

Diferenças na relação de sintomas cardiorrespiratórios e seu diagnóstico nas dificuldades funcionais de longevos e idosos

Josemara de Paula Rocha e Ângelo José Gonçalves Bós

RESUMO

Objetivo. Investigar diferenças entre longevos (≥ 80 anos) e idosos (60-79 anos) quanto à relação entre diagnóstico de doenças cardiorrespiratórias e seus sintomas e a dificuldade para realizar atividades cotidianas. **Métodos.** Estudo transversal analítico de dados da Pesquisa Nacional de Saúde do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística em 2013. Regressão logística foi utilizada para testar as chances de dificuldade de realizar 12 atividades cotidianas. Variáveis independentes: faixa etária, diagnóstico de cardiopatia, asma e pneumopatia e sintomas cardiorrespiratórios. **Resultados.** Participaram 11.177 sujeitos, 1.705 com doenças cardiorrespiratórias. As doenças cardiorrespiratórias foram significativamente relacionadas com dificuldades em quase todas as atividades cotidianas. Entre idosos, asma e pneumopatia e em longevos, asma e cardiopatia, não apresentaram relação com dificuldade em atividades cotidianas. Em idosos, cardiopatia se relacionou com dificuldades em sete atividades cotidianas. Em longevos, pneumopatia associou-se apenas à dificuldade no banho. Em idosos e longevos com doenças cardiorrespiratórias, falta de energia se associou a dificuldade de realizar atividades cotidianas. A angina grau 1 foi associada a dificuldade de realizar atividades cotidianas somente em idosos e a angina grau 2, tanto em idosos quanto em longevos. **Conclusões.** Os sintomas cardiorrespiratórios elevavam mais a chance de relato de dificuldade de realizar atividades cotidianas em idosos e longevos do que o diagnóstico. Longevos demonstraram menores chances para dificuldade de realizar atividades cotidianas na presença do diagnóstico, mas na presença de sintomas mais graves, suas chances apresentavam valores mais altos. Os achados sugerem que na presença de sintomas incapacitantes, principalmente em longevos, o encaminhamento diagnóstico tem considerável chance de levar a descoberta de doenças cardiorrespiratórias.

Palavras-chave: Idoso de 80 anos ou mais; Atividades Cotidianas; Cardiopatias; Pneumopatias; Diagnóstico; Avaliação de Sintomas

Como citar este artigo:

Rocha, J; Bós, A; Diferenças na relação de sintomas cardiorrespiratórios e seu diagnóstico nas dificuldades funcionais de longevos e idosos. Revista Saúde (Sta. Maria). 2019; 45 (1).

Autor correspondente:

Nome: Josemara de Paula Rocha
E-mail: josemara.rocha87@edu.pucrs.br
Telefone: (51) 99840-0129

Formação Profissional:
Doutoranda em Gerontologia Biomédica pelo Programa de Gerontologia Biomédica da Escola de Medicina da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), Porto Alegre, RS, Brasil.

Filiação Institucional: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS)

Link para o currículo
Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8809681549265939>

Endereço para correspondência:
Rua: Paissandu n°:265 Bairro: Partenon Cidade: Porto Alegre Estado: RS CEP: 90660-360

Data de Submissão:

30/11/2018

Data de aceite:

07/04/2019

Conflito de Interesse: Não há conflito de interesse



INTRODUÇÃO

As doenças cardíacas e respiratórias estão entre as principais causas conhecidas de morbimortalidade entre os longevos (80 anos ou mais) e os idosos jovens (60-79 anos) e nas expectativas epidemiológicas o cenário se manterá por ora. Em idades mais avançadas se observa maior prevalência de cardiopatias¹ e pneumopatias².

Provavelmente a identificação precoce dos sintomas facilitaria a procura de assistência de saúde. Todavia, identificar esses sintomas em idosos pode ser complicado, porque idosos podem apresentar dor torácica atípica, mesmo na presença de isquemia do miocárdio, em virtude de comorbidades (p. ex., alterações dos nociceptores, depressão e demência)³.

A dispneia e a angina, principais sintomas limitantes das doenças cardiorrespiratórias (DCR)⁴, por serem sintomas dependentes de atividade, nos idosos e longevos podem ter apresentação menos evidente⁵. Os idosos apresentam menor percepção aos estímulos químicos de adaptação a hipóxia ou hipercapnia, assim podem não ter queixa de dispneia até estarem em fases substancialmente tardias clinicamente⁵.

A avaliação da mudança de atividades é importante, pois sintomas cardiorrespiratórios podem restringir o nível de atividade, o que se confunde às queixas comuns do avançar da idade⁵. A capacidade funcional depende da eficiência combinada dos sistemas cardiovascular, respiratório, metabólico e muscular⁶, por isso, é de se esperar que a progressão dos agravos no sistema cardíaco ou respiratório incapacite funcionalmente. Porém, poucos estudos confirmam que essa relação seja mais evidente em longevos.

