

SAÚDE PERCEBIDA DE IDOSOS: ASSOCIAÇÕES COM IDADE, SEXO, CONDIÇÕES DE SAÚDE E ENVOLVIMENTO SOCIAL

Ronaldo da Silva Lima Junior; Laila Lorena Nogueira Batista da Silva; Jessica de Medeiros Possato; Dóris Firmino Rabelo

Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, ronaldomedufrb@gmail.com

RESUMO

O objetivo deste estudo foi avaliar a saúde percebida de idosos e verificar as associações da autoavaliação global da saúde atual com a idade, o sexo, as condições de saúde (indicadas pelos sinais/sintomas e doenças auto-relatadas e desempenho em atividades básicas e instrumentais de vida diária) e o envolvimento social. Participaram do estudo 134 idosos sem déficit cognitivo. Os dados foram coletados por entrevista domiciliar utilizando-se os instrumentos: a) Questionário sociodemográfico para avaliar a idade, o sexo e o envolvimento social; b) Questionário de autoavaliação de saúde; c) Questionário de doenças e de sinais e sintomas auto-relatados; d) Índice de independência nas atividades básicas de vida diária; e) Escala de desempenho de atividades instrumentais de vida diária. Foi utilizado o teste qui-quadrado ou o teste de Exato de Fisher (na presença de valores esperados menores que 5) para comparar as variáveis categóricas ($p < 0,05$). Os idosos deste estudo apresentaram uma avaliação mais negativa da própria saúde atual e esta estava associada ao número de sinais, sintomas e doenças autorrelatado e ao desempenho funcional em atividades básicas e instrumentais de vida diária. Por outro lado, ao compararem a saúde atual com contemporâneos, com o passado e com a expectativa no futuro, a avaliação foi mais positiva. O critério de comparação social e temporal funcionou como um amortecedor do impacto que eventos negativos tiveram sobre a autoavaliação da saúde atual.

Palavras-chave: Idoso, Saúde Percebida, Capacidade Funcional.

ABSTRACT

The objective of this study was to evaluate the perceived health of elderly and verify the associations of the global current health self-assessment with the age, sex, health conditions (indicated by the self-reported signs/symptoms and diseases and basic and instrumental activities of daily living) and social involvement. 134 older people without cognitive deficit participated in the study. The data were collected by interview at home using the instruments: a) Questionnaire to assess age, sex and social involvement; b) Perceived health questionnaire; c) Signs/symptoms and disease self-reported questionnaire; d) Index of independence in the basic activities of daily living; e) Index of independence in the instrumental activities of daily living. We used the Chi-square test or the Fisher exact test (in the presence of expected values smaller than 5) to compare categorical variables ($p < 0.05$). The elderly presented a more negative assessment of the current health and this was associated with the number of self-reported signs, symptoms and diseases and functional performance in basic and instrumental activities of daily living. On the other hand, perceived health compared with contemporaries, with the past and with the expectation of health in the future, the assessment was more positive. The social comparison and temporal criteria worked as a buffer in the impact of negative events on the self-assessment of current health.

Keywords: Elderly, Perceived Health, Functional Capacity.

INTRODUÇÃO

O idoso dimensiona para si valores e definições que são relevantes à sua vida, dentre eles a saúde.¹ A saúde percebida tem sido utilizada como importante indicador de bem estar individual e coletivo. Ela pode ser entendida como a avaliação subjetiva que cada pessoa faz a respeito da qualidade de sua saúde, podendo incluir uma avaliação atual, pregressa ou futura.²

O acometimento patológico interfere na qualidade de vida na velhice, pois pode alterar a capacidade funcional e o envolvimento social do idoso.³ A capacidade funcional envolve as características físicas e mentais necessárias para uma vida independente e autônoma, relaciona-se com as atividades avançadas da vida diária e permeia fatores culturais, econômicos e as redes de relações sociais.^{4,5} A auto-percepção negativa de saúde do idoso está associada a um maior número de doenças e a um menor nível de envolvimento social.^{4,6}

O aumento dos problemas de saúde e das limitações funcionais com o envelhecimento repercute na avaliação dos idosos mais velhos em relação aos mais jovens de maneira negativa. Da mesma forma, as mulheres idosas apresentam mais comorbidades e maior risco de incapacidade e dor crônica e, assim, relatam pior saúde percebida do que os homens.⁵

O objetivo deste estudo foi avaliar a saúde percebida de idosos e verificar as associações da autoavaliação global da saúde atual com a idade, o sexo, as condições de saúde (indicadas pelos sinais/sintomas e doenças auto-relatadas e desempenho em atividades básicas e instrumentais de vida diária) e o envolvimento social.

