



Multimorbidade associado à polifarmácia e autopercepção negativa de saúde

Multimorbidity associated with polypharmacy and negative self-perception of health

Gustavo Cavalcanti¹
Marlene Doring²
Marilene Rodrigues Portella²
Emanuelly Casal Bortoluzzi³
Andreia Mascarelo⁴
Marcos Paulo Dellani⁵

Resumo

Objetivo: verificar a associação entre multimorbidade em idosos e variáveis sociodemográficas, autopercepção de saúde e polifarmácia. *Método:* Estudo de corte transversal, para a coleta de dados utilizou-se o questionário Saúde, Bem-estar e Envelhecimento. A amostra foi constituída de 676 indivíduos com 60 anos de idade ou mais residentes em municípios de pequeno porte do norte do estado do Rio Grande do Sul, Brasil. A variável dependente foi a multimorbidade, isto é, a ocorrência de duas ou mais doenças crônicas não transmissíveis no mesmo indivíduo. As variáveis independentes foram as características demográficas, socioeconômicas e relativas à saúde. O modelo de regressão de Poisson bruta e ajustada foi utilizado para analisar o efeito das variáveis independentes em relação ao desfecho e *p* foi considerado significativo quando $<0,05$. *Resultados:* Dos idosos entrevistados, 45% apresentam multimorbidade, 51,1% relatam autopercepção de saúde ruim/muito ruim e 37,1% faz uso de polifarmácia. Após análise ajustada à ocorrência de multimorbidade, apresentou-se associação às variáveis: percepção de saúde negativa. $RP=1,15$; (IC95%; 1,09 – 1,22) e uso de polifarmácia $RP=1,29$; (IC95%; 1,22 - 1,35). *Conclusão:* A multimorbidade pode interferir negativamente na autopercepção de saúde dos idosos contribuindo para o aumento do consumo de medicamentos.

Palavras-chaves: Idoso. Comorbidade. Doença Crônica. Saúde do Idoso. Polifarmácia. Autopercepção de Saúde.

Abstract

Objective: to verify the association between the multimorbidity of the elderly and sociodemographic variables, self-perception of health and polypharmacy. *Method:* a cross-sectional study was performed. The research data was collected using the Health, Well-Being and Aging questionnaire. The sample was composed of 676 people aged 60 years or more, who were residents of small towns in the north of the state of Rio Grande

Keywords: Elderly. Comorbidity. Chronic Disease. Health of the Elderly. Polypharmacy. Self-Perception of Health.

¹ Universidade de Passo Fundo, Curso Enfermagem. Passo Fundo, RS, Brasil.

² Universidade de Passo Fundo, Programa Pós Graduação Envelhecimento Humano. Passo Fundo, RS, Brasil.

³ Instituto de Desenvolvimento Educacional do Alto Uruguai, Curso Educação Física. Getúlio Vargas, RS, Brasil.

⁴ Prefeitura de Coxilha, Secretaria de Saúde, Coxilha, RS, Brasil.

⁵ Instituto de Desenvolvimento Educacional do Alto Uruguai, Curso Enfermagem. Getúlio Vargas, RS, Brasil.

do Sul, Brazil. The dependent variable was multimorbidity, that is, the occurrence of two or more chronic non-communicable diseases in the same person. The independent variables were demographic, socioeconomic and health-related characteristics. Poisson's raw and robust regression model was used to analyze the effect of the independent variables in relation to the outcome and p was considered significant when <0.05 . *Result:* among the elderly interviewed, 45% presented multimorbidity, 51.1% reported a self-perception of poor/very poor health and 37.1% used polypharmacy. After the analysis was adjusted to the occurrence of multimorbidity, association with the following variables was found: health perception (regular/poor/very poor) PR=1.15 (CI95%; 1.09 – 1.22) and use of polypharmacy PR=1.29 (CI95%; 1.22 – 1.35). *Conclusion:* Multimorbidity may interfere negatively in the self-perception of health of the elderly contributing to increased medicine consumption.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento pode propiciar o aparecimento de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). Embora esse processo não esteja relacionado diretamente às doenças crônicas e incapacidades, essas são frequentes nos idosos¹.