OBJETIVO

Para favorecer o diagnóstico dessas doenças, proporcionando um acompanhamento adequado e prevenindo agravos, a observação isolada de sintomas clássicos dessas doenças pode não ser suficiente. Já, o diagnóstico da DCR, per se poderia a longo prazo ter efeito sobre a sobrevivência, principalmente em longevos. Norteadas por essas questões, esta pesquisa objetivou investigar a possível relação do diagnóstico de doenças e sintomas cardiorrespiratórios sobre o relato de dificuldade em atividades cotidianas e se ela diferia entre longevos e idosos.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal analítico com dados secundários da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2013. A PNS levantou informações acerca do estado de saúde, dos hábitos de vida e da atenção à saúde dos brasileiros. A pesquisa foi realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística em parceria com o Ministério da Saúde. A PNS calculou o tamanho de sua amostra em 63.900 domicílios, mas totalizou 60.202 entrevistas realizadas, onde 11.177 eram com pessoas de 60 anos ou mais⁷. Nos domicílios selecionados foram respondidos questionários investigando características do domicílio, dos moradores e informações referentes ao entrevistado sorteado, que deveria ter 18 anos ou mais. O questionário foi dividido em módulos referentes a cada tema investigado. A PNS foi aprovada pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa do Conselho Nacional de Saúde pelo parecer de número 328.159 e os dados foram disponibilizados publicamente⁷.

As variáveis dependentes do estudo foram: idade, agrupada em idosos (60 a 79 anos) e longevos (80 anos ou mais) (questão C008 do Módulo C); dificuldade em realizar atividades cotidianas presentes nos Módulos K (questões K001, K004, K007, K010, K013, K016, K019, K022, K025, K031, K034) e N (questão N003). A questão K028, não foi incluída na análise pois apresentava um número expressivo de missing (dados em branco).

A atividades cotidianas foram, comer, tomar banho, ir ao banheiro, vestir-se, andar pela casa, deitar ou levantar da cama, sentar ou levantar da cadeira, fazer compras, administrar as finanças, ir ao médico, utilizar um meio de transporte fora do domicílio e se locomover. Cada atividade avaliava o autorrelato de dificuldade para realizá-la sem o auxílio de outra pessoa. Nas questões do módulo K, as respostas poderiam ser: 1 (Não consegue), 2 (Tem grande dificuldade), 3 (Tem pequena dificuldade) e 4 (Não tem dificuldade), mas para fins estatísticos foram categorizadas em presença de algum grau de dificuldade, representada por “1” e ausência de dificuldade, “0”. A questão N003, referente à locomoção tinha como respostas, de acordo com o grau de dificuldade, 1 (Nenhum), 2 (Leve), 3 (Médio), 4 (Intenso) e 5 (Não consegue) e foi categorizada do mesmo modo que as do módulo K.

O autorrelato afirmativo para sintomas que poderiam ter origem cardiorrespiratória (Módulo N - questões N004, N005 e N011) e o diagnóstico das DCR (insuficiência cardíaca, angina, infarto, asma, enfisema pulmonar e bronquite crônica), categorizadas em sim e não (Módulo Q – questões Q06301, Q06302, Q06303, Q074, Q11601 e Q11602) foram variáveis independentes do estudo. A questão N004 questionou a presença atual de dor ou desconforto no peito associada à atividade de subir uma ladeira ou um lance de escadas ou ainda, ao caminhar rápido em terreno plano; e a questão N005, referente ao mesmo sintoma, porém na atividade de caminhar em lugar plano em velocidade normal. Assim N004 foi entendida como um sintoma de menor gravidade, por ser um sintoma limitante presente em atividade de maior demanda metabólica que N005. Segundo a PNS, as questões N004 e N005 foram extraídas da escala de Rose resumida para mensurar a prevalência de angina em pesquisas populacionais. As respostas afirmativas para N004 indicam uma angina grau 1, já, afirmativas para N005, grau 2⁷. Essa versão do questionário encontra-se validada para uso no Brasil⁸.

A questão N011 investigou a frequência com que, nas duas últimas semanas à entrevista, o entrevistado teve problemas por não se sentir descansado e disposto durante o dia, sentir-se cansado ou sem ter energia. Para fins estatísticos as variáveis N004 e N005 foram tratadas como categóricas, sim e não. Já, a variável N011 foi analisada, nas categorias sim e não e de acordo com a frequência do sintoma, mais da metade dos dias, menos da metade dos dias, nenhum dia e quase todos os dias.

Outras variáveis independentes foram: sexo (Módulo C – questão C008), raça (questão C009), cadastro em Estratégia de Saúde da Família (Módulo B - questão B001), ter plano de saúde (Módulo I – questão I001) e o relato de ter deixado de realizar atividades habituais por motivo de saúde nas duas últimas semanas à entrevista (Módulo J – questão J002).

Para análise estatística, primeiramente foi realizado o teste de Qui-quadrado objetivando verificar a associação das características sociodemográficas, de acesso à saúde, do diagnóstico das doenças e sintomas entre longevos e idosos com história de diagnóstico de DCR. Então foi testada a relação entre dificuldade para realizar atividades cotidianas e a presença de DCR, observando as possíveis diferenças no acometimento funcional entre as doenças para todos os participantes de 60 anos ou mais, pelo teste de Qui-quadrado. Por conseguinte, foram realizados testes de regressão logística em modelos simples investigando se a presença da DCR aumentava a chance de dificuldade para

as atividades cotidianas e se essa relação diferia entre longevos e idosos. Finalmente, foram realizados novos testes de regressão logística simples verificando se os sintomas poderiam gerar chances significativas para a dificuldade em realizar as atividades cotidianas em intensidade diferente entre longevos e idosos. Os participantes que não responderam as questões N004 e N005 foram excluídos da análise. Para todos os testes se aceitou como significativo o intervalo de confiança de 95% ($p < 0,05$). Os testes foram realizados por meio do programa estatístico Epi Info™ na versão 7.2, disponível gratuitamente.

