



Fatores associados à condição de acamado em idosos brasileiros: resultado da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013

Factors associated to the condition of bedridden in Brazilian old people, results from the National Health Survey, 2013

Danielle Bordin^{1,2}

Ana Flávia Lourenço Loiola²

Luciane Patrícia Andreani Cabral^{1,2}

Guilherme Arcaro^{1,2}

Geiza Rafaela Bobato¹

Clóris Regina Blanski Grden^{1,2}

Resumo

Objetivo: Identificar os fatores associados à condição de acamado entre idosos brasileiros, analisando-se condições socioeconômicas e de saúde e utilização de serviços de saúde. **Método:** Estudo transversal com dados secundários provenientes da Pesquisa Nacional de Saúde (2013). Contou com a população de indivíduos com ≥ 60 anos ($n=11.177$). A condição de acamado foi considerada variável dependente e as características sociodemográficas, condições de saúde e utilização de serviços médicos como independentes. Foram realizadas análises de regressão logística, e reportada a razão de chance bruta (RC_{bruta}) e ajustada ($RC_{ajustada}$) com o intervalo de confiança de 95% (IC95%). **Resultados:** Verificou-se que 4,9% dos idosos eram acamados. Essa condição mostrou-se associada ao sexo masculino ($RC_{ajustada}=1,45$; IC95%=1,13-1,84), analfabetismo ($RC_{ajustada}=1,37$; IC95%=1,11-1,70) e quantidade de doenças crônicas, sendo idoso com cinco ou mais doenças crônicas apresentava 4,96 (IC95%=2,78-8,85) mais chances do que os sem doença. As doenças associadas à condição acamado foram: episódio de acidente vascular cerebral ($RC_{ajustada}=3,03$; IC95%=1,29-8,43), diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica ($RC_{ajustada}=1,71$; IC95%=1,31-2,24), alterações nos níveis de colesterol ($RC_{ajustada}=2,08$; IC95%=1,37-3,17) e depressão ($RC_{ajustada}=5,64$; IC95%=2,42-13,14). Ainda, idosos que precisaram de atendimento relacionado à própria saúde ($RC_{ajustada}=16,94$; IC95%=7,15-40,16), internamento ($RC_{ajustada}=8,10$; IC95%=4,20-15,54) e atendimento emergencial no domicílio nos últimos 12 meses ($RC_{ajustada}=1,78$; IC95%=4,20-15,54) e que consideraram a condição de saúde geral ruim ($RC_{ajustada}=2,68$; IC95%=2,05-3,51) apresentaram mais chances de ser acamado. **Conclusão:** o estudo permitiu identificar importantes fatores associados à condição acamado de idosos brasileiros com destaque para sexo e escolaridade, as variáveis clínicas de doenças crônicas, e utilização mais frequente de serviços de saúde.

Palavras-chaves: Idoso.

Pessoas Acamadas.

Indicadores Básicos de Saúde.

Enfermagem Geriátrica.

¹ Universidade Estadual de Ponta Grossa, Departamento de Enfermagem e Saúde Pública. Ponta Grossa, PR, Brasil.

² Hospital Universitário Regional dos Campos Gerais, Residência Multiprofissional em Saúde do Idoso. Ponta Grossa, PR, Brasil.

Financiamento da pesquisa: Não houve financiamento na execução deste trabalho.

Os autores declaram não haver conflito na concepção deste trabalho.

Correspondência/Correspondence
Danielle Bordin
daniellebordin@hotmail.com

Recebido: 13/03/2020

Aprovado: 08/10/2020

Abstract

Objective: to identify the factors associated to bedridden condition among Brazilian old people, analyzing socioeconomic and health conditions and the use of health services. **Method:** cross-sectional study, with secondary data from National Health Survey (2013). It counted on the population of individuals ≥ 60 aged ($n=11.177$). The bedridden condition was considered a dependent variable and the sociodemographic characteristics, health conditions and use of medical services as independent. Crude and adjusted logistic regression analyses were performed and reported crude and Adjusted Odds Ratio ($OR_{adjusted}$), with 95% confidence interval (95%CI). **Results:** It was found that 4.9% of the old people were bedridden. This condition was shown to be associated to male gender ($OR_{adjusted}=1.45$; 95%CI= 1.13-1.84), illiteracy ($OR_{adjusted}=1.37$ 95%CI= 1.11-1.70) and number of chronic diseases, old people who had five chronic diseases were 4.96 (95%CI=2.78-8.85) times more likely than those without disease. The diseases associated to bedridden condition were stroke episode ($OR_{adjusted}=3.03$; 95%CI=1.29-8.43), diagnosis of systemic arterial hypertension ($OR_{adjusted}=1.71$; 95%CI=1.31-2.24), changes in cholesterol levels ($OR_{adjusted}=2.08$; CI95%= 1.37-3.17) and depression ($OR_{adjusted}=5.64$; 95%CI=2.42-13.14). Still, old people who needed care related to their own health ($OR=16.94$; 95%CI=7.15-40.16), hospitalization ($OR_{adjusted}=8.10$; 95%CI=4.20-15.54) and emergency home care in the last 12 months ($OR_{adjusted}=1.78$; 95%CI=1.25-2.55) and who considered the condition of poor general health ($OR_{adjusted}=2.68$; 95%CI=2.05-3.51) were more likely to be bedridden. **Conclusion:** This study allowed the identification of important factors associated with the bedridden condition of Brazilian old people, with emphasis on gender and education, the clinical variables of chronic diseases, and the more frequent use of health services.

Keywords: Aged. Bedridden Persons. Health Status Indicators. Geriatric Nursing.

