

Autopercepção de saúde em idosos com deficiência intelectual

Alexa Alves de Moraes¹; Mariana Cavalcante de Menezes²; Renaly da Costa Rodrigues³; Windsor Ramos da Silva Júnior⁴; Niamh Smyth⁵

¹Departamento de Fisioterapia, Universidade Estadual da Paraíba (alexamoraesx3@gmail.com); ²Departamento de Fisioterapia, Universidade Estadual da Paraíba (maricm5485@gmail.com); ³Departamento de Fisioterapia, Universidade Estadual da Paraíba (renalycr@gmail.com); ⁴Departamento de Fisioterapia, Universidade Estadual da Paraíba (windsor.jr@gmail.com); ⁵School of Nursing and Midwifery, Trinity College Dublin (niamhsmythie@tcd.ie).

RESUMO

Introdução: Deficiência intelectual (DI) é um estado de funcionamento caracterizado pela dificuldade em aprender informações novas e/ou complexas e em interagir socialmente. Apesar de recentes melhorias nos serviços de saúde terem proporcionado o aumento da expectativa de vida deste grupo, a compreensão do seu processo de envelhecimento permanece obscura. Uma das abordagens utilizadas na condução de estudos sobre envelhecimento é a autopercepção dos idosos em relação ao seu próprio estado de saúde. **Objetivos:** Analisar a autopercepção de saúde em indivíduos idosos com DI, relacionando-a à independência funcional, Índice de Massa Corporal (IMC), circunferência abdominal e presença de doenças crônicas. **Metodologia:** Selecionaram-se 477 indivíduos com DI, com idade a partir de 40 anos. Avaliaram-se a autopercepção de saúde dos idosos com DI, realização de atividades de vida diária (AVDs), índice de massa corporal (IMC), circunferência abdominal e presença de doenças crônicas. **Resultados:** Mais da metade da amostra (n=250) afirmou ter excelente ou boa saúde; Deste grupo, 73,2% demonstrou sobrepeso/obesidade, 66% apresentou risco substancialmente aumentado de complicações metabólicas, 52,7% possuía dificuldade na realização de duas ou mais AVDs e 30,9% reportou constipação crônica. A regressão logística apontou a ausência de dificuldade em 8 ou mais AVDs como um preditor significativo ($p < 0.05$) para a boa autopercepção de saúde, com odds ratio de 2,517. **Discussão:** Acredita-se que o êxito nas realizações das AVDs traz ao indivíduo a sensação de capacitação e, conseqüentemente, de boa saúde. Pessoas com DI costumam apresentar compreensão limitada acerca de opções de vida saudável e tendem a ser mais positivos em relação à própria imagem corporal. **Conclusão:** A maioria dos participantes classificou sua saúde como excelente ou boa. Além disso, a ausência de dificuldade na realização de 8 ou menos AVDs mostrou-se um importante preditor para uma positiva autopercepção.

PALAVRAS-CHAVE: Autopercepção; Deficiência intelectual; Idoso; Envelhecimento.

1. INTRODUÇÃO

Conceitua-se deficiência intelectual (DI) como um estado de funcionamento cujo início ocorre na infância, caracterizando-se pela dificuldade em aprender informações novas e/ou complexas e em interagir socialmente. Este quadro, por sua vez, acarreta comprometimento dos níveis de autonomia desta população, de modo que elevados níveis de atenção especializada sejam constantemente requeridos. A DI abrange uma série de desordens de causas variadas, tais como Síndrome de Down, paralisia cerebral e transtorno do espectro do autismo (NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH, 2010).

Uma vez que indivíduos com DI usualmente apresentam elevados índices de doenças crônicas, os padrões de qualidade de vida encontram-se significativamente afetados, resultando em aumentos nos custos relacionados a serviços de saúde (MCCARRON et al., 2013). Apesar de recentes melhorias nos serviços de saúde terem proporcionado o aumento da expectativa de vida deste grupo, a compreensão do seu processo de envelhecimento permanece obscura (PATJA et al., 2000).

Nesse contexto, pesquisas realizadas por países desenvolvidos têm buscado investigar a saúde de idosos com base em determinantes geográficos e socioeconômicos, doenças crônicas e capacidade funcional. Sendo assim, uma das abordagens utilizadas na condução de tais estudos é a coleta de dados acerca da autopercepção dos idosos em relação ao seu próprio estado de saúde. Embora seja um conceito subjetivo e que engloba diversos determinantes, a autopercepção de saúde vem emergindo como uma variável de confiabilidade (MARTIKAINEN et al., 1999; GUCCIONE, 2002; BAILIS et al., 2003).

