

Auto percepção de saúde em idosos residentes em um município do interior do Rio Grande do Sul

Self-perceived health in elderly living in a city in Rio Grande do Sul state

Aline Morás Borges¹
 Grasiela Santos¹
 Julia Andréia Kummer¹
 Laura Fior¹
 Vinícius Dal Molin¹
 Lia Mara Wibelinger¹

Resumo

Objetivo: Avaliar a percepção de saúde de idosos residentes em um município do interior do Rio Grande do Sul. **Método:** Estudo quantitativo, descritivo de corte transversal, onde foi aplicado um questionário sociodemográfico e clínico, em uma população de 274 idosos no período de agosto de 2011 a setembro de 2012. **Resultados:** Houve predominância do sexo feminino, na faixa etária dos 60-69 anos de idade, baixa renda e escolaridade. Em relação a patologias, 77,38% relataram possuir alguma doença associada, sendo a hipertensão a mais prevalente, acometendo 56,20% dos idosos, seguida da osteoartrite com 28,10%. Relataram ser etilistas 13,14% e tabagistas, 6,57%. Quanto à prática de atividade física, 67,52% relataram realizar atividade física de forma regular. Do total de idosos entrevistados, 47,81% consideraram sua saúde boa. **Conclusão:** Apesar de a maioria dos idosos ter referido boa saúde, grande número deles relatou ser portador de doenças crônicas, o que reforça a ideia de que a percepção de ser doente está mais relacionada às incapacidades do que a ser portador de danos crônicos.

Palavras-chave:

Percepção. Saúde. Idoso. Envelhecimento.

Abstract

Objectives: To assess the health perception of elderly living in a town in Rio Grande do Sul state, Brazil. **Methods:** Quantitative, descriptive cross-sectional study in which a sociodemographic and clinical questionnaire was administered in a population of 274 elderly from August 2011 to September 2012. **Results:** There was a predominance of females, aged 60-69 years, low income and education. In relation to pathologies, 77.38% reported having chronic disease, hypertension being the most prevalent, affecting 56.20% of the elderly, followed by 28.10% with osteoarthritis. Only 13.14% reported being drinkers and 6.57% reported being smokers. As for the practice of physical activity, 67.52% reported physical activity on a regular basis. Of the total elderly respondents, 47.81% considered their health good. **Conclusion:** Although most elderly have mentioned good health, a large proportion being reported chronic diseases, which reinforces the idea that the perception of being sick is more related disability than being a carrier of chronic damage.

Key words: Perception. Health. Aged. Aging.

¹ Curso de Fisioterapia, Faculdade de Educação Física e Fisioterapia. Universidade de Passo Fundo. Passo Fundo, RS, Brasil.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento humano faz parte de um conjunto de alterações morfofuncionais que levam a uma desestruturação orgânica, contínua e irreversível no organismo. Esse processo envolve os mais diversos fatores, como a genética herdada, a ação do meio ambiente, a própria ação da idade, o tipo de alimentação durante os anos anteriores, o estilo de vida e a ocupação exercida. Além desses fatores, estão associados aqueles que envolvem o contexto social ao qual o indivíduo pertence, que acabam por afetar sua vida e, conseqüentemente, sua situação de saúde.¹

Os idosos interpretam o processo de envelhecimento e o adoecimento do corpo de diferentes formas, dependendo do seu histórico de vida.² A condição de saúde percebida ou autopercepção de saúde é considerada importante preditor de incapacidade funcional nos idosos. A presença de problemas físicos, psíquicos, emocionais e sociais acaba gerando sentimentos de fragilidade e insegurança, refletindo de forma negativa no desempenho das funções.³

A autopercepção de saúde vem sendo frequentemente utilizada na abordagem da associação entre saúde, determinantes demográficos e socioeconômicos, doenças crônicas e capacidade funcional em idosos,⁴ sendo considerado um método confiável, capaz de expressar vários aspectos da saúde física, cognitiva e emocional dos indivíduos.⁵ É obtida questionando-se o indivíduo sobre “como ele classifica a sua saúde nos últimos dias” e dando como opção de resposta cinco classificações, variando entre “péssima”, “ruim”, “regular”, “boa” e “ótima”.⁶

