

# MULTIMORBIDADE EM IDOSOS PARTICIPANTES DE UMA UNIVERSIDADE DA MATURIDADE

## MULTIMORBITY IN ELDERLY PARTICIPANTS OF A UNIVERSITY OF MATURITY

Letícia Hellen Pereira Rodrigues 1  
Mirian Cristina dos Santos Almeida 2  
Fabiane Aparecida Canaan Rezende 3  
Luiz Sinésio Silva Neto 4  
Neila Barbosa Osório 5  
Daniella Pires Nunes 6

Graduanda em Enfermagem pela Universidade Federal do Tocantins – UFT. E-mail: leticiah077@gmail.com 1

Professora Adjunta do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Tocantins - UFT. E-mail: mirian.almeida@uft.edu.br 2

Professora Adjunta do Curso de Nutrição da Universidade Federal do Tocantins – UFT. Pesquisadora membro do Pro-Gero e Líder do Grupo de Pesquisa Comida, Corpo e Comportamento Humano. E-mail: facrezende@mail.uft.edu.br 3

Professor Adjunto do Curso de Medicina da Universidade Federal do Tocantins – UFT, coordenador e docente do Programa Universidade da Maturidade - UMA, Líder do Grupo de Pesquisa Pro-Gero - Envelhecimento Humano. E-mail: luizneto@uft.edu.br 4

Professora Associada do Curso de Pedagogia da Universidade Federal do Tocantins – UFT. E-mail: neilaosorio@uft.edu.br 5

Professora Adjunta e integrante do Núcleo Docente Estruturante do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Tocantins – UFT. Líder do Grupo Envelhecimento e Cuidado, Pesquisadora do Estudo SABE- Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento e membro do Grupo de Pesquisa Pro-Gero - Envelhecimento Humano. E-mail: daniellanunes@uft.edu.br 6

**Resumo: Objetivo:** Associar multimorbidade em idosos da Universidade da Maturidade (UMA) com variáveis sociodemográficas, estilo de vida, condições de saúde e utilização dos serviços de saúde. **Métodos:** Trata-se de uma pesquisa exploratória, transversal, com abordagem quantitativa, realizada em 2018 com 27 idosos participantes da UMA da Universidade Federal do Tocantins - Campus de Palmas, TO. **Resultados:** Dentre as morbidades mais referidas destacam-se as doenças osteoarticulares, osteoporose e hipertensão arterial. Verificou-se correlação moderada ( $r=0,338$ ) entre idade e o número de patologias referidas. Mais da metade dos idosos apresentou multimorbidade, a qual esteve associada com medicações de uso contínuo ( $p=0,008$ ) e presença de estresse ou doença aguda nos últimos 3 meses ( $p=0,019$ ). **Conclusão:** O número de morbidade referida foi mais elevado nos idosos com maior idade e a multimorbidade foi associada à ao uso contínuo de medicações e presença de estresse ou doença aguda no último trimestre.

**Palavras-chaves:** Multimorbidade. Estilos de vida. Idoso.

**Abstract: Objective:** To associate multimorbidity in the elderly of the University of Maturity (UMA) with sociodemographic variables, lifestyle, health conditions and health services utilization. **Methods:** This is an exploratory, cross-sectional study with a quantitative approach, carried out in 2018 with 27 elderly participants from the UMA of the Federal University of Tocantins - Palmas Campus, TO. **Results:** The most mentioned morbidities include osteoarticular diseases, osteoporosis and arterial hypertension. There was a moderate correlation ( $r = 0.338$ ) between age and the number of reported pathologies. More than half of the elderly presented multimorbidity, which was associated with medications of continuous use ( $p = 0.008$ ) and presence of stress or acute illness in the last 3 months ( $p = 0.019$ ). **Conclusion:** The number of reported morbidity was higher in the elderly with greater age, and multimorbidity was associated with continuous use of medications and presence of acute stress or disease in the last trimester.

**Keywords:** Multimorbity. Life styles. Aged.

## Introdução

A multimorbidade tem como definição a combinação de duas ou mais doenças em um único indivíduo, podendo ser crônica e/ou agudas (NUNES, 2015). Estudo pioneiro realizado em idosos brasileiros evidenciou ocorrência de multimorbidade em mais de 60% da população, sendo com mais frequência entre mulheres, pessoas mais velhas, aqueles com nível socioeconômico mais baixo e com menor escolaridade, assim como entre residentes em áreas cobertas pela Estratégia Saúde da Família (ESF) (NUNES; THUMÉ; FACCHINI, 2015).

Atualmente, a multimorbidade é considerada um problema de saúde pública devido a sua prevalência, gravidade e maior risco de mortalidade (REIS; CARDOSO, 2015; FORTIN et al., 2012), por isso, faz-se necessário o diagnóstico precoce e acompanhamento contínuo dos idosos por uma equipe multiprofissional dos serviços de saúde de atenção primária. Todavia, sabe-se que o estilo de vida apresenta relação direta e predispõe o surgimento de doenças crônicas. Sedentarismo, tabagismo, má alimentação e uso de bebidas alcoólicas são hábitos que podem estar presentes na vida dos idosos que possuem diversas patologias, sendo necessária a adoção de mudanças nesses hábitos como parte do tratamento e prevenção de complicações (BOTELHO, 2007).

