

ARTHUR ALEXANDRINO

**FATORES ASSOCIADOS À MULTIMORBIDADE E
FUNCIONALIDADE EM PESSOAS IDOSAS
RESIDENTES NA ZONA RURAL: UM ESTUDO DE
BASE POPULACIONAL BASEADO NA ESTRATÉGIA
SAÚDE DA FAMÍLIA**

**NATAL-RN
2023**

ARTHUR ALEXANDRINO

FATORES ASSOCIADOS À MULTIMORBIDADE E
FUNCIONALIDADE EM PESSOAS IDOSAS
RESIDENTES NA ZONA RURAL: UM ESTUDO DE BASE
POPULACIONAL BASEADO NA ESTRATÉGIA SAÚDE
DA FAMÍLIA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientador(a): Prof. Dr. Kenio Costa de Lima.

Natal-RN
2023

Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN

Sistema de Bibliotecas - SISBI

Catálogo de Publicação na Fonte. UFRN - Biblioteca Setorial do Centro Ciências da Saúde - CCS

Alexandrino, Arthur.

Fatores associados à multimorbidade e funcionalidade em pessoas idosas residentes na zona rural: um estudo de base populacional baseado na Estratégia Saúde da Família / Arthur Alexandrino. - 2023.

156f.: il.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Natal, RN, 2023.

Orientador: Kenio Costa de Lima.

1. Multimorbidade - Idoso - Dissertação. 2. Comorbidade - Dissertação. 3. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde - Dissertação. 4. Zona Rural - Dissertação. I. Lima, Kenio Costa de. II. Título.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho ao meu avô “Agripino Rosa” *in memoriam*, que foi uma das pessoas idosas que mais marcou minha vida, sempre se mostrando forte e repassando sua maior riqueza para com os seus netos, a “sabedoria”.

AGRADECIMENTOS

Agradeço inicialmente ao Universo pelo dom da vida e ser essa força invisível, essa energia palpável, que sempre me mostrou nos mínimos detalhes da vida como se sobressair em meio às adversidades e alcançar meus objetivos de forma exitosa.

Aos meus pais, Diana Lima e Paulo Alexandrino Primo, por sempre acreditarem e apoiarem nessa longa caminhada. Sem vocês, jamais teria chegado tão longe. A vocês, toda a minha gratidão!

Aos meus irmãos, Addan Alexandrino e Ágatha Alexandrino, que sempre estiveram presentes e sempre me apoiando.

Aos meus colegas araçaquienses, em especial a Sávio Gomes, que me apresentou o programa de Pós-graduação do qual faço parte, assim como agradeço por toda contribuição no presente estudo.

Aos amigos do PPGSCol, em especial aos amigos Bárbara Letícia, Ana Beatriz, Amanda Soares, Jéfitha Kaliny, Felipe Oliveira, Márcia Pellense, Ana Elisa, Ísis de Siqueira e Vinícius Rodrigues. Agradeço também a todos os amigos que encontrei ao longo da pós-graduação, pelo apoio e companheirismo.

Agradeço também a todos os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) da zona rural do município de Araçagi, profissionais essenciais para o bom funcionamento da Atenção primária, sobretudo, o SUS de forma geral. Sem vocês eu não teria conseguido localizar os participantes da presente pesquisa. Minha gratidão a todos vocês.

Deixo também meus agradecimentos por toda a colaboração da gestão municipal do município de Araçagi – PB, representada pela prefeita Josilda Macena Benício Leite e Val Leite, bem como a Secretaria Municipal de Saúde Pública (representada pela secretária Valquíria Ferreira de Albuquerque Barbosa) e a Coordenação de Atenção Primária a Saúde (representada por Fabiola Leite Ribeiro) por todo apoio para com a pesquisa.

Agradeço também a colaboração das bibliotecárias: Vilma Aparecida Fernandes do Hospital Universitário da Grande Dourados (HU-UFGD/EBSERH), assim como a Monica Karina Santos Reis da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, que foram peças-chave para a construção do protocolo de *scoping review* bem como a própria revisão.

Agradeço a todas as pessoas idosas por participarem da coleta de dados desta pesquisa. Tudo isso só foi realizado graças a vocês e para vocês. Espero que os resultados deste estudo

possam contribuir com a saúde de todos vocês e dos futuros idosos lá na frente. Tenho um carinho enorme por todos. Gratidão por me passarem tanta experiência e sabedoria!

Ao meu orientador, Prof. Dr. Kenio Costa de Lima, por me aceitar como orientando e contribuir para a minha formação e ter paciência comigo nesses pouco mais de dois anos. O senhor é uma inspiração de docente, pesquisador e humano. Grato por tanto!

A minha banca examinadora, Prof. Dr. Matheus Figueiredo Nogueira e Profa. Dra. Tamires Carneiro de Oliveira Mendes, pelas contribuições que só fizeram enriquecer ainda mais o meu trabalho.

Ao Professor Dr. Matheus Figueiredo Nogueira por todas as oportunidades dadas durante o curso de graduação; por sempre auxiliar com suas relevantes contribuições na elaboração de trabalhos científicos; e por todos os ensinamentos ao longo de toda a graduação (desde o P1) até o presente momento.

Ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSCol), *Campus* Natal, da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Rio Grande do Norte, Brasil, em especial ao corpo docente e ao secretário Lucas que se dedicaram ao máximo para que o Programa formasse mestres e doutores em saúde coletiva, e comprometidos com a ciência.

Se você é jovem ainda, jovem ainda, jovem ainda
Amanhã velho será, velho será, velho será
A menos que o coração, que o coração suspeite
Da juventude, que nunca morrerá!

Chaves

RESUMO

Introdução: O envelhecimento populacional é apontado como uma realidade mundial, o que reflete o aumento da longevidade da população. Arelado a isso, observa-se um aumento no número de doenças crônicas não transmissíveis, bem como o aumento do declínio da capacidade funcional das pessoas idosas, sobretudo, nas que residem em área rural. **Objetivos:** investigar a prevalência de multimorbidade e declínio funcional de pessoas idosas residentes na zona rural de um município de pequeno porte da região Nordeste; identificar os fatores sociodemográficos, comportamentais e clínicos-terapêuticos associados à multimorbidade e à funcionalidade de pessoas idosas residentes na zona rural; construir um perfil de multimorbidade e funcionalidade de pessoas idosas residentes em zona rural; e identificar e mapear o que se tem na literatura acerca da multimorbidade em pessoas idosas residentes em área rural. **Método:** trata-se de uma investigação epidemiológica do tipo observacional e transversal, com abordagem quantitativa, bem como realizou-se uma revisão de escopo guiada pela recomendação do *Institute Reviewer's Manual (JBI)* acerca da multimorbidade em pessoas idosas da zona rural. Procedeu-se uma análise descritiva e quantitativa dos dados (univariada), utilizando medidas simples de frequência absoluta e relativa, além de medidas de tendência central como média e desvio-padrão, por meio do *software IBM SPSS* versão 25.0. Na estatística bivariada, os dados foram analisados através do teste de Qui-quadrado e na análise multivariada utilizou-se a regressão de *Poisson* através do *software Stata* versão 14.0, sendo considerado como significativo quando o p -valor $< 0,05$ para ambas as análises. **Resultados:** A maior parte dos idosos apresentaram multimorbidade (54,2%). Quanto à funcionalidade, cerca de (7,5%) dos indivíduos apresentaram dependência total para as atividades básicas de vida diárias (ABVD) e (37,5%) para as atividades de vida instrumentais (AIVD). Observou-se que a multimorbidade está associada ao sexo feminino ($p < 0,001$), idade ≥ 70 anos ($p = 0,018$), sobrepeso ($p < 0,001$), acesso a água tratada e encanada ($p = 0,041$), histórico de tabagismo ($p = 0,002$), não consumir álcool ($p = 0,001$), dor crônica ($p < 0,001$), utilização do hospital como 1ª opção de serviço de saúde (SS) ($p = 0,005$) e busca por consulta médica em até um ano ($p < 0,001$). Para as ABVD houve significância entre as variáveis: idade ≥ 80 anos ($p = 0,005$), não trabalhar ($p = 0,002$), polifarmácia ($p = 0,019$) e não ter transporte para ir aos SS ($p = 0,028$). Para as AIVD houve significância entre as variáveis: idade ≥ 70 anos ($p < 0,001$), baixo nível de escolaridade ($p = 0,018$), não praticar atividade física ($p = 0,006$), ir aos SS com acompanhante ($p < 0,001$), ter doença cardíaca isquêmica ($p = 0,026$), incontinência urinária ($p = 0,008$) e

demência ($p=0,008$). A revisão apontou à multimorbidade como um problema de saúde na zona rural e que os idosos que residem nesses locais e que apresentam essa condição de saúde se mostraram mais propensos a apresentarem distúrbios psicológicos, dor/desconforto, pior qualidade de vida, pior autoavaliação da saúde, mais frágeis ou risco de fragilidade, maior ideação e planos suicidas, padrões de multimorbidade, fatores associados, condições crônicas mais prevalentes e a divisão quanto a classificação de multimorbidade segundo a quantidade de doenças. **Conclusão:** O estudo permitiu identificar a prevalência da multimorbidade e declínio funcional das pessoas idosas que residem em área rural, bem como identificou os fatores que interferem nesses dois desfechos. Além disso, a revisão de escopo permitiu identificar e mapear o que se tem na literatura acerca da multimorbidade em pessoas idosas da zona rural. Dessa forma, espera-se que com os resultados encontrados, o acesso aos serviços e a assistência à saúde da população idosa residente da zona rural seja fortalecido. A partir dos achados encontrados, a gestão, os profissionais de saúde, pesquisadores, cuidadores, familiares, o público envelhecido, assim como o próprio idoso e demais interessados devem buscar formas de mudar esse cenário de modo a prevenir esses agravos, promover ações de saúde para manutenção da saúde etc.

Palavras-chave: Multimorbidade. Comorbidade. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. Idoso. Zona Rural.

ABSTRACT

Introduction: Population aging is a global reality, which reflects the increased longevity of the population. Atrelado a isso, observa-se um aumento no número de doenças crônicas não transmissíveis, bem como o aumento do declínio da capacidade funcional das pessoas idosas, sobretudo, nas que residem em área rural. **Objectives:** to investigate the prevalence of multimorbidity and functional decline in elderly people living in rural areas of a small municipality in the Northeast region; to identify the sociodemographic, behavioral and clinical-therapeutic factors associated with multimorbidity and functional decline in elderly people living in rural areas; to build a profile of multimorbidity and functional decline in elderly people living in rural areas; and to identify and map what is known in the literature about multimorbidity in elderly people living in rural areas. **Method:** this is an epidemiological investigation of the observational and cross-sectional type, with a quantitative approach, as well as a scope review guided by the recommendation of the Institute Reviewer's Manual (JBI) about multimorbidity in elderly people in rural areas. We carried out a descriptive and quantitative analysis of the data (univariate), using simple measures of absolute and relative frequency, as well as measures of central tendency such as mean and standard deviation, using IBM SPSS software version 25.0. In the bivariate statistics, the data were analyzed using the chi-square test and in the multivariate analysis we used Poisson regression through the Stata software version 14.0, being considered significant when the p-value < 0.05 for both analyses. **Results:** Most of the elderly presented multimorbidity (54.2%). As for functionality, about (7.5%) of the individuals presented total dependence for basic activities of daily living (ABVD) and (37.5%) for instrumental life activities (IADL). It was observed that multimorbidity is associated with female gender (p<0.001), age ≥ 70 years (p=0.018), overweight (p<0.001), access to treated and piped water (p=0.041), smoking history (p=0, 002), no alcohol consumption (p=0.001), chronic pain (p<0.001), use of hospital as 1st choice of health service (HOS) (p=0.005), and seeking medical consultation within one year (p<0.001). For ABVD there was significance among the variables: age ≥ 80 years (p=0.005), not working (p=0.002), polypharmacy (p=0.019) and not having transportation to go to the SS (p=0.028). For the AIVD there was significance between the variables: age ≥ 70 years (p<0.001), low level of education (p=0.018), not practicing physical activity (p=0.006), going to SS with a companion (p<0.001), having ischemic heart disease (p=0.026), urinary incontinence (p=0.008) and dementia (p=0.008). The review pointed to multimorbidity as a health problem in rural areas and that the elderly living in these places

and presenting this health condition were more likely to have psychological disorders, pain/discomfort, poorer quality of life, poorer self-evaluation of health, more frail or at risk of frailty, greater suicidal ideation and plans, patterns of multimorbidity, associated factors, more prevalent chronic conditions and the division as to the classification of multimorbidity according to the number of diseases. **Conclusion:** The study allowed identifying the prevalence of multimorbidity and functional decline in elderly people living in rural areas, as well as identifying the factors that interfere in these two outcomes. In addition, the scope review allowed us to identify and map what is available in the literature about multimorbidity in rural elderly people. Thus, it is expected that with the results found, access to services and health care for the elderly population living in rural areas will be strengthened. Based on the findings, the management, health professionals, researchers, caregivers, family members, the aging public, as well as the elderly and other stakeholders should seek ways to change this scenario in order to prevent these diseases, promote health actions for health maintenance, etc.

Keyword: Multimorbidity. Comorbidity. International Classification of Functioning and Health. Aged. Rural Areas.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	Fluxograma de seleção de estudos para revisão de escopo adaptado dos Itens Preferenciais de Relatórios para Revisão Sistemática e meta-análise (PRISMA).....	53
Figura 2 –	Distribuição dos países que abordaram à multimorbidade em pessoas idosas em área rural.....	66
Figura 3 –	Relação entre as morbidades autorreferidas e à multimorbidade em pessoas idosas residentes na zona rural acompanhadas pela Estratégia Saúde da Família. Araçagi – PB (360). 2022.....	84
Figura 4 –	Mapa do estado federativo da Paraíba, Brasil. Com destaque o município de Araçagi – PB (APÊNDICE C).....	144

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 –	Estratégia completa de busca das bases de dados a serem abordadas. 2022.....	39
Quadro 2 –	Estratégia completa de busca na literatura cinzenta a serem abordadas. 2022	40
Quadro 3 –	Descrição das Unidades Básicas de Saúde localizadas na zona rural do município de Araçagi – PB.....	45
Quadro 4 -	Distribuição dos artigos selecionados segundo nome do título do artigo, nome do primeiro autor, objetivos do estudo e principais evidências do estudo acerca da multimorbidade em pessoas idosas residentes na zona rural.....	54

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	Instrumento utilizado para extração de dados da revisão de escopo acerca da multimorbidade em pessoas idosas residentes na zona rural.....	42
Tabela 2 –	Caracterização sociodemográfica e econômica de pessoas idosas residentes da zona rural acompanhadas pela Estratégia Saúde da Família. Araçagi – PB (360). 2022.....	68
Tabela 3 –	Caracterização comportamental de pessoas idosas residentes da zona rural acompanhadas pela Estratégia Saúde da Família. Araçagi – PB (360). 2022.....	72
Tabela 4 –	Caracterização clínico-terapêuticas e dos fatores relacionados ao acesso aos serviços de saúde de pessoas idosas residentes da zona rural acompanhadas pela Estratégia Saúde da Família. Araçagi – PB (360). 2022.....	74
Tabela 5 –	Caracterização das morbidades autorreferidas por pessoas idosas residentes na zona rural acompanhados pela Estratégia Saúde da Família. Araçagi – PB (360), 2022.....	78
Tabela 6 –	Associação entre as variáveis sociodemográficas e econômicas e multimorbidade em pessoas idosas residentes na zona rural acompanhadas pela Estratégia Saúde da Família. Araçagi – PB (360). 2022.....	80
Tabela 7 –	Associação entre as variáveis comportamentais e a multimorbidade em pessoas idosas residentes na zona rural acompanhadas pela Estratégia Saúde da Família. Araçagi – PB (360). 2022.....	81
Tabela 8 –	Associação entre as variáveis clínico-terapêuticas e os fatores relacionados ao acesso aos serviços de saúde de pessoas idosas residentes na zona rural acompanhadas pela Estratégia Saúde da Família. Araçagi – PB (360). 2022.....	82
Tabela 9 –	Associação entre as variáveis de exposição e à multimorbidade em pessoas idosas residentes na zona rural acompanhadas pela Estratégia Saúde da Família. Araçagi – PB (360). 2022.....	85

Tabela 10 -	Associação entre as variáveis sociodemográficas e econômicas e as Atividades Básicas de Vida Diária de pessoas idosas residentes na zona rural acompanhadas pela Estratégia Saúde da Família. Araçagi – PB (360). 2022.....	87
Tabela 11 -	Associação entre as variáveis comportamentais e as Atividades Básicas de Vida Diária de pessoas idosas residentes na zona rural acompanhadas pela Estratégia Saúde da Família. Araçagi – PB (360). 2022.....	88
Tabela 12 -	Associação entre as variáveis clínico-terapêuticas, os fatores relacionados ao acesso aos serviços de saúde e as Atividades Básicas de Vida Diária de pessoas idosas residentes na zona rural acompanhadas pela Estratégia Saúde da Família. Araçagi – PB (360). 2022.....	89
Tabela 13 -	Associação entre as variáveis sociodemográficas e econômicas e as Atividades Instrumentais de Vida Diária de pessoas idosas residentes na zona rural acompanhadas pela Estratégia Saúde da Família. Araçagi – PB (360). 2022.....	90
Tabela 14 -	Associação entre as variáveis comportamentais e as Atividades Instrumentais de Vida Diária de pessoas idosas residentes na zona rural acompanhadas pela Estratégia Saúde da Família. Araçagi – PB (360). 2022.....	91
Tabela 15 -	Associação entre as variáveis clínico-terapêuticas e as Atividades Instrumentais de Vida Diária de pessoas idosas residentes na zona rural acompanhadas pela Estratégia Saúde da Família. Araçagi – PB (360). 2022.....	92
Tabela 16 -	Associação entre as morbidades autorreferidas e as Atividades Básicas de Vida Diária em pessoas idosas residentes na zona rural acompanhadas pela Estratégia Saúde da Família. Araçagi – PB (360). 2022.....	93
Tabela 17 -	Associação entre as morbidades autorreferidas e as Atividades Instrumentais de Vida Diária em pessoas idosas residentes na zona rural acompanhadas pela Estratégia Saúde da Família. Araçagi – PB (360). 2022.....	94
Tabela 18 -	Associação entre as variáveis de exposição e as Atividades Básicas de Vida Diária em pessoas idosas residentes na zona rural acompanhadas	95

pela Estratégia Saúde da Família. Araçagi – PB (360).
2022.....

Tabela 19 - Associação entre as variáveis de exposição e as Atividades Instrumentais 96
de Vida Diária em pessoas idosas residentes na zona rural acompanhadas
pela Estratégia Saúde da Família. Araçagi – PB (360). 2022.....

LISTA DE ABREVIATURAS

COVID-19	<i>Corona Virus Disease 2019</i>
IBM SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciens</i>

LISTA DE SIGLAS

ABVD	Atividades Básicas de Vida Diária
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AIVD	Atividades Instrumentais de Vida Diária
AVC	Acidente Vascular Cerebral
AVD	Atividades de Vida Diária
CAAE	Certificado de Apresentação de Apreciação Ética
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento do pessoal de Nível Superior
CES-D 10	Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CF	Capacidade Funcional
CIF	Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde
CNES	Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
DC	Doenças Crônicas
DC	Doenças Coronarianas
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
DNT	Doença Não Transmissível
<i>DP</i>	Desvio Padrão
DP	Distúrbios Psicológicos
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
EMTREE	<i>Embase Subject Headings</i>
ESF	Estratégia Saúde da Família
FBG	Glicemia de jejum
GBEM	Grupo Brasileiro de Estudos sobre Multimorbidade Vírus da
HIV	Imunodeficiência Humana
HUOL	Hospital Universitário Onofre Lopes
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano

IMC	Índice de Massa Corporal
JBI	<i>Institute Reviewer's Manual</i>
LILACS	<i>Latin American and Caribbean health Sciences Literature</i>
MCC	Múltiplas Condições Crônicas
MeSH	<i>Medical Subject Headings</i>
MS	Ministério da Saúde
NCS	Pesquisa nacional de Comorbidade
NR	Não Respondeu
NS	Não Sabe
PB	Paraíba
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
PPGSCol	Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva
PRISMA-ScR	<i>Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews: Checklist and Explanation</i>
QV	Qualidade de Vida
QVRS	Qualidade de Vida Relacionada à Saúde
OR	<i>Odds Ratio</i>
RCAAP	Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal
SciELO	<i>Scientific Electronic Library Online</i>
ScR	<i>Scoping Review</i>
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
STATA	STATA
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UFRN	Universidade Federal do Rio Grande do Norte
WHO	<i>World Health Organization</i>
ZR	Zona Rural
ZU	Zona Urbana

LISTA DE SÍMBOLOS

@	Arroba
®	Marca registrada
n	Valor da amostra
<	Menor que
>	Maior que
%	Por cento
\$	Cifrão – (símbolo universal do dinheiro)
\geq	Maior ou igual
\leq	Menor ou igual
[]	Colchetes
()	Parênteses
\propto	Proporcional a
p	Proporção da população

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	24
2	REVISÃO DA LITERATURA	28
2.1	Envelhecimento Populacional.....	28
2.2	Multimorbidade em pessoas idosas e seus fatores associados.....	30
2.3	Capacidade funcional em pessoas idosas e seus fatores associados.....	31
2.4	Estratégia Saúde da Família.....	33
3	OBJETIVOS	36
3.1	Objetivo Geral.....	36
3.2	Objetivos Específicos.....	36
4	MÉTODO	37
4.1	Protocolo de revisão de escopo	37
4.1.1	Definição e Alinhamento dos Objetivos e Questão da Pesquisa.....	37
4.1.2	Desenvolvimento e Alinhamento dos Critérios de Inclusão.....	38
4.1.3	Descrição da Seleção de Evidências.....	38
4.1.4	Busca de Evidências.....	41
4.1.5	Seleção de Evidências.....	41
4.1.6	Extração das Evidências.....	42
4.1.7	Análise de Evidências.....	42
4.1.8	Apresentação dos Resultados.....	42
4.1.9	Resumo das Evidências, Conclusões e Implicações dos Resultados.....	43
4.1.10	Aspectos Éticos.....	43
4.2	Investigação epidemiológica do tipo observacional e transversal	43
4.2.1	Tipo do estudo.....	43
4.2.2	Local do estudo.....	44
4.2.3	População e amostra.....	45
4.2.4	Critérios de elegibilidade.....	46
4.2.5	Instrumentos de coletas de dados.....	46
4.2.6	Procedimentos de coleta de dados.....	48
4.2.7	Processamento e análise dos dados.....	49
4.2.8	Riscos e benefícios.....	49
4.2.9	Aspectos éticos.....	50

5	RESULTADOS	52
5.1	Revisão de escopo acerca da multimorbidade em pessoas idosas residentes na zona rural.....	52
5.1.1	Caracterização dos estudos incluídos.....	64
5.1.2	Principais achados relacionados à multimorbidade em pessoas idosas da zona rural.....	66
5.2	Estudo observacional e transversal	68
5.2.1	Perfil sociodemográfico e econômico.....	68
5.2.2	Perfil comportamental.....	71
5.2.3	Perfil clínico-terapêutico.....	74
5.2.4	Perfil dos problemas de saúde autorreferidos.....	78
5.3	Prevalência e fatores associados à multimorbidade dos participantes	80
5.4	Prevalência e fatores associados ao declínio funcional dos participantes	86
6	DISCUSSÃO	98
6.1	Multimorbidade: revisão de escopo.....	98
6.2	Multimorbidade: estudo transversal.....	103
6.3	Funcionalidade: estudo transversal.....	108
6.4	Limitações da revisão de escopo.....	111
6.5	Limitações do estudo transversal.....	112
7	CONCLUSÃO	113
	REFERÊNCIAS	116
	ANEXOS	129
	ANEXO A – Carta de anuência.....	130
	ANEXO B – Escala de atividades básicas de vida diária – Índice de <i>Katz</i>	132
	ANEXO C - Escala de atividades instrumentais de vida diária – Escala de <i>Lawton and Brody</i>	133
	APÊNDICES	134
	APÊNDICE A – Questionário sociodemográfico, comportamental e clínico-terapêutico.....	135
	APÊNDICE B – Formulário semiestruturado sobre problemas de saúde autorreferidos.....	139
	APÊNDICE C – Mapa do estado federativo da Paraíba, Brasil.....	141
	APÊNDICE D – Formulário CEP HUOL/UFRN.....	142
	APÊNDICE E – Termo de consentimento livre e esclarecido – TCLE.....	145

APÊNDICE F – Declaração de compromisso ético de não início da pesquisa.....	149
APÊNDICE G – Termo de confidencialidade.....	150
APÊNDICE H – Parecer consubstanciado do CEP.....	151
APÊNDICE I - Registro do Protocolo da <i>Scoping Review</i> no <i>Open Science Framework</i>	156

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é apontado como um fenômeno mundial, o que reflete o aumento da longevidade da população (GARCIA et al., 2020). Nos últimos anos, o número de idosos vem crescendo, trazendo consigo um alerta no que diz respeito à garantia de uma qualidade de vida (QV) melhor para este segmento da população. Segundo Mwangi, Kulane e Hoi (2015), o público com 60 anos ou mais terá uma proporção superior a 20% da população global até 2050. Esse aumento da longevidade e, conseqüentemente, o próprio processo do envelhecimento acarreta ao indivíduo alterações biopsicossociais, provocando mudanças na função cognitiva, motora, sensorial, intelectual, psicoafetiva, social, molecular etc, deste público (JARDIM et al., 2020).

O aumento da longevidade está constantemente relacionado ao aumento do número de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), das incapacidades físicas e cognitivas, como também ao consumo de medicamentos (OLIVEIRA et al., 2020a). O aumento das DCNT, resultado das mudanças no perfil epidemiológico e demográfico da população ao longo dos anos, surge como um fator associado à incapacidade da realização de tarefas diárias, comprometendo a saúde da pessoa idosa (BERNARDES et al., 2019).

O acúmulo das DCNT conhecidas como comorbidades, podem gerar um quadro de multimorbidade (LLANO et al., 2019). A literatura aponta que a multimorbidade é definida como o acúmulo de condições crônicas presentes no indivíduo. Alguns refere a multimorbidade como o acometimento de duas ou mais doenças crônicas e outros defendem a presença de pelo menos três (MELO; LIMA, 2020). Essa condição é considerada como um problema de saúde pública devido sua alta frequência e sua relação com o declínio funcional e mortalidade, dificultando a atuação dos serviços de saúde (NUNES et al., 2018). Para o presente estudo, será considerado multimorbidade o indivíduo que apresentar pelo menos duas condições crônicas.

A Capacidade Funcional (CF) é entendida como a capacidade que o indivíduo apresenta para desenvolver atividades que permita exercer sua independência e autonomia. Uma vez que os idosos apresentam problemas de saúde, maiores são as chances de sua CF se encontrar afetada (ALEXANDRINO et al., 2019). Vale ressaltar que a QV da pessoa idosa tem relação direta com a preservação da CF. Dessa forma, o declínio da CF promove maiores chances do idoso se mostrar dependente para realizar suas atividades diárias (JARDIM et al., 2020).

A funcionalidade remete às funções atreladas a participação do corpo para realizar as atividades do dia a dia. A diminuição da funcionalidade leva à perda de autonomia, interferindo na tomada de decisões ou autoadministração da vida, e por consequência, promove o aumento na utilização dos serviços de saúde, institucionalização, risco de quedas e morte (OLIVEIRA et al., 2020b).

Na década de 1940, o Brasil apresentava uma população rural composta por 68,8%. Com o passar do tempo, esse panorama foi se modificando e em 1980 a população rural representava cerca de 32,4%, o que remete a inversão acerca do local de residência, demonstrando uma transição da zona rural para a urbana, se estendendo até os dias atuais. Ao levar em consideração a localização geográfica que o indivíduo vive, observa-se que local onde o idoso reside pode interferir diretamente em sua saúde (BUSO et al., 2020).

A população idosa da zona rural apresenta algumas distinções das que residem na zona urbana, dentre elas os aspectos étnicos e socioculturais, demonstrando um estilo de vida geralmente mais saudável. Esses idosos apresentam comportamentos ativos frente à execução de tarefas do seu cotidiano como o trabalho agrícola, a pesca e as caminhadas devido ao deslocamento para a realização dessas atividades, bem como mantém uma alimentação mais saudável (LLANO et al., 2017).

Por outro lado, a população rural especificamente, apresenta maior isolamento social e menores níveis econômicos e educacionais, o que favorece à suscetibilidade de ser acometidos por doenças, tornando-se assim mais vulneráveis (BUSO et al., 2020). Outro empecilho na vida desses idosos está associado ao acesso aos serviços de saúde devido à distância em que se encontram esses serviços e a dificuldade de locomoção para se chegar até eles. Dessa forma, essas dificuldades refletem muitas vezes na falta de assistência e, conseqüentemente, a necessidade de medidas mais efetivas quanto ao cuidado voltado a esta parcela da população (LLANO et al., 2017).

Frente a esse contexto, a Estratégia Saúde da Família (ESF) emerge serviço de saúde que tem por finalidade garantir a manutenção da saúde dessa população. Assim, a ESF pode promover meios visando maior cuidados com as doenças, maior autonomia e independência voltada a esta população em específico (ALMEIDA et al., 2022).

Posto isso, a execução deste estudo justifica-se diante da necessidade de conhecer o perfil de multimorbidade e condição funcional dos idosos da zona rural a partir da mensuração

do seu grau de vulnerabilidade, o que é fundamental para compreender a distribuição dessas doenças/perdas nessa população que é pouco estudada e para que se possa adequar linhas de cuidado para este segmento populacional. Cabe ressaltar que a maioria das buscas pelo conhecimento acerca dessa temática está atrelada aos idosos residentes na zona urbana. Pouco se sabe acerca do idoso residente da zona rural, o que deixa em aberto uma lacuna do conhecimento ao se tratar de idosos que moram nesta área de residência, em especial pesquisas que tenham relação direta com a saúde da população idosa inserida neste ambiente, sobretudo, pesquisas ligadas às questões da funcionalidade e multimorbidade.

Segundo Leão, Knuth e Meucci (2020), os idosos residentes da zona rural no Brasil são mais inativos em relação aos da zona urbana. Além disso, os estudos epidemiológicos voltados a esta parcela da população são pouco explorados. Dessa forma, a realização deste estudo torna-se imprescindível no tocante da ampliação das políticas públicas que visem melhorar a longevidade, e assim ofertar um atendimento mais adequado à população idosa. Devido a pouca visibilidade que este público apresenta, a estigmatização e as demais dificuldades atreladas as características intrínsecas desses idosos, bem como a dificuldade do acesso aos serviços e assistência de saúde que podem levar ao agravamento das condições de saúde, remetendo a indispensabilidade da realização desse estudo.

Para tal, a execução da realização do estudo em tela se deu no município de Araçagi, Paraíba, Brasil, uma vez que esta cidade apresenta características majoritariamente rurais, o que vai de encontro com a proposta da pesquisa.

A relevância desta pesquisa está embasada na necessidade de construir o diagnóstico da multimorbidade e funcionalidade no intuito de identificar sua ocorrência na população idosa rural e estabelecer a relação entre a multimorbidade e funcionalidade entre este público, visto que as pesquisas científicas majoritariamente realizam estudo acerca dessa temática voltadas para o público idoso da zona urbana. Assim, os desfechos encontrados nesta investigação poderão estimular a tomada de decisões na gestão, na assistência, no ensino e na pesquisa no campo do envelhecimento, além da proposição e implementação de ações, estratégias e programas de atenção à saúde do idoso, sobretudo, o idoso do campo.

Diante do exposto e do atual cenário em que o país e o mundo se encontram, surgiram os seguintes questionamentos que fundamentam o mérito desta investigação: Qual a prevalência de multimorbidade e de declínio funcional de pessoas idosas residentes na zona rural de um

município de pequeno porte da região Nordeste? Qual o perfil de multimorbidade e funcionalidade em idosos residentes na zona rural do município de Araçagi - PB? Quais os fatores sociodemográficos, comportamentais e clínico-terapêutico estão associados a multimorbidade, Atividades Básicas e Instrumentais de Vida Diária de pessoas idosas residentes na zona rural de um município de pequeno porte da região Nordeste? O que há na literatura acerca da multimorbidade em pessoas idosas residentes na zona rural?

2 REVISÃO DA LITERATURA

O referencial teórico se encontra dividido em três temáticas que envolvem o estudo em tela. Inicialmente serão discutidas as questões relacionadas ao envelhecimento populacional, sobretudo os aspectos relacionados ao envelhecimento da população rural. Em seguida, para dar visibilidade aos dois desfechos do estudo, vai se trabalhar a multimorbidade e capacidade funcional relacionadas a população rural.

2.1 Envelhecimento Populacional na Zona Rural

O envelhecimento populacional tornou-se uma realidade em praticamente todos os países do mundo. A população idosa tem aumentado de forma acelerada com o passar dos tempos, o que acarreta mudanças na forma em que a sociedade se encontra. Esse segmento da população é a que mais cresce no Brasil nos últimos anos, com público superior aos 32 milhões de indivíduos até o ano de 2019 (ALEXANDRINO et al., 2019).

De acordo como Melo et al., (2017), essa realidade se constitui como um desafio mundial, tanto nos países desenvolvidos como nos que estão em desenvolvimento. Esse processo foi mais forte nos países em desenvolvimento com o Brasil, devido as desigualdades sociais que os permeiam. Essa realidade tem relação com o processo de transição demográfica e epidemiológica, em que a transição demográfica basicamente se configura em mudanças nas taxas de fecundidade e mortalidade (OLIVEIRA, 2019). Assim, essas transições no Brasil ocorreram de forma heterogênea (MELO et al., 2017), uma vez que esse público apresenta grandes diferenças entre si, como exemplo as distinções acerca do local de residência, nível de escolaridade, cor/raça etc (WAJNMAN; OLIVEIRA; OLVEIRA, 2004). Dessa forma, tem-se como resultado uma população idosa bastante distinta ao comparar com as demais faixas etárias (MELO et al., 2017).

Dentre o público envelhecido, os idosos que residem no meio rural em especial, são um segmento dessa população que apresenta pouca visibilidade e é bastante estigmatizada (BUSO et al., 2020). De acordo com a Sinopse do censo demográfico do IBGE de 2010, a população residente na zona rural estava próxima dos 30 milhões de indivíduos (BRASIL, 2010b). Segundo o estudo de Spanevello et al. (2017), dentre essa população do meio rural, cerca de 11,4% eram pessoas com idade igual ou superior a 60 anos.

A velhice brasileira no âmbito rural é pouco abordada nas pesquisas, muitas vezes sendo descartada por ser considerada de pouca importância, visto que a estimativa da população idosa rural no Brasil é aproximadamente 16,0% contra os 84,0% residentes na zona urbana (GARBACCIO et al., 2018).

O processo de envelhecimento humano apresenta semelhança entre as zonas urbanas e rurais, entretanto, vale ressaltar que existem algumas especificidades que devem ser levadas em consideração como por exemplo o modo de vida, o trabalho e a localização geográfica que estes indivíduos residem (SANTOS et al., 2019).

Os idosos da zona rural apresentam maiores dificuldades atreladas ao acesso aos serviços de saúde devido à distância de suas casas em relação aos serviços, a falta de transporte público e estradas não pavimentadas (LANGE et al., 2018). Além dessas adversidades, acredita-se que a zona rural manifesta um potencial natural de vulnerabilidade sobre essa população em virtude da dificuldade de comunicação e lazer, seja pela escassez ou pela distância onde se encontram, em sua maioria na zona urbana (PITILIN et al., 2020).

Embora essa população apresente maior necessidade de atenção em saúde e, conseqüentemente precisem usar os serviços de saúde com mais frequência, surgem dificuldades que implicam diretamente no acesso a esses serviços (FERREIRA et al., 2020). A literatura estima que o acesso aos serviços de saúde em relação a essa parcela da população apresente maiores dificuldades devido a alguns fatores como a renda e a procura por assistência curativa e não preventiva, o que pode contribuir para a piora nas condições de saúde e QV dos indivíduos (BUSO et al., 2020). A baixa disponibilidade dos serviços de saúde, bem como sua qualidade, propicia na demora pela busca desses serviços ou a procura por serviços em outras localidades, o que acarreta maior desgaste físico, emocional e financeiro (FERREIRA et al., 2020).

Mesmo diante da vulnerabilidade que a pessoa idosa residente na zona rural apresenta, pouco se tem quanto aos estudos voltados a esses indivíduos (FERREIRA et al., 2020). O que se sabe é que o envelhecimento pode acarretar acúmulo de doenças e conseqüentemente promover o declínio da funcionalidade do indivíduo (GUIMARÃES; ANDRADE, 2020).

Dessa forma, viabilizar estratégias que visem promoção da autonomia tece o caminho para um envelhecimento ativo desses idosos rurais, dando-lhes a oportunidade de melhorar sua QV, exercer sua cidadania e fortalecer o Sistema Único de Saúde (SUS). Assim, ressalta-se que

as atividades desenvolvidas pelas Estratégia Saúde da Família (ESF) contribuem para a autonomia e o envelhecimento ativo deste seguimento rural da população (LANGE et al., 2018).

2.2 Multimorbidade em Pessoas Idosas e seus Fatores Associados

Mesmo com o conceito de multimorbidade definido na literatura, alguns pesquisadores abordam como a presença de pelo menos duas doenças crônicas (DC), enquanto outros a referem como um conjunto de mais doenças (MELO et al., 2019). O aumento da prevalência das comorbidades e multimorbidades tem relação direta com o processo de transição demográfico e epidemiológico característico do próprio processo do envelhecimento (CLÁUDIO et al., 2020).

A multimorbidade tem impacto direto quanto o desenvolvimento de incapacidade funcional e a realização do autocuidado, promovendo maior vulnerabilidade aos sujeitos (MOTA et al., 2020). Assim, observa-se a complexidade e heterogeneidade intrínseca da multimorbidade e suas consequências para com a saúde da pessoa idosa (MAREGONI et al., 2021).