METODOLOGIA

O presente estudo faz parte da pesquisa “Desenvolvimento familiar e o idoso: rede de suporte social, dinâmica familiar e a convivência intergeracional”, destinado a investigar o funcionamento de famílias com idosos e sua rede de suporte informal e formal. A realização da pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Maria Milza (FAMAM), do município de Cruz das Almas – Bahia, de acordo com a Resolução nº. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), do Ministério da Saúde do Brasil.

O campo selecionado para estudo foi Santo Antônio de Jesus, Estado da Bahia – Brasil, cujo papel no setor da saúde é importante no Recôncavo Baiano, pois nucleia a microrregião leste do estado, sede da 4ª. DIRES (Diretorias Regionais de Saúde). Dentre as 20 unidades básicas de saúde (UBS) localizadas na zona urbana, foi selecionada a que tinha o maior número de idosos cadastrados (14,5% do total de pessoas cadastradas e 16,8% dos idosos residentes na cidade). Segundo dados do Sistema de Informação da Atenção Básica, ano 2010, nessa unidade estavam cadastradas 2.754 famílias que somavam 9.234 pessoas, dentre os quais 1344 com 60 anos e mais.

Com a ajuda de agentes comunitários de saúde, foram realizados a identificação e o arrolamento dos domicílios com idosos localizados em todas as 21 micro-áreas abrangidas pela UBS selecionada. Os critérios de elegibilidade foram: idade igual ou superior a 60 anos; residência permanente na região e no domicílio; compreensão das instruções; interesse em participar e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. Como critério de inclusão foi adotada a pontuação referente às notas de corte⁷ para cada faixa de escolaridade, menos um desvio padrão, no Mini-Exame do Estado Mental –MEEM. A opção pela inclusão de idosos sem déficit cognitivo sugestivo de demência no estudo foi feita para não prejudicar a confiabilidade das respostas de autorrelato dos idosos.⁸ Os critérios de exclusão foram: déficit auditivo ou visual grave; dificuldade de expressão verbal e de compreensão e estar temporária ou permanentemente acamado.

Em cada domicílio, todos os idosos eram entrevistados com vistas à seleção para participação no estudo. A escolha do participante era baseada na maior pontuação obtida no Mini-Exame do Estado Mental. A coleta de dados foi realizada em duas ou três visitas de duas horas cada uma, em média. Participaram do estudo 134 idosos. O tamanho dessa amostra foi fixado conforme um nível de confiança de 90%, para um erro amostral de 5%.

Variáveis e instrumentos:

1. Ficha de informações sócio-demográficas para caracterizar os sujeitos quanto a idade (agrupada em duas faixas - 60 a 74 anos e 75 anos ou mais), sexo e Envolvimento social (Perguntou-se aos idosos se participavam, pelo menos uma vez por semana, de atividades físicas, em centro de convivência, em atividades na comunidade e religiosas e as respostas “Sim” para cada atividade foram somadas e os dados foram categorizados pela mediana, em baixo ou alto envolvimento social).
2. Questionário de autoavaliação de saúde com quatro itens escalares no qual solicitava-se que idoso avaliasse: 1) sua saúde atual de modo geral (escolhendo uma das alternativas: péssima, regular, boa ou muito boa); 2) a saúde hoje comparada com outros da mesma idade (alternativas: melhor, igual ou pior) ; 3) a saúde hoje em comparação à que tinham um ano atrás (alternativas: melhor, igual ou pior); 4) como acreditam que a saúde estará daqui há uma ano (alternativas: melhor, igual ou pior).
3. Questionário de doenças e de sinais e sintomas auto-relatados. Doenças crônicas diagnosticadas por médico no último ano (nove doenças, com respostas dicotômicas) e sinais e sintomas (total de doze com respostas dicotômicas), ambas agrupadas nas categorias nenhuma; 1 a 2; 3 ou mais.⁸
4. Capacidade funcional:
 - 4.1. Índice de independência nas atividades básicas de vida diária.⁹ Escala de seis itens com três possibilidades de resposta sobre a ajuda necessária (nenhuma, parcial ou total) para banho, vestir-se, toalete, transferência, controle esfinteriano e alimentação. As respostas foram agrupadas em: independente, dependência parcial e dependência total.
 - 4.2. Desempenho de atividades instrumentais de vida diária.¹⁰ Escala com três possibilidades de resposta sobre a ajuda necessária (nenhuma, parcial ou total) para telefonar, usar transportes, fazer compras, cozinhar, realizar serviços domésticos, uso de medicação e manejo de dinheiro. As respostas foram agrupadas em: independente, dependência parcial e dependência total.