O serviço de urgência e emergência é a primeira via de escolha quando esses idosos descompensam e necessitam de assistência avançada. Nesse sentido, vale salientar que tal atendimento também está associado à deficiência de assistência dos serviços primários (AZEVEDO, 2014).

A hospitalização é o recurso utilizado na assistência aos idosos com doenças crônicas quando se esgota todas as outras ações e serviços para o manejo adequado do cuidado (NUNES et al., 2017), sendo uma opção quando o paciente descompensa ou necessita de um acompanhamento especializado. Ademais, as internações repetidas e por períodos prolongados podem produzir consequências negativas à saúde, como a diminuição da capacidade funcional (DUTRA et al., 2011), pois o quadro clínico desses idosos é na maioria das vezes complexo. Além da diminuição da capacidade funcional outras reações adversas podem aparecer em consequência desta internação (TAVARES, 2012).

O presente estudo justifica-se pela necessidade de conhecimento da presença de multimorbidade nos idosos da Universidade da Maturidade (UMA) da Universidade Federal do Tocantins (UFT) – Campus de Palmas, uma vez que o ambiente acadêmico proporciona interação, convívio social, além de diversas atividades visando a melhoria da qualidade de vida, como academia e a busca por acompanhamento multiprofissional.

Portanto, objetivou-se associar a presença de multimorbidade em idosos da Universidade da Maturidade (UMA) da Universidade Federal do Tocantins (UFT) – Campus de Palmas com as variáveis sociodemográficas, estilo de vida, condições de saúde e utilização dos serviços de saúde.

## Método

Trata-se de uma pesquisa quantitativa com abordagem exploratória, transversal, realizada com idosos participantes da Universidade da Maturidade (UMA) em Palmas – Tocantins, Brasil. Este estudo foi realizado após aprovação do Comitê de Ética e pesquisa da UFT sob o parecer número 2.314.569 (número CAAE 69912917.7.0000.5519), seguindo todos os preceitos éticos da Resolução do Conselho Nacional de Saúde 466/12, que normatiza pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012).

A coleta de dados foi realizada entre abril e maio de 2018, na sede da UMA e no laboratório de nutrição da Universidade Federal do Tocantins – Câmpus de Palmas. Após contato prévio e agendamento de participação em uma aula, os alunos matriculados na UMA foram convidados a participar da pesquisa. Posteriormente, em sala reservada, para garantia da privacidade, os sujeitos que manifestaram interesse, tiveram suas dúvidas esclarecidas e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias.

A classificação de multimorbidade foi estabelecida a partir da presença de duas ou mais doenças crônicas referidas. As demais variáveis abordadas neste estudo foram: socioeconômicas (sexo, idade, estado civil, anos de estudo, religião, domicílio unipessoal); estilo de vida (ingestão de bebida alcoólica, hábito de fumar, prática de atividade física e exercício de atividade trabalhista); dados relacionados à saúde (classificação da própria saúde, morbidade referida, medicação de uso

contínuo, presença de estresse ou doença aguda nos últimos 3 meses e queda no último ano) e dados relacionados a utilização dos serviços de saúde (consulta ambulatorial, no serviço de Urgência e Emergência e hospitalização no último ano).

Dos 46 idosos participantes da UMA/UFT no período de coleta de dados, participaram deste estudo 27 idosos, constituindo a amostragem não probabilística por conveniência. Adotou-se como critérios de inclusão possuir idade igual ou superior a 60 anos e estar matriculado na UMA da UFT (Campus de Palmas) e como critérios de exclusão, a presença de dificuldade cognitivas, auditiva ou visual severa.

Os dados foram inseridos no programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 22.0 e, após correção de erros e inconsistências, estabeleceu-se as análises descritivas e inferenciais pertinentes ao estudo. Inicialmente, os dados foram analisados com análise descritiva simples por meio de frequências absoluta e relativa, média, desvio padrão (DP), mínimo e máximo.

Para associação da variável dependente (multimorbidade) com as variáveis independentes categóricas (sociodemográficas, estilo de vida, condições de saúde e utilização dos serviços de saúde) utilizou-se o Teste Exato de Fisher e para variáveis independentes contínuas (idade) utilizou-se o teste Wilcoxon-Mann-Whitney. A correlação entre das variáveis quantitativas idade e número de patologias foi realizada pelo coeficiente de Correlação de Pearson. Foram considerados estatisticamente significativos os resultados com  $p \leq 0,05$ . Para as correlações considerou-se entre 0,30 e 0,50 como moderada e acima de 0,50 forte (AJZEN, FISHBEIN, 1980).

## Resultados

Dos 27 participantes do estudo, a maioria foi do sexo feminino (70,4%), do estado civil viúvo/divorciado/separado (62,9%), não residia sozinho (55,6%) e referiu religião católica (63,0%) (Tabela 1). Possuíam idade média de 68,7 anos (DP 5,88; mínimo 60; máximo 85) e média de anos de estudo de 8,3 (DP 5,5), variando entre 0 e 20 anos.

Em relação ao estilo de vida, o consumo de bebidas alcóolicas na última semana e o hábito de fumar foi referido por uma pequena parcela dos idosos ( $n=3$ ; 11,1% e  $n=3$ ; 7,4%, respectivamente), ao contrário da prática de atividade física no último mês que foi de 88,9%. Apenas 3 idosos (11,1%) referiram trabalhar atualmente, sendo a atividade desenvolvida do tipo voluntária (Tabela 1).