Estudos mostram que a percepção de saúde é um importante indicador de mortalidade: pessoas com pior percepção do estado de saúde têm maior risco de morte (por todas as causas) em comparação com as que relatam saúde excelente. Além de preditor da mortalidade, a percepção da saúde, ou autoavaliação da saúde, também está relacionada ao declínio funcional.⁴

A interação entre os diversos fatores que afetam a percepção da saúde em idosos acaba por interferir na qualidade de vida deles, sendo estes os pontos que se tornam fundamentais para os índices de morbimortalidade.^{7,8} O rápido envelhecimento da população, tanto em países desenvolvidos quanto em desenvolvimento, tem levado a uma busca por indicadores simples da condição de saúde, que possam ser usados tanto em inquéritos de saúde quanto em estudos etiológicos.⁹ Com o aumento geral da sobrevivência da população, ressalta-se a importância de garantir aos idosos não apenas maior longevidade, mas felicidade, qualidade de vida e satisfação pessoal.¹⁰

O envelhecimento da população mundial representa um trunfo para a humanidade, porém traz um desafio social de estruturação para o atendimento das necessidades desse grupo.² Neste sentido, o objetivo do presente estudo foi avaliar a autopercepção de saúde de idosos residentes em um município do interior do Rio Grande do Sul.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo de corte transversal. A amostra faz parte de um projeto guarda-chuva, que pretende avaliar mil idosos. Desse universo, foram avaliados 274 indivíduos, população que compôs o presente estudo, com idade entre 60 e 89 anos, residentes no município de Passo Fundo-RS.

Para a seleção da amostra, foram utilizados os seguintes critérios de inclusão: residir na cidade de Passo Fundo-RS; possuir condições de comunicação com o entrevistador; ter 60 ou mais anos de idade e concordar em assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O critério de exclusão foi a presença de algum déficit que impedisse o participante de responder os dados questionados, como confusão, desorientação ou déficit mental. Os participantes foram selecionados de forma aleatória e responderam a um questionário, elaborado pelo próprio pesquisador, com perguntas contendo dados de identificação, sociodemográficos e indicadores de saúde.

As variáveis consideradas no questionário foram: gênero, faixa etária, escolaridade, renda, doenças associadas, consumo de álcool e tabaco, prática de atividade física e autopercepção de saúde. Nos participantes que realizavam atividade física pelo menos duas vezes na semana, a mesma foi considerada regular.

A coleta de dados foi realizada por um grupo de acadêmicos do curso de Fisioterapia da Universidade de Passo Fundo, que foram previamente treinados para aplicar o questionário, no período de agosto de 2011 a setembro de 2012, nos seguintes locais: praças Tamandaré e Marechal Floriano, estabelecimentos públicos, estabelecimentos comerciais, Centro de Estudos sobre a Terceira Idade (CREATI), sendo que o número de entrevistas realizadas nestes locais não foi homogêneo. Os dados foram analisados por meio do pacote estatístico SPSS 18.0.

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade de

Passo Fundo, sob o parecer nº 447/2010. O TCLE foi assinado por todos os participantes do estudo.

RESULTADOS

A condição sociodemográfica, o estilo de vida e a percepção de saúde dos idosos entrevistados estão descritos na tabela 1. Houve predominância do sexo feminino (63,13%), na faixa etária dos 60-69 anos de idade (51,82%) e mais de 50% desses idosos possuíam baixa renda e pouca escolaridade. A maioria dos idosos (77,38%) relatou possuir pelo menos uma doença associada, sendo hipertensão (56,20%) e osteoartrite (28,10%) as mais prevalentes. Poucos idosos relataram o hábito de consumir álcool (13,14%) ou tabaco (6,57%), mas um número expressivo de idosos relatou praticar atividade física de forma regular (67,52%), assim como grande parte dos idosos considerou sua saúde como boa (47,81%).