Segundo Melo et al., (2019), a prevalência de multimorbidade entre a população idosa brasileira é cerca de 53,1%. Estudo de base populacional realizado através da base de dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), apontou que o sexo feminino, mais envelhecidos, viúvo, separado ou casado, ter plano de saúde, não fazer uso de bebida alcoólica e tabaco no momento da pesquisa e menores níveis de educação são fatores associados a prevalência de multimorbidade nos idosos do Brasil (MELO; LIMA, 2020).

Essas informações refletem à multimorbidade como um problema de saúde pública, sobretudo no Brasil que por sua vez, acarreta consequências sociais e econômicas ao país, em especial as que tratam da oferta dos serviços de saúde e de estrutura que comportem a demanda dessa população de maneira satisfatória (CLÁUDIO et al., 2020), visto que a prevalência das DC entre a população idosa provoca uma maior procura pelos serviços de saúde (FERNANDES; BIELEMANN; FASSA, 2018).

A multimorbidade apresenta diferentes tipos de classificação de seus padrões, entre elas, tem as do grupo cardiopulmonar, mental-musculoesquelético e vascular-metabólico. As doenças relacionadas ao padrão cardiorrespiratório estão associadas aos eventos clínicos que

levam a desfechos cardiovasculares. As relacionadas ao padrão mental-musculoesquelético têm ligação as doenças articulares, reumáticas e aos transtornos psicossociais. E as do padrão vascular-metabólico que se configuram como síndrome metabólica, apresentam várias comorbidades, dentre elas a doença crônica renal e o câncer (SCHMIDT et al., 2020).

Com o aumento das DCNT e da expectativa de vida, a multimorbidade emerge como uma problemática na vida das pessoas, em especial à população idosa, pela sua estreita relação com a capacidade funcional que também está vulnerável aos efeitos do processo de envelhecimento. Diante desse contexto, observa-se que o processo de envelhecimento e as DC interferem na autonomia e independência dos indivíduos (MOTA et al., 2020), e são algo bem comum entre a população idosa, pois acabam interferindo na capacidade funcional dessa parcela populacional (MENDONÇA et al., 2020), ou seja, ela surge como um fator contribuinte para o declínio da funcionalidade, sobretudo em idosos da zona rural, uma vez que esse segmento da população apresenta dificuldades como a localização geográfica, a locomoção e o acesso aos serviços de saúde (GUIMARÃES; ANDRADE, 2020; LLANO et al., 2019).

Dessa forma, torna-se indispensável identificar os fatores relacionados à presença de multimorbidade, a perda da funcionalidade e a sua relação com a capacidade funcional desses idosos, para assim sugerir o redesenho de políticas públicas e programas de atenção à população idosa, nos níveis de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde (MELO et al., 2019). Ademais, minimizar a condição de multimorbidade e preservar a manutenção da capacidade funcional reflete na redução da demanda nos serviços de saúde e nos impactos causados pelas DCNT, e conseqüentemente, na melhoria da QV da pessoa idosa (BERNARDES et al., 2019).

2.3 Capacidade Funcional em Pessoas Idosas e seus Fatores Associados

Segundo a World Health Organization (WHO), por meio da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), a capacidade funcional (CF) aponta até onde o indivíduo consegue exercer sua funcionalidade de forma satisfatória em um determinado momento (WHO, 2003). De acordo com Mota et al., (2020), a CIF apresenta a incapacidade de forma mais ampla, levando em consideração o comprometimento e as limitações/restrições na vida do indivíduo sobre sua condição de saúde e fatores associados.

Ainda, a CF é definida como a habilidade em que o indivíduo tem para desenvolver suas atividades de vida diária (AVD) com autonomia e independência, o que tece a manutenção da saúde do indivíduo. Uma vez que a CF se encontra fragilizada, a pessoa idosa tende a se tornar dependente, quadros de quedas, institucionalização e até a hospitalização (MENDONÇA et al., 2020).

O comprometimento da funcionalidade junto ao próprio processo do envelhecimento, leva o idoso a adquirir síndromes geriátricas que resultam em incapacidades, declínio intelectual e funcional, instabilidade, imobilidade, maiores chances de fraturas em decorrência das quedas e até a morte (RAMIREZ et al., 2020). Além disto, atrelado a este processo, nota-se o favorecimento da dependência para a realização das atividades do dia a dia, que pode refletir na diminuição das habilidades motoras, desempenho físico, mobilidade funcional e por consequente o isolamento social destes idosos (SOARES et al., 2020).

Como fatores associados ao declínio da CF em idosos, Alexandrino et al. (2019) apontou que o analfabetismo funcional, ter idade avançada, ser sedentário, fazer uso de bebida alcoólica, apresentar estresse elevado, fazer uso de medicamentos contínuos e presença de problemas de saúde contribuem para à vulnerabilidade clínico-funcional na população idosa, o que vai de acordo com o modelo teórico do presente estudo.

Dessa forma, o comprometimento da CF reflete não apenas na saúde física do indivíduo, mas também em sua saúde mental, interação social, apoio familiar e independência financeira. A CF é apontada como um marcador de saúde da pessoa idosa, emergindo como algo imprescindível para a avaliação da saúde deste segmento populacional, visto que esse marcador é modificável e fator de risco evitável, sendo passivo de intervenções (CONFORTIN et al., 2020).

Dessa forma, a avaliação da capacidade funcional em idosos por meio de instrumentos específicos para tal finalidade, torna-se fundamental pela sua viabilidade de manutenção da saúde desses indivíduos autônomos, independentes, ativos e apresentando vida social ativa, mesmo com a presença de comorbidades. Esta avaliação permite identificar de forma precoce os fatores que têm relação com a incapacidade funcional, o que ressalta a importância de sua aplicabilidade por meio da Estratégia Saúde da Família (MENDONÇA et al., 2020), no qual será realizada uma visita a casa das pessoas idosas selecionadas aleatoriamente via sorteio, sendo aplicada pelo pesquisador responsável pelo estudo.

Ademais, estudar os fatores que favorecem a incapacidade funcional nessa população contribui com o planejamento de ações voltadas a promoção da qualidade de vida, bem como auxilia a reorganizar as estratégias de saúde e oferta apoio e assistência mais adequada aos idosos (MOTA et al., 2020; SILVA et al., 2020a).

2.4 Estratégia Saúde da Família

A atenção em saúde vem se redefinindo ao longo dos anos, por meio de conceitos e práticas mais amplas. Com a Declaração de Alma-Ata de 1978 o foco e importância foram dados à atenção primária em saúde (APS), que no Brasil está sendo conduzida através da Estratégia Saúde da Família (ESF). Trata-se de uma equipe multiprofissional e é apontada como a porta preferencial de entrada do usuário ao Sistema Único de Saúde (SUS), no qual se dirige as populações de seus respectivos territórios, no qual assume responsabilidades epidemiológicas e sanitárias (SILVA et al., 2018).

Mesmo com dificuldades na implantação da ESF, o processo de mudança das unidades básicas tradicionais para a ESF vem ocorrendo de forma exponencial. O número de pessoas que acessam a atenção básica aumentou cerca de 450% entre 1981 e 2008 (FERREIRA et al., 2020). Segundo Silva et al. (2018), até o ano de 2018 cerca de 64,34% da população brasileira é atendida pela ESF. Entretanto, ainda persistem desigualdades territoriais no que tange à distribuição dos serviços saúde, que são localizados em sua maioria na zona urbana (MAGALHÃES et al., 2022).

A população idosa rural convive com algumas adversidades por morarem nesses locais como as dificuldades de acesso, as barreiras geográficas, poucos serviços e profissionais de saúde para atendê-los etc (ANDRADE et al., 2021). Assim, este cenário interfere de forma significativa o monitoramento das condições de saúde nas imediações da zona rural (MAGALHÃES et al., 2022).

De acordo com últimos levantamentos realizados pelo IBGE (BRASIL, 2015), aproximadamente 15% da população brasileira vive na zona rural. Décadas atrás, o Brasil possuía uma população majoritariamente rural, porém essa situação mudou com o passar dos anos (BUSO et al., 2020).

Com o evento do êxodo rural, muitas pessoas migraram da ZR para a ZU, assim, a ZR passou a receber cada vez menos recursos relacionados à saúde, o que dificulta as análises e pesquisas epidemiológicas em grande parte das regiões brasileiras, e por consequente, compromete a identificação de informações sobre de morbimortalidade, ou seja, não fica claro se sua ocorrência foi na ZR ou urbana. Dessa forma, diversas doenças até então evitáveis que podem ser combatidas através da assistência de saúde por meio da atenção primária, permanecem ocultas, atingindo a população que ali reside (MAGALHÃES et al., 2022).

Diante da avaliação do acesso aos serviços de saúde é ainda mais importante considerar quando se trata de populações que historicamente enfrentam dificuldades para acessar os serviços de saúde, como é o caso da população idosa que reside em área rural (SHIMIZU et al., 2018). Por apresentarem diversas necessidades diante da senescência e ou senilidade, esse grupo tende a precisar dos serviços de saúde com maior frequência. Além disso, dificuldades no acesso ao atendimento adequado podem promover o surgimento de novos agravos, acentuar patologias já existentes e consequentemente afetar a funcionalidade e autonomia dos idosos.

A multimorbidade é um grave problema de saúde pública e o mesmo acarreta desafios a ESF quanto ao seu manejo, o que demanda maior articulação e efetividade por parte dos serviços de saúde (TON et al., 2021). Devido a muitas condições crônicas de saúde que este público apresenta, a Atenção Básica torna-se uma aliada da pessoa idosa pela necessidade do acompanhamento contínuo que estes devem fazer. Contudo, na maioria das vezes essa população procura esse serviço de saúde quando se encontram em condições agudas de saúde (SILVA et al., 2022).

Acompanhado do acúmulo de doenças, muitos idosos apresentam declínio em sua funcionalidade, ou seja, não conseguem realizar suas atividades de vida diária de forma satisfatória. Assim, a atenção primária tem o papel fundamental de detectar precocemente o que leva ao declínio funcional desse idoso através de ações de cunho preventivo com a utilização da própria Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa uma vez que nele contém o Protocolo de Identificação do Idoso Vulnerável (VES-13), sendo este um instrumento simples e de grande efetividade, e que é capaz de identificar as pessoas idosas vulneráveis residentes na comunidade, garantindo assim uma melhor capacidade funcional a estes indivíduos (SILVA et al., 2020b).

Para além, a pouca diversidade e qualidade dos serviços ofertados nestas áreas podem levar à demora na busca por tratamento devido à dificuldade para realizar o deslocamento em direção a esses serviços, que, por se encontrarem mais abastados, podem contribuir para um maior desgaste físico, financeiro e emocional a esse indivíduo e sua família. Assim, a atuação da atenção primária em saúde torna-se imprescindível visando a prevenção do surgimento de novos agravos na população idosa residente da zona rural (FERREIRA et al., 2020).

Devido ao fato de as pessoas idosas apresentarem alterações em sua funcionalidade, bem como risco de quedas e presença de morbididades e as vezes multimorbidade, a ESF emerge como um facilitador da manutenção da saúde dessa população. Dessa forma, a ESF pode desenvolver meios que garantam melhor acesso a esses serviços, bem como promover estratégias que possibilitem uma melhor independência, autonomia e cuidados com as condições crônicas de saúde, sobretudo no público idoso que reside em área rural (ALMEIDA et al., 2022).

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Investigar a prevalência de multimorbidade e declínio funcional de pessoas idosas residentes na zona rural de um município de pequeno porte da região Nordeste.

3.2 Objetivos específicos

- Identificar os fatores sociodemográficos, comportamentais e clínicos-terapêuticos associados à multimorbidade de um município de pequeno porte da região Nordeste;
- Identificar os fatores sociodemográficos, comportamentais e clínicos-terapêuticos associados as Atividades Básicas de Vida Diária de pessoas idosas residentes na zona rural de um município de pequeno porte da região Nordeste;
- Identificar os fatores sociodemográficos, comportamentais e clínicos-terapêuticos associados as Atividades Instrumentais de Vida Diária de pessoas idosas residentes na zona rural de um município de pequeno porte da região Nordeste;
- Construir um perfil de multimorbidade e funcionalidade de pessoas idosas residentes em zona rural;
- Identificar e mapear o que se tem na literatura acerca da multimorbidade em pessoas idosas residentes em área rural.

4 MÉTODO

Delineamento do Estudo

O estudo foi dividido em duas etapas, sendo a primeira uma revisão de escopo e a outra uma investigação epidemiológica do tipo observacional transversal, com abordagem quantitativa. As etapas do estudo estão descritas abaixo.

4.1 – Protocolo de revisão de escopo

Trata-se de um protocolo de *scoping review* (ScR) que será guiada pela recomendação do *JBI Institute Reviewer's Manual* (PETERS *et al.*, 2020), segundo quadro teórico proposto por Arksey e O'Malley (2005) no intuito de desenvolver uma *scoping review*. Esse tipo de revisão busca identificar e mapear evidências acerca de um determinado tema, nesse caso, sobre a multimorbidade em pessoas idosas que residem em área rural (SALVADOR *et al.*, 2020).

Ao levar em consideração a transparência e divulgação do estudo em tela, foi realizado o registro do protocolo na Open Science Framework (OSF) no qual gerou o seguinte DOI: (<https://doi.org/10.17605/OSF.IO/7TFXH>) (APÊNDICE H). A revisão será apresentada seguindo as recomendações do *Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews* (PRISMA-ScR): *Checklist and Explanation* (TRICCO *et al.*, 2018).

Para tal, a revisão seguirá nove etapas: I) Definição e Alinhamento dos Objetivos e Questão da Pesquisa; II) Desenvolvimento e Alinhamento dos Critérios de Inclusão; III) Descrição da Seleção de Evidências; IV) Busca de Evidências; V) Seleção de Evidências; VI) Extração dos dados; VII) Análise de Evidências; VIII) Apresentação dos Resultados; e IX) Resumo das Evidências, Conclusões e Implicações dos Resultados.

4.1.1 Etapa I. Definição e Alinhamento dos Objetivos e Questão da Pesquisa

De acordo com o método do JBI, a questão de pesquisa do estudo se deu por meio do mneumônico PCC: população, conceito e contexto (PETERS *et al.*, 2020):

1. Idoso;
2. Multimorbidade;
3. Zona rural/ Área rural.

Quanto a população, serão considerados todos os estudos que tratem do público idoso (pessoas com idade igual ou superior a 60 anos) como um todo. Em relação ao conceito, o estudo irá considerar estudos que abordem a multimorbidade. Este estudo considerará multimorbidade a presença de duas ou mais morbidades em um mesmo indivíduo (SANTOS *et al.*, 2018). Quanto ao contexto, serão considerados estudos que se passem em zona ou área rural. Dessa forma, a questão de pesquisa que norteia o presente estudo é: O que há na literatura acerca da multimorbidade em pessoas idosas residentes na zona rural?

4.1.2 Etapa II. Desenvolvimento e Alinhamento dos Critérios de Inclusão

O presente estudo irá incluir estudos sobre multimorbidade em pessoas idosas residentes em área rural e publicadas na íntegra por meio de artigos de pesquisa original, dissertações, teses ou documentos oficiais acerca do tema. Como critério de exclusão, serão retiradas publicações duplicadas, pareceres de especialistas, revisões de literatura, editoriais e ensaios teóricos.

4.1.3 Etapa III. Descrição da Seleção de Evidências

A busca inicial realizou-se através do PubMed em que foi utilizado o *Medical Subject Headings* (MeSH) em inglês para a identificação dos descritores e palavras-chave em títulos, resumos e nos próprios descritores das publicações encontradas acerca do tema. Com o objetivo de deixar a estratégia de busca mais ampla e robusta, a bibliotecária utilizou três vocabulários controlados (Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), *Embase Subject Headings* (EMTREE) e *Medical Subject Headings* (MeSH)). A estratégia de busca dos locais a serem realizados as buscas se encontram no Quadro 1 e 2.

Uma vez definida as combinações de descritores e palavras-chave das estratégias de busca, a coleta de dados será realizada nas seguintes bases de dados: *Latin American and Caribbean health Sciences Literature* (LILACS), PubMed, EMBASE, *Scientific Electronic*

Library Online (SciELO) Scopus e *Web of Science*. Além disso, será realizada uma busca por publicações científicas acerca do tema na literatura cinzenta, utilizando o Catálogo de Teses e Dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento do pessoal de Nível Superior (CAPES), *Theses Canada* e Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP). Para buscar fontes adicionais de modo a ampliar a amostra do estudo, será verificado as referências dos artigos selecionados no intuito de buscar outros estudos elegíveis que possam vir a compor o presente estudo. Caso seja necessário, será feito contato com os autores correspondentes dos estudos via *e-mail*, para saber outras informações.

Quadro 1. Estratégia completa de busca das bases de dados a serem abordadas. 2022

Bases	Estratégia de busca	Resultados	Data e Horário
LILACS	(multimorbidade) OR (multimorbilidad) OR (multimorbidity) AND (idoso) OR (anciano) OR (aged) AND ("Zona Rural") OR ("Medio Rural") OR ("Rural Areas") OR ("População Rural") OR ("Rural Population") OR ("Población Rural")	95	28/12/22 13h30
SciELO	(multimorbidade) OR (multimorbilidad) OR (multimorbidity) AND (idoso) OR (anciano) OR (aged) AND ("Zona Rural") OR ("Medio Rural") OR ("Rural Areas") OR ("População Rural") OR ("Rural Population") OR ("Población Rural")	69	28/12/22 14h10
	((“multimorbidity”[MeSH Terms] OR (“multimorbid”[All Fields] OR (“multimorbidities”[All Fields] OR “multimorbidity”[MeSH Terms] OR “multimorbidity”[All Fields])) AND (“aged”[MeSH Terms] OR		

PUBMED	(“aged”[MeSH Terms] OR “aged”[All Fields]) OR (“aged”[MeSH Terms] OR “aged”[All Fields] OR “elderly”[All Fields] OR “elderlies”[All Fields] OR “elderly s”[All Fields] OR “elderlys”[All Fields])) AND (“Rural Population”[MeSH Terms] OR “Rural Population”[All Fields] OR “Rural Populations”[All Fields] OR “Rural Communities “[All Fields])	65	28/12/22 14h35
EMBASE	(‘multiple chronic conditions’/exp OR ‘multiple chronic conditions’) AND (‘aged’/exp OR ‘aged’) AND (‘rural population’/exp OR ‘rural population’) AND [embase]/lim	34	28/12/22 15h15
Scopus	(multimorbidity) AND (aged OR elderly) AND ("Rural Population" OR "Rural Populations" OR "Rural Communities")	76	28/12/22 16h40
WEB OF SCIENCE - Core Collection	(Multimorbidity) AND (aged OR elderly) AND ("rural population" OR "rural populations" OR "rural communities")	25	28/12/22 17h50

Fonte: elaborado pelos autores, 2022.

Quadro 2. Estratégia completa de busca na literatura cinzenta a serem abordadas. 2022

Bases	Estratégia de busca	Resultados	Data e Horário
Theses Canadá	(Multimorbidade AND Multimorbidity)	43	01/02/23 08h20

RCAAP	((multimorbidade OR multimorbidity) AND (idoso OR idosa OR aged OR elderly) AND ("zona rural" OR "rural area"))	81	01/02/23 09h05
Catálogo da CAPES	Multimorbidade	65	01/02/23 09h35

Fonte: elaborado pelos autores, 2023.

4.1.4 Etapa IV. Busca de Evidências

A priori, será realizada a coleta de dados utilizando uma estratégia de busca para cada local a ser pesquisado. Em seguida, será utilizado o *software Rayyan* (Fundação Qatar, Doha, Qatar) (Ouzzani *et al.*, 2016) na versão gratuita para a criação do banco de dados. Para deixar o estudo mais robusto, será realizado um teste piloto por dois revisores, em que serão avaliados os títulos e resumos de 10 estudos escolhidos aleatoriamente a fim de verificar uma concordância mínima de 75% e os critérios de inclusão. Estudos duplicados serão retirados. Após a realização do teste piloto, serão avaliados por meio dos títulos e resumos todos os estudos encontrados de acordo com os critérios de inclusão pelos dois pesquisadores supracitados de forma independente através do *software Rayyan* (Fundação Qatar, Doha, Qatar) (Ouzzani *et al.*, 2016). Caso surja alguma divergência entre os revisores, estes deverão discutir e tentar entrar em consenso. Caso ainda prevaleça a divergência, um terceiro revisor será acionado.

4.1.5 Etapa V. Seleção de Evidências

Os materiais selecionados serão recuperados na íntegra e extraídos de forma independente pelos dois revisores após avaliação rigorosa do manuscrito completo, a fim de identificar coerência com os critérios de inclusão e exclusão estabelecidos, o que será realizado às cegas. Quanto aos manuscritos selecionados, incluídos e excluídos estarão descritos em um fluxograma específico, de acordo com o PRISMA-ScR (TRICCO *et al.*, 2018). Durante esta

etapa, os revisores poderão realizar uma nova busca nas bases de dados selecionadas para verificar se surgiu algum novo estudo que venha a compor a presente revisão.

4.1.6 Etapa VI. Extração das Evidências

Para extração dos dados, será utilizada uma planilha construída no *software Microsoft Excel* pelos revisores do estudo.

Tabela 1. Instrumento utilizado para extração de dados da revisão de escopo acerca da multimorbidade em pessoas idosas residentes na zona rural. 2022

Multimorbidade em pessoas idosas residentes na zona rural: um protocolo de <i>scoping review</i>	
Variáveis	Informação a ser coletada
1 – Título do estudo	Título do estudo
2 – Tipo de material	Artigo, dissertação, tese ou documento oficial
3 – Titulação do autor	Grau acadêmico do primeiro autor
4 – Ano de publicação	Ano de publicação
5 – Objetivo (s) do estudo	Objetivo (s) do estudo
6 – Tipo de pesquisa (desenho)	Tipo de pesquisa descrita no manuscrito
7 – Amostra (N)	Quantidade de participantes do estudo
8 – Sexo predominante dos participantes	Sexo predominante dos participantes
9 – Ambiente e local do estudo	Local onde o estudo foi realizado (país)
10 – Principais resultados	Principais resultados acerca da temática
11 – Desafios ou limitações	Desafios ou impactos encontrados pelos autores

Fonte: elaborado pelos autores, 2022.

4.1.7 Etapa VII. Análise de Evidências

Os resultados da revisão em tela, trará dados quantitativos e qualitativos, em que estes serão analisados com utilização de técnica adequada para cada tipo de estudo.

4.1.8 Etapa VIII. Apresentação dos Resultados

Os resultados serão apresentados no relatório final de acordo com as recomendações do instrumento PRISMA-ScR (TRICCO *et al.*, 2018), com a utilização de fluxogramas tabelas, quadros e gráficos, caso haja necessidade. Uma vez escrito os resultados resumidos dos estudos selecionados, eles serão apresentados para duas partes interessadas acerca da temática do

estudo, assim como para dois especialistas na área. Esse procedimento permitirá que o estudo esteja escrito de forma acessível a todas as partes interessadas.

Os resumos dos resultados preliminares, bem como o consentimento serão direcionados as partes interessadas por meio de *e-mail* em que será mantido o sigilo dos participantes. As impressões das partes interessadas e dos especialistas serão analisadas e caso os autores considerem pertinentes, serão acatadas.

4.1.9 Etapa IX. Resumo das Evidências, Conclusões e Implicações dos Resultados

Por fim, nesta etapa será feito a versão final dos resumos dos estudos, após acatar as sugestões das partes interessadas e especialistas da área, de acordo com o objetivo da presente revisão proposta.

4.1.10 Aspectos Éticos

O presente estudo foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa do Hospital Universitário Onofre Lopes (CAAE: 49759621.2.0000.5292), sob o parecer nº 4.952.314. A participação dos participantes envolvidos no estudo ocorreu apenas mediante consulta aos interessados.

4.2 - Investigação epidemiológica do tipo observacional e transversal

4.2.1 Tipo do Estudo

Trata-se de uma investigação epidemiológica do tipo observacional e transversal, com abordagem quantitativa. Os estudos observacionais são aqueles em que o investigador não realiza qualquer intervenção que possa alterar o desfecho da pesquisa, apenas observando os dados coletados, realizando medições e fazendo análises (FONTELLES et al., 2009). O delineamento transversal consiste em uma ferramenta que caracteriza a população desejada, observando fator e efeito no mesmo tempo da investigação (BASTOS; DUQUILA, 2007). A abordagem quantitativa permite a mensuração dos dados da amostra que o represente

estatisticamente, permitindo a classificação e a análise de todas as informações colhidas no estudo (TERENCE; ESCRIVÃO FILHO, 2006).

4.2.2 Local do Estudo

O presente estudo foi desenvolvido no município de Araçagi, cidade localizada na microrregião de Guarabira e na mesorregião do Agreste Paraibano, estado brasileiro da Paraíba (PB), e teve como referência as Unidades Básicas de Saúde (UBS), vinculadas à Secretaria Municipal de Saúde (SMS) em que das nove UBS do município, seis fazem parte da área rural, o que representa 66,7% das UBS da cidade.

A escolha do município de Araçagi, Paraíba, Brasil, cidade onde será realizada o estudo, se deu por se tratar de um município que apresenta vasta extensão rural e ocupa o 5º lugar no ranking na região geográfica, no qual apresenta um território com cerca de 231,1 km² e densidade demográfica de 74,51 hab/km². O município, segundo dados censitários do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2010, apresenta população em torno de 17.224 habitantes e população estimada de 16.921 habitantes em 2020. Destes, 10.420 habitam a área rural o que representa cerca de aproximadamente 60% dos residentes do município. Dentre a população idosa da cidade, o censo do IBGE de 2010 revela que a população de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos é de 2.539, em que destes 1.901 moram em ambiente rural, ou seja, aproximadamente 75% desse público (BRASIL, 2010). Além disto, o município apresenta elevado nível de pobreza, o que reflete em efeitos negativos para a obtenção de uma longevidade com qualidade de vida.

A cidade de Araçagi apresenta um Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) muito baixo, correspondente à 0,549, ocupando a 194ª posição na Paraíba. Além disso, o seu índice de pobreza é de 55,51%, índice subjetivo de pobreza 66,39% e índice de GINI de 0,38, o que revela ser uma cidade pobre. A taxa de mortalidade infantil é de 9,90 óbitos a cada mil nascidos vivos PIB per capita de 9.138,13 reais e 12,4% de esgotamento sanitário adequado. A maior parte de sua população é parda, católica, do sexo feminino, com grau de instrução o ensino fundamental incompleto ou sem instrução e salário médio mensal em torno de 1,6 salários-mínimos (BRASIL, 2010). O mapa com a localização do município em tela encontra-se na Figura 4 (APÊNDICE C) e a descrição das UBS encontra-se no Quadro 3 abaixo.

Quadro 3 - Descrição das Unidades Básicas de Saúde localizadas na zona rural do município de Araçagi - PB.

Nº	Descrição das UBS	CNES*
01	UBS PSF VI Tainha	2607972
02	UBS PSF IV Canafístula	2607913
03	UBS PSF V Pitombas	2607905
04	UBS PSF III Canafistinha	2607948
05	UBS PSF VII Muluguzinho	2608014
06	UBS PSF VIII Assentamento Maria Preta	2356643

*Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde.

Fonte: BRASIL, 2023.

4.2.3 População e Amostra

Segundo dados censitários do IBGE de 2010, o município de Araçagi possui um total de 17.224 habitantes, destes, 10.420 residentes da zona rural. Dentre a população da área rural, 1901 são pessoas idosas, ou seja, apresentam 60 anos ou mais, público este que servirá de base para a realização da amostragem (BRASIL, 2010). Para encontrar os participantes do estudo, foi realizado um cálculo, baseando-se na premissa da representatividade. A amostra foi calculada através da fórmula $n = [EDFF * Np(1-p)] / [(d^2 / Z^2_{1-\alpha/2} * (N-1) + p * (1-p)]$, por meio da plataforma Open Epi, adotando um nível de confiança de 95% e erro máximo da estimativa amostral de 5%.

Para o cálculo assumi-se a prevalência de 53,1%, sendo está a referente a multimorbidade em pessoas idosas no Brasil (MELO, 2019) e 59,1% referente a prevalência do somatório de idosos frágeis e potencialmente frágeis acerca da capacidade funcional (ALEXANDRINO et al., 2019). A amostra inicialmente seria composta por 319 idosos.

Será considerado multimorbidade o indivíduo que apresentar pelo menos duas condições crônicas. Entretanto, ao levar em consideração as variáveis que interferem na multimorbidade de idosos no Brasil (MELO; LIMA, 2020), vale saber: o sexo feminino, mais envelhecidos, viúvo, separado ou casado, ter plano de saúde, não fazer uso de bebida alcoólica e tabaco no momento da pesquisa e menores níveis de educação; e ao levar em consideração as variáveis que interferem na CF de idosos (ALEXANDRINO et al., 2019), entre elas: o analfabetismo funcional, ter idade avançada, ser sedentário, fazer uso de bebida alcoólica,

apresentar estresse elevado, fazer uso de medicamentos contínuos e presença de problemas de saúde, foi realizada uma comparação de proporções entre essas variáveis para identificar um número de amostra ideal para a realização do estudo.

Diante do exposto e de acordo com a literatura, é indicado utilizar o maior número de amostra encontrado. As variáveis “idosos mais envelhecidos” e “ter plano de saúde” demonstraram a maior amostra encontrada, cerca de 384,16. Dessa forma, a amostra do estudo foi previamente composta por 384 idosos. Ao levar em consideração as possíveis perdas e recusas, considerou-se aumentar em 20% o número da amostra, resultando em 461 idosos.

Para a seleção dos possíveis participantes, levou-se em consideração a proporcionalidade de cada UBS, sendo selecionados de forma aleatória por meio de sorteio. Uma vez selecionado, o pesquisador realizou uma visita domiciliar no intuito de localizar o possível participante e entrevistá-lo caso houvesse o consentimento. As coletas foram realizadas entre o mês de outubro de 2021 e início de fevereiro de 2022.

4.2.4 Critérios de Elegibilidade

Para inclusão dos sujeitos na amostra da pesquisa foram respeitados os seguintes critérios: ter idade igual ou superior a 60 anos; e ser devidamente cadastrado na UBS do município de Araçagi e residir na zona rural. Ademais, a elegibilidade dos participantes se deu pelo princípio da acessibilidade ao primeiro idoso de cada unidade de referência sorteada (prontuário familiar) no referido local de coleta (domicílio) por meio da amostragem aleatória simples (GIL, 2008).

4.2.5 Instrumentos de Coleta de Dados

Para a operacionalização da coleta de dados, utilizou-se quatro instrumentos:

- I) *Questionário sociodemográfico, clínico-terapêutico e os relacionados ao estilo de vida e ao acesso aos serviços de saúde*, dividido em cinco seções, sendo elas: informações pessoais, perfil social, estilo de vida, perfil clínico-terapêutico e acesso aos serviços de saúde. Entre as seções, tem-se as seguintes variáveis: idade, sexo, cor/raça, estado civil, pessoas que moram com o participante,

quantas pessoas moram na residência, quantidade de cômodos, religião, peso, altura, IMC, perímetro da panturrilha, sabe ler e escrever, escolaridade, renda familiar, trabalho atual, qual ocupação, atividade de lazer, prática de exercício físico, refeições por dia, acesso a água tratada, tabagismo, consumo de álcool, nível de estresse, estado de saúde, uso de medicamentos, medicamentos utilizados; queda, dor crônica, acesso a transporte, acesso aos serviços de saúde, primeira opção de serviço de saúde, acompanhante no de serviços de saúde, plano de saúde, última consulta médica, ficou internado, por que ficou internado e quando ficou internado;

- II) *Índice de Katz*, instrumento proposto por Katz et al., (1963), avalia os aspectos relacionadas as atividades básicas de vida diária (ABVD) do indivíduo, sendo composta por seis atividades (banhar-se, vestir-se, uso do banheiro, transferir-se, controle esfinteriano e alimentar-se). Este classifica o indivíduo em independente quando relatam não precisar de ajuda em nenhuma atividade (escore 0), dependente leve/moderado quando relata precisar de ajuda em alguma atividade (escore entre 1 e 3) e dependente quando relata maior necessidade de ajuda para realizar suas atividades (escore entre 4 e 6). De modo a facilitar o entendimento e aplicabilidade do instrumento, a sua aplicação foi norteadada a partir do instrumento validado por Lino *et al.* (2008), intitulado de “Adaptação transcultural da Escala de Independência em Atividades da Vida Diária (Escala de Katz)”;
- III) *Escala de Lawton e Brody*, instrumento proposto por Lawton e Brody (1969), mensura os aspectos relacionados as atividades instrumentais de vida diária (AIVD) do sujeito. O idoso que atingir 27 pontos é classificado como independente, entre 26 e 18 pontos é classificado como dependente parcialmente e aquele que apresentar menos de 18 pontos é avaliado como dependente. Essa escala compreende nove atividades, entre elas: uso do telefone, de transporte, fazer compras, preparar as próprias refeições, arrumar a casa, pequenos reparos, lava roupa, tomar seus remédios e cuidar de suas finanças. De modo a facilitar o entendimento e aplicabilidade do instrumento, a sua aplicação foi norteadada a

partir da validação proposta por Araújo *et al.* (2007), intitulado de “Validação da escala de Lawton e Brody numa amostra de idosos não institucionalizados”.

IV) *Formulário semiestruturado sobre Problemas de Saúde Autoreferidos*, elaborado a partir da 1ª e 2ª fase da pesquisa online para construção da Lista Brasileira de Multimorbidade utilizando a técnica Delphi realizada pelo Grupo Brasileiro de Estudos sobre Multimorbidade (GBEM), incluindo os seguintes problemas de saúde como variáveis: Diabetes, Doença Cardíaca Isquêmica, Doença Renal Crônica, Depressão e problemas do humor, Doença Cerebrovasculares, Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), Enfisema, Bronquite Crônica, Hipertensão, Asma, Insuficiência Cardíaca, Neoplasia sólidas, Osteoartrite e outras doenças articulares degenerativas, Osteoporose, Neoplasias hematológicas, Disfunção na Tireoide, Dislipidemias, Demência, Outras doenças cardiovasculares, Doenças Autoimunes, Outras doenças musculoesqueléticas e da articulação, Artropatias inflamatórias (artrite reumatoide, espondiloartrites (espondilite) e artrite psoriásica), Doenças crônicas do fígado, Esclerose múltipla, Obesidade, Incontinência urinária, Doenças infecciosas crônicas, Doença vascular periférica, Doenças inflamatórias intestinais, Arritmia cardíaca, Doenças das válvulas cardíacas, Enxaqueca e dores faciais crônicas e Esquizofrenia e doenças delirantes (GBEM, 2019; GBEM, 2021).

No mais, foram feitas quatro perguntas quanto a percepção do estado de saúde dos participantes do estudo adaptado do Módulo (N) do questionário da Pesquisa Nacional de Saúde - 2013, a saber: Estado de saúde, Qualidade de vida, Satisfação com a vida e gosta de viver a vida (BRASIL, 2013).

4.2.6 Procedimentos de Coleta de Dados

Anteriormente à coleta foram seguidos os seguintes passos: 1. Cadastramento da pesquisa na Plataforma Brasil na página eletrônica da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP); 2. Solicitação de autorização para o desenvolvimento deste estudo, através de um requerimento, a carta de anuência à Secretaria Municipal de Saúde do município de Araçagi -

PB, para realizar a pesquisa nas referidas UBS, com sua devida assinatura, bem como a autorização do Coordenador do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva (PPGSCol) (Instituição proponente) com a devida assinatura da folha de rosto; 3. Submissão da folha de rosto para o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), para apreciação e aprovação do projeto.

4.2.7 Processamento e Análise dos Dados

Após agrupamento das informações por meio do *software Excel* 2010, procedeu-se a análise descritiva e quantitativa dos dados (univariada), utilizando medidas simples de frequência absoluta e relativa, além de medidas de tendência central como média e desvio-padrão. Em seguida utilizou-se a análise estatística inferencial para relacionar os desfechos (multimorbidade, ABVD e AIVD) com as variáveis independentes, por meio do *software IBM SPSS (Statistical Package for the Social Sciens)* versão 25.0.

No processamento da estatística bivariada, as variáveis foram transformadas em dados de forma categórica (idade, IMC, Quantidade de medicamentos e Quantidade de doses de vacinas tomadas) e realizado a análise através do teste Qui-quadrado, considerando como significativo quando o *p*-valor foi inferior a 0,05. Também foi realizada análise multivariada através da Regressão de *Poisson* selecionando apenas as variáveis que apresentaram *p*-valor inferior a 0,20 no teste de Qui-quadrado, utilizando o *software STATA* versão 14.0. Para isso, foi utilizada a modelagem *Backward stepwise selection* considerando significativo as variáveis com resultado de *p*-valor inferior a 0,05.

4.2.8 Riscos e Benefícios

Ao levar em consideração que todas as pesquisas que envolvem seres humanos podem acarretar riscos e benefícios para quem dela participa, esta pesquisa se responsabilizou, por meio dos pesquisadores responsáveis, a dar assistência integral às complicações ou danos decorrentes dos riscos previstos ou não no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Durante o período do estudo, o risco foi semelhante àqueles decorrentes de estudos em que há aplicação de questionários, como constrangimento, desconforto, estresse emocional, cansaço, aborrecimento ao responder o instrumento e omissão de respostas relacionadas aos

sentimentos de intimidação pela entrevista. Entretanto, ao levar em consideração a pandemia da COVID-19 e o público idosos ser considerado um grupo de risco em relação a doença, a previsão de riscos na presente pesquisa foi elevada. Diante do risco de contágio da pandemia da COVID-19, no intuito de evitar o contato físico em meio a pandemia da COVID-19 instalada e a contaminação entre o pesquisador e o participante entrevistado, foi mantido o distanciamento social de no mínimo dois metros, o uso de máscara N°95 e álcool em gel.