**Tabela 1** - Distribuição dos idosos segundo a caracterização sociodemográfica e estilo de vida. Universidade da Maturidade, Palmas, 2018. ( $n=27$ ).

| Variáveis                                    | Categorias                   | n  | %    |  |
|--|------------------------------|----|------|--|
| Sexo   | Masculino                    | 8  | 29,6 |  |
|  | Feminino                     | 19 | 70,4 |  |
| Estado civil                                 | Casado ou amasiado           | 7  | 26,0 |  |
|  | Solteiro                     | 3  | 11,1 |  |
|  | S e p a r a d o / Divorciado | 5  | 18,5 |  |
|  | Viúvo                        | 12 | 44,4 |  |
| Religião                                     | Católica                     | 17 | 63,0 |  |
|  | Evangélica                   | 10 | 37,0 |  |
| Domicílio Unipessoal                         | Sim                          | 12 | 44,4 |  |
|  | Não                          | 15 | 55,6 |  |
| Consumo de bebida alcoólica na última semana | Sim                          | 3  | 11,1 |  |
|  | Não                          | 24 | 88,9 |  |
| Hábito de fumar                              | Sim                          | 2  | 7,4  |  |
|  | Não                          | 13 | 48,2 |  |

|  |                          |    |      |
|--|--------------------------|----|------|
|  | Ex-fumante               | 12 | 44,4 |
| <b>Prática de Atividade Física no último mês</b> | Sim                      | 22 | 81,5 |
|  | Não                      | 5  | 18,5 |
| <b>Trabalha?</b>                                 | Sim, trabalho voluntário | 3  | 11,1 |
|  | Não                      | 24 | 88,9 |

A maioria (n=26; 96,2%) dos idosos classifica a sua saúde como ótima, boa ou regular e apenas 4 (14,8%) não apontaram presença de morbidade. Dentre as morbidades mais referidas destaca-se as doenças osteoarticulares (n=16; 59,3%) idosos, osteoporose (n=11; 40,7%), hipertensão arterial (n =10; 37,0%) e transtornos psiquiátricos (n=9; 33,3%) (Tabela 2). O número médio de morbidade referida foi de 3,2 (DP 2,2; mínimo 0; máximo 8).

As doenças crônicas consideradas no cálculo da multimorbidade foram: doenças osteoarticulares, osteoporose, hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, doenças cardiovasculares, acidente vascular encefálico, câncer, asma, bronquite ou enfisema e insuficiência renal crônica.

A presença de multimorbidade foi identificada em mais da metade dos idosos (n=18; 66,7%), 21 (77,8%) referiram utilizar medicações de uso contínuo, 12 (44,4%) idosos informaram ter apresentado estresse ou doença aguda nos últimos 3 meses e 11 (40,7%) comunicaram ter sofrido queda no último ano (Tabela 2).

Ainda é possível verificar na Tabela 2 que quanto à utilização dos serviços de saúde no último ano, a maioria 26 (96,3%) referiu ter passado por consulta ambulatorial, nove (33,3%) foram atendidos no serviço de urgência e emergência e cinco (18,5%) foram hospitalizados.

**Tabela 2** - Distribuição dos idosos segundo condições de saúde e utilização dos serviços de saúde no último ano. Universidade da Maturidade, Palmas, 2018. (n=27).

| Variáveis                                | Categorias    | n  | %    |
|--|---------------|----|------|
| <b>Como classifica a própria saúde</b>   | Ótima/Boa     | 13 | 48,1 |
|  | Regular       | 13 | 48,1 |
|  | Ruim/Péssima  | 1  | 3,8  |
| <b>Quantidade de morbidades referida</b> | Nenhuma       | 4  | 14,8 |
|  | Uma           | 3  | 11,1 |
|  | Duas          | 4  | 14,8 |
|  | Três          | 4  | 14,8 |
|  | Quatro        | 5  | 18,5 |
|  | Cinco ou mais | 7  | 25,9 |

|   |                                     |    |      |
|---|-------------------------------------|----|------|
| <b>Morbidades referida***</b>                                   | Doenças osteoarticulares*           | 16 | 59,3 |
|   | Osteoporose                         | 11 | 40,7 |
|   | Hipertensão Arterial                | 10 | 37,0 |
|   | Transtornos psiquiátricos           | 9  | 33,3 |
|   | Anemia                              | 8  | 29,6 |
|   | Diabetes                            | 5  | 18,5 |
|   | Doenças cardiovasculares            | 5  | 18,5 |
|   | Acidente vascular encefálico        | 4  | 14,8 |
|   | Infecção sexualmente transmissíveis | 4  | 14,8 |
|   | Câncer                              | 2  | 7,4  |
|   | Hepatites/ Cirrose                  | 2  | 7,4  |
|   | Hipotireoidismo                     | 2  | 7,4  |
|   | Outras patologias**                 | 7  | 25,9 |
| <b>Multimorbidade</b>   | Sim                                 | 18 | 66,7 |
|   | Não                                 | 9  | 33,3 |
| <b>Medicação de uso contínuo</b>                                | Sim                                 | 21 | 77,8 |
|   | Não                                 | 6  | 22,2 |
| <b>Presença de estresse ou doença aguda nos últimos 3 meses</b> | Sim                                 | 12 | 44,4 |
|   | Não                                 | 15 | 55,6 |
| <b>Queda no último ano</b>                                      | Sim                                 | 11 | 40,7 |
|   | Não                                 | 16 | 59,3 |
| <b>Consulta em Ambulatório</b>                                  | Sim                                 | 26 | 96,3 |
|   | Não                                 | 1  | 3,7  |
| <b>Consulta em serviço de Urgência e Emergência</b>             | Sim                                 | 9  | 33,3 |
|   | Não                                 | 18 | 66,7 |
| <b>Hospitalização</b>   | Sim                                 | 5  | 18,5 |
|   | Não                                 | 21 | 77,8 |
|   | Não respondeu                       | 1  | 3,7  |