RESULTADOS

Participaram 11.177 idosos na PNS, 1.705 (15%) apresentaram alguma DCR, sendo 1.375 (81%) idosos e 258 (15%) longevos. Setenta e dois participantes foram excluídos da amostra, pois não responderam questões sobre sintomas cardiorrespiratórios. A presença de multimorbidades foi identificada, 31 participantes conviviam com cardiopatia, asma e bronquite crônica ou enfisema pulmonar (DPOC), 104 apresentavam cardiopatia e asma, 83 cardiopatia e DPOC, e 108 tinham asma e DPOC. A Tabela 1 descreve as características sociodemográficas e de acesso à saúde entre longevos e idosos com história de DCR. Os longevos apresentaram maiores prevalências de DCR, menor frequência de relatos de angina grau 1, menor frequência de cadastro em Estratégia de Saúde da Família e menor relato de ter plano de saúde do que os idosos. Cabe ressaltar que os longevos também apresentaram o maior percentual de indivíduos que não deambulavam sozinhos. Outro aspecto interessante é que a diferença na distribuição do sexo e da raça, entre longevos e idosos com DCR, não foi significativa.

Tabela 1. Características sociodemográficas e de acesso à saúde entre longevos e idosos com história de diagnóstico de doenças cardiorrespiratórias (n=1.705), Brasil, 2013.

	Longevos(%)	Idosos(%)	p*
Sexo			
Feminino	180 (60,6)	854 (60,7)	>0,999
Masculino	117 (39,4)	554 (39,3)	
Raça			
Branca	173 (58,3)	719 (51,1)	0,142
Outra	4 (1,4)	19 (1,4)	
Parda	94 (31,7)	540 (38,4)	
Preta	26 (8,8)	130 (9,2)	
Cadastro na ESF			
Não	122 (41,1)	459 (32,6)	0,003
Não sei	32 (10,8)	121 (8,6)	
Sim	143 (48,2)	828 (58,8)	
Plano de saúde			
Não	169 (56,9)	915 (65,0)	0,010
Sim	128 (43,1)	493 (35,0)	
Angina grau 1			
Não	179 (60,3)	902 (64,1)	<0,001
Não anda	39 (13,1)	33 (2,3)	
Sim	79 (26,6)	473 (33,6)	
Angina grau 2			

Não	256 (86,2)	1184 (84,1)	0,428
Sim	41 (13,8)	224 (15,9)	
Desânimo ou falta de energia nas últimas duas semanas			
Mais da metade dos dias	23 (7,7)	155 (11,0)	0,073
Menos da metade dos dias	53 (17,9)	312 (22,2)	
Nenhum dia	178 (59,9)	744 (52,8)	
Quase todos os dias	43 (14,5)	197 (14,0)	
Deixou de realizar atividades habituais por motivo de saúde nas duas últimas semanas			
Não	239 (80,5)	1091 (77,5)	0,281
Sim	58 (19,5)	317 (22,5)	
Diag. cardiopatia	210 (14,0)†	912 (9,4)†	<0,001
Diag. asma	71 (4,7)†	424 (4,4)†	0,543
Diag. pneumopatia	62 (4,1)†	290 (3,0)†	0,021

Fonte: IBGE, PNS 2013.

Diag. = diagnóstico; ESF= Estratégia de Saúde da Família

* Teste de qui-quadrado.

† Percentual referente ao número total de pessoas em cada faixa etária

Nota: Nesse caso, cardiopatia referiu-se a presença de diagnóstico de insuficiência cardíaca, angina ou infarto. Ao passo que, pneumopatia, o diagnóstico de enfisema pulmonar ou bronquite crônica.

A Tabela 2 retrata o percentual de participantes com 60 anos ou mais que referiram diagnóstico de DCR e dificuldade para realizar atividades cotidianas. A presença e ausência de dificuldade de realizar as atividades foi testada com a presença ou ausência da doença. Identificou-se que a dificuldade para cada atividade foi significativamente associada com a presença de quase todas as DCR. Essas limitações, em geral, mostraram maiores frequências em atividades denominadas instrumentais, como a habilidade de, independentemente, fazer compras, ir ao médico, pegar transporte e locomover-se, podendo restringir a frequência com que os sujeitos saem de casa, por depender de ajuda. Para comer e andar, os participantes com bronquite não apresentaram associação significativa, o mesmo sendo observado entre os participantes com asma para comer e administrar as finanças.

A Tabela 3 apresenta a chance dos participantes com DCR apresentarem dificuldade para realizar atividades cotidianas, permitindo comparar essa relação entre longevos e idosos. Através do teste de regressão logística simples para cada atividade cotidiana investigada, observou-se que os longevos, em comparação aos idosos, apresentaram, de forma significativa, uma chance maior de relatar dificuldade no banho independente na presença de pneumopatia (enfisema ou bronquite), ao passo que os idosos com cardiopatia (infarto, angina ou IC) demonstraram maior chance de apresentar dificuldade para andar, tomar banho, fazer as compras, ir ao médico, utilizar um meio de transporte, vestir-se e locomover-se. Em geral, observou-se que o efeito isolado da cardiopatia, asma e pneumopatia diferiu entre longevos e idosos. Entre os longevos, mostrando um acometimento funcional podendo ter parte da origem na pneumopatia e entre idosos, na cardiopatia.