Análise de dados: Foram feitas tabelas de frequência das variáveis categóricas com valores de frequência absoluta (n) e percentual (%) para descrever o perfil da amostra de acordo com as variáveis estudadas. Para caracterizar os agrupamentos foi utilizado o teste qui-quadrado ou o teste de Exato de Fisher (na presença de valores esperados menores que 5) para comparar as variáveis categóricas. O nível de significância adotado para os testes estatísticos foi de 5%, ou seja, $p < 0,05$.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A idade dos participantes variou de 60 a 95 anos, com média de 72 anos e desvio-padrão de 8 anos, sendo 77,6% do sexo feminino. Quanto à saúde percebida, a maior parte considerou sua saúde hoje de modo geral como razoável (46,3%), sua saúde atual quando comparada com outras pessoas da mesma idade como melhor (53%), sua saúde comparada com a que tinham há um ano foi avaliada como igual (43,3%) e considerou que sua saúde daqui há ano estará melhor (44%). Relataram ter de uma a duas doenças crônicas (52,2%) e três ou mais sinais e sintomas (59,7%) percebidos no dia-a-dia. Dos idosos, 96,3% era independente para as atividades básicas, 58,2% independente para instrumentais de vida diária e 65,7% apresentaram baixo nível de envolvimento social. A Tabela 1 apresenta a distribuição da amostra quanto à idade, ao sexo, à saúde percebida e as condições de saúde.

A análise comparativa mostrou uma maior frequência de idosos com menor número de sinais/sintomas e doenças autorrelatadas e independentes em atividades básicas e instrumentais de vida diária com uma avaliação mais positiva da própria saúde de modo geral hoje. A tabela 2 apresenta as associações entre a saúde percebida e o sexo, a idade e as condições de saúde.

Tabela 1. Distribuição da amostra quanto à idade, ao sexo, à saúde percebida, às condições de saúde e o envolvimento social dos idosos. Santo Antônio de Jesus, Bahia, 2011.

Variáveis	Categorias	Amostra Total	
		n	%
Faixa etária	60-74 anos	89	66,4
	≥75 anos	45	33,6
Sexo	Feminino	104	77,6
	Masculino	30	22,4
Saúde Percebida	Global Hoje		
	Muito boa/Boa	48	35,8
	Razoável	62	46,3
	Péssima	24	17,9
Comparada com contemporâneos	Melhor	71	53,0
	Igual	41	30,6
	Pior	22	16,4
Comparada com 1 ano atrás	Melhor	32	23,9
	Igual	58	43,3
	Pior	44	32,8
Expectativa de saúde futura	Melhor	59	44,0
	Igual	47	35,1
	Pior	28	20,9
Nº sinais/sintomas autorrelatadas	≥3	80	59,7
	1-2	42	31,3
	Nenhum	12	9,0
Nº doenças autorrelatadas	1-2	70	52,3
	≥3	46	34,3
	Nenhuma	18	13,4
Atividades Básicas	Independente	129	96,3
	Parcialmente dependente	03	2,2
	Dependência total	02	1,5
Atividades Instrumentais	Independente	78	58,2
	Parcialmente dependente	48	35,8
	Dependência total	08	5,8
Envolvimento social	Alto	46	34,3
	Baixo	88	65,7

Tabela 2. Associações entre a saúde percebida dos idosos e o sexo, a idade, as condições de saúde e o envolvimento social. Santo Antônio de Jesus, Bahia, 2011.