No entanto, foi garantido ao participante, sem nenhum prejuízo, o direito de se recusar a participar ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa. Por conseguinte, é importante ressaltar que esses riscos são justificáveis, uma vez que mesmo ficando de início envergonhado com a presença do pesquisador ou apresentar medo de se contaminar com a doença, o participante teve a oportunidade, se assim preferisse, de esclarecer suas dúvidas acerca da pesquisa em questão, de acordo com a Resolução n° 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) (BRASIL, 2012) ou dúvidas acerca da COVID-19.

Quanto aos benefícios advindos da pesquisa, a participação dos idosos no estudo almeja trazer significativas contribuições no que diz respeito a esse público, bem como, gestores, profissionais de saúde e outros serviços e a própria população envelhecida, uma vez que a partir dos resultados obtidos será possível refletir sobre possibilidades de envelhecimento bem-sucedido e a promoção de um curso de vida ativo e saudável. Para mais, este estudo irá promover uma construção coletiva que poderá subsidiar no acesso aos serviços e a prática da assistência à saúde, possibilitando a implementação e a reorientação das políticas públicas voltadas a esta parcela da população e demais seguimentos.

4.2.9 Aspectos Éticos

Quanto à coleta de dados da população que compôs a amostra do estudo, após o sorteio dos possíveis participantes, o pesquisador responsável juntamente com o ACS do local foi em busca das pessoas idosas sorteadas em suas residências (na maioria das vezes) e em seu local de trabalho quando se fez necessário, no qual o pesquisador abordou o participante e explicou todo o estudo e todos os procedimentos necessários. Uma vez feita essa explicação, o participante recebeu o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), no qual assinou o mesmo em duas vias, uma do pesquisador e a outra do participante. Após o idoso concordar

com a aplicação do estudo e assinar o TCLE, foi iniciada a coleta de dados que teve uma duração média entre 20 e 30 minutos aproximadamente.

Logo após autorização do CEP do Hospital Universitário Onofre Lopes da Universidade Federal do Rio Grande do Norte – HUOL/UFRN, sob parecer de número 4.952.314 e Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) de número 49759621.2.0000.5292, foram iniciadas as atividades de coleta. A fim de evitar o contato físico em meio a pandemia da COVID-19 instalada e a contaminação entre o pesquisador e o participante, foi mantido o distanciamento físico, o uso de máscara e álcool em gel. A coleta de dados foi desenvolvida pelo pesquisador responsável.

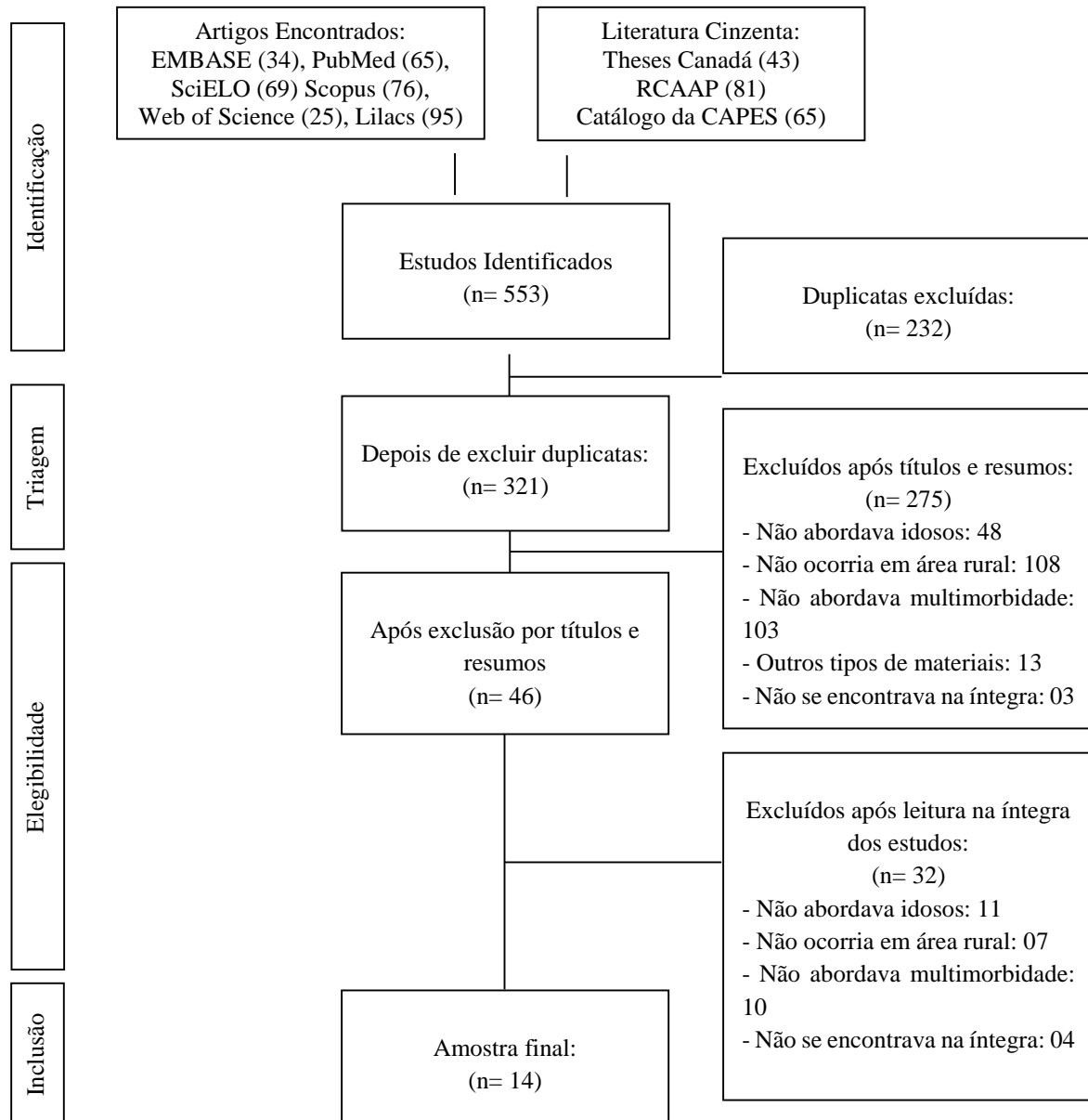
Todos os procedimentos realizados nesta pesquisa foram norteados a partir da Resolução n° 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que preconiza a regulamentação norteadora da ética em pesquisas envolvendo seres humanos no Brasil (BRASIL, 2012). Além disso, a Resolução n° 564/2017 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), que trata do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, através dos seus fundamentos e diretrizes, também fez parte do subsídio da execução desta pesquisa (COFEN, 2017).

5 RESULTADOS

5.1 Revisão de escopo acerca da multimorbidade em pessoas idosas residentes na zona rural

Dentre os 553 estudos previamente identificados (364 artigos científicos revisados por pares e 189 documentos com origem na literatura cinzenta), apenas 14 estudos foram incluídos na amostra final após a exclusão de materiais que se encontravam duplicados, que não abordassem a multimorbidade, público idoso, área rural, se apresentavam em outros tipos de materiais e/ou que não estavam disponíveis na íntegra, como pode ser observado na Figura 1. Ressalta-se que todos os artigos que fazem parte da amostra final tratam de multimorbidade relacionada a pessoas idosas que residem em área rural.

Figura 1 – Fluxograma de seleção de estudos para revisão de escopo adaptado dos Itens Preferenciais de Relatórios para Revisão Sistemática e meta-análise (PRISMA).



Fonte: Adaptado de Ouzzani *et al.*, 2016.

Um total de 14 publicações foram selecionadas após as etapas de triagem e elegibilidade para compor a amostra final do estudo como pode ser conferido no Quadro 4.

Quadro 4 - Distribuição dos artigos selecionados segundo nome do título do artigo, nome do primeiro autor, objetivos do estudo e principais evidências do estudo acerca da multimorbidade em pessoas idosas residentes na zona rural.

Artigo	Título do estudo	Nome do primeiro autor	Objetivo (s) do estudo	Principais evidências
4	Chronic Conditions, Persistent Pain, and Psychological Distress Among the Rural Older Adults: A Path Analysis in Shandong, China	Shijun Yang	Analisar a trajetória das condições crônicas e da dor persistente no sofrimento psíquico por meio da qualidade do sono e da autoavaliação da saúde	O estudo apontou que pessoas idosas com multimorbidade eram mais propensas a apresenta distúrbios psicológicos (DP) mais graves. Idosos que sofreram uma condição crônica ou multimorbidade tiveram maiores chances de DP do que aqueles sem condições crônicas. Além disso, o estudo apontou que os idosos com condições crônicas eram mais propensos a ter DP devido à má qualidade do sono.
7	Associations of multimorbidity on frailty and dependence among an elderly rural population: Findings from the AHSETS study	Jaya Singh Kshatri	Primário: avaliar a associação de múltiplas doenças crônicas com fragilidade e dependência na população rural idosa do	A pesquisa revelou que a presença de díades (duas condições crônicas) foram as mais comuns (25%), seguidas pelas tríades (15,2%) e quatro ou mais doenças crônicas foram observadas em 63 pessoas (8,7%). O estudo apontou uma proporção significativamente maior de pessoas frágeis ou em risco de fragilidade com multimorbidade em comparação com as robustas. Embora à multimorbidade aumentassem as chances

			<p>bloco Tigiria, distrito de Cuttack;</p> <p>Secundário: avaliar a associação de multimorbidade, fragilidade e dependência com a idade entre a população rural idosa do bloco Tigiria, distrito de Cuttack.</p>	<p>de dependência, a relação entre essas variáveis não foi estatisticamente significativa.</p>
8	<p>Urban-rural disparity in prevalence of multimorbidity in China: A cross-sectional nationally representative study</p>	<p>Xiaochen Ma</p>	<p>Fornecer uma estimativa atualizada da prevalência nacional de multimorbidade entre adultos de meia-idade e idosos na China com a inclusão de depressão e por meio da lente da</p>	<p>O estudo apontou que a prevalência de multimorbidade aumentava com o avançar da idade. As pessoas do sexo feminino eram mais propensas a apresentar multimorbidade em todas as faixas etárias. A prevalência de multimorbidade foi consistentemente maior na população rural, ou seja, o estudo revela que a ruralidade está associada a maior prevalência de multimorbidade entre os idosos chineses. A pesquisa também revelou que não ser casado, não ter ensino</p>

			comparação urbano-rural	médio ou superior, ser ex-fumante e etilista, possuir plano de saúde e residir na zona rural apresentaram associação significativa com chances 7,5% maiores de ter multimorbidade se comparado aos da zona urbana. Dentre as 14 condições investigadas, as mais prevalentes foram artrite, hipertensão e transtornos depressivos.
9	Multimorbidity and Health-Related Quality of Life in Old Age: Role of Functional Dependence and Depressive Symptoms	Rui She	Explorar as associações entre o número e os padrões de doenças crônicas e a QVRS entre idosos chineses residentes em áreas rurais; Testar até que ponto a associação entre multimorbidade e QVRS ruim pode ser mediada por	A pesquisa apontou que o público feminino tinha mais doenças crônicas e eram mais propensas a ter multimorbidade e sintomas depressivos. Os idosos com multimorbidade se mostraram mais propensos a relatar problemas com dor/desconforto e teve uma pontuação mais baixa do índice de qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) se comparado com aqueles que não apresentavam multimorbidade. Foi identificado 4 padrões de multimorbidade crônica: padrão 1 - os distúrbios cardiovasculares (arritmia, <u>doença isquêmica do coração</u> e insuficiência cardíaca), distúrbios degenerativos (artrite, fratura, catarata e distúrbios auditivos) e outras doenças (enxaqueca, doenças gastrointestinais e <u>doenças renais</u>), com

			dependência funcional e sintomas depressivos.	prevalência de 47,8 %; padrão 2 - doenças respiratórias (doença pulmonar obstrutiva crônica, asma e tuberculose), com prevalência de 7,1%; padrão 3 - doenças neurológicas e tireoidianas, com prevalência foi de 0,7%; e padrão 4 - incluiu <u>distúrbios metabólicos</u> (hipertensão, obesidade, diabetes e dislipidemia), <u>comprometimento cognitivo</u> e <u>doença cerebrovascular</u> , com prevalência de 54,0%. A prevalência dos padrões de multimorbidade 1 e 4 aumentou com a idade, e esses 2 padrões foram mais prevalentes em mulheres, enquanto os homens tiveram maior probabilidade de ter o padrão de doença respiratória. Dentre as 22 condições investigadas, as mais prevalentes foram a hipertensão, dislipidemia e artrose.
13	Multimorbidity and its social determinants among older people in southern provinces, Vietnam	Ninh Thi Ha	Verificar a prevalência de multimorbidade, bem como seus fatores associados entre idosos que vivem nas	O estudo apontou que a prevalência de multimorbidade foi significativamente maior entre os que vivem na área rural do que na urbana (45,9% vs 31,6%), respectivamente. A pesquisa também apontou que a alfabetização, o status de trabalho, local de residência e a utilização de serviços de

			províncias do sul do Vietnã.	saúde eram fatores significativamente associados à multimorbidade.
22	Prevalence and Patterns of Multimorbidity Among Rural Elderly: Findings of the AHSETS Study	Jaya Singh Kshatri	Estimar a prevalência de multimorbidade entre a população rural de idosos no bloco Tigiria, Odisha, Índia, e explorar o agrupamento e os padrões de múltiplas doenças crônicas entre eles.	A prevalência de multimorbidade foi maior no sexo feminino (50,4%). O estudo não mostrou associação significativa entre nível socioeconômico e multimorbidade. Fatores comportamentais como o uso de tabaco e consumo de álcool e ter histórico familiar de diabetes e hipertensão apresentaram relação significativa com a multimorbidade. Dentre as 14 condições investigadas, as mais prevalentes foram a artrite, diabetes e hipertensão.
23	Physical multimorbidity and lifetime suicidal ideation and plans among rural older adults: the mediating role of psychological distress	Zhengyue Jing	Investigar a prevalência de ideações/planos suicidas e examinar mais a fundo a associação entre multimorbidade física e ideação suicida e planos suicidas, bem como	Os idosos chineses que vivem em áreas rurais com multimorbidade experimentaram um risco significativamente maior de ideação e planos suicidas. O estudo demonstrou as associações significativas entre multimorbidade e ideação/planos suicidas, sendo parcialmente mediada pelo distúrbio psicológico (DP). As condições crônicas foram significativamente relacionadas com os DP, no qual as

			explorar o papel mediador da DP nessa relação entre idosos rurais na China.	chances de relatar DP aumentaram com o número de condições crônicas.
24	Multimorbidity and Mental Health: The Role of Gender among Disease-Causing Poverty, Rural, Aged Households in China	Chen Jiao	Investigar a associação entre multimorbidade e estado de saúde mental entre diferentes gêneros em famílias de idosos com pobreza causadora de doenças.	A multimorbidade foi apontada como um grave problema de saúde na zona rural, com prevalência de multimorbidade estimada em 40% para mulheres e 35,4% para homens. Notou-se forte associação entre multimorbidade e saúde mental, moderada pelo gênero. Em comparação com os homens, as mulheres com multimorbidade apresentaram maior risco de problemas de saúde mental, sendo maior em mulheres com três ou mais doenças crônicas. Assim, a multimorbidade teve um efeito negativo significativo na saúde mental das mulheres.
26	Association of socioeconomic and lifestyle factors with chronic non-communicable diseases and multimorbidity among the	Xiao Li	investigar a prevalência de cinco DCNTs crônicas comuns (hipertensão, diabetes, DCC, DPOC e acidente	O estudo demonstrou associação entre ser do sexo feminino, ter idade entre 65 anos ou mais, ter poucos bens domésticos, e histórico familiar de DCNT, acesso ao serviço médico, pertencer a minorias étnicas, apresentar obesidade e obesidade central, status atual de fumante, status atual de

	elderly in rural southwest China		vascular cerebral) e sua multimorbidade, e examinar a relação entre SSE e fatores de estilo de vida com a multimorbidade dessas doenças entre adultos com idade ≥ 60 anos na província rural de Yunnan.	bebedor e história familiar de DCNTs crônicas foram positivamente associados à probabilidade de multimorbidade de DCNTs. O estudo apontou também que as pessoas idosas do sexo feminino tiveram uma maior prevalência de hipertensão, diabetes e multimorbidade. As condições mais prevalentes foram a hipertensão, diabetes e Acidente Vascular Cerebral (AVC).
27	Prevalence and Patterns of Chronic Disease Pairs and Multimorbidity among Older Chinese Adults Living in a Rural Area	Rui Wang	(1) investigar a prevalência e o agrupamento de doenças crônicas (ou seja, pares de doenças crônicas e multimorbidade) e (2) identificar os padrões de multimorbidade em	A prevalência observada de pares de condições crônicas superou a prevalência esperada para várias condições, como doenças cardiovasculares e distúrbios metabólicos, além de doenças pulmonares e doenças degenerativas. A multimorbidade afetou mais de 90% dos indivíduos, e dois padrões de doença crônica foram identificadas: padrão cardiopulmonar-mental-degenerativo (prevalência geral, 58,2%) e padrão cérebro-vascular-metabólico (62,6%). A prevalência do padrão cardiopulmonar-mental-degenerativo

			adultos com 60 anos ou mais vivendo na China rural.	aumentou com a idade, sendo maior em homens do que em mulheres; enquanto a prevalência do padrão de distúrbio cerebrovascular-metabólico foi maior em mulheres do que em homens, mas não variou com a idade. Dentre as 16 condições investigadas, as mais prevalentes foram a hipertensão, dislipidemia e arritmia.
29	Epidemiology of multimorbidity in conditions of extreme poverty: a population-based study of older adults in rural Burkina Faso	Maria Lisa Odland	investigar a prevalência e as associações (incluindo consequências importantes a jusante da multimorbidade, incluindo fragilidade, incapacidade, qualidade de vida e outras medidas de desempenho físico) entre indivíduos de meia-idade e idosos em um ambiente rural de	As pessoas multimórbidas com doenças não transmissíveis (DNTs) sozinhas tiveram melhores resultados do que aquelas que têm DNTs e problemas de saúde mental concomitantes ou são multimórbidas apenas com problemas de saúde mental. O estudo identificou que a prevalência da multimorbidade aumentou com a idade e era mais comum em mulheres, naqueles com maior nível de escolaridade, solteiros/divorciadas ou os que se encontravam na categoria econômica relativa mais elevada.

			renda muito baixa em Burkina Faso.	
34	Urban-rural differences in mental health among Chinese patients with multiple chronic conditions	Cheng Cheng	Identificar diferenças na saúde mental entre pacientes urbanos e rurais com múltiplas condições crônicas (MCCs).	Os resultados mostraram que os idosos da rurais com múltiplas condições crônicas (MCC) relataram mais sintomas de ansiedade e depressão e tiveram pior saúde mental em comparação com os participantes urbanos. O estudo aponta que os pacientes idosos chineses com MCC que vivem em áreas rurais são significativamente piores em termos de saúde mental e sofrimento psicológico em comparação com participantes baseados em áreas urbanas.
36	Patterns and impact of comorbidity and multimorbidity among community-resident American Indian elders	Robert John	Estudar os padrões de comorbidade entre uma amostra representativa de idosos índios americanos que vivem em um ambiente rural de reserva.	O estudo diz que os idosos com mais doenças crônicas e com mais idade apresentam pior autoavaliação de saúde. Dentre as 11 condições investigadas, as mais prevalentes foram a dificuldade para enxergar, artrite ou reumatismo e problemas de audição.
42	Socio-economic inequalities in the prevalence of multi-	Pallavi Banjare	Avaliar a prevalência de várias condições	Os resultados do estudo mostraram que o avançar da idade, estado de independência econômica e indicadores de estilo de

	morbidity among the rural elderly in Bargarh District of Odisha (India)		crônicas e morbidade entre os idosos rurais; Examinar os fatores socioeconômicos e demográficos que têm um efeito significativo sobre a morbidade.	vida são os preditores e estão associados à ocorrência de multimorbidade. A prevalência de multimorbidade foi significativamente maior para os idosos dependentes de terceiros em comparação com seus pares. O Odds Ratio (OR) da prevalência de multimorbidade foi cerca de 4,27 vezes maior para idosos acima de 75 anos se comparado aos idosos na faixa etária entre 60 e 65 anos. Dentre as 20 condições investigadas, as mais prevalentes foram a artrite, DPOC e hipertensão.
--	---	--	--	--

Fonte: elaborado pelos autores, 2023.

5.1.1 Caracterização dos estudos incluídos

Ao levar em consideração o tipo de material utilizado no estudo, todos se tratavam de artigos publicados em periódicos de alto fator de impacto (YANG *et al.*, 2021; KSHATRI *et al.*, 2020a; MA; HE; XU, 2020; SHE *et al.*, 2019; HA *et al.*, 2015; KSHATRI *et al.*, 2020b; JING *et al.*, 2021; JIAO *et al.*, 2020; LI *et al.*, 2020; WANG *et al.*, 2015; ODLAND *et al.*, 2020; CHENG *et al.*, 2020; JOHN; KERBY; HENNESSY, 2003; BANJARE; PRADHAN, 2014; 100,0%), o que é esperado por se tratar de uma temática pouco estudada. Ao considerar os locais onde os estudos selecionados foram encontrados, a maior parte dos materiais foram localizados na EMBASE (YANG *et al.*, 2021; KSHATRI *et al.*, 2020a; SHE *et al.*, 2019; HA *et al.*, 2015; 28,5%) e SCOPUS (JING *et al.*, 2021; JIAO *et al.*, 2020; LI *et al.*, 2020; WANG *et al.*, 2015; 28,5%). Os demais materiais da amostra do estudo foram localizados na PubMed (CHENG *et al.*, 2020; JOHN; KERBY; HENNESSY, 2003; BANJARE; PRADHAN, 2014; 21,5%) e Web of Science (MA; HE; XU, 2020; KSHATRI *et al.*, 2020b; ODLAND *et al.*, 2020; 21,5%).

Quanto ao ano de publicação, 71,4% dos estudos foram publicados nos últimos cinco anos com destaque para o ano de 2020 que teve publicado 50,0% dos materiais selecionados (7, 8, 22, 24, 26, 29, 34), seguido de 2021 (YANG *et al.*, 2021; JING *et al.*, 2021; 14,3%), 2015 (HA *et al.*, 2015; WANG *et al.*, 2015; 14,3%), 2019 (SHE *et al.*, 2019; 7,1%), 2014 (BANJARE; PRADHAN, 2014; 7,1%) e 2003 (JOHN; KERBY; HENNESSY, 2003; 7,1%). Dentre os tipos de estudo (abordagem metodológica), todos os artigos que compõe o manuscrito se trata de estudos transversais (YANG *et al.*, 2021; KSHATRI *et al.*, 2020a; MA; HE; XU, 2020; SHE *et al.*, 2019; HA *et al.*, 2015; KSHATRI *et al.*, 2020b; JING *et al.*, 2021; JIAO *et al.*, 2020; LI *et al.*, 2020; WANG *et al.*, 2015; ODLAND *et al.*, 2020; CHENG *et al.*, 2020; JOHN; KERBY; HENNESSY, 2003; BANJARE; PRADHAN, 2014; 100,0%).

Em relação a amostra dos estudos com pessoas idosas da área rural, o número amostral variou entre 109 (CHENG *et al.*, 2020) e 11.748 (MA; HE; XU, 2020) indivíduos, totalizando em 34.396 idosos (YANG *et al.*, 2021; KSHATRI *et al.*, 2020a; MA; HE; XU, 2020; SHE *et al.*, 2019; HA *et al.*, 2015; KSHATRI *et al.*, 2020b; JING *et al.*, 2021; JIAO *et al.*, 2020; LI *et al.*, 2020; WANG *et al.*, 2015; ODLAND *et al.*, 2020; CHENG *et al.*, 2020; JOHN; KERBY; HENNESSY, 2003; BANJARE; PRADHAN, 2014).

Em relação a prevalência de multimorbidade, observou-se oscilação entre os estudos no qual variou de 16,1% (LI *et al.*, 2020) na China a 90,5% (WANG *et al.*, 2015) também na China, sem levar em consideração um dos estudos que foi de 100,0% (CHENG *et al.*, 2020), uma vez que abordar à multimorbidade foi um critério de inclusão do mesmo. Quanto ao sexo predominante dos estudos, cerca de 85,7% dos artigos tiveram o sexo feminino como o mais prevalente (YANG *et al.*, 2021; MA; HE; XU, 2020; SHE *et al.*, 2019; HA *et al.*, 2015; JING *et al.*, 2021; JIAO *et al.*, 2020; LI *et al.*, 2020; WANG *et al.*, 2015; ODLAND *et al.*, 2020; CHENG *et al.*, 2020; JOHN; KERBY; HENNESSY, 2003; BANJARE; PRADHAN, 2014) variando de 50,1% (ODLAND *et al.*, 2020) a 66,3% (SHE *et al.*, 2019).

Ao considerar o local onde os estudos foram realizados, a maioria dos estudos se concentraram na China (YANG *et al.*, 2021; MA; HE; XU, 2020; SHE *et al.*, 2019; JING *et al.*, 2021; JIAO *et al.*, 2020; LI *et al.*, 2020; WANG *et al.*, 2015, CHENG *et al.*, 2020), apresentando cerca de 57,1%, seguido da Índia (KSHATRI *et al.*, 2020a; KSHATRI *et al.*, 2020b; BANJARE; PRADHAN, 2014) que representou 21,4% dos estudos, Vietnã (HA *et al.*, 2015; 7,1%), Burkina Faso (ODLAND *et al.*, 2020; 7,1%) e América (JOHN; KERBY; HENNESSY, 2003; 7,1%) como pode ser observado na Figura 2 em que os números representam o número de estudos realizados em cada país.

Figura 2 - Distribuição dos países que abordaram a multimorbidade em pessoas idosas em área rural.



Fonte: Google, 2023.

5.1.2 Principais achados relacionados à multimorbidade em pessoas idosas da zona rural

Entre os resultados encontrados, os estudos apontaram à multimorbidade como um problema de saúde na zona rural (JIAO *et al.*, 2020) e que os idosos que residem nesses locais e que apresentam essa condição de saúde se mostraram mais propensos a apresentarem Distúrbios Psicológicos (DP) (YANG *et al.*, 2021; JING *et al.*, 2021; JIAO *et al.*, 2020; ODLAND *et al.*, 2020; CHENG *et al.*, 2020), dor/desconforto (SHE *et al.*, 2019), pior qualidade de vida (SHE *et al.*, 2019), pior autoavaliação da saúde (JOHN; KERBY; HENNESSY, 2003), mais frágeis ou risco de fragilidade (KSHATRI *et al.*, 2020a; BANJARE; PRADHAN, 2014) e maior ideação e planos suicidas (JING *et al.*, 2021).

Além disso, a revisão traz os padrões de multimorbidade (SHE *et al.*, 2019; WANG *et al.*, 2015; JOHN; KERBY; HENNESSY, 2003), fatores associados (MA; HE; XU, 2020; SHE *et al.*, 2019; HA *et al.*, 2015; KSHATRI *et al.*, 2020b; LI *et al.*, 2020; ODLAND *et al.*, 2020; BANJARE; PRADHAN, 2014), condições crônicas mais prevalentes (MA; HE; XU, 2020; SHE *et al.*, 2019; KSHATRI *et al.*, 2020b; LI *et al.*, 2020; WANG *et al.*, 2015; JOHN; KERBY; HENNESSY, 2003; BANJARE; PRADHAN, 2014) e a divisão quanto a classificação de multimorbidade segundo a quantidade de doenças (KSHATRI *et al.*, 2020a; KSHATRI *et al.*, 2020b).

Dentre os fatores associados à multimorbidade, os estudos selecionados apontaram que idade avançada (MA; HE; XU, 2020; LI *et al.*, 2020; ODLAND *et al.*, 2020; BANJARE; PRADHAN, 2014), ser do sexo feminino (MA; HE; XU, 2020; 9 – SHE *et al.*, 2019; KSHATRI *et al.*, 2020b; LI *et al.*, 2020; ODLAND *et al.*, 2020), residir em área rural (MA; HE; XU, 2020, HA *et al.*, 2015), ter histórico de tabagismo (MA; HE; XU, 2020), fumar atualmente (KSHATRI *et al.*, 2020b; LI *et al.*, 2020), fazer uso de bebida alcoólica (MA; HE; XU, 2020; KSHATRI *et al.*, 2020b; LI *et al.*, 2020) e possuir plano de saúde (MA; HE; XU, 2020).

Além disso, outros fatores também se mostraram associados à multimorbidade, a saber: situação de trabalho (HA *et al.*, 2015), utilizar os serviços de saúde (HA *et al.*, 2015), ter histórico familiar de DCNT (KSHATRI *et al.*, 2020b; LI *et al.*, 2020), ter poucos bens domésticos (LI *et al.*, 2020), pertencer as minorias étnicas (LI *et al.*, 2020), apresentar status civil de solteiro/divorciado (ODLAND *et al.*, 2020) e apresentar melhor condição econômica (ODLAND *et al.*, 2020; BANJARE; PRADHAN, 2014). Ademais, um estudo apontou que ter um maior nível de escolaridade (ODLAND *et al.*, 2020) também se mostrou com fator associado a multimorbidade em idosos da zona rural, divergindo de outro estudo que apontou o contrário, ou seja, menor nível de escolaridade (ODLAND *et al.*, 2020; BANJARE; PRADHAN, 2014).

Dentre as condições de saúde investigadas, as quantidades de doenças variaram entre 11 e 22 agravos, dos quais as condições de saúde mais mencionadas nesses estudos foram a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) foi a mais prevalente entre os estudos (MA; HE; XU, 2020; SHE *et al.*, 2019; KSHATRI *et al.*, 2020b; LI *et al.*, 2020; WANG *et al.*, 2015; BANJARE; PRADHAN, 2014), seguida das artropatias inflamatórias (MA; HE; XU, 2020;

SHE *et al.*, 2019; KSHATRI *et al.*, 2020b; JOHN; KERBY; HENNESSY, 2003; BANJARE; PRADHAN, 2014), Diabetes *Mellitus* (KSHATRI *et al.*, 2020b; LI *et al.*, 2020), dislipidemia (SHE *et al.*, 2019; WANG *et al.*, 2015), transtornos depressivos (MA; HE; XU, 2020), arritmia (WANG *et al.*, 2015), dificuldade para enxergar (JOHN; KERBY; HENNESSY, 2003), problemas de audição (JOHN; KERBY; HENNESSY, 2003) e DPOC (BANJARE; PRADHAN, 2014).

5.2 Estudo observacional e transversal

Ao todo, entre os 461 indivíduos elegíveis, 38 participantes faziam parte da área de três ACS que se recusaram a ajudar a localizar as pessoas idosas sorteadas, 21 dos supostos participantes residiam na área de duas ACS que se encontravam afastadas de seus serviços por motivo de saúde, oito pessoas se recusaram a participar do estudo; 11 haviam falecido no intervalo entre a aquisição da lista com os nomes das pessoas idosas do município e a data da coleta e 23 não foram encontrados em suas residências ou tinham se mudado para outro local, mesmo sendo realizada a busca ativa destes. Assim, a amostra final do estudo foi composta por 360 sujeitos.

Para melhor organização, apresentação e compreensão dos resultados obtidos conforme os objetivos elencados para esta investigação, os dados dos participantes do estudo estão descritos no texto e nas tabelas abaixo.

5. 2.1. Perfil sociodemográfico e econômico

Em relação ao perfil sociodemográfico e econômico dos participantes, a Tabela 2 e o texto deste tópico trazem os resultados descritivos (medidas de frequência absoluta, frequência relativa e média) obtidas quanto às seguintes variáveis: sexo, idade, faixa etária, cor/raça, estado civil, arranjo familiar, tempo residindo na área rural, quantidade de pessoas residindo na casa, religião, alfabetização funcional, quantidade de anos estudados, trabalho, ocupação, renda familiar, recebe benefícios/direitos do governo, tipos de benefícios/direitos e recebe aposentadoria.

Tabela 2 – Caracterização sociodemográfica e econômica de pessoas idosas residentes da zona rural acompanhadas pela Estratégia Saúde da Família. Araçagi – PB (360). 2022

Variável	Categorias	Idosos pesquisados	
		<i>f</i>	%
Sexo	Masculino	164	45,6
	Feminino	196	54,4
Faixa etária	60 a 69	143	39,7
	70 a 79	138	38,3
	80 anos ou mais	79	21,9
Cor/Raça	Branca	123	34,2
	Negra	234	65,0
	Outros	03	0,8
Estado civil	Solteiro	34	9,4
	Pessoas idosas casadas	190	52,8
	Divorciado	06	1,7
	Separado	13	3,6
	Viúvo	74	20,6
	União consensual	43	11,9
Arranjo familiar	Sozinho	50	13,9
	Somente com o cônjuge	114	31,7
	Cônjuge e filhos	73	20,3
	Outros arranjos	123	34,2
Religião	Católica	328	91,1
	Evangélica	27	7,5
	Outros	05	1,4
Alfabetização funcional	Sim	113	31,4
	Não	247	68,6
Trabalho	Sim	131	36,4
	Não	229	63,6
Ocupação	Agricultor (a)	125	34,7
	Outros	06	1,6
Recebe benefícios/direitos do governo	Sim	345	95,8
	Não	15	4,2
Tipos de Benefícios/direitos	Aposentadoria	284	78,9
	Pensão	04	1,1
	Auxílio-doença	04	1,1
	Aposentadoria + pensão	48	13,3
	Auxílio Brasil	05	1,4
	Não recebe benefício	15	4,2
Recebe aposentadoria	Sim	332	92,2
	Não	27	7,5

Fonte: Dados da pesquisa, 2022.

Conforme apresentado na Tabela 2, observou-se a predominância de idosos do sexo feminino. Ao analisar e compreender a composição dos dados relacionados à idade, pode-se afirmar que a maior parte da população idosa do município de Araçagi-PB pertence a um grupo de pessoas idosas jovens, ou seja, fazem parte da faixa etária dos 60 anos a 69 anos, que são caracterizados como idosos potencialmente ativos e assim se apresentam mais participativos frente a sociedade, bem como, desempenham suas funções e atividades com maior independência e autonomia se comparados as pessoas mais longevas. Contudo, a idade média encontrada no estudo foi de 72,81 anos.

Quando perguntados em relação ao tempo residindo na área rural, os dados apontam que a maioria dos idosos nasceu e se criou na zona rural, ao apresentarem uma média de 67,33 anos residindo neste ambiente. Os participantes que apresentaram menos tempo na zona rural, eram na maioria pessoas que nasceram na zona rural e que depois foram morar na capital ou em outras cidades, sobretudo as da região sudeste em busca de trabalho, mas que depois voltaram para o seu local de origem.

A perguntar a “quantidade de pessoas residindo na casa”, a média encontrada foi de 2,80 indivíduos, o que aponta um número menor que três indivíduos, ou seja, grande parte dos idosos dividiam seu espaço físico apenas com seu cônjuge e/ou com cônjuge e filho (a), o que é característico dessa população. Já quanto ao número de cômodos na casa, a média de 4,34 apontou um número aproximando de quatro cômodos, o que reflete em casas pequenas, compostas por um quarto, sala, cozinha e banheiro.

De acordo com a variável cor/raça, verificou-se maior predominância de idosos que se autodeclararam negros (pardos e pretos), o que representa claramente a região nordeste. No que se refere ao estado civil, a maior parte dos idosos são casadas, apontando que a constituição familiar tradicional ainda é apontada como a mais comum na região nordeste, considerando a população idosa.

A variável arranjo familiar indica uma maior representatividade de pessoas idosas que moram somente com o cônjuge, no qual a se tratava de outras pessoas idosas. Vale salientar que uma parte considerável dos participantes do estudo apresentava outros arranjos familiares diferentes dos disponibilizados no questionário aplicado na pesquisa, tais como morar com nora/genro, com outros idosos, sobrinho (a), morar com irmão(a), dentre outros. Em relação a

religião, observa-se que a mais recorrente entre os idosos foi o catolicismo, o que é esperado, visto que a religião católica é a mais antiga na região.

Quanto à variável alfabetização funcional, observa-se que a maior parte dos idosos se enquadram como analfabetos funcionais e apresentaram uma média de 2,18 anos estudados, assim, este público por mais que consiga escrever ou ler, não consegue compreender ou até mesmo fazer uma interpretação, além de também não conseguirem resolver operações simples de matemática. Essa parcela da população apresenta um menor entendimento quanto as práticas de cuidado com a saúde e, deste modo, sofrem impactos diferentes no processo de envelhecimento. Dessa forma, o envelhecimento desses indivíduos é afetado diretamente devido à construção sociocultural deste momento da vida, assim como a sua capacidade de acesso aos serviços de saúde, atividades de cuidado e prevenção. Ressalta-se que uma grande representatividade dos participantes sabia apenas escrever o próprio nome, e mesmo assim, alguns apresentavam muita dificuldade para realizar isto.

Na variável ocupação foi possível verificar que a maior parte dos usuários entrevistados era apenas aposentada (renda mais frequente entre os idosos), o que significa que não exercia nenhum tipo de trabalho. Contudo, entre os que exerciam algum tipo de atividade, a principal atividade mencionada foi a de agricultor (a), em que os participantes afirmaram trabalhar na roça para ter uma maior composição financeira, obter seu alimento e também como forma de manter-se ativo.

Em se tratando da variável renda familiar, a maioria dos entrevistados apresentava uma renda de próxima a 2 salários-mínimos (levando em consideração o salário-mínimo do ano de 2021, corroborado pela renda média encontrada de R\$ 2.047,77. Esse achado retrata a renda básica apresentada pela grande maioria dos idosos aposentados do Brasil, não sendo um valor suficiente para o atendimento pleno das necessidades humanas básicas. Constatou-se ainda que quanto mais anos de estudo tinha o idoso participante, maior era a sua renda familiar, denotando uma relação diretamente proporcional entre o nível de escolaridade e a renda.