Dentre as DCNT que acometem os idosos, as principais estão relacionadas ao sistema cardiovascular, como Hipertensão Arterial Sistêmica, Acidente Vascular Encefálico, aumento nas taxas de glicose podendo resultar em diabetes *mellitus* e câncer². No entanto, verifica-se uma frequência crescente de múltiplas doenças crônicas em um mesmo indivíduo, o que corrobora a presença da multimorbidade entre os idosos.

A literatura³⁻⁶ considera multimorbidade a ocorrência de duas ou mais morbidades, doenças crônicas físicas ou mentais, de forma simultânea em um indivíduo. Pessoas em condição de multimorbidade, em especial os idosos, tendem a passar por um maior número de hospitalizações, usam simultaneamente vários medicamentos e com isso aumenta a susceptibilidade aos efeitos adversos. Deste modo, a presença de multimorbidade incrementa o risco de mortalidade, gera problemas de ordem física e mental³⁻⁵ e influencia negativamente a qualidade de vida⁷⁻⁹. Por conseguinte, solicita mais demandas, fato esse que resulta em grande desafio para os sistemas de saúde no mundo^{10,11}, pois a atenção torna-se mais complexa¹².

A condição da multimorbidade, complexa e desafiadora¹¹, provoca grande impacto na sociedade, em função de onerar o sistema de saúde, reduzir a

produtividade do indivíduo no mercado de trabalho e elevar os custos decorrentes das incapacidades¹³. Ademais, esses dados são fundamentais para mostrar o quão importante é a repercussão das políticas governamentais na saúde das pessoas idosas. Uma vez que a prevalência de multimorbidade nos idosos é elevada (50 a 98%)^{10,11}, a ocorrência está associada à idade avançada, sexo feminino, baixo nível socioeconômico e estilo de vida insalubre^{14,15}. Além disso, estudos indicam que a autopercepção de saúde tem sido frequentemente referida como negativa, devido à ocorrência de incapacidade social, física ou mental, prejudicando, assim, a qualidade de vida^{8,9,16,17}.

A relevância do tema é meritória, pois frequentemente os estudos clínicos com idosos incluem a comorbidade¹¹. Desta forma, obtendo-se informação acerca da multimorbidade, obtêm-se subsídios para aprimorar os planos terapêuticos. Portanto, este estudo tem por objetivo verificar a associação entre multimorbidade em idosos e variáveis sociodemográficas, autopercepção de saúde e polifarmácia.

MÉTODO

Estudo transversal de base populacional, com idosos residentes em municípios de pequeno porte do norte do estado do Rio Grande do Sul, Brasil. Consideraram-se critérios de inclusão indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos, de ambos os sexos, residir na zona urbana ou rural há pelo menos seis meses nos municípios de Coxilha e Estação, possuir, no momento da entrevista, condições cognitivas para responder ao questionário e/ou contar com a

presença de um familiar ou cuidador para auxiliar ou efetuar as respostas. Em relação a critérios de exclusão, foram excluídos os idosos hospitalizados no momento da entrevista.

Para o cálculo da amostra considerou-se a prevalência do desfecho (multimorbidade) de 45%¹⁸, erro amostral de 5%, intervalo de confiança de 95% e poder de 80%, obtendo-se o resultado de 381 idosos. Para efeito de delineamento multiplicou-se este total por 1,5 obtendo-se 571 idosos. Adicionou-se 10% ao total considerando as possíveis perdas (recusas, não elegibilidade, entre outras), totalizando 628 idosos.

No entanto havia outros desfechos com amostra maior, assim, optou-se por incluir os 676 idosos.

No município de Coxilha todos os idosos (352) foram incluídos no estudo. Houve uma perda de 6% (21) totalizando 331 idosos. Para compor o cálculo da amostra foram adicionados aleatoriamente 345 dos 992 idosos residentes no município de Estação. Esses foram inicialmente listados por zona de residência e sexo e, posteriormente, foram selecionados por amostragem aleatória simples mantendo-se as proporções por sexo e zona de residência existente na população total de idosos (Figura 1).