\*Doenças Osteoarticulares: (artrite, reumatismo, osteoartrose).

\*\*Outras patologias: Asma, Bronquite ou enfisema, fibromialgia, malária, Insuficiência renal crônica, hanseníase, "distímia", Incontinência urinária.

\*\*Alguns sujeitos referiram mais de uma patologia

Verificou-se correlação moderada ( $r=0,338$ ) entre idade e o número de doenças referidas. A idade média dos idosos que não apresentaram multimorbidade é de 67,0 anos (DP 1,7), e dos que possuem multimorbidade é de 69,6 anos (DP 1,4), resultados esses sem significância estatística ( $p=0,379$ ). Não foram encontradas diferenças estatísticas entre as variáveis sociodemográficas e hábitos de vida com multimorbidade (Tabela 3).

**Tabela 3** - Análise da associação entre multimorbidade e as variáveis sociodemográficas e relacionadas aos hábitos de vida. Universidade da Maturidade (UMA), Palmas, 2018. (n=27)

| Variáveis                                    |                      | Multimorbidade |       |     |      |       |       |       | Valor p* |
|--|----------------------|----------------|-------|-----|------|-------|-------|-------|----------|
|  |                      | Sim            |       | Não |      | Total |       |       |          |
|  |                      | n              | %     | n   | %    | n     | %     |       |          |
| Sexo   | Feminino             | 13             | 68,4  | 6   | 31,6 | 19    | 100,0 | 1,000 |          |
|  | Masculino            | 5              | 62,5  | 3   | 37,5 | 8     | 100,0 |       |          |
|  | Total                | 18             | 66,7  | 9   | 33,3 | 27    | 100,0 |       |          |
| Estado civil                                 | Casado ou amasiado   | 4              | 57,1  | 3   | 42,9 | 7     | 100,0 | 0,404 |          |
|  | Solteiro             | 3              | 100,0 | 0   | 0,00 | 3     | 100,0 |       |          |
|  | Separado/ Divorciado | 3              | 60,0  | 2   | 40,0 | 5     | 100,0 |       |          |
|  | Viúvo                | 8              | 66,7  | 4   | 33,3 | 12    | 100,0 |       |          |
|  | Total                | 18             | 66,7  | 9   | 33,3 | 27    | 100,0 |       |          |
| Religião                                     | Católica             | 10             | 58,8  | 7   | 41,2 | 17    | 100,0 | 0,406 |          |
|  | Evangélica           | 8              | 80,0  | 2   | 20,0 | 10    | 100,0 |       |          |
|  | Total                | 18             | 66,7  | 9   | 33,3 | 27    | 100,0 |       |          |
| Domicílio Unipessoal                         | Sim                  | 8              | 66,7  | 4   | 33,3 | 12    | 100,0 | 1,000 |          |
|  | Não                  | 10             | 66,7  | 5   | 33,3 | 15    | 100,0 |       |          |
|  | Total                | 18             | 66,7  | 9   | 33,3 | 27    | 100,0 |       |          |
| Consumo de bebida alcoólica na última semana | Sim                  | 1              | 33,3  | 2   | 66,7 | 3     | 100,0 | 0,250 |          |
|  | Não                  | 17             | 70,8  | 7   | 29,2 | 24    | 100,0 |       |          |
|  | Total                | 18             | 66,7  | 9   | 33,3 | 27    | 100,0 |       |          |
| Hábito de fumar                              | Sim                  | 1              | 50,0  | 1   | 50,0 | 2     | 100,0 | 0,258 |          |
|  | Não                  | 7              | 53,8  | 6   | 46,1 | 13    | 100,0 |       |          |
|  | Ex-fumante           | 10             | 83,3  | 2   | 16,7 | 13    | 100,0 |       |          |
|  | Total                | 18             | 66,7  | 9   | 33,3 | 27    | 100,0 |       |          |
| Prática de atividade física no último mês    | Sim                  | 13             | 59,1  | 9   | 40,9 | 22    | 100,0 | 0,136 |          |
|  | Não                  | 5              | 100,0 | 0   | 0,0  | 5     | 100,0 |       |          |
|  | Total                | 18             | 66,7  | 9   | 33,3 | 27    | 100,0 |       |          |
| Trabalha                                     | Sim                  | 2              | 66,7  | 1   | 33,3 | 7     | 100,0 | 1,000 |          |
|  | Não                  | 16             | 66,7  | 8   | 33,3 | 24    | 100,0 |       |          |
|  | Total                | 18             | 66,7  | 9   | 33,3 | 27    | 100,0 |       |          |

\*Teste Exato de Fischer

Foram encontrados resultados estatisticamente significativos na associação entre multimorbidade e medicações de uso contínuo ( $p < 0,008$ ) e presença de estresse ou doença aguda nos últimos 3 meses ( $p < 0,019$ ) (Tabela 4).