5. 2.2 Perfil comportamental

Em relação ao perfil comportamental das pessoas idosas do estudo, a Tabela 3 e o texto deste tópico trazem os resultados descritivos (medidas de frequência absoluta, frequência relativa, média e desvio-padrão) obtidas quanto às seguintes variáveis: Índice de massa

Corporal, diâmetro da panturrilha, pratica atividade física, atividade física categorizada, prática de atividade de lazer, tipo de prática de atividade de lazer, refeições, acesso a água tratada e encanada, nível de estresse autorreferido (aplicado com escala variando entre 0 (menor nível de estresse) e 10 (maior nível de estresse)), tabagismo, histórico de tabagismo, consumo de álcool, histórico de consumo de álcool.

Tabela 3 – Caracterização comportamental de pessoas idosas residentes da zona rural acompanhadas pela Estratégia Saúde da Família. Araçagi – PB (360). 2022

Variável	Categorias	Idosos pesquisados	
		f	%
Índice de Massa Corporal	<22,0 - Baixo peso	46	12,8
	22,0 – 27,0 - Peso adequado	147	40,8
	>27,0 – Sobrepeso	147	40,8
Pratica Atividade física	Sim	134	37,2
	Não	226	62,8
Atividade Física Categorizada	Caminhada	123	34,2
	Ciclismo	08	2,2
	Outros	02	0,6
Refeições	Sim	343	95,3
	Não	17	4,7
Acesso a água tratada e encanada	Sim	67	18,6
	Não	293	81,4
Tabagismo	Sim	63	17,5
	Não	297	82,5
Histórico de tabagismo	Sim	185	51,4
	Não	175	48,6
Consumo de Álcool	Sim	55	15,3
	Não	305	84,7
Histórico de consumo de Álcool	Sim	143	39,7
	Não	217	60,3

Fonte: Dados da pesquisa, 2022.

É importante destacar que na variável Índice de Massa Corporal (IMC), dentre os idosos participantes da pesquisa, a maior parte dos entrevistados encontra-se com o sobrepeso, ou seja, tinham um peso com IMC maior do que 27,0, convergindo com a média encontrada (26,95), sendo esse resultado bastante preocupante.

Na variável estresse autorreferido, verificou-se um baixo nível de estresse autorreferido (2,88). Contudo, ao levar em consideração o Desvio Padrão (DP), o mesmo pode alcançar um

nível superior a seis. É importante destacar que o nível “0” de estresse foi citado como o valor mínimo, bem como o “10” também foi citado, referindo um nível extremo de estresse.

Ao levar em consideração o diâmetro da panturrilha inferior a 31 centímetros como um fator de risco para sarcopenia, a média dessa variável estudada foi 33,10, o que reflete que grande parte desses idosos ainda não foram acometidos por esta condição de saúde.

Ao perguntar sobre a prática de atividade de lazer, a maioria dos idosos referiram não exercer nenhum tipo de prática, principalmente com o evento da pandemia da COVID-19, o que inviabilizava os encontros com outros idosos. Ao levar em consideração os idosos que referiram participar de alguma atividade, a participação em grupos religiosos foi a única mencionada por esses indivíduos, uma vez que a presença em eventos religiosos é comum entre os idosos, sobretudo os que residem na área rural.

Sobre a prática de exercícios físicos, a pesquisa apontou que a maioria dos idosos (62,8%) não praticava nenhum tipo de atividade física, sendo considerados idosos que vivem de maneira sedentária. Entretanto, grande parte dos participantes revelaram que não praticava atividades físicas devido à fragilidade apresentada pelos mesmos em sua CF. Vale salientar que fazer exercício físico é extremamente importante para a saúde, visto que esta prática pode prevenir doenças e melhorar a QV.

Ao perguntar se os idosos realizavam pelo menos três refeições, a maioria dos idosos (95,3%) referiu que consegue realizar as mesmas. Entretanto, alguns idosos referiram não conseguirem realizar o mínimo de refeições por dia.

Ao levar em consideração o acesso a água tratada, a maior parte dos idosos (81,4%) referiu que não tem acesso a água tratada. Assim, esses idosos procuram formas de conseguir água como: comprar água de caminhão pipa, utilizar água de poços, juntar água da chuva em cisternas, potes, baldes etc.

Ao verificar a variável tabagismo, observa-se que a maioria dos idosos referiu não ser fumantes atualmente, bem como a maioria também referia não fazer uso do mesmo anteriormente, o que é um ótimo resultado, tendo em vista as complicações advindas que o uso crônico do cigarro pode trazer à saúde, não só comprometendo a expectativa de vida, mas também a qualidade de vida, já que o fumo é o responsável direto pelas principais doenças pulmonares, e é consequentemente relacionado a problemas cardíacos.

No que diz respeito ao consumo de bebidas alcoólicas, observou-se um expressivo número de idosos que não fazem e não faziam ingestão desse tipo de bebida, resultados esses também positivos, tendo em vista que o consumo de bebidas alcoólicas por idosos pode ser potencialmente nocivo à saúde, independentemente da quantidade e frequência.

5.2.3 Perfil clínico-terapêutico

Acerca do perfil clínico-terapêutico dos idosos participantes, a Tabela 4 e o texto deste tópico abordam os resultados descritivos (medidas de frequência absoluta, frequência relativa e média) obtidas quanto às seguintes variáveis: estado de saúde, qualidade de vida, satisfeito com a vida, gosta de viver a vida, uso de medicamentos, histórico de quedas, dor crônica, COVID-19, vacina COVID-19, doses de vacina COVID-19, acesso aos serviços de saúde, acesso aos serviços de saúde em seis meses, acesso aos serviços de saúde categorizado, transporte para chegar ao serviços de saúde, utilização do serviço de saúde, acompanhante, plano de saúde, última consulta realizada, internação no último ano, problema de saúde autorreferido e quem definiu o diagnóstico de problema de saúde.

Tabela 4 – Caracterização clínico-terapêuticas e dos fatores relacionados ao acesso aos serviços de saúde de pessoas idosas residentes da zona rural acompanhadas pela Estratégia Saúde da Família. Araçagi – PB (360). 2022

Variável	Categorias	Idosos pesquisados	
		<i>f</i>	%
Estado de Saúde	Muito bom	10	2,8
	Bom	122	33,9
	Regular	162	45,0
	Ruim	47	13,1
	Muito ruim	19	5,3
Qualidade de vida	Muito bom	11	3,1
	Bom	137	38,1
	Regular	169	46,9
	Ruim	34	9,4
	Muito ruim	09	2,5
Satisfeito com a vida	Completamente satisfeito	62	17,2
	Muito satisfeito	177	49,2
	Nem satisfeito e nem insatisfeito	90	25,0
	Muito pouco satisfeito	22	6,1
	Nada satisfeito	09	2,5

Gosta de viver a vida	Completamente satisfeito	54	15,0
	Muito satisfeito	153	42,5
	Nem satisfeito e nem insatisfeito	130	36,1
	Muito pouco satisfeito	10	2,8
	Nada satisfeito	13	3,6
Uso de medicamentos	Sim	264	73,3
	Não	96	26,7
Histórico de queda	Sim	78	21,7
	Não	282	78,3
Dor crônica	Sim	87	24,2
	Não	273	75,8
COVID-19	Sim	30	8,3
	Não	330	91,7
Vacina COVID-19	Sim	337	93,6
	Não	23	6,4
Doses de vacina COVID-19	Nenhuma dose	24	6,7
	Uma dose	09	2,5
	Duas doses	208	57,8
	Três doses	119	33,1
Acesso aos serviços de Saúde	Sim	359	99,7
	Não	01	0,3
Acesso aos serv. de Saúde em 6 meses	Sim	213	59,2
	Não	147	40,8
Acesso aos serv. de Saúde Categorizado	Consulta médica	139	38,6
	Outros serviços	74	20,6
Transporte para chegar ao serviço de saúde	Sim	101	28,1
	Não	259	71,9
Utilização de serv. de Saúde	UBS	289	80,3
	Hospital	69	19,2
	Farmácia	02	0,6
Acompanhante	Sim	255	70,8
	Não	105	29,2
Plano de Saúde	Sim	02	0,6
	Não	358	99,4
Última consulta realizada	Até um ano	289	80,3
	Mais de um ano	66	18,3
Internação no último ano	Sim	10	2,8
	Não	350	97,2
Problema de Saúde Autorreferido	Sim	293	81,4
	Não	67	18,6
	Médico	285	79,2

Quem definiu o diagnóstico de problema de Saúde	Outros	08	2,2
--	--------	----	-----

Fonte: Dados da pesquisa, 2022.

Ao verificar a variável estado de saúde autorreferido, observa-se que a maior parte dos usuários (45,0%) se considera com um estado de saúde regular, assim como na variável qualidade de vida em que a resposta foi a mesma (46,9%). Ao considerar essa resposta, pode-se dizer que os idosos se enxergam com uma saúde razoável, contudo, poderia se apresentar melhor.

Quanto as variáveis “satisfeito com a vida” (49,2%) e “gosta de viver a vida” (42,5%), os idosos responderam estarem muito satisfeitos. Isso reflete que mesmo diante das dificuldades da vida, esses idosos gostam da vida que levam.

Ao observar a variável uso de medicamentos, a grande maioria dos idosos (73,3%) referiu fazer uso. Além disso, a média de medicamentos utilizados pelos participantes foi 2,01 medicamentos, 31 (8,6%) indivíduos apresentavam quadro de polifarmácia, ou seja, faziam uso concomitante de cinco ou mais medicamentos. À medida que o indivíduo envelhece o corpo vai passando por alterações biológicas e fisiológicas e, conseqüentemente, pode ser acometido por doenças, principalmente as DCNT, e dependendo da doença, há a necessidade de fazer o uso de algum medicamento a fim de diminuir os sintomas das doenças e melhorar a QV.

Quando perguntado se sofreu alguma queda no intervalo de um ano, a maioria dos idosos referiram não ter sofrido nenhum episódio de queda. Contudo, alguns destes relataram o evento, o que é alarmante, visto que a queda em si pode trazer várias conseqüências a saúde da pessoa idosa, podendo levar sobretudo, a diminuição ou perda da autonomia e independência dessa parcela da população.

Quanto à ocorrência de dor crônica, a maioria dos idosos (75,8%) não apresentava a mesma, porém, alguns idosos relataram sofrer de dores crônicas, ou seja, aquela dor com duração de pelo menos três meses, o que impacta diretamente na saúde desse público.

Ao perguntar se o idoso já teve diagnóstico de COVID-19, a maioria (91,7%) afirmou não ter sido acometido pela doença. Porém, sabe-se que essa população demora a procurar os serviços de saúde, sobretudo durante a período da pandemia por medo de adoecerem pela doença, e assim, quando doentes, muitos dos idosos não procuraram os serviços de saúde para realizar o teste e determinar se teve contato com o vírus ou não. Quanto terem tomado a vacina

contra a doença, a maioria (93,6%) refere ter tomado a vacina da COVID-19, obtendo uma média de 2,17, ou seja, aproximada duas doses tomadas.

Quando perguntados se tinham acesso aos serviços de saúde, quase todos os usuários afirmaram que tinham acesso, o que é algo muito bom, visto que o idoso terá um suporte dos serviços e profissionais de saúde quando isso se fizer necessário.

Vale salientar que a maioria dos idosos referiu não ter transporte para se locomover para os serviços de saúde. Dessa forma, eles acabavam tendo que pagar transporte para poder ir à unidade desejada ou até mesmo pedir para alguém conhecido fazer a gentileza de levá-los.

Ao perguntar o serviço de saúde de primeira escolha, a Unidade Básica de Saúde (UBS) foi a opção mais procurada entre os participantes do estudo (80,3%), o que vai ao encontro ao que é preconizado pelo Ministério da Saúde, uma vez que, a UBS é a porta preferencial de entrada do SUS. Contudo, muitos idosos relataram procurarem o hospital como primeira opção, pois acreditam ser um serviço mais qualificado para atendê-los.

Quando questionados se procuram os serviços de saúde dentro dos seis últimos meses, a maioria dos idosos (59,2%) disse que buscou algum tipo de atendimento, o que infere que os participantes se preocupam com o seu estado de saúde, sendo a consulta médica o serviço mais usufruído. Ao perguntar quando foi a última vez que passou por consulta médica, (81,4%) dos entrevistados apontaram que procuraram o serviço dentro do período de até um ano. Contudo, alguns indivíduos relataram não procurar os serviços de saúde.

Ao perguntar se os usuários iam com acompanhantes ou não, a maioria (70,8%) apontou que ia ao serviço de saúde com alguém acompanhando, geralmente um parente próximo, em sua maioria cônjuge, filhos (as) ou netos (as).

Na variável plano de saúde, apenas dois idosos referiram fazerem uso. Isso é compreensivo pois o valor desse tipo de serviço não é tão acessível a todos os idosos. Quando perguntados se foram internados no último ano, a maioria dos idosos (97,2%) apontou não ter sido hospitalizada ao ponto de precisarem de internação. Contudo, um número pequeno relatou ter tido essa necessidade, pois não apresentavam um bom quadro de saúde naquele momento, o que demandou cuidados de outrem.

Há pelo menos cinco décadas atrás, as doenças predominantes na população idosa eram as doenças transmissíveis. Com o avançar das tecnologias voltadas à saúde e com o aumento da expectativa de vida, houve mudanças no perfil de morbimortalidade dessa população,

propiciando um forte acometimento desse público pelas DCNT que, por sua vez, acabam aumentando o grau de dependência dos idosos.

Diante disso, a variável problemas de saúde autorreferidos apontou que uma maioria dos idosos referiu ter algum problema de saúde, o que é comum nas pessoas idosas, tanto pelo processo da senescência quanto pela senilidade quando for o caso. Quando perguntados sobre quem disse que eles apresentavam alguns problemas de saúde, o médico foi o mais citado, o que é justificado pois o profissional da medicina é a figura que dá o diagnóstico da comorbidade ao indivíduo.

5.2.4 Perfil dos problemas de saúde autorreferidos

Ao saber que a população idosa é consideravelmente acometida por doenças crônicas, em relação aos problemas de saúde autorreferidos, foi perguntado se os idosos da pesquisa apresentavam alguma morbidade a partir do instrumento formulado pelos autores. Dessa forma, os resultados obtidos se encontram na Tabela 5 a seguir através da caracterização das 27 condições crônicas que afetavam a saúde das pessoas idosas participantes do estudo dentre as 32 do instrumento supracitado, abordando os resultados descritivos (medidas de frequência absoluta e frequência relativa).

Tabela 5 – Caracterização das morbidades autorreferidas por pessoas idosas residentes na zona rural acompanhados pela Estratégia Saúde da Família. Araçagi – PB (360), 2022.

Variável	Categorias	f (%)
<i>Diabetes</i>	Sim	78 (21,7)
	Não	282 (78,3)
Doença Cardíaca Isquêmica	Sim	25 (6,9)
	Não	335 (93,1)
Doença Renal	Sim	04 (1,1)
	Não	356 (98,9)
Depressão e problemas de humor	Sim	27 (7,5)
	Não	333 (92,5)
Doenças Respiratórias	Sim	09 (2,5)
	Não	351 (97,5)
Hipertensão Arterial Sistêmica	Sim	217 (60,3)
	Não	143 (39,7)

Asma	Sim	02 (0,6)
	Não	358 (99,4)
Parkinson	Sim	07 (1,9)
	Não	353 (98,1)
Insuficiência Cardíaca	Sim	07 (1,9)
	Não	353 (98,1)
Neoplasias Sólidas	Sim	08 (2,2)
	Não	352 (97,8)
Osteoporose	Sim	43 (11,9)
	Não	317 (88,1)
Neoplasias Hematológicas	Sim	01 (0,3)
	Não	359 (99,7)
Disfunção na Tireóide	Sim	06 (1,7)
	Não	354 (98,3)
Dislipidemias	Sim	42 (11,7)
	Não	318 (88,3)
Demência	Sim	22 (6,1)
	Não	338 (93,9)
Outras doenças cardiovasculares	Sim	03 (0,8)
	Não	357 (99,2)
Doenças Musculoesqueléticas	Sim	01 (0,3)
	Não	359 (99,7)
Artropatias inflamatórias	Sim	66 (18,3)
	Não	294 (81,7)
Doenças crônicas do fígado	Sim	01 (0,3)
	Não	359 (99,7)
Obesidade	Sim	02 (0,6)
	Não	358 (99,4)
Incontinência Urinária	Sim	32 (8,9)
	Não	328 (91,1)
Doença Infecciosas Crônicas	Sim	02 (0,6)
	Não	358 (99,4)
Doença Vascular Periférica	Sim	22 (6,1)
	Não	338 (93,9)
Doenças Inflamatórias Intestinais	Sim	11 (3,1)
	Não	349 (96,9)
Arritmia Cardíaca	Sim	15 (4,2)

	Não	345 (95,8)
Enxaqueca e Dores Faciais Crônicas	Sim	06 (1,7)
	Não	354 (98,3)
Esquizofrenia/ Doenças Delirantes	Sim	01 (0,3)
	Não	359 (99,7)
TOTAL		360 (100,0)

Fonte: Dados da pesquisa, 2022.

Ao levar em consideração os dados informados na Tabela 5, é possível observar que as doenças mais prevalentes entre as pessoas idosas que residem na zona rural do município de Araçagi – PB foram a Hipertensão Arterial Sistêmica (60,3%), Diabetes *Mellitus* (21,7%), Artropatias Inflamatórias (18,3%), Osteoporose (11,9%), Dislipidemias (11,7%), Incontinência Urinária (8,9%), Depressão e Problemas de Humor (7,5%), Doença Cardíaca Isquêmica (6,9%) e Demência (6,1%).

5.3 Prevalência e fatores associados à multimorbidade dos participantes

Quanto à presença de multimorbidade, o estudo revelou que 195 idosos (54,2%) apresentavam essa condição de saúde (IC 95,0% = 49,0% – 59,3%), uma vez que se considerou multimorbidade o acúmulo de pelo menos duas condições crônicas no mesmo indivíduos. Mediante a investigação quanto à quantidade de morbidades que os idosos autorreferiram, os dados descritivos corroboram a classificação quanto à ocorrência de multimorbidade, uma vez que a média da quantidade de doenças autorreferidas encontrada foi de 1,825 (desvio-padrão \pm 1,398), a mediana foi dois, quartis 25 e 75 (1 – 3) e mínimo e máximo (0 -6).

De modo a identificar a relação entre a multimorbidade e as características sociodemográficas, comportamentais e clínico-terapêuticas dos participantes, foram testadas hipóteses estatísticas que, por meio da análise estatística bivariada, identificou-se associação entre algumas variáveis independentes e a dependente, de modo que o conjunto de variáveis explicam a variação do desfecho entre os idosos. Os resultados estão apresentados nas tabelas a seguir.

Tabela 6 – Associação entre as variáveis sociodemográficas e econômicas e multimorbidade em pessoas idosas residentes na zona rural acompanhadas pela Estratégia Saúde da Família. Araçagi – PB (360). 2022

Variável	Categorias	Multimorbidade	p-valor**
----------	------------	----------------	-----------

80

		Sim		Não		RP (IC)**	
		n (%)		n (%)			
Sexo	Feminino	134 (68,4)	62 (31,6)	1,838 (1,474 – 2,292)		$p < 0,001^*$	
	Masculino	61 (37,2)	103 (62,8)				
Faixa etária	70 anos ou mais	137 (63,1)	80 (36,9)	1,557 (1,245 – 1,945)		$p < 0,001^*$	
	60 a 69 anos	58 (40,6)	85 (59,4)				
Cor/Raça	Branca	74 (60,2)	49 (39,8)	1,183 (0,977 – 1,432)		$p = 0,118$	
	Negra	119 (50,9)	115 (49,1)				
Estado Civil	Solteiro/Divorciado/Separado/Viúvo	74 (58,3)	53 (41,7)	1,122 (0,926 – 1,360)		$p = 0,297$	
	Casado/União consensual	121 (51,9)	112 (48,1)				
Religião	Católica	178 (54,3)	150 (45,7)	1,047 (0,718 – 1,526)		$p = 0,967$	
	Evangélica	14 (51,9)	13 (48,1)				
Alfabetização funcional	Sim	63 (55,8)	50 (44,2)	1,043 (0,784 – 1,172)		$p = 0,768$	
	Não	132 (53,4)	115 (46,6)				
Trabalho	Não	150 (65,5)	79 (34,5)	1,907 (1,478 – 2,460)		$p < 0,001^*$	
	Sim	45 (34,4)	86 (65,6)				
Recebe aposentadoria	Sim	184 (55,3)	149 (44,7)	1,356 (0,852 – 2,159)		$p = 0,209$	
	Não	11 (40,7)	16 (59,3)				

Fonte: Dados da pesquisa, 2022.

Legenda: RP = Razão de Prevalência; IC = Intervalo de Confiança;

** Teste Qui-quadrado de *Pearson*;

*Significância Estatística (p -valor $< 0,05$).

Ao analisar os dados da Tabela 6, foi possível observar associação significativa entre a multimorbidade e as variáveis independentes sexo, faixa etária e trabalho. Assim, os dados revelam que as pessoas idosas do estudo que eram do sexo feminino, que tinha idade igual ou superior a 70 anos e que não trabalhavam apresentavam mais multimorbidade do que as do sexo masculino, com idade entre 60 e 69 anos e que exerciam alguma atividade laboral.

Tabela 7 – Associação entre as variáveis comportamentais e a multimorbidade em pessoas idosas residentes na zona rural acompanhadas pela Estratégia Saúde da Família. Araçagi – PB (360). 2022

Variável	Categorias	Multimorbidade		RP (IC)**	p -valor**	
		Sim	Não			
		n (%)				
Índice de Massa Corporal	>27,0 – Sobrepeso	86 (58,5)	61 (41,5)	2,243 (1,353 – 3,716)		$p < 0,001^*$
	22,0 – 27,0 - Peso adequado	80 (54,4)	67 (45,6)	2,086 (1,255 – 3,469)		$p = 0,001^*$
	<22,0 - Baixo peso	12 (26,1)	34 (73,9)	1,0		
	Não	126 (55,8)	100 (44,2)	1,083 (0,885 – 1,324)		$p = 0,500$

Prática Atividade física	Sim	69 (51,5)	65 (48,5)		
Acesso a água tratada e encanada	Sim	42 (62,7)	25 (37,3)	1,200 (0,968 – 1,488)	$p=0,157$
	Não	153 (52,2)	140 (47,8)		
Tabagismo	Não	177 (59,6)	120 (40,4)	2,086 (1,396 – 3,116)	$p<0,001^*$
	Sim	18 (28,6)	45 (71,4)		
Histórico de tabagismo	Sim	112 (60,5)	73 (39,5)	1,276 (1,051 – 1,551)	$p=0,017^*$
	Não	83 (47,4)	92 (52,6)		
Consumo de Álcool Atualmente	Não	185 (60,7)	120 (39,3)	3,336 (1,891 – 5,886)	$p<0,001^*$
	Sim	10 (18,2)	45 (81,8)		
Histórico de consumo de Álcool	Sim	81 (56,6)	62 (43,4)	1,078 (0,891 – 1,305)	$p=0,511$
	Não	114 (52,5)	103 (47,5)		

Fonte: Dados da pesquisa, 2022.

Legenda: RP = Razão de Prevalência; IC = Intervalo de Confiança;

.. Teste Qui-quadrado de *Pearson*;

*Significância Estatística (p -valor < 0,05).

A Tabela 7 revela associação significativa entre a multimorbidade e as variáveis independentes IMC, tabagismo, histórico de tabagismo e consumo de álcool. Com base nas informações acima, é possível inferir que os indivíduos que apresentavam sobrepeso ou eutrofia, que não fumam atualmente, que tem histórico de tabagismo e os que não fazem uso de álcool atualmente apresentavam mais multimorbidade que a outra categoria presente na sua respectiva variável.

Tabela 8 – Associação entre as variáveis clínico-terapêuticas, fatores relacionados ao acesso aos serviços de saúde e a multimorbidade em pessoas idosas residentes na zona rural acompanhadas pela Estratégia Saúde da Família. Araçagi – PB (360). 2022

Variável	Categorias	Multimorbidade		RP (IC)''	p -valor''
		Sim	Não		
		n (%)			
Sofreu alguma queda	Sim	47 (60,3)	31 (39,7)	1,148 (0,929 – 1,419)	$p=0,275$
	Não	148 (52,5)	134 (47,5)		
Tem dor crônica	Sim	65 (74,7)	22 (25,3)	1,569 (1,318 – 1,868)	$p<0,001^*$
	Não	130 (47,6)	143 (52,4)		
Acesso aos serv. de Saúde em 6 meses	Sim	138 (64,8)	75 (35,2)	1,671 (1,333 – 2,094)	$p<0,001^*$
	Não	57 (38,8)	90 (61,2)		
Tem transporte	Não	143 (55,2)	116 (44,8)	1,072 (1,333 – 2,094)	$p=0,603$
	Sim	52 (51,5)	49 (48,5)		

para chegar ao serviço					
Utilização de serv. de Saúde	Hospital	47 (68,1)	22 (31,9)	1,339 (1,099 – 1,631)	$p=0,014^*$
	UBS	147 (50,9)	142 (49,1)		
Acompanhante	Sim	156 (61,2)	99 (38,8)	1,647 (1,261 – 2,152)	$p<0,001^*$
	Não	39 (37,1)	66 (62,9)		
Última consulta médica	Até um ano	182 (63,0)	107 (37,0)	3,197 (1,949 – 5,245)	$p<0,001^*$
	Mais de um ano	13 (19,7)	53 (80,3)		
Internação no último ano	Sim	07 (70,0)	03 (30,0)	1,303 (0,859 – 1,978)	$p=0,486$
	Não	188 (53,7)	162 (46,3)		

Fonte: Dados da pesquisa, 2022.

Legenda: RP = Razão de Prevalência; IC = Intervalo de Confiança; RP (aj) = Razão de Prevalência ajustada; IC (aj) = Intervalo de Confiança ajustado.

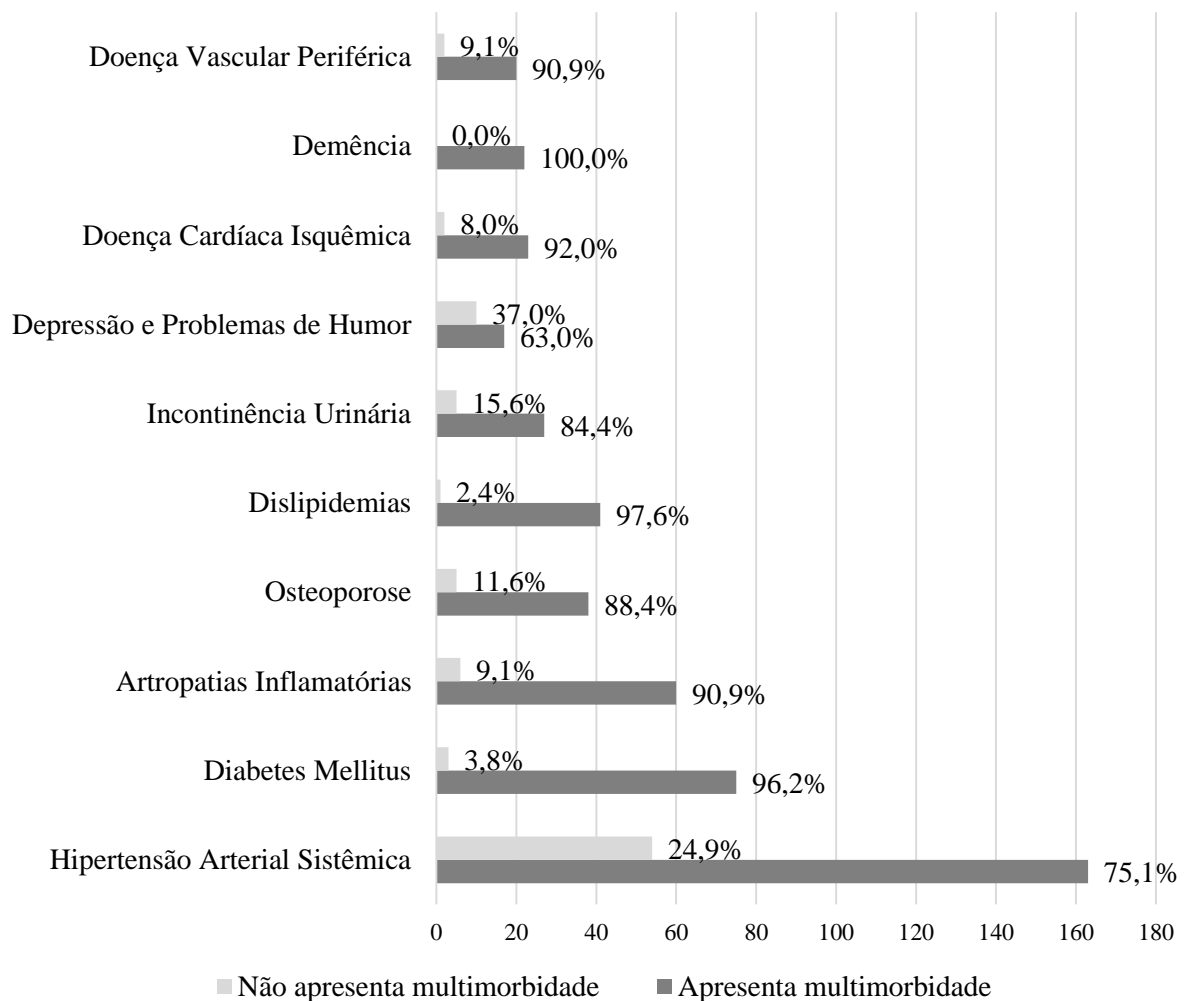
.. Teste Qui-quadrado de *Pearson*.

*Significância Estatística (p -valor < 0,05).

Ao observar os dados da Tabela 8, foi possível notar associação significativa entre a “multimorbidade” e as variáveis independentes dor crônica, acesso aos serviços de saúde nos últimos seis meses, tipo de serviço de saúde utilizado, necessidade de acompanhante, última consulta médica realizada. Assim, os dados deixam claro que os idosos que referiram dor crônica, que acessaram os serviços de saúde nos últimos seis meses, que procuram o hospital como primeira opção de serviço de saúde, que vão aos serviços de saúde com acompanhantes e os buscaram consulta médica no último ano apresentavam mais multimorbidade que a outra categoria presente na sua respectiva variável.

De modo a identificar a relação entre a multimorbidade e as morbidades autorreferidas por idosos residentes na zona rural acompanhados pela Estratégia Saúde da Família do município de Araçagi – PB, foi realizado uma análise estatística no intuito de demonstrar o quanto as principais morbidades autorreferidas contribuem para o quadro de multimorbidade nesse público. Os resultados estão apresentados na figura a seguir.

Figura 3 - Relação entre as morbidades autorreferidas e a multimorbidade em pessoas idosas residentes na zona rural acompanhadas pela Estratégia Saúde da Família. Araçagi – PB (360). 2022



Fonte: Dados da pesquisa, 2022.

A Figura 2 desvela a relação entre as morbidades mais autorreferidas e à multimorbidade. Ressalta-se que as porcentagens de cada doença correspondem apenas aos indivíduos que referiram ter a mesma, independente de apresentar multimorbidade. Nesse caso, a barra de cor escura representa os indivíduos que tem a morbidade indicada e apresentam multimorbidade. Já a barra de cor clara indica que os participantes têm apenas a doença correspondente, porém não apresentam multimorbidade.

No intuito de vislumbrar as variáveis que de fato contribuem com a prevalência da multimorbidade, foi realizada uma análise multivariada elaborada a partir da utilização da

regressão de *Poisson* selecionando apenas as variáveis que apresentaram *p*-valor inferior a 0,20 no teste de Qui-quadrado, utilizando o *software* STATA versão 14.0. Para isso, foi utilizada a modelagem *Backward stepwise selection* considerando significativo as variáveis com resultado de *p*-valor inferior a 0,05 como é possível constatar na Tabela 9 a seguir.

Tabela 9 – Associação entre as variáveis de exposição e à multimorbidade em pessoas idosas residentes na zona rural acompanhadas pela Estratégia Saúde da Família. Araçagi – PB (360). 2022

Variável	Categorias	Multimorbidade		RP (IC) (aj)#	<i>p</i> -valor (aj)#
		Sim	Não		
		n (%)			
Sexo	Feminino	134 (68,4)	62 (31,6)	1,164 (1,086 – 1,248)	<i>p</i> <0,001*
	Masculino	61 (37,2)	103 (62,8)		
Faixa etária	70 anos ou mais	137 (63,1)	80 (36,9)	1,079 (1,013 – 1,149)	<i>p</i> =0,018*
	60 a 69 anos	58 (40,6)	85 (59,4)		
Índice de Massa Corporal	>27,0 – Sobrepeso	86 (58,5)	61 (41,5)	1,190 (1,099 – 1,288)	<i>p</i> <0,001*
	22,0 – 27,0 - Peso adequado	80 (54,4)	67 (45,6)	0,993 (0,927 – 1,064)	<i>p</i> =0,861
	<22,0 - Baixo peso	12 (26,1)	34 (73,9)	1,0	
Acesso a água tratada	Sim	42 (62,7)	25 (37,3)	1,087 (1,003 – 1,177)	<i>p</i> =0,041*
	Não	153 (52,2)	140 (47,8)		
Histórico de tabagismo	Sim	112 (60,5)	73 (39,5)	1,099 (1,034 – 1,167)	<i>p</i> =0,002*
	Não	83 (47,4)	92 (52,6)		
Consumo de Alcool Atualmente	Não	185 (60,7)	120 (39,3)	1,134 (1,052 – 1,223)	<i>p</i> =0,001*
	Sim	10 (18,2)	45 (81,8)		
Dor crônica	Sim	65 (74,7)	22 (25,3)	1,176 (1,098 – 1,260)	<i>p</i> <0,001*
	Não	130 (47,6)	143 (52,4)		
Utilização de serv. de Saúde	Hospital	47 (68,1)	22 (31,9)	1,116 (1,033 – 1,208)	<i>p</i> =0,005*
	UBS	147 (50,9)	142 (49,1)		
Última consulta médica	Até um ano	182 (63,0)	107 (37,0)	1,192 (1,114 – 1,275)	<i>p</i> <0,001*
	Mais de um ano	13 (19,7)	53 (80,3)		

Fonte: Dados da pesquisa, 2022.

Legenda: RP (aj) = Razão de Prevalência ajustada; IC (aj) = Intervalo de Confiança ajustado;

Observação: O *Deviance goodness-of-fit* do teste para multimorbidade foi igual a 37.43057. A multicolineariedade foi avaliada utilizando o fator de inflação da variância (VIF) e obteve um valor inferior a 10 para a variável dependente mencionada;

#Regressão robusta de *Poisson*;

*Significância Estatística (*p*-valor < 0,05).

Os dados da Tabela 9 apontam associação significativa entre a variável desfecho (multimorbidade) e algumas variáveis independentes que de fato contribuem com essa condição

de saúde. Dessa forma, pode-se dizer que os idosos do sexo feminino, com 70 anos ou mais, com sobrepeso, que tem acesso a água tratada e encanada, com histórico de tabagismo, que não fazem uso de álcool atualmente, que referiram dor crônica, que procuram o hospital como primeira opção de serviço de saúde e os que buscaram consulta médica dentro do período de um ano apresentavam mais multimorbidade se comparado as demais categorias presentes nas suas respectivas variáveis.

5. 4 Prevalência e fatores associados ao declínio funcional dos participantes

No que diz respeito ao estado geral da capacidade funcional das pessoas idosas residentes em área rural, identificou-se que a maior parte dos idosos se apresentam independentes quanto as atividades básicas de vida diárias (Índice de *Katz*), 230 indivíduos (63,9%) (IC 95,0% = 58,8% - 68,7%). Contudo, vale ressaltar que o somatório de idosos que se apresentam parcialmente (leve ou moderado) dependentes (28,6%) ou dependentes (7,5%) foi elevado, 130 indivíduos (36,1%), o que requer um olhar mais ampliado a esses idosos, em especial, medidas que visem amenizar e melhorar a CF desse público.

Ao levar em consideração os dados descritivos quanto ao escore da atividade básica de vida diária, observa-se média de 0,74 (desvio-padrão \pm 1,427), mínimo e máximo (0,0 – 6,0), e quartil 25 e 75 (0,0 – 1,0), embora a maior parte dos idosos tenha se mostrado independentes neste quesito, a prevalência de pessoas idosas que apresentaram algum nível de dependência foi alta.

Quanto as atividades instrumentais de vida diárias (Escala de *Lawton and Brody*), o estudo mostrou que a maioria dos entrevistados, 135 indivíduos (37,5%) (IC 95,0% = 32,6% - 42,6%) foram considerados totalmente dependentes para determinadas atividades do dia a dia, 225 participantes (62,5%) apresentavam dependência parcial ou independentes. Dessa forma, pode-se dizer que os idosos da zona rural se apresenta com algum grau de dependência e, conseqüentemente, não consegue realizar alguma (s) atividade (s) de vida diária do seu cotidiano.

Os dados descritivos quanto ao escore da escala de *Lawton and Brody* revelaram por meio da média de 18,32 (desvio-padrão \pm 5,135), mediana (20,0), mínimo e máximo (9,0 – 27,0), e quartil 25 e 75 (14,0 – 22,0), que a maior parte dessas pessoas idosas apresenta algum nível de dependência ao que diz respeito quanto as atividades instrumentais de vida diária.

Entretanto, pode-se observar que os dados obtidos se aproximam do escore mínimo que caracteriza o idoso como dependente a esse tipo de atividade. Em outras palavras, este público apresenta um nível de dependência parcial elevado.