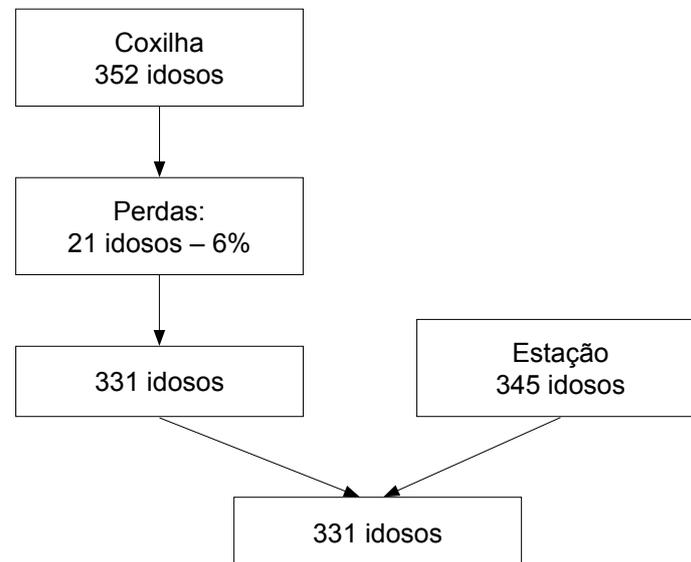


Figura 1. Fluxograma de seleção da amostra. Coxilha, Estação, RS. 2010, 2011.

A coleta de dados foi realizada no período de 2010 a 2011, por meio de inquérito domiciliar, utilizando o questionário estruturado da Pesquisa, Saúde, Bem-estar e Envelhecimento (SABE). O instrumento possui sete seções. Entretanto, para este estudo, foram utilizadas as seguintes seções: a) Informações pessoais e familiares, c) Condições de moradia, d) Condições de saúde e hábitos de vida e f) Uso e acesso aos serviços de saúde.

Considerou-se como variável dependente a multimorbidade. Para análise da multimorbidade, foi utilizada a definição de duas ou mais doenças crônicas em um indivíduo. Como a lista de morbidades para sua operacionalização ainda não está definida na

literatura, foram incluídas as mensuradas na seção d (Condições de saúde e hábitos de vida), sendo consideradas as seguintes doenças: hipertensão arterial sistêmica, diabetes *mellitus*, reumatismo, asma ou bronquite e enfisema pulmonar, derrame/isquemia cerebral, artrite/artrose, osteoporose, problemas cardíacos (doença coronariana, angina, doença congestiva, outros) e depressão.

Foram consideradas as variáveis independentes: sexo (feminino e masculino), faixa etária (60-79 e 80 anos ou mais), escolaridade (frequentou a escola e não frequentou a escola), cor (branco e não branco), situação conjugal (com cônjuge - casado e amasiado e sem cônjuge- viúvo, solteiro, separado e divorciado),

renda familiar (≤ 1 salário mínimo e > 1 salário mínimo), local de moradia (urbano e rural) e prática de atividade física (sim e não).

Para a variável atividade física, os idosos foram questionados se eles praticavam alguma atividade física no dia-a-dia (atividades domésticas, de trabalho e/ou de lazer) explicando e exemplificando para que pudessem compreender e classificar se praticavam ou não atividade física. Polifarmácia (Sim e Não), consideramos o uso de polifarmácia os idosos que ao serem questionados quantos medicamentos utilizavam por dia responderam que consomem cinco ou mais medicamentos diários.

Ingestão de Álcool (Sim e Não). Para a variável *Ingestão de Álcool*, os idosos foram questionados se nos últimos três meses, em média, quantos dias por semana tomou bebida alcoólica. Foram categorizados como *sim*, os idosos que responderam “1 ou 2 dias por semana”, “3 ou 4 dias por semana”, ou “todos os dias da semana”, e *não* os que responderam “nenhum dia da semana”. Hábito de fumar (Sim e Não), Percepção de Saúde (Muito boa/boa e Regular/ruim/muito ruim).

As variáveis categóricas (nominais e ordinais) foram apresentadas quanto a distribuições de frequência absolutas e relativas. As variáveis quantitativas foram descritas por medidas de tendência central e variabilidade. Para avaliar a associação entre multimorbidade e as variáveis independentes, utilizou-se análise bivariada pelo teste qui-quadrado, com nível de significância de 5%. Foram utilizadas razões de prevalência e intervalos de confiança de 95% na análise bruta e na análise ajustada, ambas conduzidas por meio de regressão de Poisson. No modelo múltiplo, foram consideradas as variáveis que tiveram um p valor inferior a 0,20 na análise bivariada e permaneceram no modelo aquelas com $p < 0,05$.