A autopercepção de saúde envolve não apenas a saúde física, mas também cognitiva e emocional (OFSTEDAL et al., 2002). Ademais, está associada a indicadores de mortalidade (IDLER e BENYAMINI, 1997), posto que indivíduos que classificam sua saúde como pobre estão mais propensos a apresentarem maiores riscos de mortalidade em comparação com aqueles que relatam ter uma saúde excelente (MARCELLINI, 2002).

Nessa perspectiva, o presente estudo tem por objetivo analisar a autopercepção de saúde em indivíduos idosos com DI, relacionando-a à independência funcional, Índice de Massa Corporal (IMC), circunferência abdominal e presença de doenças crônicas nos participantes.

2. METODOLOGIA

O presente estudo foi desenvolvido como parte do Intellectual Disability Supplement to The Irish Longitudinal Study on Ageing (IDS-TILDA), Trinity College Dublin. O The Irish Longitudinal Study on Ageing (TILDA) é um estudo nacionalmente representativo da população com 50 anos ou mais, residente na Irlanda, cuja finalidade é coletar informações acerca da saúde, situação econômica e aspectos sociais a fim de promover a compreensão acerca do processo de envelhecimento do país (WHELAN e SAVVA, 2013). De modo suplementar, o IDS-TILDA é um estudo longitudinal multiwave cujo foco é em indivíduos adultos com DI, de modo a investigar padrões de envelhecimento, saúde física e mental, utilização dos serviços de saúde, conexões sociais, situações de residência, participação na comunidade e empregabilidade. Posto que o objeto de estudo do TILDA é a população em geral, o IDS-TILDA busca garantir que dados de alta qualidade acerca de indivíduos com DI possam ser documentados, permitindo que uma análise comparativa seja traçada com a população generalizada. Os dados apresentados pertencem à segunda e mais recente coleta de dados (Wave 2) do IDS-TILDA.

2.1. Amostra

A amostra do IDS-TILDA foi extraída do The National Intellectual Disability Database (NIDD), um conjunto de dados que armazena informações relacionadas aos serviços de saúde atualmente utilizados ou necessitados por indivíduos com todos os níveis de DI, abrangendo diversas categorias residenciais na República da Irlanda (KELLY et al., 2010).

Originalmente, o processo de amostragem se deu de forma aleatória simples, selecionando 753 indivíduos que (1) possuíam 40 anos de idade ou mais, (2) estivessem registrados no NIDD e (3) assinaram e/ou a família/responsável assinou o termo de consentimento para participar do estudo. Diferentemente do TILDA, a idade de 40 anos foi selecionada para a população com DI, posto que, mesmo em idades mais jovens, a mesma apresenta condições similares à população idosa em geral (MCCARRON et al., 2013). Na segunda coleta de dados, cada um dos entrevistados vivos da primeira coleta foi convidado a participar novamente, representando uma taxa de retenção de 94,02%. Desta população, 477 indivíduos responderam o questionamento acerca da autopercepção

de saúde e permitiram que todos os dados objetivos requeridos na presente análise fossem coletados.

2.2. Coleta de dados

A segunda coleta de dados consistiu em três partes. A primeira parte tratava-se de um questionário que antecedeu a entrevista (PIQ), que foi enviado aos participantes e/ou respondentes próximos com pelo menos uma semana de antecedência, a fim de que houvesse tempo suficiente para avaliar o perfil médico de cada participante e, se necessário, procurar assistência para a realização da entrevista. O PIQ coletou informações acerca da presença de doenças crônicas, utilização dos serviços de saúde e uso de medicamentos. A segunda parte foi o Computer Assisted Personal Interview (CAPI), uma entrevista face-a-face com auxílio de computadores cujo intuito era buscar informações acerca de saúde e bem-estar, qualidade de vida, participação social e na comunidade, atividade física e saúde mental. Por fim, a terceira parte consistiu na coleta de dados objetivos relacionados ao estado de saúde dos indivíduos. Salienta-se que todos foram convidados a participar desta parte, a qual foi designada de modo a não representar qualquer ameaça, promovendo engajamento e participação (BURKE et al., 2016).

2.3. Variáveis do estudo

A autopercepção de saúde pelos idosos com DI foi coletada pelo CAPI, através da seguinte pergunta: “Como você classifica a sua própria saúde?”. Tal variável qualitativa foi subdividida em cinco categorias, as quais foram posteriormente colapsadas em três categorias para fins estatísticos.