**Tabela 4-** Análise da associação entre multimorbidade e as variáveis relacionadas à saúde e à utilização dos serviços de saúde. Universidade da Maturidade (UMA), Palmas, 2018. (n=27)

| Variáveis   | Categorias           | Multimorbidade |       |     |       |       |       | Valor p* |
|---|----------------------|----------------|-------|-----|-------|-------|-------|----------|
|   |                      | Sim            |       | Não |       | Total |       |          |
|   |                      | n              | %     | n   | %     | n     | %     |          |
| <b>Como classifica a própria saúde</b>                          | Ótima/Boa            | 6              | 46,2  | 7   | 53,9  | 13    | 100,0 | 0,089    |
|   | Regular              | 11             | 84,6  | 2   | 15,4  | 13    | 100,0 |          |
|   | R u i m /<br>Péssima | 1              | 100,0 | 0   | 0,0   | 1     | 100,0 |          |
|   | Total                | 18             | 66,7  | 9   | 33,3  | 27    | 100,0 |          |
| <b>Medicação de uso contínuo</b>                                | Sim                  | 17             | 81,0  | 4   | 19,0  | 21    | 100,0 | 0,008    |
|   | Não                  | 1              | 16,7  | 5   | 83,3  | 6     | 100,0 |          |
|   | Total                | 18             | 66,7  | 9   | 33,3  | 27    | 100,0 |          |
| <b>Presença de estresse ou doença aguda nos últimos 3 meses</b> | Sim                  | 11             | 97,1  | 1   | 8,3   | 12    | 100,0 | 0,019    |
|   | Não                  | 7              | 46,7  | 8   | 53,3  | 15    | 100,0 |          |
|   | Total                | 18             | 66,7  | 9   | 33,3  | 27    | 100,0 |          |
| <b>Queda no último ano</b>                                      | Sim                  | 8              | 72,7  | 3   | 27,3  | 11    | 100,0 | 0,692    |
|   | Não                  | 10             | 62,5  | 6   | 37,5  | 16    | 100,0 |          |
|   | Total                | 18             | 66,7  | 9   | 33,3  | 27    | 100,0 |          |
| <b>Consulta ambulatorial</b>                                    | Sim                  | 18             | 69,2  | 8   | 30,8  | 26    | 100,0 | 0,333    |
|   | Não                  | 0              | 0,0   | 1   | 100,0 | 1     | 100,0 |          |
|   | Total                | 18             | 66,7  | 9   | 33,3  | 27    | 100,0 |          |
| <b>Consulta em serviço de urgência e emergência</b>             | Sim                  | 8              | 88,9  | 1   | 11,1  | 9     | 100,0 | 0,193    |
|   | Não                  | 10             | 55,6  | 8   | 44,4  | 18    | 100,0 |          |
|   | Total                | 18             | 66,7  | 9   | 33,3  | 27    | 100,0 |          |
| <b>Hospitalização</b>   | Sim                  | 5              | 100,0 | 0   | 0,0   | 5     | 100,0 | 0,129    |
|   | Não                  | 12             | 57,1  | 9   | 42,9  | 21    | 100,0 |          |
|   | Total                | 17             | 65,4  | 9   | 34,6  | 26    | 100,0 |          |

\*Teste Exato de Fischer

## Discussão

Assim como na população geral, o sexo feminino predominou na amostra. No Brasil, os homens vivem em média 7,2 anos menos que as mulheres. Enquanto a expectativa de vida na população feminina em 2015 atingiu 79,1 anos, a masculina ficou em torno de 71,9 anos (IBGE, 2015). Segundo Camargos e Gonzaga (2015) as mulheres têm expectativa de vida superior aos homens mesmo tendo diagnóstico de alguma doença crônica ou aguda, pois cuidam mais da saúde e recorrem com mais frequência aos serviços de saúde.

Evidenciou-se através deste estudo, correlação positiva entre idade e morbidades, ou seja, quanto mais idoso, maior o número de doenças referidas, resultado este que está de acordo com encontrado na literatura (FORTIN et al., 2012, PALLADINO et al., 2016). A presença de uma ou mais patologias referidas pela maior parte dos participantes dessa pesquisa também é semelhante ao de estudo recente realizado na Universidade Aberta à Terceira Idade de Vitória- ES, onde 82,6% dos idosos apresentavam doenças crônicas (OLIVEIRA et al., 2018).

A prevalência de multimorbidade, foi referida por mais da metade dos idosos (66,7%), resultado um pouco inferior ao encontrado (81,3%) por Nunes, Thumé e Facchini (2015) em estudo de base populacional com 1563 idosos em uma cidade da região sul do Brasil. Em outros países, as pesquisas apontam índices bem menores de multimorbidade em idosos, a exemplo do México com 27,3% (ISLAS-GRANILLO et al., 2018) e em 16 países europeus onde os percentuais variaram de 24,7 a 51,0% (PALLADINO et al., 2016). Estes dados denotam que as condições e hábitos no decorrer da

vida podem estar atrelados ao desenvolvimento de multimorbidade.