Os estudos foram aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisas da Universidade de Passo Fundo sob

o parecer 148/2010 (Coxilha) e 017/2011 (Estação), seguindo as regras da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS

Participaram do estudo 676 idosos, com predomínio do sexo feminino (54,6%). A idade média foi de 70 anos ($\pm 7,63$), destes, 78,4% referem ser de cor branca; 15% frequentou a escola; 71,4% com cônjuge, 88,9% tem renda superior ou igual a um salário mínimo e 69,4% residem na zona urbana. Em relação aos aspectos de saúde, 45% apresentam multimorbidade, 49,4% não praticam atividade física; 27,1% fazem uso de polifarmácia; 67,6% ingerem bebida alcoólica; 14,4% são fumantes, 47,2% relataram autopercepção de saúde sendo ruim/muito ruim; e a maior parte dos idosos tem acesso aos serviços de saúde, com percentual de 98,8%, conforme Tabela 1.

A prevalência de multimorbidade nos idosos foi de 45% e entre aqueles acometidos pelo desfecho, 50,9% são do sexo feminino, 60% tem idade acima de 80 anos, 47,9% não são brancos, 48% frequentaram a escola, 51,8% sem cônjuge, 45,5%, tem renda superior a 1 salário mínimo, 69,4% residem na zona urbana, 53,3% não realizam atividade física, 86% fazem uso de polifarmácia, 52,9% ingerem bebida alcoólica, 45,8% não fumam, e 63,7% tem a percepção de sua saúde como regular/ruim/muito ruim (Tabela 2).

A multimorbidade apresentou associação na análise bruta com as seguintes variáveis: sexo ($p=0,001$), faixa etária ($p=0,002$), situação conjugal ($p=0,033$), renda familiar ($p=0,194$), prática de atividade física ($p=<0,001$), polifarmácia ($p=<0,001$), ingestão de álcool ($p=<0,001$) e percepção de saúde ($p=<0,001$). Na análise ajustada a multimorbidade em idosos, permaneceu associada à polifarmácia ($p=<0,001$) e percepção de saúde ($p=<0,001$) (Tabela 2).

Tabela 1. Características sociodemográficas e comportamentais de idosos.RS, 2010/2011.

Variável	n	Prevalência (%)	IC 95%
Sexo			
Feminino	369	54,6	50,6 - 58,3
Masculino	307	45,4	41,7 - 49,4
Faixa etária (anos)			
60 – 79	596	88,2	85,7 - 90,8
80 ou mais	80	11,8	9,2 - 14,3
Cor			
Branco	530	78,4	75,1 - 81,2
Não Branco	146	21,6	18,8 - 24,9
Escolaridade			
Não frequentou a escola	573	85,0	12,3 - 17,8
Frequentou a escola	101	15,0	82,2 - 87,7
Situação conjugal			
Sem cônjuge	193	28,6	25,1 - 32,2
Com cônjuge	483	71,4	67,8 - 74,9
Renda Familiar (salário mínimo)			
≤ 1	73	11,1	8,8 - 13,7
> 1,01	584	88,9	86,3 - 91,2
Pratica Atividade física			
Sim	341	50,5	45,8 - 53,0
Não	334	49,5	47,0 - 54,2
Polifarmácia			
Sim	164	27,8	24,4 - 31,6
Não	425	72,2	68,4 - 75,6
Ingestão de Álcool			
Sim	456	67,6	64,1 - 71,1
Não	219	32,4	28,9 - 35,9
Hábito de fumar			
Sim	97	14,4	11,9 - 17,1
Não	577	85,6	82,9 - 88,1
Multimorbidade			
Sim	304	45,0	51,3 - 58,8
Não	371	55,0	41,2 - 48,7
Percepção de saúde			
Muito boa/boa	356	52,8	49,1 - 56,4
Regular/ruim/muito ruim	318	47,2	43,6 - 50,9
Local de moradia			
Urbano	469	69,4	65,8 - 73,1
Rural	207	30,6	26,9 - 34,2

Tabela 2. Prevalência da multimorbidade e fatores associados em idosos. RS, 2010/2011.