De modo a identificar a relação entre o Índice de *Katz* e as características sociodemográficas, econômicas, clínico-terapêuticas e os relacionados ao estilo de vida e condições de moradia de idosos residentes na zona rural acompanhados pela Estratégia Saúde da Família do município de Araçagi – PB, em que foram testadas hipóteses estatísticas que, por meio da análise estatística bivariada, possibilitou associação entre as variáveis independentes e dependente, de modo que o conjunto de variáveis explicam a variação desfecho entre os idosos. Os resultados estão apresentados nas tabelas a seguir.

Tabela 10 – Associação entre as variáveis sociodemográficas e econômicas e as Atividades Básicas de Vida Diária de pessoas idosas residentes na zona rural acompanhadas pela Estratégia Saúde da Família. Araçagi – PB (360). 2022

Variável	Categorias	Índice de <i>Katz</i>		RP (IC)**	p-valor**
		Dependente	Independente		
		n (%)			
Sexo	Masculino	60 (36,6)	104 (63,4)	1,024 (0,778 – 1,349)	p=0,951
	Feminino	70 (35,7)	126 (64,3)		
Faixa etária	80 anos ou mais	43 (54,4)	36 (45,6)	2,224 (1,565 – 3,161)	p<0,001*
	70 a 79 anos	52 (37,7)	86 (62,3)	1,540 (1,075 – 2,205)	p=0,024*
	60 a 69 anos	35 (24,5)	108 (75,5)	1,0	
Cor/Raça	Branca	46 (37,4)	77 (62,6)	1,054 (0,792 – 1,404)	p=0,807
	Negra	83 (35,5)	151 (64,5)		
Estado Civil	Casado/União consensual	56 (44,1)	71 (55,9)	1,388 (1,058 – 1,822)	p=0,027*
	Solteiro/Divorciado/Separado/Viúvo	74 (31,8)	159 (68,2)		
Religião	Evangélica	12 (37,5)	20 (62,5)	1,035 (0,647 – 1,657)	p=1,000
	Católica	117 (36,2)	206 (63,8)		
Alfabetização funcional	Não	92 (37,2)	155 (62,8)	1,108 (0,816 – 1,503)	p=0,586
	Sim	38 (33,6)	75 (66,4)		
Trabalho	Não	103 (45,0)	126 (55,0)	2,182 (1,514 – 3,145)	p<0,001*
	Sim	27 (20,6)	104 (79,4)		
Recebe aposentadoria	Sim	122 (36,6)	211 (63,4)	1,236 (0,680 – 2,249)	p=0,024*
	Não	08 (29,6)	19 (70,4)		

Fonte: Dados da pesquisa, 2022.

Legenda: RP = Razão de Prevalência; IC = Intervalo de Confiança;

.. Teste Qui-quadrado de *Pearson*;

*Significância Estatística (p -valor < 0,05).

Ao analisar os dados da Tabela 10, foi possível observar associação significativa entre o Índice de *Katz* e as algumas variáveis independentes, a saber: faixa etária, estado civil, trabalho e recebe aposentadoria. Isso implica dizer que pessoas com idade ≥ 70 anos, casadas ou que moram com cônjuge, que não trabalham e recebem aposentadoria apresentam maior declínio funcional para as atividades básicas de vida diária que as de até 69 anos, as que apresentam companheiro (a), as que trabalham e as que não são aposentadas.

Tabela 11 – Associação entre as variáveis comportamentais e as Atividades Básicas de Vida Diária de pessoas idosas residentes na zona rural acompanhadas pela Estratégia Saúde da Família. Araçagi – PB (360). 2022

Variável	Categorias	Índice de <i>Katz</i>		RP (IC) ..	<i>p</i> -valor ..
		Dependente	Independente		
		n (%)			
Índice de Massa Corporal	>27,0 – Sobrepeso	52 (35,4)	95 (64,6)	1,971 (0,902 – 2,936)	$p=0,122$
	22,0 – 27,0 - Peso adequado	49 (33,3)	98 (66,7)	1,533 (0,847 – 2,777)	$p=0,191$
	<22,0 - Baixo peso	10 (21,7)	38 (78,3)	1,0	
Prática Atividade física	Não	93 (41,2)	133 (58,8)	1,490 (1,087 – 2,910)	$p=0,013^*$
	Sim	37 (27,6)	97 (72,4)		
Acesso a água tratada	Sim	29 (43,3)	38 (56,7)	1,256 (0,915 – 1,723)	$p=0,225$
	Não	101 (34,5)	192 (65,2)		
Tabagismo	Não	112 (37,7)	185 (62,3)	1,320 (0,870 – 2,003)	$p=0,220$
	Sim	18 (28,6)	45 (71,4)		
Histórico de tabagismo	Sim	70 (37,8)	115 (62,2)	1,104 (0,837 – 1,454)	$p=0,554$
	Não	60 (34,3)	115 (65,7)		
Consumo de Álcool Atualmente	Não	119 (39,0)	186 (61,0)	1,951 (1,129 – 3,371)	$p=0,011^*$
	Sim	11 (20,0)	44 (80,0)		
Histórico de consumo de Álcool	Sim	56 (39,2)	87 (60,8)	1,148 (0,872 – 1,513)	$p=0,387$
	Não	74 (34,1)	143 (65,9)		

Fonte: Dados da pesquisa, 2022.

Legenda: RP = Razão de Prevalência; IC = Intervalo de Confiança;

.. Teste Qui-quadrado de *Pearson*;

*Significância Estatística (p -valor < 0,05).

Ao analisar os dados da Tabela 11, os resultados apontam que houve associação significativa entre o Índice de *Katz* e as variáveis prática de atividade física e consumo de álcool atualmente, ou seja, os indivíduos que não praticam atividade física e não consomem bebida

alcóolica apresentam maior declínio funcional para as atividades básicas de vida diária que as pessoas idosas que praticam algum tipo de atividade física e as que fazem uso de bebidas alcóolicas.

Tabela 12 – Associação entre as variáveis clínico-terapêuticas, os fatores relacionados ao acesso aos serviços de saúde e as Atividades Básicas de Vida Diária de pessoas idosas residentes na zona rural acompanhadas pela Estratégia Saúde da Família. Araçagi – PB (360). 2022

Variável	Categorias	Índice de Katz		RP (IC)**	p-valor**
		Dependente	Independente		
		n (%)			
Uso de medicamento	Sim	108 (40,9)	156 (59,1)	1,785 (1,203 – 2,648)	p=0,003*
	Não	22 (22,9)	74 (77,1)		
Polifarmácia	Sim	20 (64,5)	11 (35,5)	1,930 (1,426 – 2,611)	p=0,001*
	Não	110 (33,4)	219 (66,6)		
Histórico de queda	Sim	34 (43,6)	44 (56,4)	1,280 (0,948 – 1,729)	p=0,155
	Não	96 (34,0)	186 (66,0)		
Dor crônica	Sim	37 (42,5)	50 (57,5)	1,248 (0,930 – 1,676)	p=0,193
	Não	93 (34,1)	180 (65,9)		
Acesso aos serv. de Saúde em 6 meses	Sim	84 (39,4)	129 (60,6)	1,260 (0,941 – 1,687)	p=0,142
	Não	46 (31,3)	101 (68,7)		
Transporte para chegar ao serviço	Não	105 (40,5)	154 (59,5)	1,638 (1,131 – 2,373)	p=0,007*
	Sim	25 (24,8)	76 (75,2)		
Utilização de serv. de Saúde	Hospital	26 (37,7)	43 (62,3)	1,047 (0,745 – 1,471)	p=0,902
	UBS	104 (36,0)	185 (64,0)		
Acompanhante	Sim	106 (41,6)	149 (58,4)	1,819 (1,243 – 2,660)	p=0,001*
	Não	24 (22,9)	81 (77,1)		
Última consulta médica	Até um ano	115 (39,8)	174 (60,2)	1,751 (1,098 – 2,793)	p=0,014*
	Mais de um ano	15 (22,7)	51 (77,3)		
Internação no último ano	Sim	07 (70,0)	03 (30,0)	1,992 (1,296 – 3,062)	p=0,054
	Não	123 (35,1)	227 (64,9)		
Multimorbidade	Sim	90 (46,2)	105 (53,8)	1,904 (1,397 – 2,594)	p<0,001*
	Não	40 (24,2)	125 (75,8)		

Fonte: Dados da pesquisa, 2022.

Legenda: RP = Razão de Prevalência; IC = Intervalo de Confiança;

** Teste Qui-quadrado de Pearson;

*Significância Estatística (p-valor < 0,05).

Ao analisar os dados da Tabela 12, constatou-se associação significativa entre o Índice de *Katz* e algumas variáveis independente, a saber: uso de medicamentos, polifarmácia, ter transporte para ir ao serviço de saúde, ter acompanhante para ir aos serviços de saúde, última consulta médica e multimorbidade. Assim, os dados revelam que os indivíduos que fazem uso contínuo de algum medicamento, apresentar polifarmácia, não dispor de transporte para se locomover para os serviços de saúde, ir aos serviços de saúde com acompanhante, ter passado por consulta médica no último ano e apresentar multimorbidade apresentam maior declínio funcional em suas atividades básicas de vida diária que os indivíduos que se enquadraram em outra categoria em sua respectiva variável.

De modo a identificar a relação entre a Escala de *Lawton and Brody* e as características sociodemográficas, comportamentais, clínico-terapêuticas de idosos residentes na zona rural acompanhados pela Estratégia Saúde da Família do município de Araçagi – PB, em que foram testadas hipóteses estatísticas que, por meio da análise estatística bivariada, possibilitou associação entre as variáveis independentes e dependente, de modo que o conjunto de variáveis explicam a variação desfecho entre os idosos. Os resultados estão apresentados nas tabelas a seguir.

Tabela 13 – Associação entre as variáveis sociodemográficas e econômicas e as Atividades Instrumentais de Vida Diária de pessoas idosas residentes na zona rural acompanhadas pela Estratégia Saúde da Família. Araçagi – PB (360). 2022

Variável	Categorias	Escala de <i>Lawton and Brody</i>		RP (IC)**	p-valor**
		Dependente	Independente		
		n (%)			
Sexo	Masculino	64 (39,0)	100 (61,0)	1,077 (0,825 – 1,407)	p=0,662
	Feminino	71 (36,2)	125 (63,8)		
Faixa etária	80 anos ou mais	58 (73,4)	21 (26,6)	4,374 (2,967 – 6,450)	p<0,001*
	70 a 79 anos	53 (38,4)	85 (61,6)	2,288 (1,501 – 3,489)	p<0,001*
	60 a 69 anos	24 (16,8)	119 (83,2)	1,0	
Cor/Raça	Branca	53 (43,1)	70 (56,9)	1,245 (0,951 – 1,629)	p<0,145
	Negra	81 (34,6)	153 (65,4)		
Estado Civil	Casado/União consensual	58 (45,7)	69 (54,3)	1,382 (1,062 – 1,798)	p=0,024*
	Solteiro/Divorciado/Separado/Viúvo	77 (33,0)	156 (67,0)		
Religião	Católica	128 (39,0)	200 (61,0)	1,756 (0,856 – 3,602)	p=0,127
	Evangélica	06 (22,2)	21 (77,8)		

Alfabetização funcional	Não	109 (44,1)	138 (55,9)	1,918 (1,331 – 2,764)	$p < 0,001^*$
	Sim	26 (23,0)	87 (77,0)		
Trabalho	Não	107 (46,7)	122 (53,3)	2,186 (1,531 – 3,122)	$p < 0,001^*$
	Sim	28 (21,4)	103 (78,6)		
Recebe aposentadoria	Sim	132 (39,6)	201 (60,4)	3,568 (1,218 – 10,454)	$p = 0,006^*$
	Não	03 (11,1)	24 (88,9)		

Fonte: Dados da pesquisa, 2022.

Legenda: RP = Razão de Prevalência; IC = Intervalo de Confiança;

.. Teste Qui-quadrado de *Pearson*;

*Significância Estatística (p -valor $< 0,05$).

Ao analisar os dados da Tabela 13, foi possível observar associação significativa entre a Escala de *Lawton and Brody* e algumas variáveis independentes: faixa etária, estado civil, alfabetização funcional, trabalho e recebe aposentadoria. Desse modo, os dados apontam que os idosos que apresentavam idade ≥ 70 anos, que eram casados ou se encontravam em união consensual, as analfabetas funcionais, as que não trabalhavam e as que recebiam aposentadoria apresentavam maior declínio para as atividades instrumentais de vida diária que os idosos mais jovens, solitários, que apresentavam um nível educacional mais elevado, que trabalhavam e que não eram aposentadas.

Tabela 14 – Associação entre as variáveis comportamentais e as Atividades Instrumentais de Vida Diária de pessoas idosas residentes na zona rural acompanhadas pela Estratégia Saúde da Família. Araçagi – PB (360). 2022

Variável	Categorias	Escala de <i>Lawton and Brody</i>		RP (IC) ^{..}	p -valor ^{..}
		Dependente	Independente		
n (%)					
Índice de Massa Corporal	>27,0 – Sobrepeso	44 (29,9)	103 (70,1)	0,918 (0,566 – 1,489)	$p = 0,872$
	22,0 – 27,0 - Peso adequado	56 (38,1)	91 (61,9)	1,168 (0,735 – 1,858)	$p = 0,618$
	<22,0 - Baixo peso	15 (32,6)	31 (67,4)	1,0	
Prática Atividade física	Não	103 (45,6)	123 (54,4)	1,908 (1,366 – 2,666)	$p < 0,001^*$
	Sim	32 (23,9)	102 (76,1)		
Acesso a água tratada	Sim	26 (38,8)	41 (61,2)	1,043 (0,746 – 1,459)	$p = 0,916$
	Não	109 (37,2)	184 (62,8)		
Tabagismo	Não	113 (38,0)	184 (62,0)	1,090 (0,755 – 1,573)	$p = 0,747$
	Sim	22 (34,9)	41 (65,1)		
Histórico de tabagismo	Sim	70 (37,8)	115 (62,2)	1,019 (0,780 – 1,330)	$p = 0,978$
	Não	65 (37,1)	110 (62,9)		

Consumo de Álcool Atualmente	Não	124 (40,7)	181 (59,3)	2,033 (1,178 – 3,508)	$p=0,006^*$
	Sim	11 (20,0)	44 (80,0)		
Histórico de consumo de Álcool	Sim	62 (43,4)	81 (56,6)	1,289 (0,989 – 1,679)	$p=0,080$
	Não	73 (33,6)	144 (66,4)		

Fonte: Dados da pesquisa, 2022.

Legenda: RP = Razão de Prevalência; IC = Intervalo de Confiança;

.. Teste Qui-quadrado de *Pearson*;

*Significância Estatística (p -valor < 0,05).

Ao analisar os dados da Tabela 14, observou-se que os idosos que não praticavam atividade física e que não consumiam álcool apresentavam maior declínio para as atividades instrumentais de vida diária que as que praticavam algum tipo de atividade física e as que faziam uso de bebida alcóolica.

Tabela 15 – Associação entre as variáveis clínico-terapêuticas e as Atividades Instrumentais de Vida Diária de pessoas idosas residentes na zona rural acompanhadas pela Estratégia Saúde da Família. Araçagi – PB (360). 2022

Variável	Categorias	Escala de <i>Lawton and Brody</i>		RP (IC)**	p -valor**
		Dependente	Independente		
		n (%)			
Uso de medicamento	Sim	112 (42,4)	152 (57,6)	1,771 (1,207 – 2,597)	$p=0,002^*$
	Não	23 (24,0)	73 (76,0)		
Polifarmácia	Sim	14 (45,2)	17 (54,8)	1,228 (0,813 – 1,856)	$p=0,467$
	Não	121 (36,8)	208 (63,2)		
Histórico de queda	Sim	39 (50,0)	39 (50,0)	1,469 (1,116 – 1,934)	$p=0,015^*$
	Não	96 (34,0)	186 (66,0)		
Dor crônica	Sim	35 (40,2)	52 (59,8)	1,098 (0,814 – 1,482)	$p=0,633$
	Não	100 (36,6)	173 (63,4)		
Acesso aos serv. de Saúde em 6 meses	Sim	87 (40,8)	126 (59,2)	1,251 (0,943 – 1,660)	$p=0,142$
	Não	48 (32,7)	99 (67,3)		
Transporte para chegar ao serviço	Não	111 (42,9)	148 (57,1)	1,804 (1,238 – 2,628)	$p=0,001^*$
	Sim	24 (23,8)	77 (76,2)		
Utilização de serv. de Saúde	Hospital	33 (47,8)	36 (52,2)	1,368 (1,022 – 1,833)	$p=0,065$
	UBS	101 (34,9)	188 (65,1)		
Acompanhante	Sim	129 (50,6)	126 (49,4)	8,853 (4,032 – 19,436)	$p<0,001^*$
	Não	06 (5,7)	99 (94,3)		
Última consulta médica	Até um ano	113 (39,1)	176 (60,9)	1,173 (0,810 – 1,699)	$p=0,465$
	Mais de um ano	22 (33,3)	44 (66,7)		
	Sim	07 (70,0)	03 (30,0)		

Interação no último ano	Não	128 (36,6)	222 (63,4)		
Multimorbidade	Sim	93 (47,7)	102 (52,3)	1,874 (1,389 – 2,528)	$p < 0,001^*$
	Não	42 (25,5)	123 (74,5)		

Fonte: Dados da pesquisa, 2022.

Legenda: RP = Razão de Prevalência; IC = Intervalo de Confiança;

.. Teste Qui-quadrado de *Pearson*;

*Significância Estatística (p -valor $< 0,05$).

Os dados da Tabela 15 apontam associação significativa entre a Escala de *Lawton and Brody* e as variáveis independentes: uso de medicamentos, polifarmácia, ter transporte para se deslocar aos serviços de saúde, ter acompanhante e apresentar multimorbidade. Assim, pode-se dizer que os indivíduos entrevistados que referiram fazer uso contínuo de medicamento, que apresentavam polifarmácia, os que não apresentavam transporte para ir aos serviços de saúde, os que iam aos serviços de saúde acompanhados e os que apresentavam multimorbidade apresentavam maior declínio em suas atividades instrumentais de vida diária que as que se enquadravam na outra categoria em sua respectiva variável.

As tabelas 16 e 17 apontam a relação entre as condições crônicas autorreferidas pelas pessoas idosas do estudo e sua funcionalidade como pode ser observado a seguir.

Tabela 16 – Associação entre as morbidades autorreferidas e as Atividades Básicas de Vida Diária em pessoas idosas residentes na zona rural acompanhadas pela Estratégia Saúde da Família. Araçagi – PB (360). 2022

Variável	Categorias	Índice de Katz		RP (IC)''	p-valor''
		Dependente	Independente		
		n (%)			
Diabetes	Sim	36 (46,2)	42 (53,8)	1,714 (1,035 – 1,852)	$p=0,051$
	Não	94 (33,3)	188 (66,7)		
Doença Cardíaca Isquêmica	Sim	14 (56,0)	11 (44,0)	1,617 (1,109 – 2,359)	$p=0,054$
	Não	116 (34,6)	219 (65,4)		
Hipertensão Arterial Sistêmica	Sim	89 (41,0)	128 (59,0)	1,430 (1,056 – 1,938)	$p=0,023^*$
	Não	41 (28,7)	102 (71,3)		
Osteoporose	Sim	21 (48,8)	22 (51,2)	1,420 (1,009 – 1,999)	$p=0,093$
	Não	109 (34,4)	208 (65,6)		
Artropatias inflamatórias	Sim	25 (37,9)	41 (62,1)	1,061 (0,751 – 1,497)	$p=0,850$
	Não	105 (35,7)	189 (64,3)		
Dislipidemia	Sim	16 (38,1)	26 (61,9)	1,063 (0,703 – 1,605)	$p=0,909$

	Não	114 (35,8)	204 (64,2)		
Doença Vascular Periférica	Sim	08 (36,4)	14 (63,6)	1,007 (0,569 – 1,783)	$p=1,000$
	Não	122 (36,1)	216 (63,9)		
Arritmia Cardíaca	Sim	09 (60,0)	06 (40,0)	1,711 (1,105 – 2,649)	$p=0,090$
	Não	121 (35,1)	224 (64,9)		
TOTAL		360 (100,0)			

Fonte: Dados da pesquisa, 2022.

Legenda: RP = Razão de Prevalência; IC = Intervalo de Confiança;

“ Teste Qui-quadrado de *Pearson*;

*Significância Estatística (p -valor < 0,05).

A Tabela 16 aponta que apenas os indivíduos que referiram Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) apresentaram associação estatística com as atividades básicas de vida diária, ou seja, os indivíduos com HAS tinham mais multimorbidade do que os que não eram acometidos por este agravo a saúde.

De modo a identificar a relação entre a Escala de *Lawton and Brody* e as morbidades autorreferidas por idosos residentes da zona rural acompanhados pela Estratégia Saúde da Família do município de Araçagi – PB, que, por meio da análise estatística bivariada, possibilitou identificar associação entre as variáveis independentes e dependente, de modo que o conjunto de variáveis explicam a variação desfecho entre os idosos. Os resultados estão apresentados na tabela a seguir.

Tabela 17 – Associação entre as morbidades autorreferidas e as Atividades Instrumentais de Vida Diária em pessoas idosas residentes na zona rural acompanhadas pela Estratégia Saúde da Família. Araçagi – PB (360). 2022

Variável	Categorias	Escala de <i>Lawton and Brody</i>		RP (IC)“	p -valor“
		Dependente	Independente		
		n (%)			
Diabetes	Sim	35 (44,9)	43 (55,1)	1,265 (0,945 – 1,695)	$p=0,165$
	Não	100 (35,5)	182 (64,5)		
Doença Cardíaca Isquêmica	Sim	16 (64,0)	09 (36,0)	1,802 (1,299 – 2,500)	$p=0,009^*$
	Não	119 (35,5)	216 (64,5)		
Depressão e problemas de humor	Sim	13 (48,1)	14 (51,9)	1,314 (0,867 – 1,992)	$p=0,326$
	Não	122 (36,6)	211 (63,4)		

Hipertensão Arterial Sistêmica	Sim	95 (43,8)	122 (56,2)	1,565 (1,156 – 2,119)	$p=0,003^*$
	Não	40 (28,0)	103 (72,0)		
Osteoporose	Sim	18 (41,9)	25 (58,1)	1,134 (0,775 – 1,659)	$p=0,644$
	Não	117 (36,9)	200 (63,1)		
Incontinência Urinária	Sim	22 (68,8)	10 (31,3)	1,996 (1,512 – 2,633)	$p<0,001^*$
	Não	113 (34,5)	215 (65,5)		
Dislipidemia	Sim	17 (40,5)	25 (59,5)	1,091 (0,736 – 1,617)	$p=0,799$
	Não	118 (37,1)	200 (62,9)		
Demência	Sim	18 (81,8)	04 (18,2)	2,364 (1,849 – 3,021)	$p<0,001^*$
	Não	117 (34,6)	221 (65,4)		
Arritmia Cardíaca	Sim	08 (53,3)	07 (46,7)	1,449 (0,885 – 2,372)	$p=0,307$
	Não	127 (36,8)	218 (63,2)		
TOTAL		360 (100,0)			

Fonte: Dados da pesquisa, 2022.

Legenda: RP = Razão de Prevalência; IC = Intervalo de Confiança;

.. Teste Qui-quadrado de *Pearson*;

*Significância Estatística (p -valor < 0,05).

Ao analisar os dados da Tabela 17, foi possível observar associação significativa entre a variável dependente (Escala de *Lawton and Brody*) e algumas variáveis independentes, a saber: Doença Cardíaca Isquêmica, Hipertensão Arterial Sistêmica, Insuficiência Cardíaca, Incontinência Urinária e Demência, ou seja, quem apresentam essas morbidades apresentam maior declínio da funcionalidade nas atividades instrumentais de vida diária.

No intuito de vislumbrar as variáveis que de fato contribuem com a prevalência do declínio funcional nos participantes, foi realizada uma análise multivariada elaborada a partir da utilização da regressão de *Poisson* selecionando apenas as variáveis que apresentaram p -valor inferior a 0,20 no teste de Qui-quadrado, utilizando o *software* STATA versão 14.0. Para isso, foi utilizada a modelagem *Backward stepwise selection* considerando significativo as variáveis com resultado de p -valor inferior a 0,05 como é possível constatar nas Tabelas 18 e 19 a seguir.

Tabela 18 – Associação entre as variáveis de exposição e as Atividades Básicas de Vida Diária em pessoas idosas residentes na zona rural acompanhadas pela Estratégia Saúde da Família. Araçagi – PB (360). 2022

Variável	Categorias	Índice de Katz	RP (IC) (aj)#
----------	------------	----------------	---------------

95

FATORES ASSOCIADOS À MULTIMORBIDADE E FUNCIONALIDADE EM PESSOAS IDOSAS DA ZONA RURAL: UM ESTUDO DE BASE POPULACIONAL BASEADO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

		Dependente Independente		p-valor (aj)#	
		n (%)			
Faixa etária	80 anos ou mais	43 (54,4)	36 (45,6)	1,166 (1,061 – 1,282)	$p=0,001^*$
	70 a 79 anos	52 (37,7)	86 (62,3)	1,068 (0,985 – 1,159)	$p=0,108$
	60 a 69 anos	35 (24,5)	108 (75,5)	1,0	
Trabalho	Não	103 (45,0)	126 (55,0)	1,275 (1,097 – 1,483)	$p=0,002^*$
	Sim	27 (20,6)	104 (79,4)		
Polifarmácia	Sim	20 (64,5)	11 (35,5)	1,750 (1,096 – 2,792)	$p=0,019^*$
	Não	110 (33,4)	219 (66,6)		
Transporte para chegar ao serviço	Não	105 (40,5)	154 (59,5)	1,176 (1,017 – 1,359)	$p=0,028^*$
	Sim	25 (24,8)	76 (75,2)		

Fonte: Dados da pesquisa, 2022.

Legenda: RP (aj) = Razão de Prevalência ajustada; IC (aj) = Intervalo de Confiança ajustado;

Observação: O *Deviance goodness-of-fit* do teste para o Índice de Katz foi de 189.1661. A multicolineariedade foi avaliada utilizando o fator de inflação da variância (VIF) e obteve um valor inferior a 10 para a variável dependente mencionada;

#Regressão robusta de *Poisson*;

*Significância Estatística (p -valor < 0,05).

Ao analisar os dados da Tabela 18, constatou-se associação significativa entre a variável dependente (Índice de Katz) e algumas variáveis independentes dentre elas: faixa etária, trabalho, polifarmácia e transporte para se deslocar ao serviço de saúde. Essa informação aponta que idosos mais envelhecidos, que não trabalham, que apresentam polifarmácia e que não tem transporte para ir ao serviço de saúde apresentam maior declínio funcional para as atividades básicas de vida diária se comparado aos idosos mais jovens, que exerciam atividade laboral, que não tinham polifarmácia e as que tinham transporte para se locomover até o serviço de saúde.

Abaixo, na Tabela 19, se encontram os dados os dados referentes a análise multivariada entre a Escala de *Lawton and Brody* e as variáveis sociodemográficas, comportamentais e clínico-terapêuticas, de modo a identificar quais variáveis de fato contribuem para o declínio das atividades instrumentais de vida diária.

Tabela 19 – Associação entre as variáveis de exposição e as Atividades Instrumentais de Vida Diária em pessoas idosas residentes na zona rural acompanhadas pela Estratégia Saúde da Família. Araçagi – PB (360). 2022

Variável	Categorias	Escala de <i>Lawton and Brody</i>		RP (IC) (aj)#	p-valor (aj)#
		Dependente	Independente		
n (%)					

Faixa etária	80 anos ou mais	58 (73,4)	21 (26,6)	2,172 (1,526 – 3,091)	$p < 0,001^*$
	70 a 79 anos	53 (38,4)	85 (61,6)	2,435 (1,716 – 3,457)	$p < 0,001^*$
	60 a 69 anos	24 (16,8)	119 (83,2)	1,0	
Alfabetização funcional	Não	109 (44,1)	138 (55,9)	1,168 (1,027 – 1,330)	$p = 0,018^*$
	Sim	26 (23,0)	87 (77,0)		
Prática Atividade física	Não	103 (45,6)	123 (54,4)	1,202 (1,054 – 1,371)	$p = 0,006^*$
	Sim	32 (23,9)	102 (76,1)		
Acompanhante	Sim	129 (50,6)	126 (49,4)	1,578 (1,392 – 1,789)	$p < 0,001^*$
	Não	06 (5,7)	99 (94,3)		
Doença Cardíaca Isquêmica	Sim	16 (64,0)	09 (36,0)	1,662 (1,061 – 2,603)	$p = 0,026^*$
	Não	119 (35,5)	216 (64,5)		
Incontinência Urinária	Sim	22 (68,8)	10 (31,3)	1,682 (1,148 – 2,464)	$p = 0,008^*$
	Não	113 (34,5)	215 (65,5)		
Demência	Sim	18 (81,8)	04 (18,2)	2,761 (1,301 – 5,859)	$p = 0,008^*$
	Não	117 (34,6)	221 (65,4)		

Fonte: Dados da pesquisa, 2022.

Legenda: RP (aj) = Razão de Prevalência ajustada; IC (aj) = Intervalo de Confiança ajustado;

Observação: O *Deviance goodness-of-fit* do teste para a escala de *Lawton and Brody* foi de 152.1825. A multicolinearidade foi avaliada utilizando o fator de inflação da variância (VIF) e obteve um valor inferior a 10 para a variável dependente mencionada;

#Regressão robusta de *Poisson*;

*Significância Estatística (p -valor $< 0,05$).

Os dados apresentados na Tabela 10, revelam que as variáveis faixa etária, alfabetização funcional, pratica atividade física, acompanhante, doença cardíaca isquêmica, incontinência urinária e demência tem associação com o declínio das atividades instrumentais de vida diária, ou seja, indivíduos mais velhos, analfabetos funcionais, não praticar atividade física, necessitar de acompanhante para ir aos serviços de saúde e apresentar demência, incontinência urinária e doença cardíaca isquêmica possuem declínio da funcional para as atividades instrumentais de vida diária.

6 DISCUSSÃO

As discussões referentes ao estudo se encontram apresentadas separadamente para facilitar a compreensão sobre os assuntos em tela.

6.1 Multimorbidade: revisão de escopo

A revisão em tela procurou identificar o que há na literatura acerca da multimorbidade em pessoas idosas residentes em área rural por meio de uma revisão de escopo. Para tal propósito, o estudo buscou incluir os mais diversos tipos de estudos que abordassem a temática, desde que se enquadrassem com os critérios de inclusão previamente estabelecidos.

Segundo Jiao *et al.*, (2020), à multimorbidade foi apontada como um problema de saúde na zona rural. Estudo realizado com pessoas idosas do município de Pelotas refere que o acúmulo de doenças durante o envelhecimento é entendido como um problema de saúde pública de alta prevalência e que o mesmo acarreta grandes consequências a saúde desse público em específico (SANTOS *et al.*, 2019).

Alguns estudos revelaram que as pessoas idosas da zona rural coque apresentam multimorbidade se mostraram mais propensos a apresentarem distúrbios psicológicos (YANG *et al.*, 2021; JING *et al.*, 2021; JIAO *et al.*, 2020; ODLAND *et al.*, 2020; CHENG *et al.*, 2020). O estudo de Jing *et al.* (2021), ainda apontou que esses indivíduos se mostraram mais propensas a apresentarem maior ideação e planos suicidas. Dessa forma, destaca-se que as políticas públicas de suporte a saúde mental de forma contínua se mostram necessárias para prevenir doenças como a depressão em pessoas idosas que apresentam múltiplas condições de saúde, de modo a preservar a funcionalidade desse público e diminuir o risco de surgimento de ideação suicida (ALMEIDA, 2020).

Estudo realizado com pessoas idosas na área rural da China apontou que indivíduos que apresentavam multimorbidade se mostravam mais propensos a dor/desconforto e pior qualidade de vida (SHE *et al.*, 2019). Pesquisa realizada no estado do Acre revelou em seus resultados que encontrou associação entre a multimorbidade e scores mais baixos acerca da qualidade de vida em pessoas idosas, ou seja, quem apresentava múltiplas condições crônicas se encontrava com maiores chances de demonstrar uma pior qualidade de vida. A multimorbidade é vista

como um problema de saúde que impacta de forma negativa a qualidade de vida do indivíduo, uma vez que estes acabam tendo que se adequar as novas rotinas em decorrência das doenças, o que reflete na diminuição da qualidade de vida deste público (AMARAL *et al.*, 2018).

A multimorbidade também foi apontada como um fator que contribui para uma pior autoavaliação da saúde em idosos da zona rural na América (JOHN; KERBY; HENNESSY, 2003). Estudo realizado na região norte do país apontou que idosos com multimorbidade tinham maiores chances de apresentar uma autoavaliação negativa sobre sua saúde. Assim, a presença de multimorbidade reflete em problemas sociais, físicas e mentais, impactando diretamente na autoavaliação da saúde (USNAYO *et al.*, 2021).

O estudo de Kshatri *et al.*, (2020a) apontou que as pessoas idosas que residiam em área rural e que apresentavam multimorbidade se apresentavam mais frágeis ou com risco de fragilidade se comparado as pessoas consideradas robustas, indo de encontro com os achados do estudo de Banjare e Pradhan (2014) ao revelar que as pessoas dependentes de terceiros apresentavam maior prevalência de multimorbidade. Segundo Gusmão *et al.* (2022), a fragilidade se mostrou associada à multimorbidade nesse público e está relacionada ao processo do envelhecimento no qual essa condição de saúde se apresenta como um estado fisiológico de vulnerabilidade, que leva a diminuição das reservas energéticas do organismo e dependência para realizar as atividades, o que sugere haver uma associação bidirecional entre a fragilidade e à multimorbidade nesses idosos.

Para além, alguns estudos classificam a multimorbidade em padrões como pode ser visto nos artigos de She *et al.* (2019), Wang *et al.* (2015), John, Kerby e Hennessy (2003), sendo os mais prevalentes os distúrbios cardiovasculares, degenerativos, metabólicos e comprometimento cognitivo/doenças cerebrovasculares. Em seu estudo, Schmidt *et al.* (2020) fala que existem vários tipos de classificações acerca dos padrões de multimorbidade, dentre estes o cardiopulmonar que trata daquelas condições que remetem a desfechos cardiovasculares, o vascular-metabólico que se apresenta como síndromes metabólicas e o mental-musculoesquelético que está relacionado aos transtornos psicossociais e articulares, no qual o vascular-metabólico e o mental-musculoesquelético se apresentaram mais prevalentes.

Ao levar em consideração que alguns fatores contribuem para o acometimento pela multimorbidade, os estudos selecionados apontaram alguns fatores associados à

multimorbidade, a saber: idade avançada, ser do sexo feminino, residir em área rural, ter histórico de tabagismo, fumar atualmente, fazer uso de bebida alcoólica, possuir plano de saúde, situação de trabalho, utilizar os serviços de saúde, ter histórico familiar de DCNT, ter poucos bens domésticos, pertencer as minorias étnicas, apresentar status civil de solteiro/divorciado e apresentar melhor condição econômica. Ademais, um estudo apontou que ter um maior nível de escolaridade também se mostrou com fator associado à multimorbidade em idosos da zona rural, divergindo de outro estudo que apontou o contrário, ou seja, menor nível de escolaridade como fator associado (MA; HE; XU, 2020; SHE *et al.*, 2019; HA *et al.*, 2015; KSHATRI *et al.*, 2020b; LI *et al.*, 2020; ODLAND *et al.*, 2020; BANJARE; PRADHAN, 2014).

Dentre os estudos selecionados para a revisão, grande parte destes apontou que o sexo feminino foi associado à multimorbidade como mostram os resultados. Esse fato pode ser explicado devido as mulheres apresentarem uma expectativa de vida maior se comparado com o público masculino. Outros apontamentos é de que o público feminino procura mais os serviços de saúde, o que permite um diagnóstico de saúde de forma precoce, bem como o aspecto biológico em decorrência do período pós-menopausa, visto que as mulheres apresentam uma diminuição nas taxas de estrogênio, deixando estas mais vulneráveis (GUSMÃO *et al.*, 2022).

Alguns dos estudos selecionados trouxeram a idade avançada como um fator associado a multimorbidade em pessoas idosas da zona rural. Estudo apontou que as pessoas idosas com idades mais avançadas, ou seja, aqueles idosos mais velhos, por sentirem mais os impactos ocasionados pelo processo de envelhecimento, tendem a apresentar um maior número de condições crônicas, em outras palavras, estes têm mais multimorbidades (MELO; LIMA, 2020). Ainda corroborando, outro estudo revelou que pessoas longevas apresentam maiores chances de ter multimorbidade, pois estes acabam sofrendo maiores impactos fisiológicos, bioquímicos, morfológicos e psicológicos que ocorrem durante o envelhecimento, o que os deixam mais vulneráveis ao acometimento por doenças (LEITE *et al.*, 2019).

Três dos estudos selecionados apontaram o consumo de bebida alcoólica como um fator associado à multimorbidade em idosos residentes em área rural. Estudo realizado na Botswana, África, revelou que o consumo de álcool foi associado à multimorbidade, no qual as pessoas que faziam o consumo de bebidas alcoólicas tinham maior probabilidade de ter esse agravo em

comparação aos que não consumiam o álcool (KEETILE; NAVANEETHAM; LETAMO, 2020).

Resultado diferente foi encontrado em estudo realizado no Nepal com idosos da zona rural no qual apontou que os participantes sem histórico de consumo de álcool tinham 50% de chances maiores em apresentar multimorbidade se comparado àqueles com histórico. Tal fato pode estar associado ao viés de conveniência social na hora da resposta, ou as pessoas com multimorbidade pararam de beber em decorrência dessa condição e omitiu o seu uso anteriormente ou os idosos não faziam uso de bebida alcóolica devido a baixa condição financeira para comprar esse tipo de produto, ou seja, quem apresentavam uma melhor condição socioeconômica podiam consumir álcool e tinham mais acesso aos serviços de saúde (YADAV *et al.*, 2021).