INTRODUÇÃO

O acelerado envelhecimento da população acarreta desafios aos sistemas de saúde, uma vez que os idosos apresentam elevada prevalência de doenças crônicas, as quais podem evoluir para declínio da capacidade funcional e cognitiva. Nessa conjuntura, espera-se o aumento de idosos na condição de acamados e com elevado grau de dependência¹. De característica frequentemente progressiva e gravidade variável, o comprometimento da mobilidade no idoso tem origem multifatorial, predominando as alterações neurológicas e musculoesqueléticas², bem como a presença de doenças e o processo de hospitalização³.

Conceitualmente, o paciente acamado caracteriza-se por estar impossibilitado de exercer o autocuidado, seja de forma parcial ou total, requerendo auxílio para realização das atividades de vida diária⁴. Além dos prejuízos funcionais a diversos sistemas fisiológicos, a restrição ao leito pode favorecer alterações do estado emocional, manifestada por crises de ansiedade, apatia, depressão e isolamento social⁴. Estima-se que 30 a 40% dos idosos internados, independentemente

da causa de internação, desenvolvem algum tipo de imobilidade após a hospitalização⁵.

A condição acamado no idoso é um fator importante a ser avaliado e monitorado pela equipe multiprofissional de saúde. Ademais, as intervenções relacionadas à prevenção e ao cuidado são eficazes e podem reduzir significativamente a incidência de complicações oriundas dessa condição^{1,4}. Vale destacar, que a discussão acerca da condição acamado e os fatores associados que tenha abrangência nacional é temática inédita no Brasil e configura-se um diferencial. Diante do exposto, o presente estudo objetivou identificar os fatores associados à condição de acamado entre idosos brasileiros, analisando-se condições socioeconômicas, de saúde e utilização de serviços de saúde.

MÉTODO

Trata-se de um estudo com dados secundários provenientes do último inquérito base populacional, a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS-2013), realizado

em todo o território brasileiro⁶. A PNS-2013 trata-se de um estudo transversal, quantitativo, de base populacional, realizado em nível nacional, proposto pelo Ministério da Saúde e conduzido pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

O plano amostral utilizado pela PNS contou com uma amostragem probabilística por conglomerados em três estágios, sendo o conjunto de setores censitários as unidades primárias de amostragem, os domicílios as unidades secundárias e os moradores maiores de idade selecionados, as unidades terciárias. O tamanho da amostra foi definido considerando o nível de precisão desejado para as estimativas de alguns indicadores de interesse, resultando na investigação de 64.348 domicílios, destes foram selecionados 60.202 moradores para entrevista individual.

A coleta de dados foi realizada no interstício de agosto de 2013 a fevereiro de 2014 por pesquisadores treinados, conduzida por três questionários referentes: ao domicílio, aos moradores e ao indivíduo. Os instrumentos incluem temas relacionados à percepção do estado de saúde, fatores de risco e proteção, doenças crônicas, saúde do idoso, dentre outros. Detalhes sobre o processo de amostragem, coleta de dados e questionários estão disponíveis no *site* do IBGE e no relatório da PNS-2013^{6,7}. Vale destacar que o referido inquérito foi aprovado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa para Seres Humanos, do Ministério da Saúde, sob o Parecer no 328.159/2013, e os dados foram disponibilizados de maneira pública e gratuita (<https://www.pns.icict.fiocruz.br/>).

No presente estudo foram utilizadas apenas as informações dos indivíduos com idade ≥ 60 anos, que responderam ao questionário do indivíduo, resultando em uma amostra final de 11.177 sujeitos. Os dados da PNS-2013 foram angariados no *site* supracitado. Todas as variáveis passaram por tratamento, as numéricas foram transformadas em categóricas, algumas variáveis foram recategorizadas, e outras dicotomizadas conforme o preconizado na literatura. Na sequência são expostas as variáveis, consideradas no estudo, e as categorias formadas.

A variável dependente *Acamado* é resultante da questão: *Nas duas últimas semanas esteve acamado(a)?* tendo como respostas sim e não.

As variáveis independentes referiram-se às:

- *Características sociodemográficas*: sexo (feminino e masculino); idade, seguiu a categorização conforme preconizado por Moraes et al.,⁸ em seu instrumento que avalia condição clínico funcional do idoso (60 a 74 anos, 75 a 84 anos, ≥ 85 anos); cor da pele (branca, preta, parda, outras); convivência com o cônjuge (sim e não); estado civil (casado, separado/divorciado, viúvo, solteiro) alfabetizado (sim e não); formação (alfabetização, fundamental, médio, graduação); e renda, sendo categorizada conforme valor de salários mínimos na época do estudo (até 680 Reais, 681>1.320 reais, 1.321>2.640 reais, mais de 2.641 reais).
- *Condição saúde*: autopercepção da condição de saúde geral (positiva, negativa); doenças crônicas, sendo sua categorização classificada segundo frequência do número de doenças, agrupando-se a partir de cinco doenças apresentar um frequência mais reduzida (nenhuma, uma, duas, três, quatro, cinco ou mais); diagnóstico de: depressão; hipertensão arterial sistêmica; diabetes *mellitus*; artrite reumatoide; problema coluna vertebral; doença pulmonar obstrutiva crônica; lesão por esforço repetitivo; hipercolesterolemia; lesão por esforço repetitivo; câncer e episódio prévio de acidente vascular cerebral, bem como tabagismo e etilismo foram todas dicotomizadas em *sim e não*.
- *Utilização de serviços médicos*: frequência de consulta médica no último ano (variável numérica categorizada em até três consultas e quatro ou mais consultas) essa classificação seguiu o desenvolvido no estudo de Meier et al.,⁹ onde cita que a categorização seguiu documento do ministério da saúde, que prevê no ano 3 consultas na atenção primária e 1 consulta na atenção secundária; internação hospitalar nos últimos 12 meses (não, sim); tempo de internamento em dias (variável numérica categorizada em até três dias; quatro ou mais dias); no último atendimento foram receitados medicamentos (não, sim);

atendimento de emergência no domicílio nos últimos 12 meses (não, sim); busca nas últimas duas semanas por atendimento de saúde (não, sim). Os dados perdidos foram contabilizados nas tabelas descritivas como não informado e não fizeram parte dos testes estatísticos.