Variável	n	Prevalência (%)	p	RP (IC 95%)	*RP (IC 95%)
Sexo			0,001		
Feminino	369	50,9		1,09 (0,87 - 0,96)	---
Masculino	307	37,9			
Faixa etária (anos)			0,002		
80 ou mais	80	60,0		1,20 (1,04 - 1,20)	---
60 - 79	596	43,0			
Cor			0,423		
Branco	530	44,2		1,03(0,96 - 1,09)	---
Não Branco	146	47,9			
Escolaridade			0,494		
Frequentou a escola	573	48,0		1,02(0,95 - 1,10)	---
Não frequentou a escola	101	44,3			
Situação conjugal			0,033		
Sem Cônjuge	193	51,8		1,06 (1,00 - 1,12)	---
Com Cônjuge	483	42,3			
Renda Familiar (salário mínimo)			0,194		
≤1	584	37,5			
>1,01	73	45,5		1,06 (0,97 -1,15)	---
Local de moradia			0,226		
Urbano	469	69,4		1,03 (0,98-1,10)	---
Rural	207	30,6			
Prática Atividade física			<0,001		
Não	334	53,3		1,12 (1,06 - 1,17)	---
Sim	341	37,0			
Polifarmácia			<0,001		
Sim	164	86,0		1,36 (1,30 -1,42)	1,29 (1,22-1,35)
Não	425	36,7			
Ingestão de Álcool			<0,001		
Sim	456	52,9		1,15 (1,08 - 1,23)	---
Não	219	28,8			
Hábito de fumar			0,231		
Sim	97	40,2		0,95 (0,88 - 1,03)	---
Não	577	45,8			
Percepção de saúde			<0,001		
Regular/ruim/muito ruim	318	63,7		1,24 (1,17 - 1,30)	1,15 (1,09-1,21)
Muito boa/boa	356	28,1			

RP: razão de prevalência; *RP razão de prevalência ajustada; IC: intervalo com 95% de confiança; p: qui-quadrado de Pearson.

A razão de prevalência dos idosos com multimorbidade em referir sua saúde como regular/ruim/muito ruim é 1,15 vezes maior em relação aos idosos que referem sua saúde como *muito boa/*

boa. Ainda, a razão de haver prevalência de idosos apresentando multimorbidade, bem como fazendo uso de polifarmácia é de 1,29 vezes maior em relação aos idosos que não fazem o uso de polifarmácia.

DISCUSSÃO

A prevalência de multimorbidade encontrada na população idosa foi de 45%, taxa inferior a encontrada em estudos de revisão sistemática, em que a prevalência foi de 50 a 98%^{1,19}. As diferenças podem ser justificadas pelas distintas formas de análise da prevalência de multimorbidade entre os estudos, dificultando a sua investigação, principalmente pela falta de um padrão em relação ao número de doenças a serem consideradas. Frequentemente, utiliza-se nos estudos a ocorrência de duas ou mais doenças crônicas²⁰. No entanto, o número de condições crônicas avaliadas nos estudos varia de 5 a 335, ocorrendo variação nos resultados de prevalência¹⁹.

Ainda, o local onde foi realizado o estudo pode ter influenciado os resultados, devido ao fato de que as principais pesquisas são, com frequência, realizadas em grandes centros urbanos²¹, embora, na análise sistemática, o desfecho não estivesse associado ao local de moradia¹⁹.

Do mesmo modo, o método para análise de associação da multimorbidade utilizado pode ter interferido nos resultados. Utilizou-se a análise de regressão logística de Poisson, a qual demonstrou diferenças significativas nos resultados encontrados na literatura, em que, reiteradamente, a multimorbidade está relacionada ao sexo feminino, idade avançada, baixo nível socioeconômico e inatividade física, além de transtornos mentais⁷. Operou-se esse teste no modelo bruto e ajustado: no modelo bruto, as variáveis destacadas na literatura mostraram-se associadas. No entanto, ao realizar a análise ajustada, permaneceram a polifarmácia e a autopercepção de saúde associadas ao desfecho.