Tabela 1. Condição sociodemográfica, estilo de vida e percepção de saúde. Passo Fundo-RS, 2011-2012.

	Variáveis	Total	
		n	%
Gênero	Feminino	173	63,13
	Masculino	101	36,87
Faixa etária	60-69 anos	142	51,82
	70-79 anos	97	35,40
	80-89 anos	32	11,67
	>90 anos	3	1,11
Escolaridade	EFI	98	35,76
	EFC	47	17,15
	EMI	14	5,10
	EMC	60	21,89
	ESI	6	2,18
	ESC	46	16,83
	Analfabeto	3	1,09

	Variáveis	Total	
		n	%
Renda	1 salário-mínimo	91	33,21
	2 salários-mínimos	72	26,27
	3 salários-mínimos	54	19,70
	4 salários ou mais	57	20,82
Doença	Não	62	22,62
	Sim	212	77,38
Quais	Diabetes	37	13,50
	Dislipidemia	46	16,78
	Hipertensão	154	56,20
	Cardiovascular	47	17,15
	Osteoporose	59	21,53
	Osteoartrite	77	28,10
	AVE	7	2,55
Etilistas	Não	238	86,86
	Sim	36	13,14
Tabagistas	Não	256	93,43
	Sim	18	6,57
Atividade física	Não	89	32,48
	Sim	185	67,52
Percepção de saúde	Péssima	3	1,09
	Ruim	8	2,91
	Regular	95	34,67
	Boa	131	47,81
	Ótima	37	13,52

EFI = ensino fundamental incompleto; EFC = ensino fundamental completo; EMI = ensino médio incompleto; EMC = ensino médio completo; ESI = ensino superior incompleto; ESC = ensino superior completo; AVE = acidente vascular encefálico.

DISCUSSÃO

O aumento da expectativa de vida nos países em desenvolvimento tem provocado preocupação com a qualidade de vida e o bem-estar dos idosos. A população idosa no Brasil vem crescendo de forma acelerada e tende a aumentar nas próximas décadas, gerando mudanças estruturais mais rápidas e profundas do que a ocorrida nos países desenvolvidos.¹¹

Em relação ao gênero, houve prevalência do sexo feminino entre os idosos entrevistados. Resultados semelhantes foram encontrados em outros estudos, o que se deve à maior probabilidade de sobrevivência entre as mulheres.^{6,9,10} É o fenômeno denominado "feminização da velhice", associado a fatores que vão do biológico ao cultural.¹² McDonough & Walters¹³ examinaram as diferenças de sexo na autopercepção de saúde e seus resultados indicaram que as mulheres

avaliavam a saúde delas como ligeiramente inferior à saúde dos homens.

O processo de envelhecimento é marcado por diferenças no declínio físico e metabólico de homens e mulheres, fato que pode desencadear percepções diferenciadas em torno da saúde.¹⁴ Quando relatada percepção negativa, estudos demonstram a prevalência de mulheres, baixos níveis de escolaridade, idosos de maior idade, aspectos nutricionais insuficientes, inatividade física, alterações cognitivas, sintomatologia depressiva e incapacidade funcional.¹⁵⁻¹⁷

Há pesquisas que ressaltam a associação entre idade e a autopercepção de saúde dos idosos.¹⁸ No presente estudo, houve predominância de idosos entre 60-69 anos de idade (51,82%). Dados do IBGE¹⁹ apresentam percentuais semelhantes, correspondendo a 57,4% de indivíduos entre 60-70 anos, 30,1% entre 70-80 anos e 12,6% acima de 80 anos. Denton & Walters²⁰ empreenderam um estudo com o objetivo de medir o estado de saúde dos indivíduos canadenses, e encontraram que a idade é um significativo determinante da autopercepção de saúde em ambos os sexos.