Os resultados foram analisados descritivamente por meio de frequência absoluta e relativa. Para testar a associação entre a variável dependente e as variáveis independentes, realizou-se inicialmente análise bivariada pelo teste qui-quadrado. Na sequência, realizou-se análise de regressão logística pelo método de entrada *stepwise*, com base no valor de verossimilhança. As variáveis que apresentaram valor de $p \leq 0,20$ na análise bivariada foram selecionadas para entrar no modelo múltiplo, permanecendo nos modelos se atingissem $p < 0,05$ e/ou ajustassem o modelo. Na sequência realizou-se ajuste do modelo, segundo as variáveis que mostraram associação com a variável dependente: busca nas últimas duas semanas por atendimento de saúde X internação; busca nas últimas duas semanas por atendimento de saúde X acidente vascular encefálico; diagnóstico de depressão X sexo; diagnóstico de hipertensão X diagnóstico de colesterol. O modelo gerou uma capacidade explicativa de 95,1% na análise bruta e ajustada.

RESULTADOS

Verificou-se que dos 11.177 idosos que compuseram a amostra 4,9% ($n=549$) apresentou a condição de acamado no momento da entrevista. Prevaleceu na amostra homens, idade entre 60 a 74 anos, cor branca, não convive com cônjuge, estado civil casado, alfabetizado, baixa escolaridade e renda inferior a seiscentos e oitenta reais. Dentre as características sociodemográficas, constatou-se associação com condição de acamado: sexo, idade, convivência com o cônjuge e ser alfabetizado ($p < 0,05$) (Tabela 1).

Já no que tange à condição de saúde dos idosos brasileiros, esteve associada à condição de acamado: autopercepção de saúde geral, número de doenças crônicas, diagnóstico de depressão, hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, artrite reumatoide, problema coluna vertebral, doença pulmonar obstrutiva crônica, hipercolesterolemia, lesão por esforço repetitivo, câncer e episódio prévio de acidente vascular cerebral ($p < 0,05$). Ainda, o tabagismo e o etilismo mostraram-se associados à condição de acamado ($p < 0,05$) (Tabela 2).

Quanto à utilização de serviços de saúde, expostos na Tabela 3, todas as variáveis investigadas mostraram associação com a condição de acamado ($p < 0,05$), denotando maior usufruto desses serviços por idosos que se apresentavam acamados.

Na Tabela 4 verificou-se que idosos do sexo masculino e analfabetos apresentavam 1,45 e 1,37, respectivamente mais chances de vivenciar a condição de acamado do que mulheres e alfabetizados. O número de doenças crônicas foi um quesito contribuinte para o idoso apresentar-se acamado. Idosos com uma doença crônica apresentam 2,04 mais chances de ser acamado, enquanto um idoso que apresentava cinco doenças crônicas apresentavam 4,96. Vivenciar episódio de acidente vascular encefálico (AVE), ter o diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica (HAS) e alterações nos níveis de colesterol também elevaram as chances do idoso ser acamado.

Ainda, idosos que precisaram de algum atendimento relacionado à própria saúde considerando as duas semanas antecedentes à coleta de dados apresentaram mais chances de ser acamado, assim como aqueles que estiveram internados e requereram atendimento emergencial no domicílio nos últimos 12 meses. A condição de saúde geral considerada ruim e o diagnóstico de depressão também foram fatores associados à condição de acamado junto ao idoso (Tabela 4).

Tabela 1. Perfil sociodemográfico de idosos brasileiros, segundo condição de acamado (n=11177). Brasil, 2013.

Variáveis n(%)	Acamado		Total n(%) (n=11.177; 100%)	<i>p</i>
	Sim n(%) (n=549; 4,9%)	Não n(%) (n=10.628; 95,1%)		
Sexo				
Feminino	178(32,4)	4377(41,2)	4.555(40,8)	<0,001
Masculino	371(67,6)	6251(58,8)	6.622(59,2)	
Idade (anos)				
60 a 74	391(71,2)	7.899(74,3)	8.290(74,2)	0,040
75 a 84	112(20,4)	2.142(20,2)	2.254(20,2)	
≥ 85	45(8,2)	779(7,3)	824(7,4)	
Não informado*	1(0,2)	8(0,1)	9(0,1)	
Cor				
Branca	270(49,2)	5044(47,5)	5314(47,5)	0,370
Preta	48(8,7)	1.001(9,4)	1.049(9,4)	
Parda	219(39,9)	4.433(41,7)	4.652(41,6)	
Outras	12(2,2)	150(1,4)	162(1,4)	
Convivência com o cônjuge				
Sim	212(38,6)	4.836(45,5)	5.048(45,2)	0,002
Não	337(61,4)	5.792(54,5)	6.129(54,8)	
Estado civil				
Casado	208(37,9)	4.600(43,3)	4.808(43,0)	0,088
Separado/Divorciado	57(10,4)	1.076(10,1)	1.133(10,1)	
Viúvo	192(35,0)	3.234(30,4)	3.426(30,7)	
Solteiro	92(16,8)	1.718(16,2)	1.810(16,2)	
Alfabetizado				
Sim	371(67,6)	8.015(75,4)	8.386(75,0)	<0,001
Não	178(32,4)	2.613(24,6)	2.791(25,0)	
Formação				
Alfabetização	213(38,8)	3.993(37,6)	4.206(37,6)	0,090
Fundamental	66(12,0)	1.710(16,1)	1.776(15,9)	
Médio	60(10,9)	1.431(13,5)	1.491(13,3)	
Graduação	55(10,0)	1.112(10,5)	1.167(10,4)	
Não informado*	155(28,2)	2.382(22,4)	2.537(22,7)	
Renda				
>680 Reais	279(50,8)	4.806(45,2)	5.085(45,5)	0,180
680 > 1.320 Reais	74(13,5)	1.238(11,6)	1.312(11,7)	
1.320 > 2.640 Reais	73(13,3)	1.318(12,4)	1.391(12,4)	
Mais de 2.640 Reais	62(11,3)	1.433(13,5)	1.495(13,4)	
Não informado*	61(11,1)	1.760(16,6)	1.821(16,3)	