A Tabela 4 apresenta a chance da presença de sintomas cardiorrespiratórios estarem associados à dificuldade para realizar atividades cotidianas em longevos e idosos. Identificou-se que a presença de sintomas aumentava a chance do relato de dificuldade nas atividades, principalmente entre os idosos. Contudo, é interessante observar que, em geral, nas associações significativas com angina de grau 2 e na maior parte das associações significativas com a presença de desânimo e falta de energia, os longevos apresentavam maiores chances que os idosos de relatar dificuldades, principalmente nas atividades básicas na presença de angina grau 2 e instrumentais e funcionais na presença de desânimo e falta de energia. Tabela 2. Distribuição da dificuldade em realizar atividades cotidianas e a frequência de diagnóstico de doenças cardiorrespiratórias em indivíduos de 60 anos ou mais (n=11.177), Brasil, 2013.

	Infarto (n=399)	Angina (n=235)	IC (n=365)	Asma (n=495)	Enfisema (n=146)	Bronquite (n=139)
Atividades	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Andar	52 (13,0)†	35 (14,9)†	53 (14,5)†	58 (11,7)*	21 (14,4)*	15 (10,8)
Banheiro	39 (9,8)†	24 (10,2)†	44 (12,1)†	43 (8,7)*	20 (13,7)†	17 (12,2)*
Banho	49 (12,3)†	34 (14,5)†	50 (13,7)†	56 (11,3)†	22 (15,1)†	20 (14,4)†
Comer	34 (8,5)†	25 (10,6)†	30 (8,2)*	31 (6,3)	16 (11,0)†	10 (7,2)
Levantar da cadeira	56 (14,0)†	43 (18,3)†	52 (14,3)†	67 (13,5)†	34 (23,3)†	20 (14,4)*
Levantar da cama	55 (13,8)†	40 (17,0)†	56 (15,3)†	71 (14,3)†	26 (17,8)†	19 (13,7)*
Vestir-se	56 (14,0)†	43 (18,3)†	63 (17,3)†	74 (15,0)†	25 (17,1)†	24 (17,3)†
Compras	109 (27,3)†	69 (29,4)†	119 (32,6)†	114 (23,0)†	39 (26,7)*	41 (29,5)†
Finanças	72 (18,1)†	44 (18,7)†	67 (18,4)†	69 (13,9)	28 (19,2)*	27 (19,4)*
Ir ao médico	146 (36,6)†	87 (37,0)†	150 (41,1)†	150 (30,3)†	58 (39,7)†	57 (41,0)†
Pegar transporte	133 (33,3)†	85 (36,2)†	144 (39,5)†	141 (28,5)†	51 (34,9)†	52 (37,4)†
Locomoção	160 (40,1)†	94 (40,0)†	168 (46,0)†	180 (36,4)†	68 (46,6)†	56 (40,3)†

Fonte: IBGE, PNS 2013.

Nota: Os indivíduos poderiam ter mais de uma atividade comprometida. Os valores percentuais entre parênteses foram calculados sobre o total de indivíduos que relatavam a doença em questão.

IC = Insuficiência cardíaca. *p<0,05; † p<0,001 pelo teste de qui-quadrado.

Tabela 3. Modelos simples de regressão logística para o risco de doenças cardiorrespiratórias relatar dificuldade na realização de atividades cotidianas em longevos (n=258) e idosos (n=1.375), Brasil, 2013.

Atividades	Cardiopatia		Asma		Pneumopatia	
	Longevos	Idosos	Longevos	Idosos	Longevos	Idosos
	RC (IC95%)	RC (IC95%)	RC (IC95%)	RC (IC95%)	RC (IC95%)	RC (IC95%)
Andar	0,92 (0,48 – 1,75)	2,18* (1,33 – 3,58)	1,47 (0,76 – 2,83)	0,79 (0,50 – 1,25)	1,32 (0,66 – 2,64)	0,78 (0,45 – 1,33)
Banheiro	0,89 (0,45 – 1,75)	1,32 (0,78 – 2,22)	1,02 (0,50 – 2,10)	1,04 (0,62 – 1,75)	1,92 (0,95 – 3,86)	1,35 (0,78 – 2,35)