A prevalência de doenças crônicas foi avaliada pelo CAPI, o qual apresentava uma seleção contendo 20 doenças extraídas do *Charlson CoMorbidity Index Groupings* e baseado em recomendações apresentadas por outros autores (CHARLSON et al., 1994; KIRCHBERGER et al., 2012).

Uma versão modificada do Barthel Index of Activities of Daily Living foi utilizada para avaliar a presença de dificuldades na realização de atividades de vida diária (AVDs). Esta escala permite a avaliação da independência funcional considerando 10 itens: alimentação, banho, vestuário, higiene pessoal, eliminação intestinal, eliminação vesical, uso de toalete, passagem cadeira-cama, deambulação e subida de escadas (LIU et al., 2015). Os indivíduos que

demonstraram qualquer dificuldade na realização de duas ou mais AVDs foram reportados pela presente análise.

O índice de massa corporal (IMC) foi estimado através da seguinte fórmula:

$$IMC = \frac{(\text{Peso em quilogramas})}{(\text{Estatura em metros})^2}$$

Para tanto, o peso foi medido através de balança digital (*SECCA digital floor scales*), e um estadiômetro de parede (*SECCA wall mounted stadiometer*) quantificou a estatura dos participantes. Caso a estatura não pudesse ser obtida, utilizou-se a medida do comprimento ulnar para estimá-la. Ademais, a circunferência do braço foi uma alternativa utilizada para obter o IMC quando ambos o peso e a estatura do participante não podiam ser mensurados (ELIA, 2003).

A circunferência abdominal de cada sujeito foi medida duas vezes utilizando uma fita métrica (*SECCA tape measure*), e a estratificação de risco de complicações metabólicas associadas com a obesidade foi realizada de acordo com a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2008).

As variáveis demográficas incluíram gênero, idade e nível de DI, as quais foram coletadas através do CAPI.

2.4. Análise estatística

A análise estatística foi performada através do *Statistical Package for Social Sciences software* (SPSS), versão 22.0. A análise descritiva foi conduzida a fim de apresentar o perfil dos participantes. Sendo assim, a estatística inferencial incluiu tabulação cruzada a fim de apresentar os dados demográficos da população em geral em relação à autopercepção de saúde, sendo o teste de qui-quadrado para independência realizado em cada variável categórica. Por fim, conduziu-se uma regressão logística a fim de identificar possíveis fatores associadas à autopercepção de saúde.

2.5. Considerações éticas

O IDS-TILDA obteve aprovação do comitê de ética da Faculty of Health Sciences – Trinity College Dublin e de todos os serviços de saúde (n = 138) que apoiaram o estudo.

3. RESULTADOS

Ambos os dados demográficos e de saúde da população estão apresentados na Tabela 1. Dentre a diversas doenças crônicas selecionadas no CAPI, a constipação crônica, o hipotireoidismo, o refluxo gastroesofágico crônico, a epilepsia e a artrite reumatoide foram apresentaram as maiores frequências de acometimento e, por esta razão, foram incluídas na tabulação cruzada.

Tabela 1.

Tabulação cruzada apresenta dados de uma população idosa com DI em relação à autopercepção de saúde reportada pela mesma.

	Excelente/Bom (n=250)		Médio (n=218)		Ruim (n=9)		p-valor
	n	%	n	%	n	%	
Sexo							0,309
Masculino	109	43,6	102	46,8	2	22,2	
Feminino	141	56,4	116	53,2	7	77,8	
Faixa etária							0,233
40-49	75	30,0	58	26,6	3	33,3	
50-64	131	52,4	118	54,1	2	22,2	
65+	44	17,6	42	19,3	4	44,4	
Nível de DI							0,152
Leve	61	26,6	50	11,3	1	12,5	
Moderada	114	49,8	95	46,6	7	87,5	
Severa	54	23,6	59	28,9	0	0,0	
Dificuldade em duas ou mais AVDs							0,002
Sim	127	52,7	146	68,2	6	75,0	
Não	114	47,3	68	31,8	2	25,0	
IMC							0,264
Abaixo do peso	3	1,2	7	3,2	0	0,0	
Normal	64	25,6	66	30,3	4	44,4	
Sobrepeso/Obeso	183	73,2	145	66,5	5	55,6	
Risco de complicações metabólicas							0,309
Normal	46	18,4	37	17,0	3	33,3	
Aumentado	39	15,6	41	18,8	3	33,3	
Aumentado substancialmente	165	66,0	140	64,2	3	33,3	
Doenças crônicas							
Constipação crônica	76	30,9	82	38,1	5	55,6	0,110
Hipotireoidismo	31	12,6	27	12,6	4	44,4	0,020
Refluxo gastroesofágico crônico	17	6,9	27	12,6	0	0,0	0,072
Epilepsia	65	26,1	59	27,1	4	44,4	0,665
Artrite reumatoide	22	8,9	30	13,8	1	11,1	0,147