Apesar de nesse estudo a multimorbidade não ter apresentado resultados estatisticamente significativos quando associado ao estilo de vida atual, verificou-se que a maioria dos participantes deste estudo não consumiram bebidas alcólicas na última semana, não fumam ou são ex-fumantes e praticam atividade física. Esses resultados são positivos por influenciar diretamente na prevenção e tratamento de doenças crônicas. A alimentação saudável, prática de atividade física, não ingestão de bebidas alcólicas e o não tabagismo são consideradas medidas essenciais para uma boa qualidade de vida e para diminuir as morbidades (BOTELHO, 2007).

A prática de atividade física também foi identificada em níveis elevados em idosos frequentadores de outra Universidade da terceira idade (OLIVEIRA et al., 2018). Estudo que investigou o impacto da prática da atividade física no nível de estresse e na satisfação de vida de 187 idosos integrantes de uma Universidade Aberta à Terceira Idade do Paraná verificou que a atividade física contribui para o enfrentamento do estresse e para melhor satisfação de vida, estando mais suscetíveis ao envelhecimento saudável (NASCIMENTO JUNIOR; CAPELARI; VIEIRA, 2012).

Quanto às morbidades, as mais referidas foram respectivamente Doenças Osteoarticulares, Osteoporose e Hipertensão Arterial Sistêmica. Estas doenças estão de acordo com o perfil das principais morbimortalidades que acometem os idosos brasileiros (NUNES, 2015; MUNIZ et al., 2017; ALVES; CEBALLOS, 2018) e as mesmas sem o tratamento adequado podem desencadear consequências que afetam diretamente a qualidade de vida (NUNES et al., 2017). São tratadas com o uso contínuo de medicamentos, associado a adoção de hábitos saudáveis de vida, buscando o controle, prevenção de complicações e sequelas. Para tanto requer acompanhamento ambulatorial com a equipe multiprofissional de saúde.

Obteve-se resultados estatisticamente significativos indicando que idosos que possuem multimorbidade são os que mais utilizam medicações de uso contínuo ( $p=0,008$ ) e apresentaram mais estresse ou doença aguda nos últimos 3 meses ( $p=0,019$ ), quando comparados aos que não possuem multimorbidade.

Nesse estudo, o uso contínuo de medicamentos, uma forma de tratamento e de controle dos sintomas das doenças crônicas, é a realidade de mais da metade dos idosos, assim como na investigação realizada por Oliveira e colaboradores (2018). Em decorrência da multimorbidade os idosos fazem uso de mais de um medicamento todos os dias, e essa interação medicamentosa muitas vezes pode gerar uma mudança no quadro clínico e, até algumas reações adversas (PAVÃO; WERNECK; CAMPOS, 2013), sendo uma das causas da utilização dos serviços de urgência e emergência e de hospitalização (TAVARES, 2012).

Observou-se que o estresse e o surgimento de doenças agudas são mais frequentes nos idosos com multimorbidade. O estresse pode aparecer em decorrência da constante vigilância e tensão em relação à presença das doenças e suas consequências na capacidade funcional e ao tratamento que exige comprometimento, persistência e disciplina. Devido as multimorbidades e uso contínuo de medicamentos, muitas vezes polifarmácia, o organismo pode tornar-se mais suscetível a patologias agudas. Assim é imprescindível, o controle rigoroso e adequado por equipe multidisciplinar buscando prevenir os eventos adversos do próprio tratamento (CAMARGOS; GONZAGA, 2015).

Independente da presença de multimorbidade verifica-se que a maioria dos idosos passaram por atendimento ambulatorial no último ano, denotando um aspecto positivo, uma vez que ações de prevenção, avaliação da saúde com acompanhamento de morbidades crônicas e revisão medicamentosa devem ser realizados na atenção básica (OLIVEIRA et al., 2018). Contudo, grande parte dos atendimentos a idosos em serviços de urgência e emergência e as hospitalizações são em decorrência aos agravos das doenças crônicas, complicações essas evitáveis com o acompanhamento e monitoramento adequado pelo serviço de atenção básica, mostrando assim uma fragilidade assistencial no manejo do cuidado e/ou na procura dessa assistência pelos os idosos diagnosticados com multimorbidade. Paladino e colaboradores (2016) em estudo com pessoas acima de 50 anos verificou que a multimorbidade está associada à maior utilização de serviços de saúde em 16 países europeus.

Apesar de mais da metade dos idosos possuírem multimorbidade, na autoavaliação da saúde a maioria classificou a saúde como ótima/boa/regular. Tais achados são divergentes dos

encontrados por Pimenta e colaboradores (2017) que encontraram a autoavaliação dos idosos com multimorbidade como regular/ruim/muito ruim, apresentando a perda da qualidade de vida, grau de dependência para as atividades diárias e déficit do autocuidado. Pavão, Werneck e Campos (2013) e Paladino e colaboradores (2016) encontraram que quanto maior o número de doenças crônicas, pior é a autopercepção do estado de saúde. Na população de idosos em geral, a classificação da autopercepção da saúde é similar ao encontrado no presente estudo (MACEDO et al., 2018).