Banho	0,78 (0,41 – 1,51)	1,80* (1,08 – 3,01)	1,06 (0,52 – 2,14)	1,31 (0,82 – 2,08)	2,22* (1,12– 4,38)	0,99 (0,57 – 1,72)
Comer	1,16 (0,52 – 2,61)	1,36 (0,77 – 2,42)	0,77 (0,32 – 1,86)	1,1 (0,63 – 1,93)	1,94 (0,89 – 4,26)	1,48 (0,82 – 2,68)
Levantar da cadeira	1,30 (0,64 – 2,65)	1,08 (0,73 – 1,61)	0,89 (0,42 – 1,86)	1,24 (0,84 – 1,83)	1,68 (0,83 – 3,42)	1,37 (0,89 – 2,11)
Levantar da cama	1,26 (0,58 – 2,72)	1,17 (0,80 – 1,71)	1,04 (0,48 – 2,26)	1,43 (0,99 – 2,09)	1,3 (0,59 – 2,84)	0,92 (0,58 – 1,45)
Vestir-se	0,92 (0,48 – 1,75)	1,49* (1,01 – 2,20)	1,04 (0,52 – 2,05)	1,13 (0,78 – 1,65)	1,9 (0,97 – 3,71)	0,9 (0,57 – 1,41)
Compras	1,38 (0,80 – 2,40)	1,58* (1,17 – 2,15)	1,11 (0,62 – 1,97)	0,86 (0,63 – 1,16)	1,21 (0,66 – 2,23)	0,96 (0,68 – 1,36)
Finanças	1,68 (0,92 – 3,06)	1,26 (0,86 – 1,86)	0,92 (0,50 – 1,69)	0,84 (0,56 – 1,25)	1,1 (0,58 – 2,06)	1,2 (0,78 – 1,83)
Ir ao médico	1,18 (0,68 – 2,07)	1,72† (1,32 – 2,25)	1,3 (0,71 – 2,39)	0,77 (0,59 – 1,01)	1,66 (0,86 – 3,23)	1,11 (0,83 – 1,50)
Utilizar meio de transporte	1,59 (0,92 – 2,76)	1,52* (1,15 – 1,99)	1,06 (0,59 – 1,91)	0,84 (0,64 – 1,10)	1,57 (0,82 – 2,98)	1,07 (0,79 – 1,46)
Locomover-se	1,07 (0,61 – 1,86)	1,50† (1,17 – 1,92)	1,16 (0,64 – 2,10)	0,93 (0,72 – 1,19)	1,57 (0,82 – 2,98)	1,13 (0,85 – 1,50)

Fonte: IBGE, PNS 2013.

Nota: Nesse caso, cardiopatia referiu-se a presença de diagnóstico de insuficiência cardíaca, angina ou infarto. Ao passo que, Pneumopatia, o diagnóstico de enfisema pulmonar ou bronquite crônica. 72 participantes foram excluídos da análise, pois relataram não andar e por isso não responderam as questões sobre angina. RC= Razão de chances; IC= Intervalo de Confiança.

*=p<0,05; † p≤0,001

Tabela 4. Modelos simples de regressão logística para o risco de sintomas cardiorrespiratórios gerarem dificuldade na realização de atividades cotidianas em longevos (n=258) e idosos (1.375), Brasil, 2013.

Atividades	Angina grau 1		Angina grau 2		Desânimo e falta de energia	
	Longevos	Idosos	Longevos	Idosos	Longevos	Idosos
	RC (IC 95%)	RC (IC 95%)	RC (IC 95%)	RC (IC 95%)	RC (IC 95%)	RC (IC 95%)
Andar	1,63 (0,89-3,00)	1,27 (0,84-1,93)	2,59† (1,27-5,27)	1,78* (1,10-2,86)	2,62* (1,45-4,74)	3,29† (2,10-5,16)
Banheiro	1,46 (0,77-2,77)	0,97 (0,59-1,61)	2,52* (1,21-5,27)	1,16 (0,63-2,16)	2,64* (1,41-4,93)	1,84* (1,13-3,00)
Banho	1,17 (0,62-2,22)	1,63* (1,04-2,54)	2,00 (0,95-4,18)	2,33† (1,42-3,80)	2,76† (1,49-5,10)	3,10† (1,91-5,05)
Comer	1,34 (0,64-0,44)	1,53 (0,91-2,59)	1,98 (0,85-4,60)	2,17* (1,21-3,88)	2,02* (1,00-4,12)	1,87* (1,10-3,19)
Levantar da cadeira	1,62 (0,86-3,06)	1,36 (0,93-1,99)	1,62 (0,75-3,51)	2,60† (1,72-3,93)	3,24† (1,72-6,10)	3,05† (2,04-4,58)
Levantar da cama	1,91 (0,97-3,76)	1,53* (1,07-2,21)	3,01* (1,40-6,47)	2,04† (1,34-3,09)	2,88* (1,46-5,67)	2,92† (1,98-4,30)

Vestir-se	1,80 (0,98-3,29)	1,54* (1,08-2,19)	2,27* (1,11-4,65)	1,88* (1,25-2,85)	3,46† (1,89-6,32)	2,74† (1,88-3,99)
Compras	1,08 (0,64-1,83)	1,47* (1,11-1,94)	1,47 (0,75-2,87)	2,24† (1,61-3,11)	3,14† (1,86-5,30)	2,41† (1,82-3,21)
Finanças	0,81 (0,46-1,43)	1,47* (1,02-2,11)	1,40 (0,71-2,76)	2,45† (1,64-3,65)	2,17* (1,28-3,67)	1,83† (1,27-2,62)
Ir ao médico	0,93 (0,54-1,60)	1,45* (1,13-1,86)	1,82 (0,87-3,83)	2,35† (1,74-3,17)	3,13† (1,77-5,51)	2,26† (1,77-2,90)
Utilizar meio de transporte	1,30 (0,76-2,24)	1,37* (1,06-1,78)	1,85 (0,90-3,81)	2,00† (1,47-2,73)	3,24† (1,86-5,65)	2,29† (1,78-2,96)
Locomover-se	1,65 (0,95-2,87)	1,46* (1,15-1,85)	2,87* (1,31-6,31)	1,89† (1,41-2,54)	3,82† (2,17-6,73)	2,09† (1,66-2,64)

Fonte: IBGE, PNS 2013.

Nota: 72 participantes, 39 longevos e 33 idosos não responderam quanto aos sintomas, pois eram incapazes de caminhar. RC= Razão de chances; IC= Intervalo de Confiança.