Variáveis	Saúde Percebida Hoje			Valor-p
	Muito Boa/Boa	Razoável	Péssima	
Sexo				
Feminino	37,5	43,3	19,2	0,423
Masculino	30,0	56,7	13,3	
Faixa Etária				
60 a 74	41,7	44,0	14,3	0,133
75+	26,0	50,0	24,0	
Nº sinais/sintomas				
Nenhum	50,0	50,0	0,0	0,010
1-2	50,0	42,9	7,1	
≥3	26,3	47,5	26,3	
Nº doenças				
Nenhum	77,8	22,2	0,0	<0,001
1-2	37,1	50,0	12,9	
≥3	17,4	50,0	32,6	
Atividades Básicas				
Independente	37,2	46,5	16,3	0,030
Com dependência	0,0	40,0	60,0	
Atividades Instrumentais				
Independente	44,9	47,4	32,1	<0,001
Com dependência	23,2	44,6	7,7	
Envolvimento social				
Alto	39,1	50,0	10,9	0,307
Baixo	34,1	44,3	21,6	

Neste estudo, a maioria dos participantes era mulher, com uma percepção mais negativa da própria saúde atual de modo geral, com alto número de sinais e sintomas autorrelatados, com pelo menos com uma doença crônica e baixo envolvimento social. Quando foi utilizado algum critério de comparação, a autoavaliação da saúde foi mais positiva, especialmente quando comparada com outras pessoas da mesma idade.

Os resultados deste estudo diferem do estudo de Borim et al.,² no qual os idosos apresentaram uma avaliação mais positiva da saúde de modo geral. A avaliação subjetiva da saúde reflete as condições socioeconômicas e no caso da cidade de Santo Antônio de Jesus, observamos no ranking da Organização das Nações Unidas (ONU),¹¹ em sua plataforma digital, um Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) inferior ao da cidade avaliada no estudo de Borim

et al.² Tal diferença pode determinar vários fatores que interferem tanto na saúde objetiva quanto na saúde percebida dos idosos.

Verificou-se que os idosos com uma avaliação mais positiva da própria saúde de modo geral hoje foram aqueles com menor número de sinais/sintomas e doenças autorrelatadas e independentes em atividades básicas e instrumentais de vida diária. Almeida et al.¹² relaciona a capacidade funcional e o respectivo reflexo da autonomia e independência dos mesmos como um fator determinante de agravamento de uma boa saúde percebida. Segundo Rabelo e Neri¹³, a incapacidade funcional é influenciada não só por condições médicas, patológicas ou de deficiência, mas também por fatores psicológicos e sociais.

A doença refere-se ao bem-estar físico objetivo e a saúde percebida dos idosos piora em relação ao aumento de número de doenças.¹⁴ As doenças crônicas assim como as incapacidades, podem interferir no bem estar do idoso. Dessa maneira, é exigido do idoso recursos psicológicos e sociais a fim de se ajustar e criar o suporte necessário, o que, por sua vez, terá impacto em sua saúde percebida.¹³

Uma forma de ajustamento foi percebida no estudo quando os idosos demonstraram uma saúde percebida melhor do que a de contemporâneos. A comparação social é uma estratégia de enfrentamento e envolve a percepção dos idosos em relação a outros com problemas piores, e essa comparação suscita a ideia que o seu status é relativamente melhor.¹³

Ao compararem a saúde atual com o passado e com a expectativa no futuro, a avaliação também foi mais positiva. Segundo Neri et al.,¹⁵ outro recurso de enfrentamento utilizado pelos idosos é o de se perceberem como sobreviventes bem sucedidos dentro de um coletivo que normalmente possui males, desajustamento e incapacidades. Assim, os idosos evidenciam que possuem formas de manutenção da saúde. A percepção de que a saúde não declinou ao longo do tempo ou que não declinará no futuro é um indicativo de que o idoso percebe que tem os recursos necessários para o manejo dos seus problemas atuais de saúde.

CONCLUSÃO

Os idosos deste estudo apresentaram uma avaliação mais negativa da própria saúde atual e esta estava associada ao número de sinais, sintomas e doenças autorrelatado e ao

desempenho funcional em atividades básicas e instrumentais de vida diária. Por outro lado, o critério de comparação social e temporal funcionou como um amortecedor do impacto que eventos negativos tiveram sobre a autoavaliação da saúde atual.

Embora a maioria dos idosos desfrute de boas condições de saúde, as doenças e a dependência são elementos importantes para a qualidade de vida na velhice. Nesse cenário, a autoavaliação da saúde integra a percepção de dimensões biológicas, psicológicas e sociais e é um importante indicador das demandas de assistência à saúde dos idosos.

