	94 (13,2)	8,1	18,5^b	13,9	< 0,001
Diabetes <i>mellitus</i>	192 (26,7)	29,7	20,4	31,8	0,011
Câncer	63 (8,9)	7,1	5,6	19,0^b	< 0,001
Doenças reumáticas	189 (26,9)	33,6^b	18,1	29,9	< 0,001
Doenças pulmonares	69 (9,8)	8,8	7,8	15,5^b	0,034
Depressão	194 (27,3)	16,3	37,8^b	30,3	< 0,001
Osteoporose	184 (26,1)	29,6	13,3	43,3^b	< 0,001
Incontinência urinária	330 (53,6)	39,9	69,9^b	42,4	< 0,001

^a Valor de p para o teste qui-quadrado de Pearson. ^b Caselas com resíduos ajustados > 1,96, indicando diferença estatística entre as subamostras de idosos com maior proporção de respostas nas categorias sinalizadas.

Fonte: autores.

4 Discussão

A pesquisa revelou que idosos do sexo feminino, brancos e com idade avançada foram mais frequentes nas instituições; idosos mais jovens nos domicílios; doenças crônicas e homens no ambulatório de Geriatria, e idosos não brancos no ambulatório e nos domicílios; baixo peso nas ILPI e eutrofia nos domicílios. Idosos

sem doenças crônicas autorrelatadas, mas com déficit cognitivo, polifarmácia e dependência para ABVD foram mais frequentes nas ILPI. Em comparação com os idosos do contexto domiciliar, os residentes em ILPI apresentaram-se com chances significativamente maiores de polifarmácia, dependência em ABVD, déficit cognitivo e idade igual ou superior a 90 anos; os ambulatoriais, tiveram maiores chances de apresentar déficit cognitivo três ou mais doenças, de serem não brancos e de serem homens.

Este estudo é pioneiro no Brasil, ao comparar idosos recrutados em três contextos com relação a variáveis sociodemográficas e de saúde. O fato de a grande maioria dos participantes terem sido captados em ambientes naturais e não em ambientes controlados contribui para a aplicabilidade dos dados. Os resultados colocam luz sobre a heterogeneidade intra e inter coortes quanto às experiências de envelhecimento, heterogeneidade, essa, determinada por variáveis genético-biológicas, socioeconômicas e culturais atuando ao longo da vida. Os dados obtidos sugerem alternativas aos sistemas de atenção à saúde e ao cuidado de idosos.

Limitações inerentes ao delineamento das subamostras prejudicam realizar generalizações de alcance comparável para os três grupos. Ainda assim, as subamostras domiciliar e institucional aproximaram-se de 300 indivíduos cada uma. O menor tamanho da subamostra ambulatorial deveria ter sido superada pela dedicação de um período mais longo à coleta de dados, nesse ambiente e congêneres. Os dados teriam mais força se o tamanho e as características das amostras, que melhor representem os idosos dos três contextos, tivessem sido estimados estatisticamente.

A maior presença de mulheres do que de homens nas ILPI, assim como a maior frequência de homens do que de mulheres na amostra ambulatorial podem ser consideradas como indicadores de relações de gênero entrelaçadas com relações econômicas. Além de serem mais numerosas do que os homens na população idosa, as mulheres são mais longevas, em boa parte em razão de serem mais assíduas a consultas médicas e a exames periódicos ao longo da vida adulta. São mais cumpridoras de prescrições médicas do que os homens, que são culturalmente treinados para se verem como fortes, saudáveis e não necessitados de autocuidado e de cuidados médicos preventivos. Porém, as mulheres idosas são mais doentes e dependentes do que os homens da mesma idade. Mesmo assim, são mais oneradas por tarefas de cuidado da casa, da família e de seus membros dependentes. Esses fenômenos têm alcance mundial e são atribuídos a diferenças de gênero, que, por sua vez, estão associadas a desvantagens acumuladas e a diferenças estruturais (BOERMA et al., 2016; CARMEL, 2019; MARMOT, 2001; OLSHANSKY et al., 2012).

As idosas que atualmente têm mais de 80 anos têm visto crescer sua participação nos encargos econômicos familiares, mas como seus ganhos são baixos e inferiores às demandas da família e delas próprias, é comum que vivam seus últimos anos de vida em situações de pobreza e abandono, que levam muitas delas a serem institucionalizadas (CAMARANO; KANSO, 2010; CARMEL, 2019).