*= $p < 0,05$; † $p \leq 0,001$.

DISCUSSÃO

Embora a expectativa de anos de vida aos 65 anos no Brasil tenha aumentado um ano ao comparar 2006 com 2016, a diferença com a expectativa de anos vida saudável mudou menos (de 13,7 para 14,5 em mulheres e 11,3 para 12,1 em homens)⁹. Nesse contexto, Forman e cols.¹ relaciona o aumento da longevidade com a elevação da prevalência de doenças cardíacas. Estudos mostram que a cardiopatia é a patologia de maior impacto sobre causas de mortalidade em idosos comunitários¹⁰ e que as doenças respiratórias, como as infecções do trato respiratório inferior e pneumonias adquiridas na comunidade também tem importante contribuição para a mortalidade de longevos².

Nesse contexto há uma forte justificativa epidemiológica para buscar um entendimento mais aprofundado da importância do diagnóstico mais precoce dessas doenças, mesmo na longevidade e como se dá a apresentação sintomatológica e clínica dessas doenças. A partir dos resultados dessa pesquisa identificou-se que, em uma primeira análise (Tabela 2), observando todos os sujeitos acima de 60 anos, existia uma relação entre doenças e sintomas cardiorrespiratórios e o relato de percepção de pior desempenho para realizar atividades cotidianas. Entretanto, em uma análise diferenciando idosos e longevos, houve uma nítida diferença no efeito que tanto as DCR quanto os sintomas apresentaram sobre a chance de relato de dificuldade funcional. Os sintomas de DCR estavam relacionados com maiores chances de relato de incapacidade que a presença das doenças em ambos grupos etários.

Os longevos tinham maiores prevalências de DCR, mas menor frequência de relações significativas entre as doenças e as alterações de desempenho funcional do que os idosos. O que pode estar implicado com um menor nível de atividade física já identificado entre os longevos dessa amostra¹¹. Ainda que os idosos apresentassem maiores frequências de relações significativas entre a presença de sintomas cardiorrespiratórios e dificuldade para realizar as atividades cotidianas, os longevos em geral, tinham valores de chance maiores que os idosos para a dificuldade nas mesmas atividades. Achado que pode estar relacionado com maior gravidade dos sintomas⁵.

No que se refere às cardiopatias, às modificações nas estruturas e funcionamento dos componentes cardiovasculares favorecem o aparecimento de insuficiência cardíaca na velhice. Contudo, diagnósticos deixam de ser

realizados, pois a identificação dos sintomas é dificultada pela diminuição dos níveis de atividade física e da capacidade funcional, que interferem no desencadeamento e percepção dos sintomas¹¹. A identificação da angina fica limitada pela presença de comorbidades, por exemplo, neurológicas e articulares, que impactam funcionalmente modificando os sintomas. Os sintomas característicos da angina, desencadeados pelo exercício e aliviados pelo repouso, são menos frequentes que seus sintomas equivalentes, como dispneia, dor epigástrica e náusea¹². Skolnick e cols.¹³ identificou que apenas 33,7% dos longevos de 75 a 89 anos e 45,4% dos nonagenários admitidos em hospital com síndrome coronária aguda sem elevação do segmento ST apresentavam sinais e sintomas clássicos de insuficiência cardíaca. Esses achados provavelmente dão pistas para explicar porque os sintomas foram mais importantes do que o diagnóstico na presente análise. Possivelmente os sintomas serão relatados em graus mais avançados da DCR, quando comprometem as atividades básicas.

A dispneia e a falta de energia, mesmo inespecíficos, foram os principais sintomas experimentados por idosos tanto com DPOC quanto IC do estudo de Theander e cols¹⁴. Hegendörfer e cols.¹⁵ identificaram que a dispneia em longevos era preditora independente, tanto de comprometimento cardiorrespiratório quanto funcional.

Os sintomas de desânimo e falta de energia pareceram mais limitantes para os longevos da presente análise. Embora frequentes, constituem sintomas inespecíficos de doença cardiovascular¹¹, também associados com fadiga de ordem física¹⁶. Há uma relação entre a queixa de fadiga com comprometimento funcional de membros inferiores em idosos, mesmo ajustando para outras variáveis como a depressão¹⁷. Depressão e cardiopatia estão relacionadas em outras pesquisas, todavia, a presença de alteração estrutural cardíaca, principalmente, na presença de aumento do índice de massa muscular ventricular esquerda, ajustada pela depressão, continua sendo um fator de risco significativo para incapacidade funcional em cinco anos para longevos (Razão de chances=1,01; Intervalo de Confiança: 1–1,03)¹⁸.

Em relação as pneumopatias investigadas, um número importante de idosos e longevos apresentavam concomitantemente asma e DPOC. Essa coexistência está associada com maior frequência de complicações¹⁹. O subdiagnóstico é frequente, em virtude de sintomas não específicos e a pouca utilização de testes de função pulmonar nessa população²⁰. A DPOC limita a funcionalidade tanto por meio do comprometimento da capacidade respiratória pulmonar quanto por acometimentos sistêmicos, gerados dentre outros motivos, pelo estilo de vida mais sedentário que eleva o risco cardiometabólico²¹.