Fonte: PNS/ IBGE, 2013. * Estes dados não fizeram parte da análise.

Tabela 2. Condição saúde de idosos brasileiros, segundo condição de acamado. (n=11177). Brasil. 2013.

Variáveis	Acamado		Total n(%)	p
	Sim n(%)	Não n(%)		
Autopercepção da condição de saúde geral				
Positiva	77(14,0)	4.855(45,7)	4.932(44,1)	<0,001
Negativa	472(86,0)	5.773(54,3)	6.245(55,9)	
Número de doenças crônicas				
Nenhuma	41(7,5)	2.735(25,7)	2.776(24,8)	<0,001
Uma	107(19,5)	3.047(28,7)	3.154(28,2)	
Duas	118(21,5)	2.296(21,6)	2.414(21,6)	
Três	109(19,9)	1.366(12,9)	1.475(13,2)	
Quatro	80(14,6)	736(6,9)	816(7,3)	
Cinco ou mais	94(17,1)	448(4,2)	542(4,8)	
Diagnóstico de depressão				
Não	377(68,7)	9.790(92,1)	10.167(91,0)	<0,001
Sim	172(31,3)	838(7,9)	1.010(9,0)	
Diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica				
Não	212(38,6)	5.318(50,0)	5.530(49,5)	<0,001
Sim	336(61,2)	5.188(48,8)	5.524(49,4)	
Não informado*	1(0,2)	122(1,1)	123(1,1)	
Diagnóstico de diabetes <i>mellitus</i>				
Não	391(71,2)	8.298(78,1)	8.689(77,7)	<0,001
Sim	134(24,4)	1.762(16,6)	1.896(17,0)	
Não informado*	24(4,4)	568(5,3)	592(5,3)	
Diagnóstico de artrite reumatoide				
Não	366(66,7)	8.931(84,0)	9.297(83,2)	<0,001
Sim	183(33,3)	1.697(16,0)	1.880(16,8)	
Diagnóstico de algum problema coluna vertebral				
Não	321(58,5)	7.959(74,9)	8.280(74,1)	<0,001
Sim	228(41,5)	2.669(25,1)	2.897(25,9)	
Diagnóstico de alguma doença pulmonar obstrutiva crônica				
Não	508(92,5)	10.317(97,1)	10.825(96,9)	<0,001
Sim	41(7,5)	311(2,9)	352(3,1)	
Diagnóstico de hipercolesterolemia				
Não	356(64,8)	7.480(70,4)	7.836(70,1)	<0,001
Sim	166(30,2)	2.438(22,9)	2.604(23,3)	
Não informado*	27(4,9)	710(6,7)	737(6,6)	
Diagnóstico de algum tipo de câncer				
Não	507(92,3)	10.128(95,3)	10.635(95,2)	0,002
Sim	42(7,7)	500(4,7)	542(4,8)	
Episódio prévio de acidente vascular cerebral				
Não	472(86,0)	10.142(95,4)	10.614(95,0)	<0,001
Sim	77(14,0)	486(4,6)	563(5,0)	

continua

Continuação da Tabela 2

Variáveis	Acamado		Total n(%)	<i>p</i>
	Sim n(%)	Não n(%)		
Presença de alguma lesão por esforço repetitivo				
Não	541(98,5)	10.492(98,7)	11.033(98,7)	0,720
Sim	8(1,5)	136(1,3)	144(1,3)	
Tabagismo				
Não	504(91,8)	9.429(88,7)	9.933(88,9)	0,030
Sim	45(8,2)	1.199(11,3)	1.244(11,1)	
Etilismo				
Não	479(87,2)	8.266(77,8)	8.745(78,2)	<0,001
Sim	70(12,8)	2.362(22,2)	2.432(21,8)	

Fonte: PNS/ IBGE, 2013. * Estes dados não fizeram parte da análise.

Tabela 3. Utilização de serviços de saúde por idosos brasileiros, segundo condição de acamado. (n=11177). Brasil. 2013.

Variáveis	Acamado		Total n(%)	<i>p</i>
	Sim n(%)	Não n(%)		
Frequência de consulta médica no último ano				
Até 3 consultas anuais	207(37,7)	5.808(54,6)	6.015(53,8)	<0,001
4 ou mais consultas anuais	316(57,6)	2.959(27,8)	3.275(29,3)	
Não informado*	26(4,7)	1.861(17,5)	1.887(16,9)	
Internação hospitalar nos últimos 12 meses				
Não	360(65,6)	9.712(91,4)	10.072(90,1)	<0,001
Sim	189(34,4)	916(8,6)	1.105(9,9)	
Tempo de internamento (dias)				
Até 3	169(30,8)	866(8,1)	1.035(9,3)	0,008
4 ou mais	20(3,6)	50(0,4)	70(0,6)	
Não se aplica*	360(65,6)	9.712(91,4)	10.072(90,1)	
No último atendimento foram receitados medicamentos				
Não	58(10,6)	786(7,4)	844(7,6)	<0,001
Sim	285(51,9)	1.573(14,8)	1.858(16,6)	
Não se aplica*	206(37,5)	8.269(77,8)	8.475(75,8)	
Atendimento de emergência no domicílio nos últimos 12 meses				
Não	488(88,9)	10.381(97,7)	10.869(97,2)	<0,001
Sim	61(11,1)	247(2,3)	308(2,8)	
Busca nas últimas duas semanas por atendimento de saúde				
Não	108(19,7)	8.036(75,6)	8.144(72,9)	<0,001
Sim	308(56,1)	2.345(22,1)	2.653(23,7)	

Fonte: PNS/ IBGE, 2013.