A maior frequência de homens do que de mulheres no ambulatório reflete o fato de os homens envelhecerem com mais doenças, sinais e sintomas do que as mulheres, e com menor esperança de vida do que elas. Mais velhos do que as respectivas esposas, a maioria dos homens com saúde prejudicada teria nelas não só acompanhantes aos serviços de atendimento ambulatorial, mas como cuidadoras de sua saúde debilitada pelo envelhecimento, pelo estilo de vida e por autocuidado deficitário. No ELSI Brasil (2015-2016), a grande maioria dos cuidadores eram mulheres (72,1%) que cuidavam de homens, contra 53,1% que cuidavam de outras mulheres; cerca de 90% eram parentes do receptor de cuidados; a grande maioria não recebia nenhuma remuneração e não havia sido treinada para cuidar (GIACOMIN et al., 2018). Dados similares foram mostrados pelo Estudo SABE (DUARTE et al., 2010).

Chama a atenção o percentual de idosos das ILPI que se declararam brancos (93,3%), em comparação com os 67% observados em cada um dos dois outros contextos e no ELSI Brasil, cuja amostra é representativa da população brasileira. Há três explicações para a alta prevalência de idosos brancos encontrada neste estudo. Uma é a mortalidade precoce de pretos e pardos, selecionados por critério socioeconômico: suas chances de serem pobres e de terem baixo capital social ao longo da vida são maiores do que as de indivíduos brancos. Eles são mais expostos à adversidade, a fatores ambientais negativos e a

pouco acesso a recursos protetores e eficazes de enfrentamento (SILVA et al., 2018). Em todas as coortes, idosos do sexo feminino, não brancos e com baixo nível educacional têm maior chance de exibir níveis mais altos de desregulação fisiológica do que homens idosos, brancos e com poder aquisitivo mais alto (YANG; LEE, 2009).

Uma segunda possibilidade corresponde ao fato de a maioria dos idosos institucionalizados serem provenientes de contextos de pobreza. Segundo dados epidemiológicos brasileiros, baixo nível socioeconômico, baixo nível educacional e desigualdade social associam-se com o aumento do risco ao desenvolvimento de incapacidades em ABVD, independentemente de fatores demográficos e de saúde (ANDRADE et al., 2018). As mesmas variáveis e a falta de suporte material e instrumental terão determinado a maior presença de mulheres, de idosos com 85 anos ou mais e de participantes com baixo peso, déficit cognitivo sugestivo de demência e polifarmácia nas ILPI do que entre os recrutados nos domicílios e no ambulatório, dados que também foram registrados por Lini, Portella e Doring (2016).

Em terceiro lugar, sabe-se que a demografia dos idosos, do Rio Grande do Sul e da região de Passo Fundo, sofreram a influência da forte endogenia e da alta fecundidade das imigrantes brancas europeias, ocorrida a partir de 1870, coincidindo com a emigração de pretos e pardos para as lavouras de café da província de São Paulo. Em 2018, os brancos correspondiam a 83,3% da população gaúcha; apenas 16,3% declararam-se pardos e pretos (IBGE, 2018).

É provável que a maioria dos idosos institucionalizados tivesse laços familiares frágeis e pouco suporte familiar, que favorecem a institucionalização. Mais do que os idosos domiciliares e ambulatoriais, os institucionalizados teriam sofrido desvantagens precoces, e seus efeitos acumulados ao longo da vida, traduzidos em doenças crônicas e limitações, entre elas acidentes vasculares encefálicos (AVE) e outros eventos cerebrovasculares, que são preditores de déficit cognitivo e de dependência em ABVD. A maioria dos 18,5% dos idosos das ILPI que se autodescreveram como tendo sido acometidos por AVE provavelmente padeciam de sequelas e comorbidades dessa moléstia, que teriam contribuído para sua institucionalização.

Os idosos dos três contextos estavam envelhecendo em meio ao surgimento e ao agravamento de doenças crônicas típicas do padrão de envelhecimento de sua coorte. Entre elas, destacam-se a hipertensão arterial sistêmica, uma condição clínica multifatorial, com prevalência de 55% entre os idosos de 75 anos ou mais, e de 55,8% entre os de 80 anos ou mais, o diabetes e a obesidade. As três moléstias foram mais frequentes na amostra ambulatorial, que apresentou 25% de obesos, 81,7% de hipertensos e 31,8% de diabéticos, contra 21,9% de obesos, 69,9% de hipertensos e 29,4% de diabéticos nos domicílios, e 15,2% de obesos, 58,1% de hipertensos e 20,4% de diabéticos nas ILPI. As três são as mais prevalentes nas coortes idosas e, segundo Nunes et al. (2018), precursoras de AVC e de demências, cuja ocorrência prediz dependência em ABVD e perda de autonomia, geradoras de grande ônus para a família.