Boa parte dos autores tem se dedicado a observar somente a relação entre a doença e a incapacidade, dando pouca importância aos sintomas. Porém, Bernardes²² observa que o infarto e a angina, podem ser sensivelmente observados na presença de incapacidade em atividades básicas, instrumentais e da mobilidade. No estudo de Vetrano e cols.²³ idosos com DPOC ou asma apresentavam uma frequência de incapacidade de 26%; aqueles com insuficiência cardíaca, 31%; já aqueles com doença isquêmica cardíaca, 27%. Em outra pesquisa, a chance de incapacidade associada com doença respiratória era de 1,20 vezes em 10 anos e aumentava para 1,34 vezes se considerasse idade, diferença geográfica regional, gênero, arranjo familiar, estado conjugal, nível educacional, tabagismo, alcoolismo e atividade física. Em comparação, as doenças cardíacas apresentavam chance de 1,55 vezes em 10 anos, aumentando a chance para 1,60 ao ajustar todas as outras condições mencionadas anteriormente²⁴. Os achados da presente pesquisa, no entanto apontam que os sintomas provavelmente poderão ter uma associação preditiva mais importante do que simplesmente o diagnóstico.

Nesse contexto, o diagnóstico em muitos casos, pode ser oportunístico. Ueda e cols.²⁵ acompanharam 111 longevos, por dois anos. Os participantes da amostra não tinham, no início do acompanhamento, nenhuma história de cardiopatia. Contudo, 95 sujeitos da amostra tinha um marcador sérico em nível indicativo para sobrecarga do ventrículo ⁹

esquerdo e se mantinham assintomáticos.

Por fim, o estudo apresentou como limitações, a subjetividade presente nas respostas de autorrelato dos participantes, o viés da causalidade presente na análise estatística, que não possibilita determinar a direção causal entre perda funcional e DCR e a ausência de mais questões específicas sobre sintomas de DCR, tais como, falta de ar, edema em membros inferiores, dispneia paroxística noturna e uso de medicamentos específicos que não foram indagados na PNS.

CONCLUSÃO

Idosos demonstraram maior frequência de relações significativas entre chance de relato de dificuldade em atividades cotidianas e presença de cardiopatia e sintomas cardiorrespiratórios do que os longevos. Nos longevos as relações significativas foram associadas, com maior frequência, a sintomas menos específicos (desânimo e falta de energia), que apresentaram maiores chances para incapacidade do que os idosos. Sintomas específicos como angina tipo 1 e 2, quando significativos nos longevos, apresentaram chances maiores de incapacidade associada do que nos idosos. Isso sugere que os longevos apresentaram menor especificidade dos sintomas e que a dificuldade funcional poderia ser sinalizadora de DCR, relatada provavelmente em estados mais avançados das DCR.

Os achados sugerem que a presença de sintomas, mesmo que inespecíficos, como falta de energia e desânimo, aumentam a chance de incapacidade funcional relacionada com DCR. Isso indica a necessidade de considerar com atenção a sintomatologia presumivelmente de origem cardiorrespiratória de longevos, facilitando o diagnóstico. Além disso, estimular a criação de instrumentos de rastreamento adaptados para o domicílio desses longevos se faz necessária, uma vez que a literatura mostra que os mesmos muitas vezes são assintomáticos.

AGRADECIMENTOS

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.

REFERÊNCIAS

1. Forman DE, Alexander K, Brindis RG, Curtis AB, Maurer M, Rich MW, et al. Improved cardiovascular disease outcomes in older adults. *F1000Research*. 2016;5:112. [doi:10.12688/f1000research.7088.1]
2. Millett ERC, Quint JK, Smeeth L, Daniel RM, Thomas SL. Incidence of community-acquired lower respiratory tract infections and pneumonia among older adults in the United Kingdom: a population-based study. *PLoS One*. 2013;8(9):e75131. [https://doi.org/10.1371/journal.pone.0075131]
3. Ochiai ME. Manifestação atípica da isquemia miocárdica no idoso. *Arq Bras Cardiol*. 2014;102(3):e31–3. [doi: http://dx.doi.org/10.5935/abc.20140025]
4. Mahler DA. Evaluation of dyspnea in the elderly. *Clin Geriatr Med*. 2017;33(4):503–521. [doi: 10.1016/j.