No que diz respeito à autopercepção de saúde como regular/ruim/muito ruim, esta foi referida, pela maioria dos idosos, com multimorbidade, apresentando associação com o desfecho. Outros estudos também encontraram os mesmos resultados^{9,17}. Tal achado pode ser explicado por estudos que demonstram que idosos com multimorbidade apresentam pior qualidade de vida, deficit no autocuidado com a saúde e maior grau de dependência para atividade de vida diária, com repercussões negativas em sua capacidade funcional²². Na medida em que aumenta o número de doenças,

ocorrem complicações física, social e mental nos idosos, influenciando na piora da autopercepção de saúde²³.

Em relação à polifarmácia, o uso dessa está associado à multimorbidade. Essa associação pode ser entendida pela necessidade frequente dos idosos em ingerir medicações para o tratamento das doenças. A procura por consulta médica decorrente das manifestações clínicas das doenças, o atendimento fragmentado dos idosos com multimorbidade, os protocolos de saúde direcionados a uma única doença¹¹, a dificuldade de decisão do tratamento de forma compartilhada entre os profissionais de saúde e a dificuldade na prestação de cuidados centrados no paciente²⁴ podem ser os elementos que contribuem para o uso frequente de medicações por parte dos idosos.

Além disso, este consumo sem controle pode ocasionar alterações clínicas, ou ainda, interações medicamentosas com efeitos adversos nos idosos^{22,25}. Entender como as morbidades interagem entre si tem maior relevância clínica do que a contagem do número de doenças. A partir desse conhecimento, poderão ser determinadas possíveis interações medicamentosas a quais os idosos estão expostos¹¹. Os estudos acerca de medicamentos excluem frequentemente idosos com multimorbidade, ocasionando a dificuldade dos profissionais médicos em determinar o tratamento adequado²⁶. Entretanto, o profissional geriatra, quando participa no tratamento junto com a equipe multidisciplinar, pode manter ou diminuir o número de medicamentos utilizados pelos pacientes²⁷. Além disso, a utilização de métodos referidos na literatura como o proposto por BEERS (o qual permite avaliar a adequação dos medicamentos utilizados pelos idosos), evita o uso de medicamentos potencialmente inapropriados²⁸.

CONCLUSÃO

Concluimos que a multimorbidade está associada à autopercepção de saúde negativa e a polifarmácia. Face ao envelhecimento progressivo da população, atenção especial deve ser dada ao idoso com multimorbidade, o que indica a necessidade de intervenções de saúde não apenas para tratar as doenças crônicas, mas para promover melhoria da qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