Perda de peso (preditora de sarcopenia e fragilidade), incontinência urinária e depressão são problemas de saúde de início gradual e silenciosos e de curso relativamente lento. As três têm alta prevalência entre mulheres com 80 anos ou mais, principalmente quando institucionalizadas. Mesmo sendo importantes fatores de risco a quedas, incapacidade e mortalidade, existe forte tendência de leigos e profissionais continuarem a vê-las como eventos naturalmente associados à velhice e a não intervir precocemente nelas. Segundo dados de Roig, Souza e Lima (2015), mulheres com incontinência urinária moderada ou grave têm quatro vezes mais chance de ter incapacidade funcional do que mulheres com incontinência leve. No entanto, problemas de saúde de início súbito e de efeitos catastróficos, como os AVE, as quedas e as infecções, provavelmente chamam mais atenção e obscurecem as consequências de outras doenças crônicas.

Multimorbidade é a ocorrência simultânea de problemas de saúde em uma mesma pessoa. É geralmente traduzida pela presença de três ou mais ou duas ou mais doenças crônicas (HUNTLEY et al., 2012). Ela atinge cerca de metade da população idosa mundial e é associada à mortalidade, à perda de independência funcional, à baixa qualidade de vida e, em termos populacionais, à dificuldade de manejo pelos serviços de

saúde (RYAN et al., 2015). Estudo epidemiológico brasileiro, envolvendo idosos em idade avançada, identificou prevalência de multimorbidade de mais de 60% e observou maior frequência entre as mulheres, entre aqueles com baixo nível socioeconômico e baixa escolaridade e entre idosos residentes em áreas cobertas pela Estratégia Saúde da Família. Apenas 2,7% dos idosos com 80 anos ou mais não tinham nenhuma doença crônica, 66% tinham três ou mais e 11,3% tinham seis ou mais. Na pesquisa ora relatada, foi identificada prevalência similar de duas ou mais doenças em 97,0% dos idosos domiciliares e ambulatoriais e em 87,0% dos institucionalizados, que certamente tornaram mais prováveis o uso de medicamentos e a polifarmácia (NUNES; THUMÉ; FACCHINI, 2015). A alta frequência de casos de polifarmácia entre os idosos de ILPI é um sinal importante de multimorbidade, mas deixa um alerta para os cuidados necessários com a iatrogenia e seu potencial para arruinar a sua qualidade de vida (MOREIRA et al., 2020).

Entre os idosos domiciliares e os ambulatoriais, foram observados mais casos de independência em ABVD e mais casos de integridade das funções cognitivas básicas do que entre os institucionalizados. Ou seja, os dois primeiros grupos eram mais saudáveis, jovens e capazes de enfrentar os desafios propostos pelo ambiente do que o terceiro. Estudos longitudinais mostram que, com o avanço da idade, os recursos físicos tendem a declinar, e as exigências ambientais, a se intensificar. Na amostra da linha de base do SABE, foi identificado um percentual de 19,6% de idosos com incapacidade para realizar pelo menos uma ABVD. Entre eles, 70,5% eram incapazes em uma ou duas, e 29,5% em três ou mais dessas atividades. Seis anos depois, foi observado aumento no percentual de idosos com dificuldades em ABVD, 60,6% dos quais não recebiam nenhuma ajuda, com destaque para os que moravam sozinhos (DUARTE et al., 2010). No ELSI Brasil, cerca de 25% dos participantes, entre eles os mais velhos, os com nível de escolaridade mais baixo e os com multimorbidades, tinham dificuldade para o desempenho de pelo menos uma ABVD; 78,2% daqueles que necessitavam de ajuda em ABVD, principalmente para transferência e banho, relataram não contar com nenhum tipo de ajuda (ANDRADE et al., 2018).