Alguns dos estudo selecionados referiram que residir em área rural seria um fator associado a multimorbidade em idosos. Revisão da literatura apontou que há uma forte associação entre residir em área rural e multimorbidade no público idoso, remetendo isso ao fato da baixa oferta de serviços de saúde nessas áreas, pouca informação nesses ambientes, refletindo em baixa adesão aos hábitos saudáveis de vida e, conseqüentemente, menos prevenção ao acúmulo de condições crônicas de saúde (MELO *et al.*, 2019).

Em outra perspectiva, estudo longitudinal realizado na Índia apontou que a multimorbidade nesse público é maior na área urbana devido ao maior acesso aos serviços de saúde, o que leva ao diagnóstico mais rápido, refletindo em uma maior prevalência de multimorbidade nesse público (CHAUHAN *et al.*, 2022). Outro estudo realizado na região sul da Europa em que apontou que residir na área rural foi significativamente associado a uma menor propabilidade de apresentar multimorbidade, podendo ser explicado pelo fato de seu contexto ambiental e sociocultural diferente do encontrado na zona urbana (FOGUET-BOREU *et al.*, 2014). Uma outra possível explicação para a multimorbidade em área rural ser menor é de que os indivíduos que moram nesses locais acabam desistindo de realizar exames físicos e ambulatoriais em decorrência da localização se comparado aos da zona urbana, o que pode refletir em uma menor probabilidade desse idoso rural receber o diagnóstico quanto as morbidades que possui (YAO *et al.*, 2020).

Dois dos estudos selecionados trazem o hábito de fumar como um fator associado a multimorbidade na população idosa rural. Corroborando com essas informações, estudo

apontou associação entre o hábito de fumar e a multimorbidade em idosos, no qual essa associação pode ser explicada pelo fato do tabaco competir com os nutrientes no organismo do indivíduo, sendo o tabagismo um dos principais fatores de risco para o acometimento por condições crônicas (MELO *et al.*, 2019).

Apresentar melhor condição econômica foi apontada como um fator associado a multimorbidade neste público. Estudo realizado no Brasil, traz a renda mensal como um fator associado à multimorbidade, no qual o idoso que possui uma renda menor, apresenta maior prevalência de multimorbidade. Assim, a baixa condição socioeconômica gera um desconforto no convívio sociofamiliar, o que leva a diminuição da autonomia, refletindo em maiores chances de acometimento por condições crônicas (BARRETO-SANTOS *et al.*, 2019).

Dentre os fatores associados a multimorbidade em pessoas idosas da zona rural encontrados nos estudos, menor nível de escolaridade foi elencado entre eles. Pesquisa apontou maior prevalência de multimorbidade em pessoas idosas com baixo nível educacional se comparado aos com maior nível. Essa informação pode ser justificada pelo fato de que um baixo nível de educação reflete em menor procura por conhecimento e informação sobre estilo de vida saudável e promoção da saúde, o que leva ao acúmulo de doenças nesses indivíduos (MELO; LIMA, 2020).

A utilização dos serviços de saúde também foi apresentada como um fator associado à multimorbidade. Segundo Gusmão *et al.* (2022), quem apresenta um maior quantitativo de doenças acaba procurando os serviços de saúde com mais constância e em períodos mais curtos. Contudo, sabe-se que as dificuldades encontradas para se ter acesso aos serviços de saúde podem levar também a não procura por esses serviços, o que reflete em possíveis subnotificações de casos no qual nem mesmo os idosos sabem que tem alguma morbidade.

Resultado semelhante foi encontrado em um estudo no Nepal no qual os idosos que moravam na zona rural e fazia parte de um grupo étnico minoritário específico eram mais propensos a apresentar multimorbidade se comparado aos que pertenciam aos demais grupos neste país. Devido a discriminação que os grupos minoritários sofrem da sociedade, estes acabam sendo marginalizados e apresentando menores níveis de educação, status socioeconômico e taxa de emprego, refletindo assim em maior risco de serem acometidos por algum agravo a saúde (YADAV *et al.*, 2021).

Ao considerar que as pessoas idosas apresentam variados tipos de doenças, os estudos revelaram as condições crônicas mais prevalentes foram a HAS, as artropatias inflamatórias, a Diabetes *Mellitus*, dislipidemia, transtornos depressivos, arritmia, dificuldade para enxergar, problemas de audição e DPOC, da mais prevalente para a menos, respectivamente (MA; HE; XU, 2020; SHE *et al.*, 2019; KSHATRI *et al.*, 2020b; LI *et al.*, 2020; WANG *et al.*, 2015; JOHN; KERBY; HENNESSY, 2003; BANJARE; PRADHAN, 2014). Estudo realizado na Índia apontou a Hipertensão como a condição de saúde mais prevalentes entre os participantes, seguida da lombalgia, diabetes *mellitus* e artrite, sendo a HAS e a DM as condições que mais apareceram juntas (GUPTA *et al.*, 2022).

Sabe-se que à multimorbidade é entendida de diversas formas por parte da literatura. Assim, alguns estudos trazem a prevalência desse agravo segundo sua classificação quanto a quantidade de doenças, sejam díades, tríades, quatro ou mais, sendo o mais recorrente as díades uma vez que ela antecede as demais (KSHATRI *et al.*, 2020a; KSHATRI *et al.*, 2020b).

6.2 Multimorbidade: estudo transversal

Após compilar as informações acerca das morbidades autorreferidas, o estudo em tela identificou alta prevalência multimorbidade nos idosos residentes da ZR e seus fatores associados. Até o momento, não foi identificado outro estudo que abordasse à multimorbidade em idosos exclusivamente da ZR na região Nordeste.

Mediante a investigação quanto a quantidade de morbidades que os idosos autorreferiram e ao levar em consideração a média e a mediana encontrada, os dados descritivos corroboram com a classificação quanto a ocorrência de multimorbidade, uma vez que, a média encontrada foi de 1,825, a mediana dois, máximo seis e desvio-padrão de 1,398.

A multimorbidade também foi investigada no estudo de Melo e Lima (2020), identificando uma prevalência de 53,1% de multimorbidade em idosos no Brasil a partir da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), o que converge com os resultados elencados no presente estudo. Contudo, por mais que os dados sejam semelhantes, deve-se levar em consideração o viés de sobrevivência, uma vez que, possivelmente as pessoas com maiores problemas de saúde teriam ido a óbito, o que reflete a não inclusão desses indivíduos (PEREIRA *et al.*, 2020).

Outra justificativa é de que possíveis idosos que poderiam vir a compor a amostra do estudo devido a sua condição de saúde, precisaram se mudar para a ZU pelo fato de lá apresentar melhores recursos e maior acesso aos SS, lazer e comunicação, refletindo na não participação destes (CAMPOS *et al.*, 2020).

Resultados semelhantes também foram encontrados em estudos realizados com idosos da ZR em outros países no qual a maioria dos participantes apresentavam multimorbidade como a China (83,8%) (SHE *et al.*, 2019) que tinha relação com a baixa QV relacionada à saúde e alta dependência para as atividades de vida diária, Índia (57,0%) (BANJARE; PRADJHAN, 2014) e América (57,0%) (JOHN; KERBY; HENNESSY, 2003). Alguns fatores contribuem para esse desfecho como aponta a literatura: sexo feminino (ODLAND *et al.*, 2020; MELO; LIMA, 2020), idade avançada (BANJARE; PRADJHAN, 2014; ODLAND *et al.*, 2020), melhor situação econômica (ODLAND *et al.*, 2020), baixa escolaridade (MELO; LIMA, 2020), não fumar (MELO; LIMA, 2020) e não praticar atividade física (MELO; LIMA, 2020).

Corroborando a pesquisa em tela, estudo transversal realizado com 2.400 pessoas idosas residentes em área rural do sul do Vietnã, revelou que a maior parte dos entrevistados que apresentavam quadro de multimorbidade era do sexo feminino (HÁ *et al.*, 2015)

O presente estudo apontou que a maior prevalência de multimorbidade foi encontrada entre as pessoas idosas do sexo feminino, o que evidencia a feminização da velhice. Outro estudo realizado com idosos comunitários também pactuou resultado semelhante e justifica o fato ao apontar que o próprio aspecto biológico tem relação com essa condição, visto que após a menopausa o corpo promove redução nas taxas de estrogênio, tornando-as mais vulneráveis as DCNT (GUSMÃO *et al.*, 2022).

De fato, esses dados se justificam devido as mulheres possuem maior expectativa de vida, menor exposição a riscos ocupacionais, menor mortalidade por causas externas e maior procura por serviços sociais e de saúde, se comparadas aos homens. Além das idosas tornarem-se mais vulneráveis com o passar do tempo, estas apresentam maior incapacidade funcional e maiores taxas de multimorbidade (CAVALCANTI JÚNIOR *et al.*, 2019; JESUS; ORLANDI; ZAZZETTA, 2018).

Os resultados da análise mostram que a ocorrência de multimorbidade está associada à idade, uma vez que com o aumento de idade, ocorra também o aumento do número de doenças

no indivíduo. Estudo de Nunes et al. (2018) realizado com pessoas idosas da ZU e ZR apontou que a multimorbidade aumentava com a idade dos indivíduos, ou seja, os idosos com idade mais avançada apresentavam mais multimorbidade se comparado aos idosos jovens, o que é explicado pelo fato destes indivíduos terem sido expostos por mais tempo a eventos estressores com o passar da vida. Contudo, a incidência de multimorbidade foi elevada inclusive em faixas etárias mais baixas, cerca de dois em cada três e um em cada dois indivíduos entrevistados apresentavam ≥ 2 e ≥ 3 doenças, respectivamente, confirmando a correlação e a extensão de múltiplas doenças na população idosa brasileira.

Corroborando com a pesquisa em tela, estudo realizado com pessoas idosas moradoras da área rural da Tigéria, Odisha, na Índia, apontou que a maior parte dos entrevistados se encontravam com sobrepeso, seguido de peso adequado, no qual demonstrou semelhança ao presente estudo, uma vez que, a quantidade de pessoas idosas com sobrepeso se mostrou maior se comparado as pessoas com baixo peso (KSHATRI et al., 2020), uma vez que o peso elevado é um fator predisponente para o acometimento por doenças crônicas (LEITE *et al.*, 2019).

Nas análises do presente estudo foi possível observar que a ocupação está diretamente relacionada com o desenvolvimento ou não de multimorbidade em idosos da zona rural. De fato, os idosos mais ativos tendem a apresentar menores incidências de multimorbidade, enquanto idosos menos ativos apresentam grandes índices de multimorbidade. A ocupação de agricultor foi a prática econômica mais prevalente entre os idosos entrevistados, que está relacionada à zona rural, a área de investigação do presente estudo.

Segundo o estudo de Ha et al. (2015) não trabalhar atualmente foi associado de forma independente à multimorbidade. Aqueles indivíduos com multimorbidade eram significativamente mais propensos a ter maior utilização dos serviços de saúde, confirmando o aumento da carga sobre os sistemas de saúde. A situação multimórbida além de complexa e desafiadora, tem um enorme impacto na sociedade, pois onera os sistemas de saúde, reduz a produtividade dos indivíduos no mercado de trabalho e aumenta custos decorrente das condições incapacitantes (CAVALCANTI et al., 2017).

O uso de substâncias é um dos fatores de risco mais importantes para a má saúde mental e física e, posteriormente, a multimorbidade, especialmente entre as populações vulneráveis.

No presente estudo a variável tabagismo e histórico de tabagismo obtiveram significância estatística.

Embora poucos idosos afirmem que são usuários desse tipo de substância atualmente, mais da metade afirmam história anterior de tabagismo. O uso prolongado e pesado de tabaco resulta em uma série de condições graves de saúde. Enquanto o uso de substâncias geralmente diminui na idade adulta, mesmo pequenas quantidades de uso dessas substâncias podem ter consequências graves (SCHULTE; HSER, 2014).

Corroborando esses achados, pesquisa realizada com idosos brasileiros da ZR e ZU apontou que ex-fumantes apresentavam mais multimorbidade se comparado aos fumantes ativos. Isso é explicado pelo fato de ex-fumantes tendem a apresentar doenças de forma mais precoce. Além disso, outra explicação para esse resultado é o viés de sobrevivência (NUNES et al., 2018).

A variável consumo de álcool foi associada à ocorrência de multimorbidade em idosos da ZR. Os transtornos por uso de tabaco e álcool são condições modificáveis que causam extensa morbimortalidade e são coletivamente responsáveis por aproximadamente 5 milhões de mortes por ano em todo o mundo (MACLEAN; SOFUOGLUA; ROSENHECK, 2018). Em estudo prévio, o etilismo foi associado à multimorbidade, corroborando o presente estudo (LEITE et al., 2019). Portanto, o consumo de álcool em doses consideradas nocivas é reconhecidamente um fator de risco para a multimorbidade e seus efeitos, deletérios à saúde.

Contudo, convergindo com a presente pesquisa, estudo realizado com população idosa da ZR e ZU no interior do estado da Paraíba apontou que 88,1% dos entrevistados não faziam uso de álcool e que os indivíduos que não consumiam o mesmo se apresentavam mais frágeis. Dessa forma, o consumo de bebidas alcólicas a depender da quantidade consumida, pode se mostrar como um fator protetivo, o que remete dizer que os idosos que fazem o seu uso se apresentam mais ativos e com maior independência e autonomia (ALEXANDRINO et al., 2019).

Ainda corroborando com os resultados, estudo revelou que idosos da ZR e ZU que consumiam bebida alcóolica em pouca quantidade apresentaram menor número condições crônicas. Mesmo sendo um estudo transversal e não observar a relação de causa e efeito, isso pode ter relação com o viés de causalidade reversa, visto que, quem apresenta menos condições

crônicas reflete em maior autonomia para consumir álcool ou quem faz uso de bebida alcóolica apresenta menos doença (NUNES et al., 2018).

Quanto ao relato de apresentar dor crônica nos últimos três meses, corroborando a presente pesquisa, estudo prospectivo transversal realizado na Alemanha desvelou associação entre dor crônica e ter alta prevalência de multimorbidade (SCHNEIDER et al., 2021). Por estar associada a alta carga de doenças, esse público pode apresentar estado de sofrimento e alterações na saúde e QV (FERRETTI *et al.*, 2019). O mesmo estudo também apontou relação entre polifarmácia (SCHNEIDER et al., 2021).

O uso de medicação contínua é característica comum entre a população idosa, sendo os maiores consumidores *per capto* de medicamentos. A multimorbidade está estritamente associada ao maior uso de medicamentos por esse segmento populacional, assim como uma maior procura pelos serviços de saúde (ONG et al., 2018).

No presente estudo o uso de medicamentos está associada à multimorbidade entre os idosos da ZR. Múltiplas doenças e sintomas geralmente exigem que os pacientes idosos tomem vários medicamentos ao mesmo tempo. Isso ocorre porque muitos deles têm outras doenças e sintomas que exigem tratamentos diferentes. No entanto, o Ministério da Saúde (MS) alerta que tomar vários medicamentos pode aumentar o risco de efeitos colaterais adversos e interações medicamentosas (BONGIOVANI et al., 2021).

Com relação a variável acesso aos serviços de saúde, os idosos que apresentam multimorbidade frequentaram mais os serviços de saúde em menos tempo se comparados àqueles sem multimorbidade, sendo a consulta médica para acompanhamento o motivo mais citado pelos entrevistados. Um estudo relacionado a temática encontrou proporções semelhantes de uso de serviços por idosos com multimorbidade (SOUZA; FAERSTEIN; WERNECK, 2019)

A maioria dos idosos que utilizam o serviço público de saúde e apresentam baixo índice de escolaridade encontram dificuldades para manter as atividades diárias devido a problemas de saúde. Além disso, uma grande porcentagem desse grupo depende de serviços prestados pelo sistema de saúde (FRANCISCO et al., 2021).

Pesquisa realizada com pessoa idosas residentes em área rural da Austrália apontaram associação estatística entre ter multimorbidade e maior utilização de serviços de saúde. O estudo também revelou que os indivíduos com multimorbidade apresentavam o dobro de chances de

precisar de serviços médicos, alta procura por clínico geral, serviços hospitalares e/ou pronto-socorro e serem hospitalizados se comparados a idosos que não referiram apresentar doenças crônicas. Para além, a pesquisa desvela o impacto da multimorbidade em relação aos gastos com a saúde que vão além dos serviços ofertados pelo governo, em que muitas vezes esses idosos necessitam pagar do próprio bolso para conseguir atender suas demandas de saúde (ASCANTE et al., 2022). Ainda corroborando essa informação, Sinott et al. (2015) falam que esta condição propicia elevadas taxas de utilização dos serviços de saúde de alto custo como atendimentos de urgência e emergência e hospitalizações.

Quanto a variável última consulta médica, estudo realizado com público idoso residente em uma comunidade no município de Montes Claros, Minas Gerais, revelou associação estatística entre a multimorbidade e consulta médica nos últimos 12 meses, ou seja, indivíduos com duas condições crônicas ou mais buscaram consulta médica no último ano se comparado com as que não apresentavam multimorbidade. Esse achado se justifica pelo fato de que as pessoas idosas com múltiplas doenças necessitam de maiores cuidados com sua saúde e dessa forma, buscam por consulta médica com maior frequência e conseqüentemente utilizam os serviços de saúde constantemente (GUSMÃO et al., 2022).

Sobre o acesso a água tratada e encanada, divergindo do estudo em tela, pesquisa semelhante realizada com idosos do interior da Bahia, Brasil, apontou que quem não tinha acesso a água tratada e encanada apresentou maior prevalência de multimorbidade. Esse fato pode ser justificado pela baixa condição socioeconômica pois, indivíduos com menor poder aquisitivo tem menor acesso aos SS se comparado aos que apresentam melhor condição financeira, que, conseqüentemente, tem maior e melhor acesso aos SS e assim buscar cuidados visando prolongar sua expectativa de vida, o que reflete em maior prevalência de doenças (BARRETO-SANTOS et al., 2023).

6.3 Funcionalidade: estudo transversal

A funcionalidade do indivíduo se refere a capacidade deste em realizar as atividades de vida diária de forma independente e autônoma. Uma vez comprometida, pode impactar diretamente na saúde da pessoa, inclusive nos idosos que residem em área rural (GUEDES et al., 2022).

Quanto ao declínio total da funcionalidade, os idosos da presente pesquisa apresentaram declínio de 7,5% para as ABVD e 37,5% para as AIVD. Ao comparar com outros estudos em área rural, encontrou-se resultados semelhantes em outros países como pode ser visto no Canadá (8,7%) (JOHN *et al.*, 2022), na Coreia (6,5%) (JANG *et al.*, 2009), no Líbano (24,0%) (ZGHEIB *et al.*, 2018), no Vietnã (26,0%) (NGUYEN; NGUYEN; NGUYEN, 2021), na China (32,8% - 66,0%) (WEN; KANEDA, 2010).

Ao levar em consideração as variáveis que demonstraram associação significativa com a funcionalidade dos idosos do estudo, corroborando os achados da presente pesquisa, estudo realizado por Jiao *et al.* (2021) identificou que, pessoas que vivem em zona rural e com idade igual ou superior a 65 anos possuem alto risco de limitações funcionais. Outros pesquisadores também citam que idosos com mais de 70 anos que sofriam de multimorbidade também possuem maiores níveis de dependência para exercer atividades de vida diária, sendo a incapacidade funcional um problema de saúde pública devido ao impacto gerado na qualidade de vida dos indivíduos, familiares e também nos serviços de saúde (SEMBIAH *et al.*, 2019). Desta forma, percebe-se que quanto maior a idade, a probabilidade de desenvolver algum tipo de limitação aumenta de forma considerável (JIANG *et al.*, 2020; MEUCCI *et al.*, 2020; MEDHI *et al.*, 2021).

Sobre a alfabetização funcional, estudo realizado com pessoas idosas que viviam em ambiente rural no nordeste da Índia também constatou que os indivíduos que não tiveram acesso à educação apresentaram prevalência significativamente maior de dependência funcional quando comparado a indivíduos com melhor nível de escolaridade (MEDHI *et al.*, 2021). Esse achado também esteve presente na população que reside na zona rural da África do Sul (WANG *et al.*, 2019) e nos brasileiros do município de Pelotas - RS (LLANO *et al.*, 2019). Desta forma, corroborando os dados encontrados nesta presente pesquisa no qual identificou a alfabetização funcional como fator importante para a independência funcional.

Quanto a polifarmácia, é notório que pacientes com diversas patologias acabam fazendo o uso rotineiro e concomitante de medicamentos. Porém, a literatura aponta que esta prática está associada a prejuízos à saúde, inclusive apresenta associação com o declínio do estado funcional do público idoso como é descrito em pesquisa realizada com libaneses residentes em áreas rurais (ZGHEIB *et al.*, 2018).

Dados evidenciados por Llano *et al.* (2019) identificaram que existe associação entre o hábito de não praticar atividades físicas com as limitações apresentadas pelos idosos que vivem em área rural no Brasil. Outrossim, os autores do estudo também alertam aos profissionais enfermeiros para que incentivem seus pacientes a desenvolverem uma rotina que inclua a prática de exercícios físicos, visto que, essas ações promovem aptidão física, funcional e mental.

Estudo realizado com pessoas idosas rurais no Amazonas corroboram os achados do presente estudo, uma vez que o público estudado que exercia algum tipo de atividade laboral se mostrava mais ativos se comparado aos que não trabalhavam. Os idosos que trabalham, além de exercer sua independência e autonomia, preservam as mesmas, o que reflete em uma funcionalidade mais preservada (COSTA; LEÃO; CAMPOS, 2020).

A mobilidade e a acessibilidade também estão relacionadas com qualidade de vida dos idosos, uma vez que estes idosos podem apresentar alguma dificuldade em realizar suas atividades instrumentais de vida diária (AIVD) como, por exemplo, ir ao mercado e bancos, caso não haja meios externos facilitadores, como transporte, infraestrutura adequadas, essas implicações acabam por desfavorecer sua interação social, pois a possibilidade de se locomover no meio em que vive determina sua participação perante o mesmo. Ao restringir a locomoção, os idosos ficam sujeitos a não terem acesso a serviços de bens e consumos, de saúde entre outros, aumentando a probabilidade de apresentar rebaixamento quanto a sua funcionalidade (SANTOS *et al.*, 2017).

Estudo realizado com pessoas idosas no município de Santa Maria, Rio Grande do Sul (RS), apontou que a maior parte deste público comparecia aos serviços de saúde com um acompanhante, principalmente familiares ou cuidadores. A necessidade de um acompanhante é justificada pelo fato dessa população, em sua maioria, apresentar alguma condição limitante de saúde. Dessa forma, a presença de um acompanhante desse idoso durante a utilização dos serviços de saúde torna-se muito importante, uma vez que estes se configuram como facilitadores quanto as orientações repassadas a esses idosos (ANDRES, 2022).

Entre as DCNT que mais atingem a população idosa estão as doenças cardiovasculares, e dentre elas estão as doenças cardíacas isquêmicas, sendo estas responsáveis por mais de 100 mil mortes no Brasil por ano. Essa doença tem como característica a oferta insuficiente de oxigênio para o coração, o que acarreta lesões isquêmicas, hipertrofias e diversos danos ao

coração do indivíduo. Devido a isso, a doença cardíaca isquêmica faz com que a pessoa apresente declínio em sua funcionalidade, e assim levando a dependência para realizar as atividades de vida diária, em especial na população idosa (SANTANA et al., 2021).

Corroborando o presente estudo, pesquisa realizada com pessoas idosas de Tamil Nadu, Índia, revelou que os idosos participantes que apresentavam incontinência urinária, apresentavam um risco de 4,4 vezes maior de apresentarem declínio funcional quando comparado aos que não possuíam essa condição de saúde (PETERS; LOGARAJ; RAMRAJ, 2022). Ainda em concordância com os achados do estudo em questão, pesquisa sobre Capacidade Intrínseca com pessoas idosas (CI) apresentou resultado semelhante, uma vez que demonstrou associação significativa entre a incontinência urinária e a CI (MA et al., 2021). Segundo Yang et al. (2022), a incontinência urinária se trata da perda involuntária de urina, sendo este um problema mundial entre a comunidade geriátrica uma vez que essa condição tem relação direta com o declínio da funcionalidade dessa população. Assim, melhorar a capacidade funcional desse idoso garantirá uma melhor qualidade de vida a este público.

Convergindo com os dados encontrados no estudo, pesquisa realizada com pessoas idosas residentes na zona rural da Índia, apontou que o público idoso que tinha demência apresentava um risco de 3,3 vezes maior de alguma dependência para realizar alguma atividade de vida diária se comparado aos que não tinham a doença (PETERS; LOGARAJ; RAMRAJ, 2022).

Estudo realizado na Malásia apresentou semelhança com o estudo em tela, ao apresentar uma prevalência de 8,5% de demência em pessoas idosas. A mesma apontou que essa prevalência aumenta com o avançar da idade. Por ser uma doença crônico-degenerativa que leva a perda de memória, alterações no pensamento, na compreensão e no comportamento do indivíduo, além de contribuir para o declínio da capacidade funcional, esta condição crônica é considerada uma das principais causas incapacitantes entre a população idosa (GANAPATHY et al., 2020).

6.4 Limitações da revisão de escopo

Como limitações do estudo, algumas doenças crônicas investigadas nos estudos selecionados foram verificadas com base nas informações autorreferidas, o que pode subestimar

ou superestimar as prevalências, bem como podem ser menos precisas em pessoas com comprometimento cognitivo. O fato de as morbidades terem sido autorreferidas, também pode sofrer influência de viés de memória. Devido ao desenho transversal dos estudos, as relações de causais-efeito entre as variáveis não foram estabelecidas, ficando sujeitos ao viés de sobrevivência em alguns casos.

Os estudos investigaram apenas a relação entre o número de doenças crônicas e outras condições, e não consideraram a duração e a gravidade das condições crônicas. Alguns pacientes sem acesso aos cuidados de saúde de qualidade podiam não estarem cientes de seu estado, o que pode refletir em subdiagnóstico de doenças-alvo e multimorbidade. Além disso, o número de doenças crônicas avaliadas nos estudos era em sua maioria limitado e se apresentavam de várias formas. Observou-se que houve maior proporção amostral de idosos de mais jovens em comparação com idosos mais velhos, o que pode ser explicado pelo fator idade.

6.5 Limitações do estudo transversal

Como limitações do estudo aponta-se a dificuldade em localizar alguns participantes em decorrência das condições das estradas e a indisponibilidade de alguns profissionais para ajudar na localização dos participantes. Por se tratar de um estudo transversal não se conseguiu observar a relação de causa e efeito. Por fim, a pandemia da COVID-19 dificultou a coleta de dados o que resultou em atrasos e dificuldades quanto a coleta de dados, bem como o difícil acesso em encontrar alguns participantes do estudo uma vez que, muitos moravam em áreas bem isoladas ou as vias de acesso se encontravam em péssimas condições e acarretou perdas e recusas no estudo, contudo, a perda amostral foi pequena e pouco interferiu nos resultados.

7 CONCLUSÃO

A revisão de escopo permitiu identificar e mapear o que se tem na literatura acerca da multimorbidade em pessoas idosas da zona rural ao apontar à multimorbidade como um problema nessa localidade e que esses idosos se mostraram mais propensos a apresentarem problemas psicológicos, dor/desconforto, pior qualidade de vida, pior autoavaliação da saúde, maior fragilidade, ideação e planos suicidas, os fatores associados e as condições crônicas mais prevalentes.

O estudo possibilitou identificar alta prevalência da multimorbidade e a dependência total da funcionalidade para as ABVD e AIVD nos investigados e seus fatores associados. Esses resultados revelam também que esses idosos encontram barreiras que os distanciam do alcance de um envelhecimento bem-sucedido, bem como desvela a pouca visibilidade dos serviços de saúde e pesquisas científicas voltadas para esta população e o despreparo dos profissionais de saúde de lidarem com o processo do envelhecimento. Para além, notou-se que muitos dos idosos procuram o hospital ao invés da Atenção Básica, o que sinaliza o desconhecimento do fluxo de atendimento nos serviços de saúde e faz refletir a necessidade de fortalecer a Atenção Primária à Saúde na zona rural.

Ao comparar os participantes do estudo com os da zona urbana, observou-se que estes apresentavam maiores dificuldades de locomoção e acesso aos serviços de saúde, baixo nível de escolaridade, menor acesso a água tratada e encanada e não tinham plano de saúde.

Diante do exposto, espera-se que os resultados encontrados advindos da pesquisa possam contribuir para a reorganização das políticas públicas voltados a este público, bem como aos gestores, profissionais de saúde, outros serviços e a própria população envelhecida, uma vez que, a partir dos resultados encontrados será possível refletir sobre possibilidades de promover um envelhecimento ativo e saudável.

Quanto aos benefícios advindos da pesquisa, os achados trazem significativas contribuições para os profissionais de saúde, gestores, pesquisadores, demais serviços de saúde, a população envelhecida e os próprios idosos, uma vez que, a partir dos resultados encontrados será possível refletir sobre possibilidades de promover um envelhecimento ativo e saudável.

A partir do conhecimento de quais fatores têm influência na multimorbidade e no declínio da funcionalidade deste público, torna-se viável fazer o planejamento de como melhorar a qualidade de vida dessas pessoas, de modo a buscar mais respostas que venham a contribuir com a manutenção da saúde, bem como buscar formas de monitorar este público, prevenir e intervir de modo a melhorar sua condição de vida.

Uma vez averiguada a ocorrência de multimorbidade e a condição de funcionalidade de idosos residentes na zona rural, vislumbra-se como desfecho primário compreender os fenômenos com mais aprofundamento e, nessa lógica, agrupar atributos científicos que permitirão fortalecer o acesso aos serviços e a assistência à saúde da população idosa residente da zona rural.

Além disso, o estudo permitirá um melhor manejo das múltiplas doenças e suas proposição de intervenções e estratégias no âmbito da rede de atenção à saúde desde que os gestores e profissionais de saúde estejam aberto a capacitações voltadas a esses desfechos, bem como realizar uma avaliação multidimensional desses idosos a partir da consulta, aplicação de instrumentos específicos e direcionando estes para outros profissionais e serviços de saúde quando necessário, visando potencializar a manutenção da capacidade funcional deste segmento populacional e assim traçar um planejamento de modo a garantir maior e melhor autonomia e independência a esse idoso, em especial no município onde será realizado o estudo.

Como desfecho secundário, espera-se também que os resultados do estudo deem maior visibilidade no âmbito científico a população residente na zona rural, sobretudo a população idosa e os municípios interioranos, de forma a favorecer e potencializar a pesquisa voltada a este público e onde ele está inserido. A partir da identificação dos fatores que favorecem o declínio funcional e a multimorbidade, o município poderá traçar estratégias que poderão amenizar esses problemas de saúde e, conseqüentemente, melhorar a saúde dessa população, bem como sua qualidade de vida. Além disso, a partir dos resultados encontrados no estudo, almeja-se identificar evidências científicas que possam ser veiculadas em periódicos de alto fator de impacto, bem como levar esses achados em eventos científicos diretamente relacionados à temática.

Assim, torna-se urgente a necessidade de desconstruir a lógica prescritiva da assistência ao idoso, que exige, a partir de uma perspectiva multidimensional, uma avaliação

gerontogeriatrica ampla pela equipe multiprofissional e, por conseguinte, uma atenção integral determinada a partir do diagnóstico da funcionalidade global e condições de saúde. Os achados deste estudo, portanto, poderão subsidiar o empoderamento de profissionais da saúde diante da assistência ao idoso, assim como reduzir a sobrecarga do sistema de saúde a partir do fortalecimento da promoção do envelhecimento ativo e bem-sucedido.

Diante dos resultados obtidos, evidencia-se a necessidade de buscar formas de monitorar, prevenir e intervir acerca deste agravo nesse público e empoderar os profissionais de saúde diante da assistência a esses idosos, visando melhorar sua condição de saúde e promover um curso de vida ativo, saudável e bem-sucedido para a população como um todo. No mais, o estudo sugere que outras pesquisas acerca das temáticas sejam realizadas, uma vez que estudos voltados a população idosa rural são pouco abordados pela literatura.

REFERÊNCIAS

- ALEXANDRINO, A. *et al.* Evaluation of the clinical-functional vulnerability index in older adults. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, v. 22, n. 6, e190222, 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rbgg/v22n6/pt_1809-9823-rbgg-22-06-e190222.pdf. Acesso em: 22 ago. 2022.
- ALMEIDA, J. R. S. *et al.* Health profile of the elderly person accompanied by the family health strategy in a countryside of Ceará – Brazil. **Rev Cienc Saude**. v. 12, n. 3, 67-74, 2022. Disponível em: https://portalrcs.hcitajuba.org.br/index.php/rcsfmit_zero/article/view/1316/832. Acesso em: 01 fev. 2023.
- ALMEIDA, O. L. S. Saúde mental do idoso: uma questão de saúde pública. **Medicina (Ribeirão Preto. Online)**, v. 53, n. 3, p, E1-3, 2020. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/174636/163854> Acesso em: 01 ago. 2022
- AMARAL, T. L. M. *et al.* Multimorbidade, depressão e qualidade de vida em idosos atendidos pela Estratégia de Saúde da Família em Senador Guimard, Acre, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 9, p. 3077-84, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/2018.v23n9/3077-3084/pt> Acesso em: 12 set. 2022
- ANDRADE, A. B. C. A. *et al.* Vacinação contra a influenza autorreferida por idosos de áreas rurais ribeirinhas: implicação potencial dos achados frente à pandemia de covid-19 no Amazonas. **Rev bras geriatr gerontol.**, v. 24, n. 3, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbgg/a/ZS8NtWzJwXR9VmqW4QPjzqt/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 13 jan. 2023.
- ANDRES, S. C. *et al.* **Caracterização dos atendimentos à pessoa idosa na atenção primária à saúde**. Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Santa Maria, Centro de Ciência da Saúde, RS, 2022. Disponível em: https://repositorio.ufsm.br/bitstream/handle/1/26652/DIS_PPGGERONTOLOGIA_2022_ANDRES_SILVANA.pdf?sequence=1&isAllowed=y Acesso em: 01 fev. 2023.
- ARAÚJO, F. *et al.* Validação da escala de Lawton e Brody numa amostra de idosos não institucionalizados. In: **Actas do 7º congresso nacional de psicologia da saúde**. Lisboa: ISPA, 2008. p. 655-659. Acesso em: 22 ago. 2022
- ARKSEY, H.; O'MALLEY, L. Scoping studies: towards a methodological framework. **International Journal of Social Research Methodology.**, v. 8, n. 1, p. 19–32, 2005. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/1364557032000119616>. Acesso em: 05 abr. 2021.
- ASANTE, D. *et al.* Psychological distress, multimorbidity and health services among older adults in rural South Australia. **Journal of Affective Disorders** v. 309, p. 453–60, 2022. Disponível em: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0165032722004840?token=05336F40CC93F70292CCECB893A9F277E19AF020776125385FE5C25069E95C1D47E70D8C6B8CA7486639CF>

2688665EE6&originRegion=us-east-1&originCreation=20230201141222. Acesso em: 08 nov. 2022.

BANJARE, P.; PRADHAN, J. Socio-economic inequalities in the prevalence of multi-morbidity among the rural elderly in bargarh district of Odisha (India). **PLoS ONE.**, v. 14, n. 6, p. e97832, 2014. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0097832>. Acesso em: 22 out. 2022

BARRETO-SANTOS, L. *et al.* Multimorbidade em idosos de um município do nordeste brasileiro: prevalência e fatores associados. **Revista de Salud Pública**, v. 21, n. 5, p. 519-25, 2019. Disponível em: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/revsaludpublica/article/view/77775/83411>. Acesso em: 23 fev. 2023.

BASTOS, J. L. D.; DUQUIA, R. P. Um dos delineamentos mais empregados em epidemiologia: estudo transversal. **Scientia Medica**, v. 17, n. 4, p. 229-232, 2007. Acesso em: 23 mar. 2021.

BERNARDES, G. M. *et al.* Perfil de multimorbidade associado à incapacidade entre idosos residentes na Região Metropolitana de Belo Horizonte, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 5, p. 1853-64, 2019. Disponível em: : <https://www.scielo.org/pdf/csc/2019.v24n5/1853-1864/pt>. Acesso em: 23 mar. 2021.

BONGIOVANI, L. F. L. A. *et al.* Multimorbidade e polifarmácia em idosos residentes na comunidade. **Revista de Pesquisa Cuidado É Fundamental Online**, v. 13, p. 349-54, 2021. Disponível em: http://seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/8644/pdf_1. Acesso em: 14 out. 2022.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Censo demográfico 2010**. Rio de Janeiro; 2010. Acesso em: 23 mar. 2021.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Diretoria de Pesquisas Coordenação de Trabalho e Rendimento. **Questionário dos moradores do domicílio**. Pesquisa Nacional de Saúde – 2013. Brasília – DF, 2013. Disponível em: <https://www.pns.icict.fiocruz.br/wp-content/uploads/2021/02/Questionario-PNS-2013.pdf>. Acesso em: 23 mar. 2021.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **População rural e urbana. 2015**. Disponível em: <https://educa.ibge.gov.br/jovens/conheca-o-brasil/populacao/18313-populacao-rural-urbana.html#:~:text=A%20Regi%C3%A3o%20Nordeste%20%C3%A9%20a,rurais%2C%2026%2C88%25>. Acesso em: 04 fev. 2023.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Sinopse do Censo Demográfico de 2010**. Rio de Janeiro; 2010b. Disponível em: <https://censo2010.ibge.gov.br/sinopse/index.php?dados=8&uf=00>. Acesso em: 20 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES). **Consulta Estabelecimento – Identificação**. Brasília –DF, 2018. Acesso em: 23 mar. 2021.

BRASIL. Resolução nº466, de 12 de dezembro de 2012. **Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos**. Saúde Legis. 2012. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html.

BUSO, A. L. Z. *et al.* Fatores associados à qualidade de vida dos idosos octogenários da zona rural de Uberaba/MG. **Cad Saúde Colet.**, v. 28, n. 2, p. 231-40, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cadsc/a/H4FKKcZ6bGQHFSYDzgD3Qrz/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 13 jan. 2023.