1. Marengoni A, Angleman S, Melis R, Mangialasche F, Karp A, Garmen A. Aging with multimorbidity: a systematic review of the literature. *Ageing Res Rev.* 2011;10(4):430-9.
2. Ministério da Saúde. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022 [Internet]. Brasília, DF: MS; 2011. [acesso em 20 jan. 2017]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf
3. Boyd CM, Fortin M. Future of multimorbidity research: how should understanding of multimorbidity inform health system design? *Public Health Rev.* 2010;32(2):451-74.
4. Barnett K, Mercer SW, Norbury M, Watt G, Wyke S, Guthrie B. Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. *Lancet.* 2012;380(9836):37-43.
5. Salive ME. Multimorbidity in older adults. *Epidemiol Rev.* 2013;1(1):75-83.
6. Lefèvre T, D'ivernois JF, De Andrade V, Crozet C, Lombraill P, Gagnayre R. What do we mean by multimorbidity? an analysis of the literature on multimorbidity measures, associated factors, and impact on health services organization. *Rev Epidemiol Santé Publique.* 2014;62(5):305-14.
7. Organização Mundial de Saúde. Estatísticas da Saúde Mundial 2011. Geneva: OMS; 2011.
8. Lima-costa MF, Facchini LA, Matos DL, Macinko J. Tendências em dez anos das condições de saúde de idosos brasileiros: evidências da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (1998 - 2008). *Rev Saúde Pública.* 2012;46(1):100-7.
9. Alaba O, Chola L. The social determinants of multimorbidity in South Africa. *Int J Equity Health.* 2013;12(1):63-73.
10. Vos T, Flaxman AD, Naghavi M, Lozano R, Michaud C, Ezzati M, et al. Years lived with disability (YLDs) for 1160 sequelae of 289 diseases and injuries 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet.* 2013;380(9859):2163-96.
11. Batista SR. A complexidade da multimorbidade. *J Manag Prim Health Care.* 2014;5(1):125-6.
12. Cheung CL, Nguyen USDT, Au E, Tan KCB, Kung AWC. Association of handgrip strength with chronic diseases and multimorbidity. *Age.* 2013;35(3):929-41.
13. Organização Mundial de Saúde. Estatísticas da Saúde Mundial 2013. Geneva: OMS; 2013.
14. Wang HH, Wang JJ, Wong SY, Wong MC, Li FJ, Wang PX, et al. Epidemiology of multimorbidity and implications for healthcare: Cross-sectional survey among 162,464 community household residents in southern China. *BMC med.* 2014;12(1):188-99.
15. Nunes BP, Thumé E, Facchini LA. Multimorbidity in older adults: magnitude and challenges for the Brazilian health system. *BMC Public Health.* 2015;15(1):1172-82.
16. Ng CW, Luo N, Heng BH. Health status profiles in community-dwelling elderly using self-reported health indicators: a latent class analysis. *Quality Life Res.* 2014;23(10):2889-98.
17. Pimenta FB, Pinho L, Silveira MF, Botelho ACDC. Fatores associados a doenças crônicas em idosos atendidos pela Estratégia de Saúde da Família. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2015;20(8):2489-98.
18. Jerliu N, Toci E, Burazeri G, Ramadani N, Brand H. Prevalence and socioeconomic correlates of chronic morbidity among elderly people in Kosovo: a population-based survey. *BMC Geriatr.* 2013;13(1):22.
19. Violán C, Forguet-Boreu Q, Flores-mateo G, Salisbury C, Blom J, Freitag M, et al. Prevalence, determinants and patterns of multimorbidity in primary care: a systematic review of observational studies. *PloS ONE.* 2014;9(7):102-49.
20. Arokiasamy P, Uttamacharya U, Jain K, Biritwum R B, Yawson AE, Wu F, et al. The impact of multimorbidity on adult physical and mental health in low-and middle-income countries: what does the study on global ageing and adult health (SAGE) reveal? *BMC Med.* 2015;13(1):178.
21. Smith SM, Soubhi H, Fortin M, Hudon C, O'Dowd T. Managing patients with multimorbidity: systematic review of interventions in primary care and community settings. *BMJ Open.* 2012;345:2-10.
22. Huntley A L, Johnson R, Purdy S, Valderas JM, Salisbury C. Measures of multimorbidity and morbidity burden for use in primary care and community settings: a systematic review and guide. *Ann Fam Med.* 2012;10(2):134-41.
23. Organização Mundial de Saúde. Relatório mundial de envelhecimento e saúde. Geneva: OMS; 2015.
24. Sinnott C, Mc Hugh S, Browne J, Bradley C. GPs' perspectives on the management of patients with multimorbidity: systematic review and synthesis of qualitative research. *BMJ Open.* 2013;3(9):1-12.

25. Pavão ALB, Werneck GL, Campos MR. Autoavaliação do estado de saúde e a associação com fatores sociodemográficos, hábitos de vida e morbidade na população: um inquérito nacional. *Cad Saúde Pública*. 2013;29(4):723-34.
26. Broeiro P. Multimorbidade e comorbilidade: duas perspectivas da mesma realidade. *Rev Port Med Geral Fam*. 2015;31(3):158-60.
27. Regueiro M, Mendy N, Cañas M, Farina HO, Nagel P. Uso de medicamentos en adultos mayores no institucionalizados. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2011;28(4):643-47.
28. Campanelli CM. American Geriatrics Society updated beers criteria for potentially inappropriate medication use in older adults: the American Geriatrics Society 2012 Beers Criteria Update Expert Panel. *J Am Geriatr Soc*. 2012;60(4):616-31.

Recebido: 01/07/2017

Revisado: 18/07/2017

Aprovado: 29/08/2017

ERRATA

No artigo “Multimorbidade associado à polifarmácia e autopercepção negativa de saúde”, publicado em Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, v. 20, n. 5, p. 635-643, 2017, DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562017020.170059>, na página 635, o nome do sexto autor está errado.

Onde se lê:

Marcos Paulo Delani⁵

Leia-se:

Marcos Paulo Dellani⁵