* Estes dados não fizeram parte da análise.

Tabela 4. Modelo final bruto e ajustado da condição de acamado. (n=11177). Brasil. 2013.

Variável	RC _{bruta} (IC 95%)*	<i>p</i>	RC _{ajustada} (IC 95%)**	<i>p</i>
Sexo				
Feminino	1,00	0,03	1,00	0,003
Masculino	1,26 (1,02-1,56)		1,45 (1,13-1,84)	
Analfabeto				
Não	1,00	0,004	1,00	0,003
Sim	1,37 (1,02-1,56)		1,37 (1,11-1,70)	
Número de doença crônica				
Nenhuma	1,00	<0,001	1,00	<0,001
Uma	1,93 (1,28-2,91)	0,002	2,04 (1,35-3,10)	0,001
Duas	2,31 (1,50-3,56)	<0,001	2,48 (1,59-3,87)	<0,001
Três	2,88 (1,79-4,64)	<0,001	3,10 (1,91-5,05)	<0,001
Quatro	4,69 (2,64-8,33)	<0,001	3,25 (1,91-5,53)	<0,001
Cinco ou mais	4,69 (2,64-8,33)	<0,001	4,96 (2,78-8,85)	<0,001
Episódio prévio de acidente vascular cerebral				
Não	1,00	0,004	1,00	0,012
Sim	1,59 (1,16-2,17)		3,03 (1,29-8,43)	
Diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica				
Não	1,00	0,001	1,00	<0,001
Sim	1,48 (1,17-1,86)		1,71 (1,31-2,24)	
Diagnóstico de hipercolesterolemia				
Não	1,00	0,003	1,00	0,001
Sim	1,44 (1,11-1,69)		2,08(1,37-3,17)	
Busca nas últimas duas semanas por atendimento de saúde				
Não	1,00	<0,001	1,00	<0,001
Sim	4,21 (3,46-5,13)		16,94 (7,15-40,16)	
Internação hospitalar nos últimos 12 meses				
Não	1,00	<0,001	1,00	<0,001
Sim	3,12 (2,51-3,88)		8,10 (4,20-15,54)	
Atendimento de emergência no domicílio nos últimos 12 meses				
Não	1,00	0,002	1,00	0,002
Sim	1,74 (1,23-2,48)		1,78 (1,25-2,55)	
Condição de saúde geral				
Boa	1,00	<0,001	1,00	<0,001
Ruim	2,65 (2,03-3,47)		2,68 (2,05-3,51)	
Diagnóstico de depressão				
Não	1,00	<0,001	1,00	<0,001
Sim	2,20 (1,71-2,83)		5,64 (2,42-13,14)	

Fonte: PNS/ IBGE, 2013.

RC=Razão de chances; *Capacidade explicativa do Modelo final 95,1%. -2 Log likelihood: 3285,710; Cox & Snell R²: 0,079; Nagelkerke R²: 0,240. **Capacidade explicativa do Modelo final 95,1%. -2 Log likelihood: 3255,634; Cox & Snell R²: 0,082; Nagelkerke R²: 0,248.

DISCUSSÃO

O presente estudo, que avaliou a prevalência da condição de acamado em idosos e seus fatores associados, constatou que aproximadamente 5% dos idosos investigados encontravam-se nessa condição. E que indivíduos do sexo masculino, analfabeto, com multimorbidade, episódios de acidente vascular cerebral, diagnóstico de HAS e hipercolesterolemia demonstraram mais chances de apresentar-se acamado. Assim como aqueles que buscaram nas últimas duas semanas por atendimento de saúde, necessitaram de internação hospitalar e atendimento de emergência no domicílio nos últimos 12 meses, que dispunham de autopercepção negativa de saúde geral e depressão.

Ressalta-se que na literatura não há estudos de abrangência nacional, com idosos residentes em âmbito domiciliar, que referem a prevalência da condição de acamado para efeito de comparação dos achados do presente estudo. Contudo, estudo realizado em instituições de longa permanência para idosos encontrou uma prevalência de 24% de acamados¹.

Embora a prevalência da condição de acamado, se comparado a outros agravos que acometem a população idosa, seja baixa, é uma complicação que infere em importante impacto social, econômico e familiar¹⁰. A imobilidade associada ao período prolongado em repouso no leito pode desencadear diversas complicações à saúde, além de acarretar problemas com as atividades habituais, mobilidade e autocuidado das pessoas¹¹. Nos indivíduos idosos, essas complicações somadas as alterações do próprio processo de envelhecimento podem gerar complicações ainda maiores³.

Os sistemas cardiovascular, pulmonar, gastrointestinal, musculoesquelético e urinário são os mais atingidos, sendo que o prolongado período em repouso no leito favorece o desenvolvimento de doenças que atingiram esses sistemas, como trombose venosa profunda¹², lesão por pressão¹³, pneumonia¹⁴ e infecção do trato urinário¹⁵. Deste modo, idosos acamados requerem cuidados em saúde de forma contínua e sistematizada, um cuidador deve estar atento a alguns sinais e sintomas que pode significar algum agravo à saúde do idoso.