A proporção de mulheres institucionalizadas aumenta com a idade, porque têm maior risco à dependência funcional do que homens da mesma idade, para viver sozinhas e para não contar com os apoios de que necessitam (DUARTE; LEBRÃO; LIMA, 2005). Idosos com déficit cognitivo compatível com demência, que é mais comum entre as mulheres do que entre os homens, têm maior probabilidade de serem institucionalizados em função do ônus físico e psicológico gerado pelo cuidado dessas pessoas no contexto familiar, principalmente em contextos de pobreza. No estudo de Andrade et al. (2017), com idosos institucionalizados, foi observado um percentual de 83,6% de idosos com déficit cognitivo. Ter 83 anos ou mais mostrou-se um fator de risco, mas ter hipertensão e ter sido institucionalizado por escolha própria mostraram-se fatores protetores para déficit cognitivo moderado ou grave. Pode parecer que esse dado inverte a lógica usual da relação entre institucionalização, doenças somáticas e dependência, mas, na verdade, a reforça, em vista dos efeitos positivos do tratamento da hipertensão eventualmente induzido pelas instituições.

O acolhimento de idosos por ILPI tem potencial para causar diminuição da mortalidade e consequente expansão de longevidade dos seus internos, explicando a alta prevalência dos muito idosos nesse contexto. A admissão dessas possibilidades, bem como as evidências de alta frequência de multimorbidade, polifarmácia, incapacidade funcional e déficit cognitivo entre os idosos ambulatoriais é de alta relevância para o planejamento e a gestão de políticas de saúde e de proteção social orientadas aos muito idosos.

5 Conclusões

O estudo comparou características demográficas e de saúde de idosos octogenários, integrantes de amostras recrutadas em domicílio, em ILPI e em ambulatório de Geriatria. Em comparação com os idosos recrutados em domicílios familiares, os idosos recrutados nas ILPI apresentaram-se com chances significativamente maiores de pontuar para polifarmácia, dependência funcional em ABVD, déficit cognitivo

e idade igual ou maior do que 90 anos. Por sua vez, os idosos ambulatoriais apresentaram-se com maiores chances do que os domiciliares de ter déficit cognitivo, três ou mais doenças crônicas não transmissíveis, de serem pretos ou pardos e de serem do sexo masculino.

O fato de serem sobreviventes de coortes que há muito ultrapassaram a esperança de vida às idades projetada em décadas passadas, assim como a grande probabilidade de serem de baixa renda e baixa escolaridade, torna os participantes das três subamostras parecidos entre si. Condições de saúde incapacitantes tiveram grande influência na diferenciação dos idosos institucionalizados.

O status de sobreviventes cabe mais perfeitamente aos idosos institucionalizados do que aos demais, na medida em que o aumento de sua longevidade terá sido largamente favorecido pelos cuidados oferecidos por instituições filantrópicas de longa permanência para idosos, a despeito de suas deficiências. Trata-se de dado a ser perseguido por ser de maior interesse à definição de linhas de cuidado formais e informais aos que envelhecem, entre eles, principalmente as mulheres. Esse dado é igualmente importante ao investimento na diferenciação e na multiplicação de ambientes de moradia, tratamento e convivência compatíveis com as necessidades dos idosos e das famílias dos estratos socioeconômicos mais baixos.

Os idosos da amostra ambulatorial integram um segmento cujo encaminhamento ao serviço de atenção secundária é feito por serviços públicos de atenção primária, frequentados principalmente por idosos de baixa renda, residentes na comunidade. Não somente eles como as famílias requerem mais e mais efetiva atenção das políticas de saúde e de proteção social.

Pelos dados encontrados na pesquisa, os idosos domiciliares podem ser classificados como os de melhor qualidade de vida em saúde das três amostras, se bem que parte deles conviviam com os mesmos déficits encontrados entre os ambulatoriais e os institucionalizados. O papel dos serviços sociais e de saúde é postergar ao máximo o momento em que venham a migrar para os grupos de institucionalizados e ambulatoriais e apoiar as famílias.

Referências

ANDRADE, Fabienne Louise Juvêncio Paes et al. Cognitive impairment and associated factors among institutionalized elderly persons in Natal, Rio Grande do Norte, Brazil. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, [s.l.], v. 20, n. 2, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-22562017020.160151>

ANDRADE, Fabíola B. de et al. Inequalities in basic activities of daily living among older adults: ELSI-Brazil, 2015. **Revista de Saúde Pública**, [s.l.], v. 52, Suppl 2:14s, 2018. DOI: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2018052000617>

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada nº 283, de 26 de setembro de 2005. **Regulamento técnico para o funcionamento das ILPI para idosos**, Brasília, DF, ANVISA, 2005. Disponível em: www.portalsaude.gov.br. Acesso em: 31 mar. 2010.