Nota: nem todos os indivíduos incluídos na análise responderam à totalidade de perguntas.

O modelo de regressão logística (Tabela 2) utilizou gênero, faixa etária, nível de DI, IMC, classificação da circunferência abdominal, realização de AVDs, presença de constipação crônica, hipotireoidismo, refluxo gastroesofágico crônico, epilepsia e artrite reumatoide como determinantes de uma boa autopercepção de saúde. O modelo foi considerado estatisticamente significativo, sendo

$\chi^{2,12}=17,833$, $p<0,05$ ($n=463$). O modelo explicou entre 28% (Cox e Snell R^2) e 52% (Nagelkerke R^2) da variância da boa autopercepção de saúde e classificou corretamente 87,3% das observações.

Table 2.

Resultado de regressão logística binária com possíveis preditores de boa autopercepção de saúde reportada por idosos com deficiência intelectual.

	S.E.	Wald	df	p-valor	OR	95% IC para OR	
						Inferior	Superior
Faixa etária entre 40-64 anos	0,441	0,260	1	0,610	0,798	0,336	1,896
Gênero masculino	0,354	0,293	1	0,589	0,826	0,413	1,652
DI leve	0,354	0,095	1	0,758	1,115	0,557	2,233
IMC normal	0,470	0,422	1	0,265	1,600	0,700	3,660
Circunferência abdominal normal	0,385	2,540	1	0,111	1,848	0,868	3,930
Ausência de dificuldade em 8 ou mais AVDs	0,332	7,711	1	0,005	2,517	1,312	4,830
Ausência de constipação crônica	0,381	0,397	1	0,529	1,271	0,602	2,684
Ausência de hipotireoidismo	0,497	0,139	1	0,710	0,831	0,314	2,201
Ausência de refluxo gastroesofágico	0,651	0,204	1	0,651	1,342	0,375	4,803
Ausência de epilepsia	0,429	0,404	1	0,288	1,536	0,696	3,391
Ausência de artrite reumatoide	0,647	1,185	1	0,276	2,201	0,569	7,179
Constante	1,343	7,041	1	0,008	0,028		

O mais significativo preditor de boa autopercepção de saúde foi a ausência de dificuldade em 8 ou mais AVDs, com um odds ratio de 2,517. Isto indica que indivíduos nesta condição são cerca de 2,5 vezes mais propensos a reportar uma boa autopercepção de saúde em relação a sujeitos com maior nível de dependência funcional.

4. DISCUSSÃO

O presente estudo forneceu dados acerca da autopercepção de saúde em indivíduos idosos com DI, além de avaliar, através de variáveis objetivas, o real estado de saúde dos participantes.

Observou-se que uma parcela superior à metade dos entrevistados reportou que sua saúde estava excelente ou boa. Entretanto, a análise dos índices de saúde revelou que 73,2% do grupo em questão apresentou sobrepeso ou obesidade, além de que 66% demonstrou, através dos valores de circunferência abdominal, risco substancial de complicações metabólicas. Além disso, embora o grupo de entrevistados que classificaram sua saúde como excelente ou boa apresentassem o menor percentual de dificuldade em duas ou mais AVDs, o fato de 52,7% dos participantes cuja independência funcional encontra-se afetada é bastante preocupante.

Estudos têm evidenciado que pessoas com DI costumam apresentar compreensão limitada acerca de opções de vida saudável (BHAUMIK et al., 2008), e adolescentes com DI que vivenciam falta de inclusão em suas vidas tendem a ser mais positivos em relação à própria imagem corporal (MAÏANO et al., 2009). Todavia, considerando-se que a amostra do presente estudo incluiu indivíduos com idade acima de 40 anos, há a necessidade de pesquisas mais aprofundadas acerca de possíveis padrões de autopercepção e imagem corporal em idosos com DI.