Quanto aos fatores associados à condição de acamado, verificou-se que idosos homens apresentavam maiores chances de ser acamado. Esse fato pode ser resultante da menor procura por serviços de saúde pelos homens em detrimento as mulheres, assim como menor cuidados preventivos prestados a sua própria saúde e exposição maior a fatores de risco ao longo da vida¹⁶.

Contatou-se, também, que idosos analfabetos apresentavam maiores chances de ser acamado, em detrimento aos alfabetizados. Estudos coadunam com os achados de estudos anteriores^{17,18} e demonstram que indivíduos com baixo nível de escolaridade apresentam mais chances de apresentar doenças e incapacidades, devido à limitação do acesso à informação em saúde. O analfabetismo tem uma carga cumulativa, visto que reflete, ao longo da vida, em menor autocuidado e autopercepção sobre seu estado de saúde e na compreensão acerca das doenças, inferindo, por consequência, em menor busca à serviços de saúde, diagnósticos tardios e tratamento em tempo oportuno, potencializando o agravamento das doenças e resultado em limitações de maior gravidade, como a condição de acamado¹⁹. Além disso, analfabetos apresentam determinantes sociais de saúde mais desfavoráveis, condição que igualmente fragiliza o indivíduo¹⁹ e aumenta as chances de ser acamado.

A qualidade de vida do idoso pode ser comprometida com o aparecimento de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), tais enfermidades podem ser responsáveis pelo o que é definido como incapacidade funcional do idoso, ou seja, afetando a funcionalidade e a independência desses indivíduos, de forma temporária ou permanente²⁰, conforme observado no presente estudo. Ademais, quanto maior o número de doenças crônicas maior a chance de incapacidade desse indivíduo, uma vez que as DCNT podem desencadear outras complicações e, por consequência, potencializa-se a necessidade de procura por atendimento médico, hospitalizações, capacidade funcional reduzida e mortalidade^{18,21,22}.

O aumento gradual das chances de ser acamado de acordo com o crescente número de doenças crônicas encontrado no presente estudo pode ser explicado sob dois prismas: causa e consequência.

“Causa” porque, com o aumento do número de DCNT, as fragilidades no idoso também aumentam pela perda contínua das funções dos órgãos e sistema biológico; e “consequência” porque a condição de acamado debilita o funcionamento do organismo e aumenta as chances de dispor de novos agravos, sendo essas atreladas ao tempo em que o indivíduo encontra-se nessa condição²³.

O AVE está entre as doenças mais comuns de mortes e incapacidade permanente²⁴, podendo resultar na condição de acamado. Dentre as principais consequências do AVE, podem ser observadas: as alterações cognitivas, motoras, emocionais, problemas de memória, na fala atenção, linguagem e comprometimentos nas funções executivas²⁴, fatores que comprometem a qualidade de vida do idoso e de sua família.

Estudos demonstram que a HAS e a hipercolesterolemia estão presentes na maioria da população de idosos, e acabam tornando-se uma das principais causas para o desenvolvimento de outras complicações, esteja ela associada ou não à outra doença^{23,25-27}. A HAS e o colesterol elevado podem desencadear comprometimento cardíaco, renal, vasculares periférica e cerebral, levando a um comprometimento da qualidade de vida, acarretando no idoso uma incapacidade em realizar suas atividades devido a complicações neurológicas e motoras^{23,25-27}, condição que explica a associação encontradas entre as DCNT, HAS, hipercolesterolemia e ser acamado.

A pesquisa transversal realizada com idosos japoneses com objetivo de testar a hipótese de que um aumento na diferença da pressão arterial sistólica entre os braços estaria associado à redução da atividade física em idosos, constatou que idosos acamados apresentaram diferença da pressão arterial sistólica entre os braços em detrimento aos idosos ambulatoriais e cadeirantes²⁶. Ainda, que a falta de realização de atividade física, por parte dos acamados, pode ser um fator preditivo para elevar a pressão arterial.

Condição semelhante foi observada no que tange à relação encontrada entre condição de acamado e hipercolesterolemia, um estudo que analisou amostras de sangue em jejum pacientes acamados clinicamente estáveis sob cuidados prolongados e sedentários normolipidêmicos, concluiu que a inatividade tem

grande impacto na redução dos níveis séricos de HDL e elevação da concentração de lipídios²⁸.

Ainda, outra doença crônica que se mostrou associada à mobilidade restrita ao leito foi a depressão, que pode ser ocasionada por diversos fatores, como luto, abandono, doenças incapacitantes, entre outras²⁹. O distúrbio depressivo faz com que o idoso não realize o autocuidado, não se alimentando de forma adequada e permaneça por mais tempo no leito, potencializando seu grau de fragilidade tendo mais chances de se tornar acamado³⁰. Porém, o contrário também acontece, uma vez que neste estudo, mostrou-se que o número de idosos acamados com depressão tem uma razão de chance de acontecer de 2,13, uma vez que a perda da capacidade funcional, o aparecimento de DCNT, o uso de medicamentos, podem fazer com que esse idoso se sinta inútil levando-o a desenvolver esses distúrbios^{29,30}.

Verificou-se, também, no presente estudo que idosos acamados requerem maior necessidade de atendimento relacionado à saúde, seja ele por um atendimento ambulatorial, internamento, ou atendimentos de urgência e emergências em detrimento a idosos com mobilidade, uma vez que a condição de acamado, por si só denota maiores cuidados em saúde com o indivíduo, visto que sua saúde encontra-se em um maior nível de fragilidade, conforme exposto acima. E ainda acaba sendo um fator de risco para o aparecimento de complicações e agravos à saúde, tais como desenvolvimento de lesão por pressão, piora na condição respiratória, ansiedade e infecções, isolamento social, depressão, internação hospitalar, que quando se trata de idoso o período de internação pode ser ainda maior, por se tratar de um indivíduo mais frágil onde o desfecho pode ser a morte²³.