BATISTONI, Samila Sathler Tavares et al. Arranjos domiciliares, suporte social, expectativa de cuidado e fragilidade. In: NERI, A.L. **Fragilidade e qualidade de vida na velhice: Dados do Estudo Fibra em Belém, Parnaíba, Campina Grande, Poços de Caldas, Ermelino Matarazzo, Campinas e Ivoti**. Campinas: Alínea Editora, 2013, p. 267-282.

BERTOLUCCI, Paulo Henrique et al. Miniexame do estado mental em uma população geral. Impacto da escolaridade. **Arquivos de Neuropsiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 52, n. 1, p. 1-7, 1994.

BOERMA, Ties et al. A global assessment of the gender gap in self-reported health with survey data from 59 countries. **BMC Public Health**, [s.l.], v., n. 675, 2016. DOI: <http://10.1186/s12889-016-3352-y>

BRUCKI, Sonia Maria Dozzi et al. Suggestions for utilization for the use of the Mini-Mental State Examination in Brazil. **Arquivos de Neuropsiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 61, n. 3B, p. 777-781, 2003.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil - 1988**. Disponível em http://www.imprensaoficial.com.br/downloads/pdf1Constituicoes_declaracao.pdf. Acesso em: 30 abr. 2010.

BRASIL. Lei n.º 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/8842.htm. Acesso em: 30 abr. 2010.

BRASIL. Lei n.º 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF. 3 out 2003, Seção 1, p.1. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/10741.htm. Acesso em: 30 abr. 2010.

BRASIL. **Orientações para coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde: norma técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. (Série G. Estatística e Informação em Saúde).

CAMARANO, Ana Amélia et al. As Instituições de Longa Permanência no Brasil. In: Camarano, Ana Amélia (Org.). **Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido?** Rio de Janeiro: Ipea, 2010, p. 187-212.

CAMARANO, Ana Amélia; KANSO, Solange. Como as famílias brasileiras estão lidando com idosos que demandam cuidados e quais as perspectivas futuras? A visão mostrada pelas PNADS. In: Camarano, Ana Amélia (Org.). **Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido?** Rio de Janeiro: Ipea, 2010, p. 93-122.

CARMEL, Sara. Health and well-being in late life: gender differences worldwide. **Frontiers in Medicine**, [s.l.], v. 6, n. 218, 2019. DOI: <http://10.3389/fmed.2019.00218>

DUARTE, Yeda Aparecida Oliveira et al. Como estão sendo cuidados os idosos frágeis de São Paulo? A visão mostrada pelo Estudo SABE (Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento). In: CAMARANO, A. A. (Org.). **Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido?** Rio de Janeiro: Instituto Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), 2010, p. 123-144.

DUARTE, Yeda Aparecida Oliveira; Lebrão, Maria Lúcia; Lima, Fernão Dias. Contribuição dos arranjos domiciliares para o suprimento das demandas assistenciais dos idosos com comprometimento funcional em São Paulo, Brasil. **Revista Panamericana de Salud Publica**, Washington, v. 17, n. 5/6, p. 370-378, 2005.

GIACOMIN, Karla Cristina et al. Care and functional disabilities in daily activities – ELSI-Brazil. **Revista de Saúde Pública**, [s.l.], v. 52, Suppl 2:9s, 2018. DOI: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2018052000650>

GUARIENTO, Maria Elena et al. Acesso e uso de serviços de saúde e fragilidade. In: NERI A. L. (Org.). **Fragilidade e qualidade de vida na velhice: Dados do Estudo Fibra em Belém, Parnaíba, Campina Grande, Poços de Caldas, Ermelino Matarazzo, Campinas e Ivoti**. Campinas: Alínea Editora, 2013, p. 209-226.

HUNTLEY A. L. et al. Measures of multimorbidity and morbidity burden for use in primary care and community settings: a systematic review and guide. **Annals of Family Medicine**, [s.l.], v. 10, n. 2, p. 134-141, 2012. DOI: <https://doi.org/10.1370/afm.1363>

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Diretoria de Pesquisa, Coordenação de População e Indicadores Sociais. **Pesquisa de Entidades de Assistência Social sem Fins Lucrativos, PEAS 2014-2015**, Rio de Janeiro, 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua - PNAD Contínua -2018**,

2018. Disponível em <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101435.pdf>. Acesso em: 30 mar. 2020.

LINI, Ezequiel Vitório; PORTELLA, Marilene Rodrigues; DORING, Marlene. Fatores associados à institucionalização de idosos: estudo caso-controle. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 6, p. 1004-1014, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-22562016019.160043>.