Verifica-se a importância de compreender o que realmente é significativo não só para o idoso do Recôncavo Baiano, mas também para aqueles que possam viver realidades congruentes a esta, construindo então uma abordagem mais específica e adequada.

REFERÊNCIAS

- 1- Dias JA, Arreguy-Sena C, Pinto PFS, Carnevale L. Ser idoso e o processo do envelhecimento: saúde percebida. *Esc. Anna Nery* [internet]. 2011 [citado 11 mai 2015];15(2): 372-379. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/1277/127719099021.pdf>
- 2- Borim FSA, Barros MBA, Neri AL. Autoavaliação da saúde em idosos: pesquisa de base populacional no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública* [internet]. 2012 [citado 11 mai 2015]; 28(4):769-780. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v28n4/16.pdf>
- 3- Lemos ND, Medeiros SL. Suporte social ao idoso dependente *In: Freitas EV et al. Organizadores. Tratado de Geriatria e Gerontologia. 2ª ed. São Paulo: Guanabara Koogan; 2002. p. 893-99.*
- 4- Gordilho A, Sergio J, Silvestre J, Ramos LR, Freire MPA, Espindola A. Desafios a serem enfrentados no terceiro milênio, pelo setor saúde na atenção integral ao idoso. Rio de Janeiro: UnAti; 2000.
- 5- Neri AL, Vieira LAM. Envolvimento social e suporte social percebido na velhice. *Rev. bras. geriatr. gerontol* [internet]. 2013 [citado 20 mai 2015];16(3):419-432. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbagg/v16n3/v16n3a02.pdf>

- 6- Louvison MCP, Lebrão ML, Duarte YAO, Santos JLF, Malik AM, Almeida ES. Desigualdades no uso e acesso aos serviços de saúde entre idosos do município de São Paulo. *Rev. Saúde Pública* [internet]. 2008 [citado 20 mai 2015];42(4):733-740. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v42n4/6846.pdf>
- 7- Brucki SMD, Nitrini R, Caramelli P, Bertolucci PHF, Okamoto IH. Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. *Arquivos de Neuropsiquiatria*. 2003; 61(3-B): 777-781.
- 8- Neri AL, Guariento ME. *Fragilidade, saúde e bem-estar em idosos: dados do Estudo FIBRA*. Campinas(SP): Alínea; 2011.
- 9- Lino VTS, Pereira SEM, Camacho LAB, Ribeiro Filho ST, Buksman S. Adaptação transcultural da Escala de Independência em Atividades de Vida Diária (Escala de Katz). *Cadernos de Saúde Pública*. 2008. 24(1): 103-112.
- 10-Brito FC, Nunes MI, Yuaso DR. Multidimensionalidade em Gerontologia II: instrumentos de avaliação. In M. Papaléo Netto (Ed.), *Tratado de Gerontologia*. São Paulo: Atheneu; 2007. p. 133-146.
- 11-PNUD [internet]. Brasília (DF): Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Ranking de índice de desenvolvimento humano; 2013 [citado 05 jul 2015]. Disponível em: <http://www.pnud.org.br/atlas/ranking/Ranking-IDHM-Municipios-2010.aspx>
- 12-Almeida MHM, Batista MPP, Campos ACV. Autonomia e independência como indicadores de saúde para idosos. In: Campos, MCV, Correa, AHM, Berlezi, EM. (Org.). *Autonomia e independência como indicadores de saúde para idosos*. Ijuí: Unijui; 2014. p. 149-172.
- 13-Rabelo DF, Neri AL. Recursos psicológicos e ajustamento pessoal frente à incapacidade funcional na velhice. *Psicologia em Estudo* [internet]. 2005 [citado 20 mai 2015];10(3): 403-412. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pe/v10n3/v10n3a07>
- 14-Vitta A. Bem-estar físico e saúde percebida: um estudo comparativo entre homens e mulheres adultos e idosos, sedentários e ativos. [Tese de Doutorado]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 2001.



15-Neri AL, Borim FSA, Barros MBA, Yassuda MS, Eulálio MC. Avaliação subjetiva de saúde e fragilidade. *In*: Anita Liberalesso Neri. (Org.). Avaliação subjetiva de saúde e fragilidade. Campinas: Alinea; 2013. p. 209-228.