Quando se fala em percepção de saúde, observa-se que ter uma percepção ruim sobre a saúde eleva a chance do idoso ser acamado. A condição que o idoso se encontra com presença de doenças crônicas, impedidos de realizar suas atividades, faz com que o idoso avalie sua saúde como condição ruim. A presença de doenças modifica a qualidade de vida o que leva a percepção negativa da saúde³¹. A autopercepção de acamado, acaba gerando certo tipo de insegurança, uma vez que ele necessita de cuidados

e atenção sejam eles básicos ou mais complexos, o que faz com esse idoso enxergue sua vida como um peso na vida de um familiar ou cuidador³². Dessa forma, esse idoso acaba perdendo a vontade de se relacionar mantendo um isolamento social, o que faz com que ocorra ainda mais o declínio de sua saúde, aumente sua dependência e com isso aparecimento de novas complicações, como hospitalizações, depressão, e até mesmo levar a morte³¹.

Tem-se como limitação do estudo o uso de dados secundários de pesquisa transversal, que inviabiliza analisar causa e efeito e o tempo transcorrido da coleta desses dados. Contudo, os dados foram provenientes de uma pesquisa com grande rigor metodológico e de qualidade. Além disso, vale destacar o número restrito de estudos, na literatura nacional e internacional recente, que aborde prevalência e fatores associados à própria temática da condição de acamado, dificultando a comparação dos achados. Porém, ressalta-se a importância da realização de estudos que abordem essa condição, visto que o número de idosos encontra-se em crescimento, tanto em âmbito nacional como mundial. Os achados do

presente estudo poderão subsidiar o planejamento dos cuidados gerontológicos voltados às necessidades específicas desse segmento etário, considerando um envelhecimento ativo e saudável e proporcionando melhor qualidade de vida aos idosos.

CONCLUSÃO

Conclui-se que a prevalência da condição de acamado em idosos brasileiros é baixa, se comparada com outros agravos em saúde, e que esteve associada a condições sociodemográficas, sexo masculino e analfabetismo; e ainda a condições de saúde expressas pela presença de doenças crônicas não transmissíveis, com predileção maior pelo acidente vascular encefálico, hipertensão arterial sistêmica, alterações nos níveis de colesterol, depressão e pior percepção de saúde. Já no que tange à utilização de serviços de saúde, demonstrou-se associada à busca recente de serviços de saúde, internamentos e atendimentos domiciliares emergenciais.

Editado por: Daniel Gomes da Silva Machado

REFERÊNCIAS

1. Giaquini F, Lini EV, Doring M. Prevalência de dificuldade de locomoção em idosos Institucionalizados. *Acta Fisiátrica*. 2017;24(1):1-6. Disponível em: <http://www.gnresearch.org/doi/10.5935/0104-7795.20170001>
2. Moraes EM, Pereira AMVB, Azevedo RS, Moraes FL. Avaliação multidimensional do idoso [Internet]. Curitiba: Secretaria de Estado da Saúde do Paraná; 2018 [acesso em 13 set. 2020]. Disponível em: https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2020-04/avaliacaomultidoidoso_2018_atualiz.pdf
3. Guedes LPCM, Oliveira MLC, Carvalho GA. Efeitos deletérios do tempo prolongado no leito nos sistemas corporais dos idosos: uma revisão. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2018;21(4):499-506. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-22562018021.170167>
4. Vieira HF, Bezerra ALD, Sobreira MVS, Silva JB, Feitosa ANA. Assistência de enfermagem ao paciente acamado em domicílio: uma revisão sistemática. *FIEP Bull*. 2015;85(Esp):478-86. Disponível em: <https://doi.org/10.16887/85.a2.60>
5. Leduc MMS, Leduc VR, Suguino MM. Imobilidade e Síndrome da Imobilização. In: Freitas EV, Pi L, orgs. *Tratado de geriatria e gerontologia*. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2017
6. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde - PNS 2013: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2014 [acesso em 13 set. 2020]. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv91110.pdf>
7. Szwarcwald CL, Malta DC, Pereira CA, Vieira MLFP, Conde WL, Souza Júnior PRB, et al. Pesquisa nacional de saúde no Brasil: concepção e metodologia de aplicação. *Ciênc Saúde Colet*. 2014;19(2):333-42. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014192.14072012>
8. Moraes EN, Carmo JA, Moraes FL, Azevedo RS, Machado CJ, Montilla DER. Clinical-Functional Vulnerability Index-20 (IVCF-20): Rapid recognition of frail older adults. *Rev Saúde Pública*. 2016;50:1-9. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s1518-8787.2016050006963>