CAMPOS, G. L. *et al.* A diferença na qualidade de vida entre idosos da zona urbana e rural: uma revisão integrativa da literatura. **REAS**. n. 59, p. e4139, 2020. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/4139/2623>. Acesso em: 13 jan. 2023.

CÂNDIDO, L. M. *et al.* Comportamento sedentário e associação com multimorbidade e padrões de multimorbidade em idosos brasileiros: dados da *Pesquisa Nacional de Saúde* de 2019. **Cad Saúde Pública**, v. 38, n. 1, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/mvbCTxdGND9rW8qDRGvDqvM/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 13 jan. 2023.

CAVALCANTI JÚNIOR, E. O. *et al.* Relação das condições de vida e saúde sobre a fragilidade em idosos. **Revista Humanidades & Inovação**, v. 6, n. 11, 2019. Disponível em: <https://revista.unitins.br/index.php/humanidadesinovacao/article/view/1574/1074>. Acesso em: 14 set. 2022.

CAVALCANTI, G. *et al.* Multimorbidity associated with polypharmacy and negative self-perception of health. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 20, n. 5, p. 634-42, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbagg/a/vMSxNydHLVdF6wNw3Bj9pTP/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 01 out. 2022.

CHAUHAN, S. *et al.* Decomposing urban-rural differences in multimorbidity among older adults in India: a study based on LASI data. **BMC Public Health.**, v. 22, n. 502, 2022. Disponível em: <https://bmcpubhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-022-12878-7>

CLÁUDIO, P. V. Prevalência de multimorbidade e fatores associados na população idosa da região sul do Brasil. **Arq. Catarin. Med.**, v. 49, n. 4, p. 14-24, 2020. Disponível em: <http://www.acm.org.br/acm/seer/index.php/arquivos/article/view/600/478>. Acesso em: 08 abr. 2021.

CONFORTIN, S. C. *et al.* Risk factors associated with mortality in young and long-lived older adults in Florianópolis, SC, Brazil. **Ciência & Saúde Coletiva.**, v. 25, n. 6, p. 2031-40, 2020. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/csc/2020.v25n6/2031-2040/en> Acesso em: 30 mar. 2021.

COSTA, R. S.; LEÃO, L. F.; CAMPOS, H. L. M. Envelhecer na zona rural do interior do estado do Amazonas, desempenho cognitivo, funcionalidade e percepção de saúde: um estudo transversal. **Revista Kairós-Gerontologia**, v. 23, n. 1, p. 83-103, 2020. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/48657/32093>. Acesso em: 06 fev. 2023.

FERNANDES, M. P.; BIELEMANN, R. M.; FASSA, A. G. Factors associated with the quality of the diet of residents of a rural area in Southern Brazil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 52, supl. 1, 1-6s, 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rsp/v52s1/pt_0034-8910-rsp-52-s1-S1518-52-87872018052000267.pdf Acesso em: 22 mar. 2021.

FERREIRA, L. S. *et al.* Acesso à Atenção Primária à Saúde por idosos residentes em zona rural no Sul do Brasil. **Rev Saude Publica.**, v. 54, n. 149, p. 1-11, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/5WcjjwBGhP5CS4ZFF46WfWkJ/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 02 fev. 2023.

FERRETTI, M. R. *et al.* Chronic pain in the elderly, associated factors and relation with the level and volume of physical activity. **BrJP.**, v. 2, n. 1, p. 3-7, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/brjp/a/qDZQB3tgcskmzFyjpcPPrbn/?format=pdf&lang=pt>

FOGUET-BOREU, Q. *et al.* Impact of multimorbidity: acute morbidity, area of residency and use of health services across the life span in a region of south Europe. **BMC Family Practice**, v. 15, n. 55, 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3987684/pdf/1471-2296-15-55.pdf>

FONTELLES, M. J. *et al.* Metodologia da pesquisa científica: diretrizes para a elaboração de um protocolo de pesquisa. **Revista Paraense de Medicina**, v. 23, n. 3, p. 1-8, 2009. Acesso em: 23 mar. 2021.

FRANCISCO, P. M. S. B. *et al.* Multimorbidity and use of health services in the oldest old in Brazil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 24, n. 2, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/ZFw6fM7HkVntKwWQWnqL4nc/?format=pdf&lang=en>. Acesso em: 20 out. 2022.

GANAPATHY, S. S. *et al.* Prevalence of dementia and quality of life of caregivers of people living with dementia in Malaysia. **Geriatr.Gerontol. Int.**, n. 20, p. 16-20, 2020. Disponível em: <https://onlinelibrary-wiley.ez50.periodicos.capes.gov.br/doi/epdf/10.1111/ggi.14031>. Acesso em: 27 jan. 2023.

GARBACCIO, J. L. *et al.* Envelhecimento e qualidade de vida de idosos residentes da zona rural. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, p. 724-32, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/pC3sjdGyJnPbyC9PXygQRrF/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 4 fev. 2023.

GARCIA, L. A. A. *et al.* Satisfação de idosos octogenários com os serviços de Atenção Primária à Saúde. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, v. 23, n. 1, e190235, 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rbgg/v23n1/pt_1809-9823-rbgg-23-01-e190235.pdf. Acesso em: 23 mar. 2021.

GBEM. Grupo Brasileiro de Estudos sobre Multimorbidade. 1ª fase da pesquisa online para construção da Lista Brasileira de Multimorbidade utilizando a técnica Delphi. 2019. Disponível em: https://wp.ufpel.edu.br/gbem/files/2020/08/Relat%C3%B3rio-da-1%C2%AA-rodada-do-question%C3%A1rio-para-o-site_.pdf. Acesso em: 29 abr. 2021.

GBEM. Grupo Brasileiro de Estudos sobre Multimorbidade. 2ª fase da pesquisa online para construção da Lista Brasileira de Multimorbidade utilizando a técnica Delphi. 2021. Disponível em: https://wp.ufpel.edu.br/gbem/files/2021/02/Relatorio-da-2a-rodada-do-questionario-para-o-site_.pdf. Acesso em: 29 abr. 2021.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas; 2008. Acesso em: 23 jul. 2020.

GUIMARÃES, R. M.; ANDRADE, F. C. D. Expectativa de vida com e sem multimorbidade entre idosos brasileiros: Pesquisa Nacional de Saúde 2013. **R. bras. Est. Pop.**, v. 37, p. 1-15, e0117, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbepop/v37/0102-3098-rbepop-37-e0117.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2021.

GUPTA, P. *et al.* Burden, patterns, and impact of multimorbidity in North India: findings from a rural population-based study. **BMC Public Health**, v. 22, n. 1101, 2022. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9159928/pdf/12889_2022_Article_13495.pdf. Acesso em: 08 nov. 2022.

GUSMÃO, M. S. F. *et al.* Multimorbidade em idosos comunitários: prevalência e fatores associados. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, v. 25, n. 1, p. e220115, 2022. Disponível em: http://www.rbgg.com.br/edicoes/v25n1/RBGG%20v25n1%20PORT_2022-0115%20PRONTO.pdf. Acesso em: 08 nov. 2022.

HA, N. T. *et al.* Multimorbidity and its social determinants among older people in southern provinces, Vietnam. **International Journal For Equity In Health**, v. 14, n. 1, p. 1-7, 2015. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1186/s12939-015-0177-8>. Acesso em: 01 out. 2022.

JANG, S. N. *et al.* Functional status and calcaneal quantitative ultrasound measurements among the oldest old people living in rural areas of Korea. **Arch Gerontol Geriatr.**, v. 48, n. 1, p. 89-94, 2009. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0167494307002233?via%3Dihub>. Acesso em: 08 nov. 2022.

JARDIM, V. C. F. S. *et al.* Contribuições da arteterapia para promoção da saúde e qualidade de vida da pessoa idosa. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, v. 23, n. 4, e200173, 2020. Disponível em: http://www.rbgg.com.br/edicoes/v23n4/RBGG%20v23n4%20PORT_2020-0173.pdf. Acesso em: 23 mar. 2021.

JESUS, I. T. M.; ORLANDI, A. A. S.; ZAZZETTA, M. S. Fragilidade e apoio social e familiar de idosos em contextos de vulnerabilidade. **Rev Rene**, v. 19, 2018. Disponível em: http://periodicos.ufc.br/rene/article/download/32670/pdf_1. Acesso em: 14 set. 2022.

JIANG, H. *et al.* Current status on the ability of the elderly in rural China: implications for future nursing and policy. **Cardiovascular Diagnosis And Therapy**, v. 10, n. 5, p. 1216-25, 2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7666939/>. Acesso em: 27 jan. 2023.

JIAO, D. *et al.* Multimorbidity and functional limitation: the role of social relationships. **Archives Of Gerontology And Geriatrics**, v. 92, p. 104249, 2021. Disponível em: <https://www-sciencedirect.ez50.periodicos.capes.gov.br/science/article/pii/S0167494320302430?via%3Dihub#tblfn0005>. Acesso em: 26 jan. 2023.

JOANNA BRIGGS INSTITUTE (AU). **The Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual 2015: Methodology for JBI Scoping Reviews**. Adelaide: JBI, 2015. Disponível em: <http://reben.com.br/revista/wp-content/uploads/2020/10/Scoping.pdf> Acesso em: 05 abr. 2021.

JOHN, O. S. *et al.* Functional status in rural and urban adults: the Canadian longitudinal study on aging. **J. Rural Health**, v. 38, n. 4, p. 679-88, 2022. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9787669/>. Acesso em: 26 jan. 2023.

JOHN, R.; KERBY, D. S.; HENNESSY, C. H. Patterns and impact of comorbidity and multimorbidity among community-resident American Indian elders. **The Gerontologist**, v. 43, n. 5, p. 649-60, 2003. Disponível em: <https://academic.oup.com/gerontologist/article/43/5/649/633801>. Acesso em: 26 jan. 2023.

KATZ, S. *et al.* Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. **JAMA**, v. 185, n. 12, p. 914-9, 1963. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/666768>. Acesso em: 05 abr. 2021.

KEETILE, M.; NAVANEETHAM, K.; LETAMO, G. Prevalence and correlates of multimorbidity among adults in Botswana: A cross-sectional study. **PLoS ONE**, v. 15, n. 9, p. e0239334, 2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7518622/pdf/pone.0239334.pdf>. Acesso em: 26 jan. 2023.

KSHATRI, J. S. *et al.* Associations of multimorbidity on frailty and dependence among an elderly rural population: Findings from the AHSETS study. **Mechanisms of Ageing and Development**, v. 192, p. 111384, 2020. Disponível em: <https://www-sciencedirect.ez18.periodicos.capes.gov.br/science/article/pii/S0047637420301809?via%3Dihub>. Acesso em: 08 nov. 2022.

LANGE, C. *et al.* Promoting the autonomy of rural older adults in active aging. **Rev Bras Enferm**, v. 71, n. 5, p. 2411-7, 2018. Disponível em: http://www.revenf.bvs.br/pdf/reben/v71n5/pt_0034-7167-reben-71-05-2411.pdf Acesso em: 29 mar. 2021.

LAWTON, M. P.; BRODY, E. M. Assessment of older people: self maintaining and instrumental activities of daily living. **Gerontologist.**, v. 9, n. 3, p. 179-86, 1969. Disponível em: http://www.eurohex.eu/bibliography/pdf/Lawton_Gerontol_1969-1502121986/Lawton_Gerontol_1969.pdf. Acesso em: 05 abr. 2021.

LEÃO, O. A. A.; KNUTH, A. G.; MEUCCI, R. D. Comportamento sedentário em idosos residentes de zona rural no extremo Sul do Brasil. **REV BRAS EPIDEMIOL.**, v. 23, p. e200008, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/rbepid/2020.v23/e200008/pt>. Acesso em: 22 mar. 2021.

LEITE, B. C. *et al.* Multimorbidity due to chronic noncommunicable diseases in older adults: a population-based study. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 22, n. 6, p. 190253, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbagg/a/yPJDvn3XN5wbTBp6Scjq9Pz/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 12 out. 2022.

LINO, V. T. S. *et al.* Adaptação transcultural da Escala de Independência em Atividades da Vida Diária (Escala de Katz). **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 1, p. 103-12, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/hssCqfGkZRfBCH5Nc9fBbtN/?format=pdf&lang=pt>

LLANO, P. M. P. *et al.* Factors associated with frailty syndrome in the rural elderly. **Rev Bras Enferm.**, v. 72, supl. 2, p. 14-21, 2019. Disponível em: http://www.revenf.bvs.br/pdf/reben/v72s2/pt_0034-7167-reben-72-s2-0014.pdf Acesso em: 29 mar. 2021.

LLANO, P. M. P. *et al.* Fragilidade em idosos da zona rural: proposta de algoritmo de cuidados. **Acta Paul Enferm.**, v. 30, n. 5, p. 520-30, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ape/v30n5/0103-2100-ape-30-05-0520.pdf>. Acesso em: 23 mar. 2021.

MA, L. Cross-sectional study examining the status of intrinsic capacity decline in community-dwelling older adults in China: prevalence, associated factors and implications for clinical care. **BMJ Open**, v. 11, p. e043062, 2021. Disponível em: <https://bmjopen-bmj-com.ez50.periodicos.capes.gov.br/content/bmjopen/11/1/e043062.full.pdf> doi:10.1136/bmjopen-2020-043062. Acesso em: 27 jan. 2023.

MACLEAN, R. R.; SOFUOGLU, M.; ROSENHECK, R. Tobacco and alcohol use disorders: evaluating multimorbidity. **Addictive Behaviors**, v. 78, p. 59-66, mar. 2018. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S030646031730415X>. Acesso em: 8 out. 2022.

MAGALHÃES, D. L. *et al.* Acesso à saúde e qualidade de vida na zona rural. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 3, p. e50411326906, 2022. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/26906/23482>. Acesso em: 02 fev. 2023.

MAREGONI, A. *et al.* Patterns of multimorbidity and risk of disability in community-dwelling older persons. **Ageing Clinical and Experimental Research.**, v. 33,

p. 457-62, 2021. Disponível em: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s40520-020-01773-z.pdf>. Acesso em: 08 abr. 2021.

MEDHI, G. K. *et al.* A Community-Based Study on Functional Disability and Its Associated Factors Among Elderly Individuals in a Rural Setting in Northeastern India. **Cureus**, v. 13, n. 2, p. e13309, 2021. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7955953/?report=classic>. Acesso em: 27 jan. 2023.

MELO, L. A. *et al.* Fatores associados à multimorbidade em idosos: uma revisão integrativa da literatura. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, v. 22, n. 1, e180154, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbgg/a/WvrXtNmYpyPzp3TBwVwS5Qx/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 23 mar. 2021.

MELO, L. A. *et al.* Fatores socioeconômicos, demográficos e regionais associados ao envelhecimento populacional. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, v. 20, n. 4, p. 494-502, 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rbgg/v20n4/pt_1981-2256-rbgg-20-04-00493.pdf. Acesso em: 21 abr. 2021.

MELO, L. A. Prevalência e fatores associados à multimorbidade em idosos brasileiros [tese]. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2019. Disponível em: https://repositorio.ufrn.br/jspui/bitstream/123456789/26804/1/Preval%3%aanciafatoresassociados_Melo_2019.pdf. Acesso em: 23 mar. 2021.

MELO, L. A.; LIMA, K. C. Fatores associados às multimorbidades mais frequentes em idosos brasileiros. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 10, p. 3879-88, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/Sqyjkvjpnw6JpsDGjQLsbXg/?format=pdf&lang=pt>

MELO, L. A.; LIMA, K. C. Prevalência e fatores associados a multimorbidades em idosos brasileiros. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 10, p. 3869-77, 2020. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/csc/2020.v25n10/3869-3877/pt>. Acesso em: 14 set. 2022.

MENDONÇA, S. S. *et al.* Capacidade funcional de idosos longevos: análise transversal baseada em um modelo de decisão. **Geriatr Gerontol Aging.**, v. 14, n. 1, p. 52-60, 2020. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/ggaging.com/pdf/v14n1a09.pdf> Acesso em: 23 mar. 2021.

MEUCCI, R. *et al.* Functional dependence among older adults: a cross-sectional study with a rural population of southern Brazil. **Rural And Remote Health**, v. 20, n. 4, p. 5985, 2020. Disponível em: <https://www.rrh.org.au/journal/article/5985>. Acesso em: 27 jan. 2023.

MOTA, T. A. *et al.* Fatores associados à capacidade funcional de pessoas idosas com hipertensão e/ou diabetes mellitus. **Esc Anna Nery.**, v. 24, n. 1, p. e20190089, 2020. Disponível em: http://www.revenf.bvs.br/pdf/ean/v24n1/pt_1414-8145-ean-24-01-e20190089.pdf Acesso em: 23 mar. 2021.

MUHAMMAD, T.; GOVINDU, M.; SRIVASTAVA, S. Relationship between chewing tobacco, smoking, consuming alcohol and cognitive impairment among older adults in India: a cross-sectional study. **Bmc Geriatrics**, v. 21, n. 1, 2021. Disponível em:

<https://bmcgeriatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12877-021-02027-x>. Acesso em: 09 out. 2022.

MWANGI, J.; KULANE, A.; HOI, L. V. Chronic diseases among the elderly in a rural Vietnam: prevalence, associated socio-demographic factors and healthcare expenditures. **International Journal for Equity in Health**, v. 14, n. 134, p. 1-8, 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4650337/>. Acesso em: 09 out. 2022.

NGYEN, H. T.; NGUYEN, A. H.; NGUYEN, G. T. X. Prevalence and associated factors of frailty in patients attending rural and urban geriatric clinics. **Australasian J Ageing**, V. 41, P. c122-30, 2022. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/ajag.13016>. Acesso em: 09 out. 2022.

NUNES, B. P. *et al.* Multimorbidade em indivíduos com 50 anos ou mais de idade: ELSI-Brasil. **Rev Saude Publica**, v. 52, n. 10, supl 2, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/SpVZJRr9zsQGJ3SYVb7qwHt/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 17 set. 2021.

ODLAND, M. L. *et al.* Epidemiology of multimorbidity in conditions of extreme poverty: a population-based study of older adults in rural Burkina Faso. **BMJ Global Health**, v. 5, p. e002096, 2020. Disponível em: <https://gh.bmj.com/content/5/3/e002096>. Acesso em: 09 out. 2022.

OLIVEIRA, A. S. Transição demográfica, transição epidemiológica e envelhecimento populacional no Brasil. **Hygeia**, v. 15, n. 31, p. 69-79, 2019. Disponível em: <http://www.seer.ufu.br/index.php/hygeia/article/view/48614/27320>. Acesso em: 21 abr. 2021.

OLIVEIRA, D. V. *et al.* Does multimorbidity interfere with the functionality of the physically active elderly? **Fisioter Mov.**, v. 33, e003352, 2020b. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/fm/v33/1980-5918-fm-33-e003352.pdf>. Acesso em: 18 mar. 2021.

OLIVEIRA, G. L. *et al.* Fatores relacionados à adesão ao tratamento sob a perspectiva da pessoa idosa. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, v. 23, n. 4, e200160, 2020a. Disponível em: http://www.rbpg.com.br/edicoes/v23n4/RBGG%20v23n4%20PORT_2020-0160.pdf. Acesso em: 23 mar. 2021.

ONG, S. M. *et al.* Variation of polypharmacy in older primary care attenders occurs at prescriber level. **Bmc Geriatrics**, v. 18, n. 1, 2018. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1186/s12877-018-0750-2>. Acesso em: 14 out. 2022.

OUZZANI, M. *et al.* Rayyan-a Web and Mobile App for Systematic Reviews. **Syst. Rev.**, v. 5, n. 210, p. 2-10, 2016. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5139140/pdf/13643_2016_Article_384.pdf. Acesso em: 12 out. 2022.

PEREIRA, B. P. *et al.* Consumo alimentar e multimorbidade entre idosos não institucionalizados de Pelotas, 2014: estudo transversal. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 29, n. 3, p. e2019050, 2020. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/ress/a/njND3599szMZCxQLncnSs5R/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 09 out. 2022.

PETER, R. M.; LOGARAJ, M.; RAMRAJ, B. Association of comorbidities with Activity of Daily Living (ADL) in a community-based sample of older adults in Tamil Nadu, India. **Clinical Epidemiology and Global Health**, n. 15, p. 101068, 2022. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2213398422001105?pes=vor>. Acesso em: 27 jan. 2023.

PETERS, M. D.J. *et al.* **Chapter 11: scoping reviews (2020 version)**. In: **Aromataris E, Munn Z, editors. JBI Manual for Evidence Synthesis: JBI, 2020**. Disponível em: <https://synthesismanual.jbi.global>. Acesso em: 15 out. 2022.

PITILIN, E. B. *et al.* Factors associated with leisure activities of elderly residents in rural areas. **Rev Bras Enferm.**, v. 73, supl. 3, p. e20190600, 2020. Disponível em: http://www.revenf.bvs.br/pdf/reben/v73s3/pt_0034-7167-reben-73-s3-e20190600.pdf Acesso em: 29 mar. 2021.

RAMIREZ, M. H. *et al.* Valoración de la dependencia funcional en adultos mayores asociado a riesgo de caídas en el hogar. **Horiz. sanitario**, Villahermosa, v. 19, n. 1, p. 153-65, abr. 2020. Disponível em: <http://www.scielo.org.mx/pdf/hs/v19n1/2007-7459-hs-19-01-153.pdf> Acesso em: 24 mar. 2021.

SALVADOR, P. T. C. O. Estratégias de coleta de dados online nas pesquisas qualitativas da área da saúde: scoping review. **Rev Gaúcha Enferm.**, v. 41, p. e20190297, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/ZTDgnm7Y8f8KhKr6jbCKddK/?format=pdf&lang=pt>. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190297>. Acesso em: 09 out. 2022.

SANTANA, G. B. *et al.* Temporal Trend of Mortality Due to Ischemic Heart Diseases in Northeastern Brazil (1996–2016): An Analysis According to Gender and Age Group. **Arq Bras Cardiol.**, v. 117, n. 1, p. 51-60, 2021. Disponível em: https://abccardiol.org/wp-content/uploads/articles_xml/0066-782X-abc-117-01-0051/0066-782X-abc-117-01-0051-en.pdf. Acesso em: 27 jan. 2023.

SANTOS, F. *et al.* Falls of elderly people living in rural areas: prevalence and associated factors. **Rev Bras Enferm.**, v. 72, supl. 2, p. 177-83, 2019. Disponível em: http://www.revenf.bvs.br/pdf/reben/v72s2/pt_0034-7167-reben-72-s2-0177.pdf Acesso em: 29 mar. 2021.

SANTOS, L. B. *et al.* Sensibilidade e especificidade da força de preensão manual como discriminador de risco para multimorbidades em idosos. **Cad. Saúde Colet.**, v. 26, n. 2, p. 146-52, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cadsc/a/FwwZ5gK6YST4bL3rQBBSGpm/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 01 nov. 2022

SANTOS, M. D. *et al.* Falta de acessibilidade no transporte público e inadequação de calçadas: efeitos na participação social de pessoas idosas com limitações funcionais. **Revista**

125

FATORES ASSOCIADOS À MULTIMORBIDADE E FUNCIONALIDADE EM PESSOAS IDOSAS DA ZONA RURAL: UM ESTUDO DE BASE POPULACIONAL BASEADO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Brasileira de Geriatria e Gerontologia, v. 20, p. 161-74, 2017.

Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbgg/a/kpmsVnswSGGRkPxYt9mKpvd/?format=pdf&lang=pt>. Acesso: 05 fev. 2023.

SCHMIDT, T. P. *et al.* Padrões de multimorbidade e incapacidade funcional em idosos brasileiros: estudo transversal com dados da Pesquisa Nacional de Saúde. **Cad. Saúde Pública.**, v. 36, n. 11, p. e00241619, 2020. Disponível em:

<https://www.scielo.br/pdf/csp/v36n11/1678-4464-csp-36-11-e00241619.pdf>. Acesso em: 08 abr. 2021.

SCHNEIDER, J. *et al.* High prevalence of multimorbidity and polypharmacy in elderly patients with chronic pain receiving home care are associated with multiple medication-related problems. **Frontiers in Pharmacology**. v. 12, p. 686990, 2021. Disponível em:

<https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fphar.2021.686990/full>. Acesso em: 08 nov. 2022.

SCHULTE, M. T.; HSER, Y-I. Substance Use and Associated Health Conditions throughout the Lifespan. **Public Health Reviews**, v. 35, n. 2, 2014. Disponível em:

<https://publichealthreviews.biomedcentral.com/articles/10.1007/BF03391702>. Acesso em: 09 out. 2022.

SEMBIAH, S. *et al.* Assessment of poor functional status and its predictors among the elderly in a rural area of West Bengal. **Journal Of Mid-Life Health**, v. 10, n. 3, p. 123, 2019.

Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6767957/?report=classic>. Acesso em: 27 jan. 2023.

SHE, R. *et al.* Multimorbidity and health-related quality of life in old age: role of functional dependence and depressive symptoms. **JAMDA.**, v. 20, n. 9, p. 1143-9, 2019. Disponível em:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1525861019302506?via%3Dihub>

SHIMIZU, H. E. *et al.* Avaliação do Índice de Responsividade da Estratégia Saúde da Família da zona rural. **Rev Esc Enferm USP.**, v. 52, p. e03316, 2018. Disponível

em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/LDTvrSC3pwF3SB43rDbXMQv/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 02 fev. 2023.

SILVA, J. N. M. A. *et al.* Predicting dimensions of clinical functional conditions and cognition in the elderly. **Rev Bras Enferm.**, v. 73, supl. 3, p. e2019016, 2020a. Disponível

em: https://www.scielo.br/pdf/reben/v73s3/pt_0034-7167-reben-73-s3-e20190162.pdf Acesso em: 29 mar. 2021.

SILVA, K. F. *et al.* O acesso do idoso na Atenção Primária à Saúde: uma revisão integrativa. **Rev APS.**, v. 21, n. 1, p. 122-33, 2018. Acesso em: 02 fev. 2023.

SILVA, L. G. C. *et al.* Avaliação da funcionalidade e mobilidade de idosos comunitários na atenção primária à saúde. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 22, 2020b.

Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbgg/a/zvXysDWVVdDzN3v6ynMwbDN/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 04 fev. 2023

SILVA, N. B. Q. *et al.* Condições de saúde e utilização da atenção básica pelos idosos: revisão integrativa. **Saúde em Redes**, v. 8, supl. 1, 2022. Disponível em: <http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/3655>. Acesso em: 01 fev. 2023.

SINNOTT, C. *et al.* What to give the patient who has everuthing? A qualitative study of prescribing for multimorbidity in primary care. **Jornal Britânico de Prática Geral**, v. 65, n. 632, p. e184-91, 2015. Disponível em: <https://bjgp.org/content/65/632/e184>. Acesso em: 08 nov. 2022.

SOARES, R. R. *et al.* acidade funcional e risco de quedas em idosos com síndrome metabólica. **Rev Bras Med Fam Comunidade.**, v. 15, n. 42, p. 2228, 2020. Disponível em: <https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/2228/1548> Acesso em: 23 mar. 2021.

SOUZA, A. S. S.; FAERSTEIN, E.; WERNECK, G. L. Multimorbidade e uso de serviços de saúde em indivíduos com restrição de atividades habituais: estudo pró-saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, n. 11, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/n6HzdpLWwPk6pRBkb7nkxgh/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 20 out. 2022.

SPANVELLO, R. M. *et al.* A Problemática do Envelhecimento no Meio Rural sob a Ótica dos Agricultores Familiares sem Sucessores. **Desenvolvimento Em Questão.**, v. 15, n. 40, p. 348-72, 2017. Disponível em: <https://revistas.unijui.edu.br/index.php/desenvolvimentoemquestao/article/view/5903>. Acesso em: 20 abr. 2021.

TERENCE, A. C. F.; ESCRIVÃO FILHO, E. Abordagem quantitativa, qualitativa e a utilização da pesquisa-ação nos estudos organizacionais. **Encontro Nacional de Engenharia de Produção**, v. 26, p. 1-9, 2006. Acesso em: 23 mar. 2021.

TON, L. *et al.* Desafios dos profissionais da atenção básica em relação à polifarmácia e à polimorbidade em idosos. **Revista Eletrônica Acervo Científico**, v. 19, p. e6059, 2021. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/cientifico/article/view/6059/3870>. Acesso em: 04 fev. 2023.

TRICCO, A. C. PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-ScR): checklist and explanation. **Ann Intern Med.**, v. 169, n. 7, p. 467-73, 2018. Disponível em: <http://www.prisma-statement.org/Extensions/ScopingReviewshttp://dx.doi.org/10.7326/M18-0850>. Acesso em: 21 nov. 2022.

USNAYO, R. E. K. *et al.* Autoavaliação negativa da saúde em pessoas idosas associada a condições socioeconômicas e de saúde: inquérito populacional em Rio Branco, Acre. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 23, n. 5, p. e200267, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbagg/a/QGk3mhdCw6TNbm5jMjqH59K/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 04 fev. 2023.

WAJNMAN, S.; OLIVEIRA, A. M. H. C.; OLIVEIRA, E. L. Os idosos no mercado de trabalho: tendências e consequências. **Os novos idosos brasileiros: muito além dos**, v. 60, p.

453-80, 2004. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Elzira-Oliveira/publication/261798327_Os_Idosos_no_Mercado_de_Trabalho_Tendencias_e_Consequencias/links/00463535860e258206000000/Os-Idosos-no-Mercado-de-Trabalho-Tendencias-e-Consequencias.pdf Acesso em: 21 abr. 2023.

WANG, C. *et al.* Subjective health and quality of life among elderly people living with chronic multimorbidity and difficulty in activities of daily living in rural South Africa. **Clinical Interventions In Aging**, v. 14, p. 1285-96, 2019. Disponível em: <https://www.dovepress.com/subjective-health-and-quality-of-life-among-elderly-people-living-with-peer-reviewed-fulltext-article-CIA>. Acesso em: 31 jan. 2023.

WEN, N.; KANEDA, T. A multi-level analysis of urban/rural and socioeconomic differences in functional health status transition among older Chinese. **Soc Sci Med.**, v. 71, n. 3, p. 559-67, 2010. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20621749/>. Acesso em: 04 fev. 2023.

WHO. International Classification of Functioning. **Disability and Health (ICF)**. Geneva: WHO; 2003. Acesso em: 16 mar. 2021.

YADAV, U. N. *et al.* Prevalence of non-communicable chronic conditions, multimorbidity and its correlates among older adults in rural Nepal: a cross-sectional study. **BMJ Open**, v. 11, p. e041728, 2021. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7908905/pdf/bmjopen-2020-041728.pdf>. Acesso em: 04 fev. 2023.

YANG, X. *et al.* Mediating role of functional limitations in the association of urinary incontinence with depressive symptoms among middle-aged and older adults: The English Longitudinal Study of Aging. **Journal of Affective Disorders**, v. 313, p. 158-62, 2022. Disponível em: <https://www-sciencedirect.ez50.periodicos.capes.gov.br/science/article/pii/S0165032722007352?via%3Dihub>. Acesso em: 27 jan. 2023.

YAO, S. S. *et al.* Prevalence and Patterns of Multimorbidity in a Nationally Representative Sample of Older Chinese: Results From the China Health and Retirement Longitudinal Study. **J Gerontol A Biol Sci Med Sci**, v. 75, n. 10, p. 1974-80, 2020. Disponível em: <https://academic.oup.com/biomedgerontology/article/75/10/1974/5549008?login=true>

ZGHEIB, E. *et al.* Factors Associated with Functional Disability Among Lebanese Elderly Living in Rural Areas: role of polypharmacy, alcohol consumption, and nutrition-based on the aging and malnutrition in elderly lebanese (amel) study. **Journal Of Epidemiology And Global Health**, v. 8, n. 1-2, p. 82, 2018. Disponível em: <https://www.atlantispress.com/journals/jegh/125905569/view>. Acesso em: 26 jan. 2023.

ANEXOS

ANEXO A



PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAÇAGI SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

CARTA DE ANUÊNCIA

Esclarecimentos

Esta é uma solicitação para realização da pesquisa intitulada “Fatores associados à multimorbidade e funcionalidade em idosos da zona rural: um estudo baseado na estratégia saúde da família” a ser realizada na zona rural do município de Araçagi, Paraíba, Brasil, pelo pesquisador Arthur Alexandrino.

Quanto a metodologia a ser utilizada no estudo, consta de uma investigação epidemiológica do tipo observacional e transversal, com abordagem quantitativa, e tem como objetivos investigar a multimorbidade e funcionalidade de idosos residentes na zona rural; identificar e mapear o que há na literatura acerca da multimorbidade em idosos residentes na zona rural a partir de uma revisão de escopo; construir um perfil de multimorbidade e funcionalidade de idosos residentes na zona rural e; identificar os fatores sociodemográficos, clínicos-terapêuticos e os relacionados ao estilo de vida e ao acesso aos serviços de saúde, associados à multimorbidade e à funcionalidade em idosos residentes na zona rural, necessitando portanto da concordância e autorização institucional para a realização da etapa de coleta de dados.

Ressaltamos que os dados coletados serão mantidos em absoluto sigilo, de acordo com as Resoluções nº 466/2012 - Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, que tratam da Pesquisa envolvendo Seres Humanos. Salientamos ainda que tais dados serão utilizados tão somente para realização deste estudo.

Consentimento

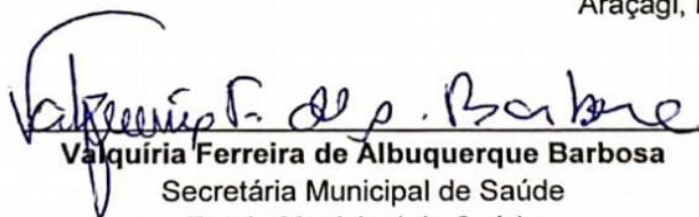
Por ter sido informado verbalmente e por escrito sobre os objetivos e metodologia desta pesquisa, concordo em autorizar a realização da mesma nesta Instituição que represento Secretaria Municipal de Saúde, Departamento de Fundo Municipal de Saúde, localizado na Av. Olívio Maroja, s/n, Centro, Araçagi/PB, CEP: 58.270-000, telefone celular: (83) 98164-5514, com horário de funcionamento entre 7:00 às 11:00h e 14:00 às 17:00h de segunda a sexta e com o seguinte endereço eletrônico: smsaracagipb@gmail.com.

Esta Instituição está ciente de suas corresponsabilidades como instituição coparticipante do presente projeto de pesquisa, dispondo de infraestrutura necessária para realização das etapas supracitadas.

Esta autorização está condicionada à aprovação prévia da pesquisa acima citada por um Comitê de Ética em Pesquisa e ao cumprimento das determinações éticas das Resoluções nº 466/2012 - Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde e suas complementares.

O descumprimento desses condicionamentos assegura-me o direito de retirar minha anuência a qualquer momento da pesquisa.

Araçagi, PB, 05.07 /2021.