LINO, Valéria Teresa Saraiva et al. Adaptação transcultural da escala de independência em atividades da vida diária (Escala de Katatz). **Cadernos de Saúde Pública**, [s.l.], v. 24, p. 103-112, 2008.

MACINKO, James et al. Primary care and healthcare utilization among older Brazilians (ELSI-Brazil). **Revista de Saúde Pública**, [s.l.], v. 52, Suppl 2:14s, 2018. DOI: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2018052000595>

MARMOT, Michael. The influence of income on health: views of an epidemiologist. **Health Affairs**, [s.l.], v. 21, p. 31–46, 2001. DOI: <http://10.1377/hlthaff.21.2.31>.

MOREIRA, Francisca Sueli Monte et al. Uso de medicamentos potencialmente inapropriados em idosos institucionalizados: prevalência e fatores associados. **Ciência e Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 25, n. 6, jun. 2020. DOI: <https://10.1590/1413-81232020256.26752018>

NATIONAL ALLIANCE FOR CAREGIVING AND AMERICAN ASSOCIATION FOR RETIRED PERSONS (AARP). **Caregiving in the U.S.**, 2015. Disponível em: <https://www.caregiver.org/resource/caregiver-statistics-demographics>. Acesso em: 30 mar. 2021.

NERI, Anita Liberalesso. Desafios ao bem-estar físico e psicológico enfrentados por idosos cuidadores no contexto da família: Dados do Fibra Campinas. In: CAMARANO, Ana Amélia (Org.). **Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido?** Rio de Janeiro: IPEA, 2010, p. 303-335.

NERI, Anita Liberalesso, et al. Metodologia e perfil sociodemográfico, cognitivo e de fragilidade de idosos comunitários de sete cidades brasileiras: Estudo FIBRA. **Cadernos de Saúde Pública**, [s.l.], 2013, 29. Jg., Nr. 4, S. 778-792.

NUNES, Bruno Pereira et al. Multimorbidity: The Brazilian Longitudinal Study of Aging (ELSI-Brazil). **Revista de Saúde Pública**, [s.l.], v. 52, Supl 2:10s, 2018.

NUNES, Bruno Pereira, THUMÉ, Elaine, FACCHINI, Luis Augusto. Multimorbidity in older adults: magnitude and challenges for the Brazilian health system. **BMC Public Health**, [s.l.], v. 15, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12889-015-2505-8>.

OLSHANSKY, Jay S. et al. Differences in life expectancy due to race and educational differences are widening, and many may not catch up. **Health Affairs**, [s.l.], v. 31, p. 1803–13, 2012. DOI: <http://10.1377/hlthaff.2011.0746>

ROIG, Javier Jerez; SOUZA, Dyego Leandro Bezerra; LIMA, Kenio Costa Lima. Urinary incontinence in institutionalized elderly: prevalence and impact on quality of life. **Fisioterapia em Movimento**, Curitiba, [s.l.], v. 28, n. 3, July/Sept. 2015. DOI: <https://10.1590/0103-5150.028.003.AO17>

RYAN, Aine et al. Multimorbidity and functional decline in community-dwelling adults: a systematic review. **Health and Quality of Life Outcomes**, v. 13, n. 1, p. 168, 2015. Disponível em: <https://hqlo.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12955-015-0355-9>. Acesso em: 02 maio 2023.

SILVA, Alexandre et al. Iniquidades raciais e envelhecimento: análise da coorte 2010 do Estudo Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento (SABE). **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 21, Supl.2, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-549720180004.supl.2>

YANG, Yang; LEE, Linda C. Dynamics and heterogeneity in the process of human frailty and aging: evidence from the U.S. older adult population. **Journal of Gerontology: Social Sciences**, [s.l.], v. 65B, n. 2, p. 246–255, 2009. DOI: <http://10.1093/geronb/gbp102>

Submissão: 14/01/2022

Aceite: 23/03/2023

Como citar o artigo:

NERI, Anita Liberalesso et al. As características de saúde de octogenários recrutados em diferentes contextos evidenciam a heterogeneidade do envelhecimento. **Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento**, Porto Alegre, v. 28, 2023. DOI: 10.22456/2316-2171132938.