9. Meier JG, Cabral LPA, Zanesco C, Grden CRB, Fadel CB, Bordin D. Factors associated with the frequency of medical consultations by older adults: a national study. *Rev Esc Enferm*. 2020;54:e03544. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2018048103544>
10. Brito KQD, Menezes TN, Olinda RA. Incapacidade funcional e fatores socioeconômicos e demográficos associados em idosos. *Rev Bras Enferm*. 2015;68(4):633-40. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680409i>
11. Wu X, Li Z, Cao J, Jiao J, Wang Y, Liu G, et al. The association between major complications of immobility during hospitalization and quality of life among bedridden patients: a 3 month prospective multi-center study. *PLoS ONE*. 2018;13(10):e0205729. Disponível em: <http://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0205729>
12. Guo F, Shashikiran T, Chen X, Yang L, Liu X, Song L. Clinical features and risk factor analysis for lower extremity deep venous thrombosis in Chinese neurosurgical patients. *J Neurosci Rural Pract*. 2015;6(4):471-6. Disponível em: <http://www.thieme-connect.de/DOI/DOI?10.4103/0976-3147.169801>
13. Coleman S, Gorecki C, Nelson EA, Closs SJ, Defloor T, Halfens R, et al. Patient risk factors for pressure ulcer development: Systematic review. *Int J Nurs Study*. 2013;50(7):974-1003. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.11.019>
14. Brogan E, Langdon C, Brookes K, Budgeon C, Blacker D. Respiratory infections in acute stroke: Nasogastric tubes and immobility are stronger predictors than dysphagia. *Dysphagia*. 2014;29(3):340-5. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00455-013-9514-5>
15. Schaeffer AJ, Nicolle LE. Urinary tract infections in older men. *N Engl J Med*. 2016;374(6):562-71. Disponível em: <http://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMcp1503950>
16. Arruda GO, Marcon SS. Comportamentos de riscos à saúde de homens da região Sul do Brasil. *Texto & Contexto Enferm*. 2018;27(2):e2640014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-070720180002640014>
17. Machado WD, Gomes DF, Freitas CASL, Brito MCC, Moreira ACA. Idosos com doenças crônicas não transmissíveis: um estudo em grupos de convivência. *Rev Ciênc Saberes*. 2017;3(2):445-51. Disponível em: <http://www.facema.edu.br/ojs/index.php/ReOnFacema/article/view/194/106>
18. Bordin D, Cabral LPA, Fadel CB, Santos CB, Grden CRB. Fatores associados à internação hospitalar de idosos: estudo de base nacional. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2018;21(4):439-46. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-22562018021.180059>
19. Ribeiro KG, Andrade LOM, Aguiar JB, Moreira AEMM, Frota AC. Education and health in a region under social vulnerability situation: Breakthroughs and challenges for public policies. *Interface Comun Heal Educ*. 2018;22:1387-98. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622017.0419>
20. Pereira LC, Figueiredo MLF, Beleza CMF, Andrade EMLR, Silva MJ, Pereira AFM. Fatores preditores para incapacidade funcional de idosos atendidos na atenção básica. *Rev Bras Enferm*. 2017;70(1):112-8. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0046>
21. Batista SR. A complexidade da multimorbidade. *J Manag Prim Health Care [Internet]* 2014 [acesso em 13 set. 2020];5(1):125-6. Disponível em: <https://doi.org/10.14295/jmphc.v5i1.205>
22. Malta DC, Andrade SSCA, Oliveira TP, Moura L, Prado RR, Souza MFM. Probabilidade de morte prematura por doenças crônicas não transmissíveis, Brasil e regiões, projeções para 2025. *Rev Bras Epidemiol*. 2019;22: e190030. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-549720190030>
23. Souza JO, Oliveira BC, Souza VL, Filgueiras SRD, Bastos AD. A prevalência de doenças crônicas não transmissíveis em usuários acamados assistidos em uma unidade básica de saúde da família. *Saúde Redes*. 2016;2(3):292-300. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.18310/2446-4813.2016v2n3p292-300>
24. Schewinsky SR, Alves VLR. A reabilitação das alterações cognitivas após o acidente vascular encefálico. *Acta Fisiátrica*. 2017;24(4):1. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/0104-7795.20170040>
25. Ferreira JDF, Moreira RP, Maurício TF, Lima PA, Cavalcante TF, Costa EC. Fatores de risco para doenças cardiovasculares em idosos. *Rev Enferm UFPE*. 2017;11(12):1-10. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v11i12a15182p4895-4905-2017>
26. Sato K, Sugiura T, Ohte N, Dohi Y. Association of physical activity with a systolic blood pressure difference between arms in older people. *Geriatr Gerontol Int*. 2018;18(1):95-100. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/ggi.13147>
27. Missio MM, Vieira SV. Experiência em grupos de convivência de idosos: interfaces com a terapia ocupacional. *Rev Bras Promoç Saúde*. 2019;32:1-9. Disponível em: <https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/7436>
28. Oliveira WPC, Tavoni TM, Freitas FR, Silva BMO, Maranhão RC. Lipid transfers to HDL are diminished in long-term bedridden patients: association with low HDL-cholesterol and increased inflammatory markers. *Lipids*. 2017;52(8):703-9. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28660528>

29. Ferreira-Agreli B, Dias FA, Santos-Ferreira PC, Gomes NC, Santos-Tavares DM. Incapacidade funcional e morbidades entre idosos, segundo condições sociodemográficas e indicativo de depressão. *Enfermería*. 2017;35(1):48-58. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.17533/udea.ice.v35n1a06>
30. Ramos GCF, Carneiro JA, Barbosa ATF, Mendonça JMG, Caldeira AP. Prevalência de sintomas depressivos e fatores associados em idosos no norte de Minas Gerais: um estudo de base populacional. *J Bras Psiquiatr*. 2015;64(2):122-31. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000067>
31. Zanesco C, Bordin D, Santos CB, Müller EV, Fadel CB. Factors determining the negative perception of the health of Brazilian elderly people. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2018;21(3):283-92. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-22562018021.170210>
32. Sousa AAD, Martins AMEBL, Silveira MF, Coutinho WLM, Freitas DA, Vasconcelos EL, et al. Qualidade de vida e incapacidade funcional entre idosos cadastrados na estratégia de saúde da família. *ABCS Heal Sci*. 2018;43(1):14-24. Disponível em: <https://doi.org/10.7322/abcshs.v43i1.986>