Valquíria Ferreira de Albuquerque Barbosa

Secretária Municipal de Saúde
Fundo Municipal de Saúde
CNPJ: 12431299/0001-18

Valquíria Ferreira de Albuquerque Barbosa
Secretária Municipal de Saúde
CPF: 073.873.934-24

Arthur Alexandrino
CPF: 084.470.334-65

ANEXO B

ESCALA DE ATIVIDADES BÁSICAS DE VIDA DIÁRIA - KATZ

Atividade	Independente	SIM	NÃO
1. Banho	Não recebe assistência ou somente recebe em uma parte do corpo.	()	()
2. Vestir-se	Escolhe as roupas e se veste sem nenhuma ajuda, exceto para calçar sapatos.	()	()
3. Higiene Pessoal	Vai ao banheiro, usa-o, veste-se e retorna sem nenhuma assistência (pode usar bengala ou andador como apoio e usar comadre/urinol à noite).	()	()
4. Transferência	Consegue deitar e levantar de uma cama ou sentar e levantar de uma cadeira sem ajuda (pode usar bengala ou andador).	()	()
5. Continência	Tem autocontrole do intestino e da bexiga (sem "acidentes ocasionais").	()	()
6. Alimentação	Alimenta-se sem ajuda, exceto para cortar carne ou passar manteiga no pão.	()	()

FONTE: FREITAS, E.V. et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, pp. 613, 2002

ANEXO C

ESCALA DE ATIVIDADES INSTRUMENTAIS DE VIDA DIÁRIA – LAWTON E BRODY

Atividade		Avaliação	
1	O(a) Sr(a) consegue usar o telefone?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
2	O(a) Sr(a) consegue ir a locais distantes, usando algum transporte, sem necessidade de planejamentos especiais?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
3	O(a) Sr(a) consegue fazer compras?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
4	O(a) Sr(a) consegue preparar suas próprias refeições?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
5	O(a) Sr(a) consegue arrumar a casa?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
6	O(a) Sr(a) consegue fazer trabalhos manuais domésticos, como pequenos reparos?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
7	O(a) Sr(a) consegue lavar e passar sua roupa?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
8	O(a) Sr(a) consegue tomar seus remédios na dose e horários corretos?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
9	O(a) Sr(a) consegue cuidar de suas finanças?	Sem ajuda Com ajuda parcial Não consegue	3 2 1
TOTAL		_____ pontos	

APÊNDICES

APÊNDICE A

QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO, COMPORTAMENTAL E CLÍNICO- TERAPÊUTICO

Nº do Questionário: _____

Data da Entrevista: ____ / ____ / ____

Telefone para contato: _____

SEÇÃO A: Informações Pessoais		CODIFICAÇÃO
A1	Idade: _____ (anos completos)	<i>AIDADE:</i> _____
A2	Sexo (1) Masculino (2) Feminino	<i>ASEXO:</i> _____
A3	Qual a cor da sua pele? (1) Branca (2) Parda (3) Amarelo (4) Preto (5) Indígena (99) NS/NR	<i>ACOR:</i> _____
A4	Qual seu estado civil? (1) Solteiro (a) (2) Casado (a) (3) Divorciado (a)/Desquitado (a) (4) Separado (a) (5) Viúvo (a) (6) União consensual (99) NS/NR	<i>AESTCIV:</i> _____
A5	Com quem o (a) Sr. (a) mora? (1) Sozinho (2) Somente com o cônjuge (3) Cônjuge e filho (s) (4) Cônjuge, filhos, genro ou nora (5) Somente com o (s) filho (s) (6) Arranjos trigeracionais (idoso, filhos e netos) (7) Arranjos intrageracionais (somente com outros idosos) (8) Somente com os netos (sem filhos) (9) Não familiares (10) Outros (especifique) _____ (99) NS/NR	<i>AMORA:</i> _____
A6	Quanto tempo o senhor (a) mora na Zona Rural? _____	<i>ATEMPO:</i> _____
A7	Quantas pessoas moram na sua residência, incluindo você? _____	<i>AQMORA:</i> _____
A8	Quantos cômodos tem sua residência? _____	<i>ACOMO:</i> _____
A9	Qual sua religião? (1) Católica (2) Evangélica (3) Espírita (4) Ateu (5) Outro – Qual: _____ (99) NS/NR	<i>ARELIG:</i> _____
A10	Peso: _____ kg	<i>APESO:</i> _____
A11	Altura: _____ cm	<i>AALT:</i> _____
A12	IMC: _____	<i>AIMC:</i> _____
A13	Perímetro da panturrilha (PP) esquerda? _____ cm	<i>APPANT:</i> _____
SEÇÃO B: Perfil Social		CODIFICAÇÃO

B1	O (A) Sr. (a) sabe ler e escrever? (1) Sim (2) Não (99) NS/NR Até que ano/série o senhor (a) estudou? _____	<i>BLERES:</i> _____ <i>BESCOL:</i> _____																						
B2	Qual é a renda familiar em reais? (Incluindo o idoso) Renda: _____ (99) NS/NR	<i>BRENF:</i> _____																						
B3	O (A) Sr. (a) trabalha atualmente? (1) Sim (2) Não (99) NS/NR Qual a sua ocupação: _____	<i>BTRAB:</i> _____ <i>BOCUP:</i> _____																						
B4	O (A) Sr. (a) recebe algum benefício do governo? (1) Sim (2) Não (99) NS/NR Se sim, qual: _____ O (A) Sr. (a) é aposentado? (1) Sim (2) Não (99) NS/NR	<i>BBENEF:</i> _____ <i>BBENEF C:</i> _____ <i>BAPOSE:</i> _____																						
SEÇÃO C: Estilo de Vida		CODIFICAÇÃO																						
C1	O (A) Sr. (a) participa de atividades de lazer ou sociais organizadas (clubes, grupos comunitários ou religiosos, centros de convivência do idoso etc.)? (1) Sim (2) Não (99) NS/NR Se sim, qual: _____	<i>CLAZER:</i> _____ <i>CLAZERC:</i> _____																						
C2	O (A) Sr. (a) pratica alguma atividade física (caminhada para o trabalho, atividade do lar) nos últimos três meses? (1) Sim (2) Não (99) NS/NR Se sim, qual: _____	<i>CATIV:</i> _____ <i>CATIVC:</i> _____																						
C3	O (A) Sr. (a) faz pelo menos três refeições por dia? (1) Sim (2) Não (99) NS/NR	<i>CREFEI:</i> _____																						
C4	O (A) Sr. (a) tem acesso a água tratada? (1) Sim (2) Não (99) NS/NR	<i>CAGUA:</i> _____																						
C5	O (A) Sr. (a) é fumante? (1) Sim (2) Não (99) NS/NR O (A) Sr. (a) é ex-fumante? (1) Sim (2) Não (99) NS/NR	<i>CFUM:</i> _____ <i>CEXFUM:</i> _____																						
C6	O (A) Sr. (a) faz uso de bebida alcoólica? (1) Sim (2) Não (99) NS/NR O (A) Sr. (a) fazia uso de bebida alcoólica? (1) Sim (2) Não (99) NS/NR	<i>CALCOOL:</i> _____ <i>CFAZIA:</i> _____																						
C7	Como o (a) Sr. (a) classifica seu nível de estresse? <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td> </tr> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10												<i>CESTRESSE:</i> _____
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10														
SEÇÃO D: Perfil clínico-terapêutico		CODIFICAÇÃO																						
D1	De modo geral, como está o seu estado de saúde? (1) Muito bom (2) Bom (3) Regular (4) Ruim (5) Muito ruim (99) NS/NR	<i>DESAUDE:</i> _____																						
D2	Como o (a) senhor (a) avaliaria sua Qualidade de Vida?	<i>DQUALI:</i> _____																						

	(1) Muito boa (2) Boa (3) Regular (4) Ruim (5) Muito ruim (99) NS/NR	
D3	O quão satisfeito o (a) senhor (a) está com a própria vida? (1) Completamente satisfeito (2) Muito satisfeito (3) Nem satisfeito e nem insatisfeito (4) Muito pouco satisfeito (5) Nada satisfeito (99) NS/NR	<i>DSATVD: _____</i>
D4	O (A) senhor (a) gosta de viver sua vida atual? (1) Completamente satisfeito (2) Muito satisfeito (3) Nem satisfeito e nem insatisfeito (4) Muito pouco satisfeito (5) Nada satisfeito (99) NS/NR	<i>DGOSTA: _____</i>
D5	O (A) Sr. (a) faz uso de algum medicamento diário? (1) Sim (2) Não (99) NS/NR Qual (is)? _____	<i>DMEDIC: _____</i>
D6	O (A) Sr. (a) sofreu alguma queda no intervalo (no último ano) de 1 ano? (1) Sim (2) Não (99) NS/NR	<i>DQUEDA: _____</i>
D7	O (A) Sr. (a) tem alguma dor com duração igual ou superior a 3 meses? (1) Sim (2) Não (99) NS/NR	<i>DDOR: _____</i>
D8	O (A) Sr. (a) teve COVID-19? (1) Sim (2) Não (99) NS/NR O (A) Sr. (a) tomou vacina da COVID-19? (1) Sim (2) Não (99) NS/NR	<i>DCOVID: _____</i> <i>DVACI: _____</i>
SEÇÃO E: Acesso aos Serviços de Saúde		CODIFICAÇÃO
E1	O (A) Sr. (a) tem acesso aos serviços de saúde? (1) Sim (2) Não (99) NS/NR	<i>EASERV: _____</i>
E2	O (A) Sr. (a) utilizou os serviços de saúde nos últimos seis meses? (1) Sim (2) Não (99) NS/NR Se sim, para quê: _____	<i>ESERV: _____</i>
E3	O (A) Sr. (a) tem transporte para chegar ao serviço de saúde? (1) Sim (2) Não (99) NS/NR	<i>ETRANS: _____</i>
E4	Quando o (a) Sr. (a) necessita de atenção para acompanhar a sua saúde, qual o tipo de serviço de saúde o (a) Sr. (a) utiliza como primeira opção? (1) Unidade Básica de Saúde (2) Hospital/UPA/PA/UM (3) Farmácia (4) Benzedeira (5) Outro – Qual? _____ (99) NS/NR	<i>ESERV: _____</i>
E5	Quando o (a) Sr. (a) necessita de algum serviço de saúde, o (a) Sr. (a) vai acompanhado de alguém? (1) Sim (2) Não (99) NS/NR	<i>EACOMP: _____</i>
E6	O (A) Sr. (a) tem plano de saúde? (1) Sim (2) Não (99) NS/NR	<i>EPLANO: _____</i>
E7	Qual foi a última vez que o (a) Sr. (a) foi ao médico? _____	<i>EULTIM: _____</i>

E8	O (A) Sr. (a) ficou internado (a) no último ano? _____	<i>EINTER:</i> _____
	Por que o (a) Sr. (a) ficou internado (a)? _____	<i>EPQINT:</i> _____
	Quanto tempo o (a) Sr. (a) ficou internado (a)? _____	<i>EQNDINT:</i> _____

APÊNDICE B

FORMULÁRIO SEMIESTRUTURADO SOBRE PROBLEMAS DE SAÚDE AUTOREFERIDOS

Nº do Questionário: _____

Data da Entrevista: ____ / ____ / ____

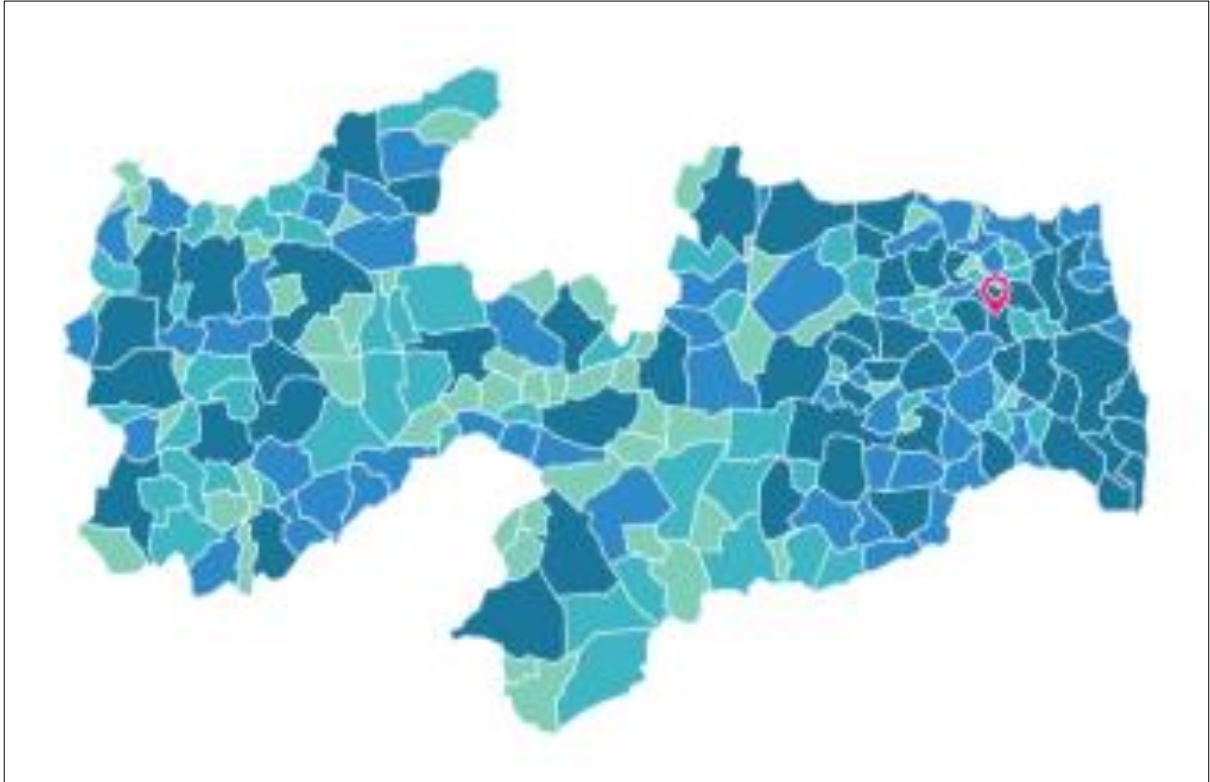
Telefone para contato: _____

PROBLEMAS DE SAÚDE AUTOREFERIDOS				
O senhor tem algum problema de saúde? (1) Sim (2) Não (99) NS/NR			<i>PROBS:</i> _____	
Quem disse ao Sr. (a) que o senhor tem essa doença?				
Nº	CONDIÇÃO/DOENÇA	SIM	NÃO	CÓDIGO
01	Diabetes	1	2	
02	Doença Cardíaca Isquêmica	1	2	
03	Doença Renal Crônica	1	2	
04	Depressão e problemas do humor	1	2	
05	Doença Cerebrovasculares	1	2	
06	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), Enfisema, Bronquite Crônica	1	2	
07	Hipertensão	1	2	
08	Asma	1	2	
09	Doença de Parkinson	1	2	
10	Insuficiência Cardíaca	1	2	
11	Neoplasia sólidas	1	2	
12	Osteoartrite e outras doenças articulares degenerativas	1	2	
13	Osteoporose	1	2	
14	Neoplasias hematológicas	1	2	
15	Disfunção na Tireoide	1	2	
16	Dislipidemias	1	2	
17	Demência	1	2	
18	Outras doenças cardiovasculares	1	2	
19	Doenças Autoimunes	1	2	
20	Outras doenças musculoesqueléticas e da articulação	1	2	
21	Artropatias inflamatórias (artrite reumatoide, espondiloartrites (espondilite) e artrite psoriásica)	1	2	
22	Doenças crônicas do fígado	1	2	
23	Esclerose múltipla	1	2	
24	Obesidade	1	2	
25	Incontinência urinária	1	2	
26	Doenças infecciosas crônicas	1	2	
27	Doença vascular periférica	1	2	

28	Doenças inflamatórias intestinais	1	2	
29	Arritmia cardíaca	1	2	
30	Doenças das válvulas cardíacas	1	2	
31	Enxaqueca e dores faciais crônicas	1	2	
32	Esquizofrenia e doenças delirantes	1	2	

APÊNDICE C

Figura 4 – Mapa do estado federativo da Paraíba, Brasil. Com destaque o município de Araçagi – PB.



Fonte: BRASIL, 2010.

APÊNDICE D



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE – UFRN

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

FORMULÁRIO CEP HUOL/UFRN

Título do projeto de pesquisa	Fatores associados à multimorbidade e funcionalidade em idosos da zona rural: um estudo baseado na estratégia saúde da família
Pesquisador Responsável	Arthur Alexandrino
Link do Currículo Lattes	http://lattes.cnpq.br/0152435034946468
Telefone/e-mail	(83)99613-8749
Instituição Proponente	Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Departamento e/ou Programa de Pós-Graduação	Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Instituição Coparticipante	Nenhuma
Nível de abrangência do Projeto	<input type="checkbox"/> Monografia/Trabalho de Conclusão de Curso – Graduação <input type="checkbox"/> Monografia/Trabalho de Conclusão de Curso – Especialização/outras <input checked="" type="checkbox"/> Mestrado <input type="checkbox"/> Doutorado <input type="checkbox"/> Outro tipo (especificar) _____

Período de realização	A partir do mês de setembro de 2021 à setembro de de 2022.
Período de arrolamento dos participantes	A partir do mês de setembro de 2021 à dezembro de 2021.
Número amostral	384
Quais os critérios usados para a escolha do número amostral?	A partir do cálculo da amostra descrita no projeto.
Descrever os planos para o recrutamento dos participantes da pesquisa	A amostragem a ser abordada será a amostragem aleatória sistemática. A partir de uma lista com o nome dos idosos do município fornecida pela Secretaria Municipal de Saúde de Araçagi e após o sorteio dos participantes, iremos em busca dos participantes sorteados com o auxílio dos Agentes Comunitários de Saúde.
Descrever a forma como será explicado ao participante o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (processo de obtenção do TCLE)	O idoso será abordado em sua residência a partir da mediação do Agente Comunitário de Saúde e em seguida será explicado todos os detalhes da pesquisa para o possível participante. Caso ele concorde com o que for explícito, ele entrará na amostra, podendo desistir a qualquer momento.
Fonte para coleta de dados	<input checked="" type="checkbox"/> O ser humano, de forma direta, em sua totalidade <input type="checkbox"/> Dados secundários de acesso restrito <input type="checkbox"/> Material biológico humano armazenado <input type="checkbox"/> Outros (especificar)
Será utilizado algum recurso para gravação de voz dos participantes da pesquisa?	
<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	
Serão utilizadas imagens (fotos ou vídeos) dos participantes da pesquisa?	

Sim Não

Arthur Alexandrino
CPF: 084.470.334-65

APÊNDICE E



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Esclarecimentos

Este é um convite para você participar da pesquisa: “Fatores associados à multimorbidade e funcionalidade em idosos da zona rural: um estudo baseado na estratégia saúde da família”, que tem como pesquisador responsável Arthur Alexandrino.

Esta pesquisa pretende investigar a multimorbidade e funcionalidade de idosos residentes na zona rural; identificar e mapear o que há na literatura acerca da multimorbidade em idosos residentes na zona rural a partir de uma revisão de escopo; construir um perfil de multimorbidade e funcionalidade de idosos residentes na zona rural e; identificar os fatores sociodemográficos, clínicos-terapêuticos e os relacionados ao estilo de vida e ao acesso aos serviços de saúde, associados à multimorbidade e à funcionalidade em idosos residentes na zona rural.

O motivo que nos leva a fazer este estudo é justificado pela necessidade de conhecer o perfil de multimorbidade (pessoa que tem duas doenças ou mais) e a condição funcional dos idosos da zona rural a partir da avaliação da sua condição de saúde, o que é importante para entender as doenças e perdas funcionais nessa população que é pouco estudada e para que se possa promover cuidados com a saúde desses idosos. Vale lembrar que a maioria das pesquisas sobre multimorbidade e funcionalidade são realizadas com idosos que moram na zona urbana. Pouco se sabe sobre a multimorbidade e funcionalidade das pessoas idosas que residem na zona rural, o que torna ainda mais importante a realização de uma pesquisa que busque saber como está a saúde das pessoas idosas que moram na zona rural, em especial, pesquisas que

procurem saber sobre a multimorbidade e funcionalidade desses idosos. A cidade escolhida para ser feita esta pesquisa foi a cidade de Araçagi, localizada no estado da Paraíba, Brasil, pelo fato da zona rural do município ser bem grande e também porque a maior parte (cerca de 60%) dos idosos da cidade moram na zona rural do município.

Caso você deseje participar dessa pesquisa, você deverá responder algumas perguntas que serão feitas sobre a multimorbidade e funcionalidade de idosos que moram na zona rural. Ao total você irá responder a cinco questionários relacionados a pesquisa.

As perguntas (questionários) desta pesquisa poderão causar alguns desconfortos como os riscos parecidos com àqueles encontrados em pesquisas que utilizam questionários, como constrangimento, desconforto, estresse emocional, cansaço, aborrecimento ao responder as perguntas e intimidação na hora de responder as perguntas, o que pode fazer com que você não queira mais responder ou desista de fazer parte da pesquisa. Além disso, como estamos vivendo em meio a pandemia da COVID-19 (pandemia do coronavírus), a pesquisa apresenta também o risco de se contaminar com a COVID-19. Pensando nisso, você poderá se recusar a participar ou desistir da pesquisa em qualquer momento da pesquisa sem nenhum prejuízo. É importante destacar que por mais que os riscos da pesquisa sejam elevados, eles são justificáveis, pois o idoso pode ficar com vergonha do pesquisador durante as perguntas ou ficar com medo de se contaminar com a COVID-19. Nesse momento de explicação da pesquisa, o pesquisador vai ter a oportunidade de tirar as dúvidas sobre a pesquisa para o idoso caso apareça alguma dúvida, de acordo com a Resolução nº 466/12 do CNS. Diante do risco de contágio da pandemia da COVID-19, para evitar o contato físico e a contaminação entre o pesquisador e o participante da pesquisa, será mantido o distanciamento social com distância mínima de dois metros, será utilizado máscara N°95 e álcool em gel 70%. Além disso, a pesquisa será realizada em local com ventilação natural.

Como benefícios da pesquisa, suas respostas irão trazer ótimas contribuições sobre a saúde das pessoas idosas que moram na zona rural. Além disso, sua participação nessa pesquisa vai ajudar gestores, profissionais de saúde, outros serviços, a população que está envelhecendo e os próprios idosos. Dessa forma, a sua participação na pesquisa poderá ajudar os pesquisadores a pensar em formas de promover um envelhecimento bem sucedido e a promoção de um curso de vida ativo e saudável. Além disso, essa pesquisa irá promover uma construção coletiva que poderá ajudar a melhorar o acesso aos serviços e a prática da assistência à saúde,

possibilitando uma melhor atuação e desenvolvimento das políticas públicas voltadas aos idosos e o resto da população.

Em caso de complicações ou problemas de saúde que você possa ter relacionado com a pesquisa, o pesquisador responsável irá garantir o direito à assistência integral e gratuita, que será prestada pela Unidade Básica de Saúde (UBS) mais próxima. Caso necessite de maior assistência, o participante será deslocado para o serviço de saúde que melhor atenda sua necessidade.

Durante todo o período da pesquisa você poderá tirar suas dúvidas ligando para Arthur Alexandrino, através do telefone (83) 99613-8749, ou através do e-mail alexandrinoarthurdm@gmail.com.

Você tem o direito de se recusar a participar ou retirar sua autorização, em qualquer fase da pesquisa, sem nenhum prejuízo para você.

Os dados que você irá nos fornecer serão confidenciais e serão divulgados apenas em congressos ou publicações científicas, sempre de forma anônima, não havendo divulgação de nenhuma informação que possa identificar o idoso. Essas informações serão guardadas pelo pesquisador responsável por essa pesquisa em local seguro e por um período de 5 anos.

Alguns gastos pela sua participação nessa pesquisa, eles serão assumidos pelo pesquisador e reembolsado para vocês.

Se você sofrer qualquer dano em relação a esta pesquisa, sendo ele imediato ou tardio, previsto ou não, você será indenizado.

Qualquer dúvida sobre a ética dessa pesquisa você deverá ligar para o Comitê de Ética em Pesquisa – instituição que avalia a ética das pesquisas antes que elas comecem e fornece proteção aos participantes das mesmas – do Hospital Universitário Onofre Lopes da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, no telefone (84) 3342-5003, e-mail cep_huol@yahoo.com.br. Você ainda pode ir pessoalmente à sede do CEP, de segunda a sexta, das 07h30minh às 12h30 e das 13h30 às 15h00, no Hospital Universitário Onofre Lopes, endereço Av. Nilo Peçanha, 620 – Petrópolis – Espaço João Machado – 1º Andar – Prédio Administrativo - CEP 59.012-300 - Natal/RN.

Este documento foi impresso em duas vias. Uma ficará com você e a outra com o pesquisador responsável Arthur Alexandrino.

Consentimento Livre e Esclarecido

Após ter sido esclarecido sobre os objetivos, importância e o modo como as informações serão coletadas nessa pesquisa, além de conhecer os riscos, desconfortos e benefícios que ela trará para mim e saber de todos os meus direitos, concordo em participar da pesquisa “Fatores associados à multimorbidade e funcionalidade em idosos da zona rural: um estudo baseado na estratégia saúde da família”, e autorizo a divulgação das informações por mim fornecidas em congressos e/ou publicações científicas desde que nenhum dado possa me identificar.

Assinatura do participante da pesquisa



Impressão
datiloscópica do
participante

Declaração do pesquisador responsável

Como pesquisador responsável pelo estudo “Fatores associados à multimorbidade e funcionalidade em idosos da zona rural: um estudo baseado na estratégia saúde da família”, declaro que assumo a inteira responsabilidade de cumprir fielmente os procedimentos metodologicamente e direitos que foram esclarecidos e assegurados ao participante desse estudo, assim como manter sigilo e confidencialidade sobre a sua identidade.

Declaro ainda estar ciente que se não cumprir com o compromisso assumido por esta pesquisa estarei infringindo as normas e diretrizes propostas pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde – CNS, que regulamenta as pesquisas envolvendo o ser humano.

Araçagi, PB, ____/____/____.

Arthur Alexandrino
CPF: 084.470.334-65

APÊNDICE F

DECLARAÇÃO DE COMPROMISSO ÉTICO DE NÃO INÍCIO DA PESQUISA

Eu, Arthur Alexandrino, CPF 084.470.334-65, pesquisador(a) responsável da pesquisa intitulada “Fatores associados à multimorbidade e funcionalidade em idosos da zona rural: um estudo baseado na estratégia saúde da família”, declaro que a coleta de dados não foi iniciada, e somente ocorrerá após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa.

Araçagi, PB, ____/____/2021.

Arthur Alexandrino
CPF: 084.470.334-65

APÊNDICE G



TERMO DE CONFIDENCIALIDADE

Mediante este termo eu, Arthur Alexandrino e meu orientador(a) Kenio Costa de Lima, comprometemo-nos a guardar sigilo absoluto sobre os dados coletados, os quais serão utilizados para o desenvolvimento da pesquisa intitulada “Fatores associados à multimorbidade e funcionalidade em idosos da zona rural: um estudo baseado na estratégia saúde da família”, durante e após a conclusão da mesma.

Asseguramos que os dados coletados serão utilizados exclusivamente para a execução do projeto em questão e serão guardados por um período mínimo de 5 anos, sob a responsabilidade do(a) pesquisador(a) coordenador(a) da pesquisa.

Asseguramos, ainda, que as informações geradas somente serão divulgadas de forma anônima, não sendo usadas iniciais ou quaisquer outras indicações que possam identificar os participantes da pesquisa e a Instituição.

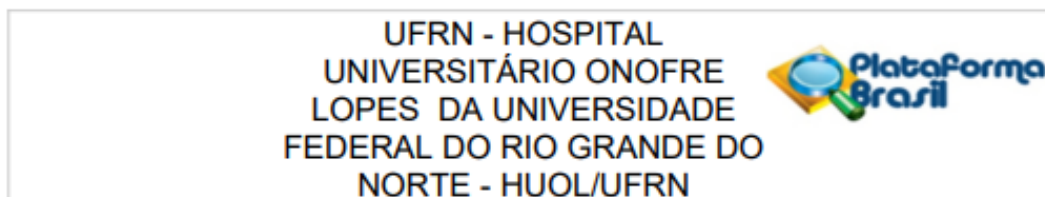
Araçagi, PB, ____/____/2021.

Arthur Alexandrino
CPF: 084.470.334-65

Kenio Costa de Lima
CPF: 503.371.574-72

APÊNDICE H

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: FATORES ASSOCIADOS À MULTIMORBIDADE E FUNCIONALIDADE EM IDOSOS DA ZONA RURAL: UM ESTUDO DE BASE POPULACIONAL BASEADO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Pesquisador: ARTHUR ALEXANDRINO

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 49759621.2.0000.5292

Instituição Proponente: Pós Graduação em Saúde Coletiva

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.952.314

Apresentação do Projeto:

Projeto a ser desenvolvido no Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva e investigará a multimorbidade e funcionalidade de idosos residentes na zona rural de um município paraibano, no qual 60% dos idosos residem em área rural.

Objetivo da Pesquisa:

Investigar a multimorbidade e funcionalidade de idosos residentes na zona rural.

Como objetivos secundários os autores também se propõem a: Identificar e mapear o que há na literatura acerca da multimorbidade em idosos residentes na zona rural a partir de uma revisão de escopo; Construir um perfil de multimorbidade e funcionalidade de idosos residentes na zona rural; Identificar os fatores sociodemográficos, clínicos-terapêuticos e os relacionados ao estilo de vida e ao acesso aos serviços de saúde, associados à multimorbidade e à funcionalidade em idosos residentes na zona rural.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Na ordem de prioridades de riscos mencionam o desconforto pela aplicação de questionários, constrangimento, estresse emocional, cansaço e omissão de respostas relacionadas aos

Endereço: Avenida Nilo Peçanha, 620 - Prédio Administrativo - 1º Andar - Espaço João Machado
Bairro: Petrópolis CEP: 59.012-300
UF: RN Município: NATAL
Telefone: (84)3342-5003 Fax: (84)3202-3941 E-mail: cep_huol@yahoo.com.br

UFRN - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO ONOFRE
LOPES DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO RIO GRANDE DO
NORTE - HUOL/UFRN



Continuação do Parecer: 4.952.314

sentimentos de intimidação pela entrevista. Em seguida vem o risco de contágio com o vírus SARS-Cov II (COVID-19). Como estratégia de minimização será mantido o distanciamento social, o uso de máscara N°95 e álcool em gel. Benefícios: Possíveis contribuições na promoção de um curso de vida ativo e saudável. Promoção de uma construção coletiva que poderá subsidiar no acesso aos serviços e a prática da assistência à saúde a esta parcela da população.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de uma investigação epidemiológica do tipo observacional e transversal, com abordagem quantitativa. Será desenvolvido no município de Araçagi, cidade localizada na microrregião de Guarabira e na mesorregião do Agreste Paraibano, estado brasileiro da Paraíba (PB), e terá como referência as Unidades Básicas de Saúde (UBS), vinculadas à Secretaria Municipal de Saúde (SMS) em que das nove UBS do município, seis fazem parte da área rural, o que representa 66,7% das UBS da cidade. A amostra será composta por 384 idosos. Para a operacionalização da coleta de dados serão utilizados cinco instrumentos: I) Questionário sociodemográfico, clínico-terapêutico e os relacionados ao estilo de vida e ao acesso aos serviços de saúde; II) Índice de Katz; III) Escala de Lawton e Brody; IV) Timed Up and Go (TUG); V) Formulário semiestruturado sobre Problemas de Saúde Autoreferidos. O estudo será dividido em duas etapas: fase 1 - se constitui em uma revisão de escopo que será norteadas pelas recomendações do JBI Institute Reviewer's Manual (JBI, 2015), e irá abordar a multimorbidade em idosos residentes na zona rural; fase 2 - trata-se de uma investigação epidemiológica do tipo observacional e transversal, com abordagem quantitativa. No estudo observacional, proceder-se-á a análise descritiva e quantitativa dos dados (univariada). Em seguida análise estatística inferencial por meio do software IBM SPSS (Statistical Package for the Social Sciens) versão 25.0. Na estatística bivariada, as variáveis serão transformadas em dados categóricos, os quais serão analisados através do teste Qui-quadrado. Por fim, uma análise multivariada dos dados através de uma regressão robusta de Poisson. Além disso, almeja-se desvelar o que tem na literatura acerca da multimorbidade dos idosos que residem na zona rural por meio da scoping review. Os autores esperam compreender os fenômenos e agrupar atributos científicos que permitirão fortalecer o acesso aos serviços e a assistência à saúde da população idosa residente na zona rural, especialmente no que tange ao manejo das múltiplas doenças e na proposição de intervenções e estratégias no âmbito da rede de atenção à saúde deste segmento populacional.

Endereço: Avenida Nilo Peçanha, 620 - Prédio Administrativo - 1º Andar - Espaço João Machado
Bairro: Petrópolis CEP: 59.012-300
UF: RN Município: NATAL
Telefone: (84)3342-5003 Fax: (84)3202-3941 E-mail: cep_huol@yahoo.com.br

Página 02 de 05

UFRN - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO ONOFRE
LOPES DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO RIO GRANDE DO
NORTE - HUOL/UFRN



Continuação do Parecer: 4.952.314

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Adequados.

Recomendações:

Mesmo com os índices da pandemia em baixa manter um comportamento sanitário que venha trazer o máximo de proteção a população idosa participante.

- O CEP HUOL/UFRN informa ao pesquisador que está em vigor a Lei Geral de proteção de dados- LGPD, e, vem reforçar a orientação que a aludida Lei dispõe sobre a responsabilidade na proteção e guarda dos dados sensíveis coletados e manipulados. Assim reforça-se a importância do sigilo, guarda e consentimento utilização dos dados sob pena de possíveis responsabilizações de dados extraviados ou utilizados indevidamente, bem como aqueles coletados sem a anuência e/ou ciência da sua utilização, ou utilizados para fins diversos daqueles consentidos. O presente aviso tem a finalidade de reforçar à vigência da LGPD e orientar sobre a necessidade guarda e proteção de dados, como medida precaver da possibilidade de responsabilização do pesquisador em caso dados extraviados que estejam sob sua guarda/coleta.

- O CEP HUOL/UFRN alerta que, mesmo o projeto não apresentando óbices éticos e estando, dessa forma, aprovado, o desenvolvimento de etapas com participantes deverá ocorrer, preferencialmente, seguindo as recomendações das normas sanitárias vigentes da região durante a pandemia do coronavírus (COVID-19).

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto apto a ser executado.

Considerações Finais a critério do CEP:

1. Apresentar relatório parcial da pesquisa, semestralmente, a contar do início da mesma.
2. Apresentar relatório final da pesquisa até 30 dias após o término da mesma.
3. O CEP HUOL deverá ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo.
4. Quaisquer documentações encaminhadas ao CEP HUOL deverão conter junto uma Carta de Encaminhamento, em que conste o objetivo e justificativa do que esteja sendo apresentado.

Endereço: Avenida Nilo Peçanha, 620 - Prédio Administrativo - 1º Andar - Espaço João Machado
Bairro: Petrópolis **CEP:** 59.012-300
UF: RN **Município:** NATAL
Telefone: (84)3342-5003 **Fax:** (84)3202-3941 **E-mail:** cep_huol@yahoo.com.br

Página 03 de 05

**UFRN - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO ONOFRE
LOPES DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO RIO GRANDE DO
NORTE - HUOL/UFRN**



Continuação do Parecer: 4.952.314

5. Caso a pesquisa seja suspensa ou encerrada antes do previsto, o CEP HUOL deverá ser comunicado, estando os motivos expressos no relatório final a ser apresentado.
6. O TCLE deverá ser obtido em duas vias, uma ficará com o pesquisador e a outra com o sujeito de pesquisa.
7. Em conformidade com a Carta Circular nº. 003/2011CONEP/CNS, faz-se obrigatório a rubrica em todas as páginas do TCLE pelo sujeito de pesquisa ou seu responsável e pelo pesquisador.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1770982.pdf	09/08/2021 18:38:29		Aceito
Outros	Resposta_as_pendencias.pdf	09/08/2021 18:36:53	ARTHUR ALEXANDRINO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_modificado.pdf	09/08/2021 18:35:09	ARTHUR ALEXANDRINO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_modificado.pdf	09/08/2021 18:34:49	ARTHUR ALEXANDRINO	Aceito
Outros	termo_de_confidencialidade.pdf	07/07/2021 20:25:43	ARTHUR ALEXANDRINO	Aceito
Outros	formulario_informacoes_do_pesquisador.pdf	07/07/2021 20:19:31	ARTHUR ALEXANDRINO	Aceito
Outros	declaracao_de_nao_inicio_da_pesquisa.pdf	07/07/2021 20:18:01	ARTHUR ALEXANDRINO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	carta_de_anuencia_SMS.pdf	07/07/2021 20:16:36	ARTHUR ALEXANDRINO	Aceito
Orçamento	Orcamento_da_pesquisa.pdf	07/07/2021 20:15:52	ARTHUR ALEXANDRINO	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	07/07/2021 20:15:41	ARTHUR ALEXANDRINO	Aceito
Outros	Instrumento_formulario_semiestruturado_sobre_problemas_de_saude_autoreferidos.pdf	22/06/2021 15:02:19	ARTHUR ALEXANDRINO	Aceito
Outros	Intrumento_questinario_sociodemografico clinico terapeutico estilo de vi	22/06/2021 14:59:13	ARTHUR ALEXANDRINO	Aceito

Endereço: Avenida Nilo Peçanha, 620 - Prédio Administrativo - 1º Andar - Espaço João Machado
Bairro: Petrópolis **CEP:** 59.012-300
UF: RN **Município:** NATAL
Telefone: (84)3342-5003 **Fax:** (84)3202-3941 **E-mail:** cep_huol@yahoo.com.br

Página 04 de 05

154

FATORES ASSOCIADOS À MULTIMORBIDADE E FUNCIONALIDADE EM PESSOAS IDOSAS DA ZONA RURAL: UM ESTUDO DE BASE POPULACIONAL BASEADO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

UFRN - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO ONOFRE
LOPES DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO RIO GRANDE DO
NORTE - HUOL/UFRN



Continuação do Parecer: 4.952.314

Outros	da_acesso_aos_servicos_de_saude.pdf	22/06/2021 14:59:13	ARTHUR ALEXANDRINO	Aceito
Outros	Instrumento_time_up_and_go.pdf	22/06/2021 14:54:17	ARTHUR ALEXANDRINO	Aceito
Outros	Instrumento_escala_de_lawton_and_bro dy.pdf	22/06/2021 14:52:28	ARTHUR ALEXANDRINO	Aceito
Outros	Instrumento_escala_de_katz.pdf	22/06/2021 14:49:36	ARTHUR ALEXANDRINO	Aceito
Folha de Rosto	Folha_Rosto_Arthur_Alexandrino.pdf	21/06/2021 21:42:20	ARTHUR ALEXANDRINO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

NATAL, 03 de Setembro de 2021

Assinado por:
jose diniz junior
(Coordenador(a))

Endereço: Avenida Nilo Peçanha, 620 - Prédio Administrativo - 1º Andar - Espaço João Machado
Bairro: Petrópolis **CEP:** 59.012-300
UF: RN **Município:** NATAL
Telefone: (84)3342-5003 **Fax:** (84)3202-3941 **E-mail:** cep_huol@yahoo.com.br

Página 05 de 05

APÊNDICE I

REGISTRO DO PROTOCOLO DA SCOPING REVIEW NO OPEN SCIENCE FRAMEWORK

The screenshot shows the OSFHOME interface for a project titled "Multimorbidity in elderly people living in rural areas: a Scoping Review protocol". The page includes a header with the OSFHOME logo and navigation links (Search, Support, Donate, Sign Up, Sign In). Below the header, there are tabs for Metadata, Files, Wiki, Analytics, and Registrations. The main content area displays the project title, contributors (Arthur Alexandrino), creation and update dates, and a detailed description of the scoping review protocol. The description explains the rationale for the study, the methodology based on the Joanna Briggs Institute manual and PRISMA-ScR, and the databases used for literature search. The project is licensed under CC-BY Attribution 4.0 International. On the right side, there are buttons for file size (173.9KB), visibility (Public), and a menu icon. Below the main text, there are sections for Files, Citation, Tags, and Recent Activity. The Files section shows a table with columns for Name and Modified, listing the project title and OSF Storage (United States). The Citation section is currently empty. The Tags section displays a list of tags including Aged, Anciano, Chronic Disease, Doença Crônica, Elderly people, Idoso, Medio Rural, Multimorbilidad, Multimorbidade, Multimorbidity, Pessoas Idosas, Revisão de Escopo, rural areas, Scoping Review, and Zona Rural. The Recent Activity section is also empty.