A auto percepção do estado de saúde é considerada como um indicador reconhecido do estado de saúde estando relacionada ao bem-estar pessoal e a capacidade funcional do organismo (PAVÃO; WERNECK; CAMPOS, 2013; PAGOTTO; BACHION; SILVEIRA, 2013; CONFORTIN et al., 2015). No presente estudo, percebe-se que apesar das multimorbidade, da utilização de medicamentos de uso contínuo e da utilização de serviço de saúde ambulatorial pela maior parte dos sujeitos da pesquisa, estes dão uma classificação positiva para sua saúde, não apenas focada no diagnóstico e tratamento imposto, mas também na sua visão geral de saúde e bem-estar. O convívio social, as atividades proporcionadas na Universidade da Maturidade corroboram para o envelhecimento ativo e conseqüentemente para esses resultados. Estudo com idosos de uma Universidade aberta para a terceira idade sobre o impacto da educação continuada na qualidade de vida verificou que os alunos veteranos possuem índices maiores que os calouros (ADAMO et al., 2017).

Dentre as limitações do estudo destacam-se o número de participantes e a falta de especificação da quantidade de atendimentos realizado nos serviços de saúde no último ano. No entanto, foi possível atingir os objetivos propostos na amostra estudada, por meio da caracterização da multimorbidade e associação com características sociodemográficas e de saúde, podendo servir como suporte para outros estudos, bem como para compreensão dos fatores relacionados a multimorbidade que podem influenciar a vida dos idosos.

## Conclusão

Os achados apontam que as morbidades mais referidas pelos idosos da UMA da UFT, Campus de Palmas são doenças osteoarticulares (59,3%), osteoporose (40,7%), hipertensão arterial (37,0%) e transtornos psiquiátricos (33,3%). O número de morbidade referida foi mais elevado nos idosos com maior idade e mais da metade (n=18; 66,7%) dos idosos investigados possuíam multimorbidade.

Na associação da multimorbidade com as variáveis sociodemográficas, relacionada ao estilo de vida, à saúde e utilização dos serviços de saúde encontrou-se resultados estatisticamente significativos apenas para utilização de medicações de uso contínuo e presença de estresse ou doença aguda nos últimos 3 meses.

É possível que esses resultados sejam diferentes da população de idosos em geral, tendo em vista que os participantes da UMA são idosos ativos, que praticam atividades físicas, buscam uma boa qualidade de vida e possuem mais informações sobre promoção da saúde, prevenção de agravos e importância do acompanhamento da saúde, o que pode contribuir para melhor perspectiva sobre a saúde individual e utilização dos serviços e recursos de saúde.

Assim, consideramos que a UMA se constitui um excelente espaço de informação, promoção do envelhecimento ativo, interação entre os idosos, melhorando o empoderamento e o enfrentamento dos desafios da prevenção e tratamento das multimorbidade.

## Referências

ADAMO, C.E.; ESPER, M.T.; BASTOS, G.C.F.C.; SOUSA, I.F.; ALMEIDA, R.J. Universidade aberta para a terceira idade: o impacto da educação continuada na qualidade de vida dos idosos. **Rev. bras. geriatr. gerontol.** Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p.545-555, aug. 2017. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S180998232017000400545&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180998232017000400545&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 07 Mar. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562017020.160192>.

AJZEN, I.; FISHBEIN, M. **Understanding Attitudes and Predicting Social Behaviour.** Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall; 1980.

ALVES, N.M.C; CEBALLOS, A.G.C. Polifarmácia em idosos do programa universidade aberta à terceira idade. **J Health Biol Sci.** v.6, n.4, p. 412-418, jul-set. 2018.

AZEVEDO, Z. O idoso no serviço de urgência hospitalar. **Journal of Aging and Innovation**, v. 2, n. 4, 2014. Disponível em: <http://www.journalofagingandinnovation.org/wp-content/uploads/Idosos-urgencia.pdf>. Acesso em: 04 mar.2019.

BOTELHO, A. M. Idade avançada – características avançadas e multimorbidade. Revista Portuguesa de Medicina Geral e familiar, v. 23, n. 2, p. 191-5, mar. 2007. Disponível em: <http://rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/11126>. Acesso em: 12 mar. 2019. doi:<http://dx.doi.org/10.32385/rpmgf.v23i2.11126>.

BRASIL, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº466, de 12 de dezembro de 2012. Resolve aprovar as seguintes diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humano. Diário Oficial da União.

CAMARGOS, S.C.M; GONZAGA, R.M. Viver mais e melhor? Estimativas de expectativa de vida saudável para a população brasileira. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.31, n.7, p. 1460-1472, jul. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v31n7/0102-311X-csp-31-7-1460.pdf>. Acesso em 04 mar.2019.

CONFORTIN, S.C. et al. Autopercepção positiva de saúde em idosos: estudo populacional no Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.31, n.5, p.1049-1060, 2015. doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00132014>.

DUTRA, M. M. et al. Validade preditiva de instrumento para identificação do idoso em risco de hospitalização. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.45, n.1, p.106-112, fev.2011. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S003489102011000100012&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102011000100012&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 12 mar. 2019. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102011000100012>.