5. Rebelatto JR, Morelli JGS. *Fisioterapia Geriátrica: A prática da assistência ao idoso*. 2nd ed. Barueri, SP: Manole; 2007. 504 p.
6. Vieira PJC, Cipriano GFB, Chiappa GR, Cipriano Júnior G. Mecanismos cardiovasculares de alteração da capacidade funcional. In: Associação Brasileira de Fisioterapia Cardiopulmonar e Fisioterapia em Terapia Intensiva; Martins JA, Karsten M, Dal Corso S, editor. *Programa de Atualização em Fisioterapia Cardiovascular e Respiratória*. Porto Alegre: Artmed Panamericana; 2016. p. 67–89.
7. Szwarcwald CL, Viacava F, Malta D. Pesquisa Nacional de Saúde [Internet]. 2010 [cited 2018 Jun 17]. Available from: <https://www.pns.icict.fiocruz.br/index.php?pag=principal>
8. Bastos M-S, Lotufo PA, Whitaker AL, Bensenor IM. Validação da versão curta do questionário Rose de angina no Brasil. *Arq Bras Cardiol Rio Janeiro*. 2012;99(5):1056–9. [doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0066-782X2012001400012>]
9. GBD 2016 DALYs and HALE Collaborators SI, Abajobir AA, Abate KH, Abbafati C, Abbas KM, Abd-Allah F, et al. Global, regional, and national disability-adjusted life-years (DALYs) for 333 diseases and injuries and healthy life expectancy (HALE) for 195 countries and territories, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet (London, England)*. 2017;390(10100):1260–344. [doi: [10.1016/S0140-6736\(17\)32130-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32130-X)]
10. Borim FSA, Francisco PMSB, Neri AL, Borim FSA, Francisco PMSB, Neri AL. Sociodemographic and health factors associated with mortality in community-dwelling elderly. *Rev Saúde Pública*. 2017;51(42):1–12. [doi: [10.1590/S1518-8787.2017051006708](https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2017051006708)]
11. Biehl-Printes C, Brauner FDO, Rocha JDP, Oliveira G, Neris J, Rauber B, et al. Prática de exercício físico ou esporte dos idosos jovens e longevos e o conhecimento dos mesmos em programas públicos: Pesquisa Nacional de Saúde 2013. *PAJAR - Pan Am J Aging Res*. 2016;4(2):47–53. [doi: <http://dx.doi.org/10.15448/2357-9641.2016.2.25276>]
12. Marchionni N, Orso F. Stable angina in the elderly. *J Cardiovasc Med*. 2018;19(suppl 1):e84–7. [doi: [10.2459/JCM.0000000000000603](https://doi.org/10.2459/JCM.0000000000000603)]
13. Skolnick AH, Alexander KP, Chen AY, Roe MT, Pollack C V., Ohman EM, et al. Characteristics, Management, and Outcomes of 5,557 Patients Age ≥ 90 Years With Acute Coronary Syndromes: Results From the CRUSADE Initiative. *J Am Coll Cardiol*. 2007;49(17):1790–7. [doi: [10.1016/j.jacc.2007.01.066](https://doi.org/10.1016/j.jacc.2007.01.066)]
14. Theander K, Hasselgren M, Luhr K, Eckerblad J, Unosson M, Karlsson I. Symptoms and impact of symptoms on function and health in patients with chronic obstructive pulmonary disease and chronic heart failure in primary health care. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*. 2014;9:785–94. [doi: [10.2147/COPD.S62563](https://doi.org/10.2147/COPD.S62563)]
15. Hegendörfer E, Vaes B, Matheï C, Van Pottelbergh G, Degryse J-M. Correlates of dyspnoea and its association with adverse outcomes in a cohort of adults aged 80 and over. *Age Ageing*. 2017;46(6):994–1000. [doi: [10.1093/ageing/afx095](https://doi.org/10.1093/ageing/afx095)]

16. Hardy SE, Studenski SA. Qualities of Fatigue and Associated Chronic Conditions Among Older Adults. *J Pain Symptom Manage*. 2010;39(6):1033–42. [doi: 10.1016/j.jpainsymman.2009.09.026]
17. Soares WJS, Lima CA, Bilton TL, Ferrioli E, Dias RC, Perracini MR. Association among measures of mobility-related disability and self-perceived fatigue among older people: a population-based study. *Brazilian J Phys Ther*. 2015;19(3):194–200. [doi: 10.1590/bjpt-rbf.2014.0091]
18. Leibowitz D, Jacobs JM, Lande-Stessman I, Gilon D, Stessman J. Cardiac structure and function predicts functional decline in the oldest old. *Eur J Prev Cardiol*. 2018;25(3):263–269. [doi: <https://doi.org/10.1177/2047487317744365>]
19. Tochino Y, Asai K, Shuto T, Hirata K. Asthma|COPD overlap syndrome—Coexistence of chronic obstructive pulmonary disease and asthma in elderly patients and parameters for their differentiation. *J Gen Fam Med*. 2017;18(1):5–11. [doi: 10.1002/jgf2.2]
20. Cortopassi F, Gurung P, Pinto-Plata V. Chronic Obstructive Pulmonary Disease in elderly patients. *Clin Geriatr Med*. 2017;33(4):539–52. [doi: 10.1016/j.cger.2017.06.006]
21. Borst B van den, Gosker HR, Schols AMWJ. Central Fat and Peripheral Muscle: Partners in Crime in Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Am J Respir Crit Care Med*. 2013;187(1):8–13. [doi: 10.1164/rccm.201208-1441OE]
22. Bernardes GM. Incapacidade Funcional e condições cardiovasculares entre idosos residentes na Região Metropolitana de Belo Horizonte (2010). Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz; 2016.
23. Vetrano DL, Foebel AD, Marengoni A, Brandi V, Collamati A, Heckman GA, et al. Chronic diseases and geriatric syndromes: The different weight of comorbidity. *Eur J Intern Med*. 2016;27(2016):62–7. [doi: 10.1016/j.ejim.2015.10.025]
24. Hou C, Ping Z, Yang K, Chen S, Liu X, Li H, et al. Trends of activities of daily living disability situation and association with chronic conditions among elderly aged 80 years and over in China. *J Nutr Health Aging*. 2018;22(3):439–45. [doi: /10.1007/s12603-017-0947-7]
25. Ueda R, Yokouchi M, Suzuki T, Otomo E, Katagiri T. Prognostic value of high plasma brain natriuretic peptide concentrations in very elderly persons. *Am J Med*. 2003;114(4):266–70. [doi: [https://doi.org/10.1016/S0002-9343\(02\)01525-5](https://doi.org/10.1016/S0002-9343(02)01525-5)]