A regressão logística apontou que a ausência de dificuldade em oito ou mais AVDs é um preditor para uma boa autopercepção de saúde, ao passo que variáveis como IMC e circunferência abdominal normais, além de ausência das doenças crônicas mais reportadas não foram estatisticamente significantes. Acredita-se que este resultado se deve ao fato de que o êxito nas realizações das AVDs traz ao indivíduo a sensação de capacitação e, conseqüentemente, de boa saúde. Ademais, as variáveis analisadas, embora afetem o funcionamento normal do organismo, não necessariamente implicam na interrupção das AVDs, podendo ter suas conseqüências imperceptíveis para os participantes.

O presente estudo coletou informações prestadas não apenas pelos participantes, mas também pelos respondentes próximos, caso os indivíduos selecionados não estivessem aptos a responder o questionário. Isto torna, pois, evidente uma das limitações da pesquisa. Outra limitação a ser apresentada é a confiança nas respostas fornecidas pelos sujeitos, especialmente no tocante à presença de doenças crônicas. Nessa perspectiva, sugere-se que estudos futuros confirmem tais comorbidades através da averiguação de anamneses ou laudos médicos.

5. CONCLUSÃO

Através dos resultados obtidos, é possível concluir que, apesar de os indicadores de saúde apontarem para condições salutaras alarmantes em idosos com DI, a maioria dos participantes classificou sua saúde como excelente ou boa. Além disso, a ausência de dificuldade na realização de 8 ou menos AVDs mostrou-se um importante preditor para uma positiva autopercepção.

6. REFERÊNCIAS

BAILIS, Daniel S.; SEGALL, Alexander; CHIPPERFIELD, Judith G. Two views of self-rated general health status. **Social science & medicine**, v. 56, n. 2, p. 203-217, 2003.

- BHAUMIK, S. et al. Body mass index in adults with intellectual disability: distribution, associations and service implications: a population-based prevalence study. **Journal of Intellectual Disability Research**, v. 52, n. 4, p. 287-298, 2008.
- BURKE, E. A. et al. An exploration of the bone health of older adults with an intellectual disability in Ireland. **Journal of Intellectual Disability Research**, 2016.
- CHARLSON, Mary et al. Validation of a combined comorbidity index. **Journal of clinical epidemiology**, v. 47, n. 11, p. 1245-1251, 1994.
- Elia M. Screening for Malnutrition: A Multidisciplinary Responsibility. Development and Use of the 'Malnutrition Universal Screening Tool' ('MUST') for Adults. **Malnutrition Advisory Group (MAG), a Standing Committee of BAPEN**. Redditch, Worcs.: BAPEN, 2003.
- GUCCIONE, Andrew A. **Fisioterapia Geriátrica**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.
- IDLER, Ellen L.; BENYAMINI, Yael. Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. **Journal of health and social behavior**, p. 21-37, 1997.
- KELLY, Caraíosa; CRAIG, Sarah; KELLY, Fionnola. Annual report of the National Intellectual Disability Database Committee 2009. 2010.
- KIRCHBERGER, Inge et al. Patterns of multimorbidity in the aged population. Results from the KORA-Age study. **PloS one**, v. 7, n. 1, p. e30556, 2012.
- LIU, Wen et al. Barthel Index of Activities of Daily Living: Item response theory analysis of ratings for long-term care residents. **Nursing research**, v. 64, n. 2, p. 88-99, 2015.
- MAÏANO, Christophe et al. Assessment of physical self-concept in adolescents with intellectual disability: content and factor validity of the very Short Form of the Physical Self-Inventory. **Journal of autism and developmental disorders**, v. 39, n. 5, p. 775-787, 2009.
- MARCELLINI, F. et al. Health perception of elderly people: the results of a longitudinal study. **Archives of Gerontology and Geriatrics**, v. 35, p. 181-189, 2002.
- MARTIKAINEN, Pekka et al. Reliability of perceived health by sex and age. **Social Science & Medicine**, v. 48, n. 8, p. 1117-1122, 1999.
- OFSTEDAL, M. B. et al. Self-assessed health expectancy among older Asians: a comparison of Sullivan and multistate life table methods. **Ann Arbor: University of Michigan, Population Studies Center**, p. 03-60, 2002.
- WHELAN, Brendan J.; SAVVA, George M. Design and methodology of the Irish Longitudinal Study on Ageing. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 61, n. s2, p. S265-S268, 2013.
- WHO. Waist circumference and waist-hip ratio. **Report of a WHO Expert Consultation**. Geneva: World Health Organization, 2008.