FORTIN, M.; STEWARTS, M.; POITRAS, M. E.; ALMIRALL, J.; MADDOCKS, H. A systematic review of prevalence studies on multimorbidity: toward a more uniform methodology. **Ann Fam Med.**, v.10, n.2, p.142-151, març/abr. 2012. Available from: <https://doi.org/10.1370/afm.1337>. Access: 22 fev.2019.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Tábua completa de mortalidade para o Brasil – 2015**: Breve análise da evolução da mortalidade no Brasil. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2016. Disponível em: [file:///C:/Users/miria/Downloads/tabua\\_de\\_mortalidade\\_analise.pdf](file:///C:/Users/miria/Downloads/tabua_de_mortalidade_analise.pdf). Acesso em: 12 mar. 2019.

ISLAS-GRANILLO, H. et al. Prevalence of multimorbidity in subjects aged ≥60 years in a developing country. **Clin Interv Aging.**, v.13, p.1129-1133, jun.2018. doi: <https://doi.org/10.2147/CIA.S154418>.

MACEDO, E. et al.. Fatores relacionados à autopercepção do estado de saúde em idosos residentes no meio rural do Brasil. **Sci Med.**, v.28, n.3, pag.1-9, id29698. doi: 10.15448/1980-6108.2018.3.29698.

MUNIZ, E. C.S.; GOULART, F.C.; LAZARINI, C.A; MARIN, M. J.S. Analysis of medication use by elderly persons with supplemental health insurance plans. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro , v. 20, n. 3, p. 374-386, may. 2017 . Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-98232017000300374&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232017000300374&lng=en&nrm=iso). Access: 11 Mar. 2019. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562017020.160111>.

NASCIMENTO JUNIOR, J.R.A.; CAPELARI, JB; VIEIRA, LF. Impacto da prática de atividade física no

estresse percebido e na satisfação de vida de idosos. **Rev. educ. fis. UEM, Maringá**, v. 23, n. 4, p. 647-654, dec. 2012. Available from [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-30832012000400014&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-30832012000400014&lng=en&nrm=iso). Access: 07 Mar. 2019. Doi: <http://dx.doi.org/10.4025/reveducfis.v23.4.16934>.

NUNES, B. P. **Multimorbidade em idosos: ocorrência, consequências e relação com a Estratégia Saúde da Família**. 2015. p.165. Tese (Doutorado) - Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Universidade Federal de Pelotas (UFPel), Pelotas, 2015. Disponível em: <http://www.epidemiologia.ufpel.br/uploads/teses/Tese%20Bruno.pdf>. Acesso em: 25 fev. 2019.

NUNES, B.P.; THUMÉ, E.; FACCHINI, L.A. Multimorbidity in older adults: magnitude and challenges for the Brazilian health system. **BMC Public Health**, v.15, p.1172, nov. 2015. doi:10.1186/s12889-015-2505-8.

NUNES, B.P. et al. Hospitalização em idosos: associação com multimorbidade, atenção básica e plano de saúde. **Rev. Saúde Pública**, v.51, n.43, p.1-10, 2017. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/672/67249591042.pdf>. Acesso em: 25 fev.2019.

OLIVEIRA, L.M. et al. A esperança de vida dos idosos: avaliação pelo perfil e a Escala de Herth. **Rev Fund Care Online**. v.10, n.1, p.167-172, jan-mar 2018. doi: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i1.167-172>.

PAGOTTO, V.; BACHION, M.M.; SILVEIRA, E.A. Autoavaliação da saúde por idosos brasileiros: revisão sistemática da literatura. **Rev Panam Salud Pública**, v.33, p. 302-310, 2013. doi: <https://doi.org/10.1590/S1020-49892013000400010>.

PALLADINO, R.; TAYU LEE, J.; ASHWORTH, M.; TRIASSI, M.; MILLETT, C. Associations between multimorbidity, healthcare utilisation and health status: evidence from 16 European countries. **Age Ageing**, v.45, n.3, p.431-435, 2016.

PAVÃO, A.L.B.; WERNECK, G.L.; CAMPOS, M.R. Autoavaliação do estado de saúde e a associação com fatores sociodemográficos, hábitos de vida e morbidade na população: um inquérito nacional. **Cad Saúde Pública**, v.29, n.4, p. 723-734, 2013. doi: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2013000800010>.

PIMENTA, F. B. et al. Fatores associados a doenças crônicas em idosos atendidos pela Estratégia de Saúde da Família. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 8, p. 2489-2498, aug. 2015. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141381232015000802489&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232015000802489&lng=en&nrm=iso)>. Access: 12 mar. 2019. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015208.11742014>.

REIS, S.; CARDOSO, S. Multimorbidade em cuidados de saúde primários: o que há de novo?. **Rev Port Med Geral Fam**, Lisboa, v. 31, n.3, p. 230-232, jun. 2015. Disponível em <[http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2182-51732015000300012&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2182-51732015000300012&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 12 mar. 2019.

TAVARES, J.P.A. Identificação das pessoas idosas de risco no serviço de urgência: que realidade? **Journal of Aging and Innovation**, v1, n. 4, jul. 2012. Disponível em: <http://journalofagingandinnovation.org/pt/volume-1-numero-4-2012/identificacao-pessoas-idosas/> Acesso em: 01 mar. 2019.