Entre os resultados encontrados, destacam-se a baixa escolaridade e renda, o que vem corroborar os achados de outros autores.^{6,21} Estudos realizados em países desenvolvidos mostram que a autoavaliação da saúde é fortemente influenciada pela situação socioeconômica do idoso e/ou da sua família.⁹ O baixo grau de instrução, quando associado às condições econômicas precárias e à dificuldade de acesso à rede de suporte, pode trazer dificuldades no autocuidado e no gerenciamento dos problemas pelo idoso e por sua família.²² A baixa escolaridade dos idosos reflete a desigualdade social e as políticas de educação predominantes nas décadas de 1930 e 1940, devido ao acesso à escola nesse período ser muito restrito.²³ Dados da Pesquisa Nacional de Amostras de Domicílio (PNAD) 2009, divulgados pelo IBGE, apontam que, restringindo a observação ao grupo etário com 50 anos ou mais, a taxa de analfabetismo no Brasil chega a 21%.²⁴

Um importante resultado encontrado foi o baixo índice de tabagismo (6,57%) e etilismo (13,14%) entre os idosos entrevistados. No entanto, a redução da prevalência de tabagistas e etilistas com a idade não significa redução do número total de idosos fumantes e alcoolistas, o que reforça a importância dos programas de cessação para qualquer grupo etário.²⁵

Em relação às patologias, grande parte dos idosos entrevistados (77,38%) relatou possuir pelo menos uma doença associada, sendo a hipertensão arterial (56,20%) e a osteoartrite (28,10%) as mais prevalentes. Em estudo realizado no município de Bambuí-MG, a maior parte dos entrevistados definiu sua saúde como “boa” ou “razoável”, embora a maioria apresentasse condições crônicas de saúde.²⁶ Muitas vezes, portadores de doenças crônicas não se percebem doentes, sobretudo por não apresentarem sintomas e por não serem, ainda, portadores de incapacidades ou não apresentarem, em dado momento, outras comorbidades.²⁷

Em 2003, Lima-Costa et al.²⁸ descreveram as condições de saúde e o uso de serviços de saúde da população idosa brasileira. A amostra obtida foi de 29.976 participantes acima dos 60 anos de idade e, como resultados, observou-se que uma pequena porcentagem desta população considera sua saúde ruim, sendo que a porcentagem aumenta conforme o aumento da idade. Em relação às patologias, a hipertensão foi relatada com mais frequência seguida de algumas doenças crônicas como artrite, cardiopatias, diabetes, entre outras.

No estudo desenvolvido por Paskulin & Vianna,²⁵ apesar de a maioria dos idosos ter referido boa saúde, grande proporção relatou ser portadora de doenças crônicas ou fazer uso de medicação sistemática, o que reforça a ideia de que a percepção de ser doente está mais relacionada às incapacidades do que a ser portador de danos crônicos.

A ausência de atividades físicas está associada com diversos problemas musculoesqueléticos, que podem afetar negativamente as atividades funcionais do idoso.²⁸ Considerando que grande

parte dos idosos já mostra interesse em manter-se mais saudável, ativo e independente nesta fase da vida, crescem também os programas e projetos relacionados à promoção da saúde e bem-estar desses indivíduos.²⁹

Em estudo que investigou se a atividade física se associa com qualidade de vida, observou-se que idosos que participavam de atividade física regular de intensidade pelo menos moderada por mais de uma hora semanal obtiveram valores mais altos nos oito domínios do SF-36 do que os idosos que realizavam menos atividade física.³⁰ No presente estudo, 67,52% dos idosos entrevistados relataram a prática de atividade física de forma regular.

A autopercepção de saúde do idoso é produto de um amplo espectro de fatores determinantes, incluindo idade, sexo, suporte familiar, estado conjugal, oportunidades de educação e emprego, renda, capacidade funcional, condições crônicas de saúde, estilo de vida, entre outros.¹⁸ A condição de saúde percebida pelos indivíduos é considerada importante preditor de incapacidade funcional nos idosos. A presença de problemas físicos, psíquicos, emocionais e sociais acaba gerando sentimentos de fragilidade e insegurança, refletindo de forma negativa no desempenho das funções.³

No estudo realizado por Pilger et al.,³¹ a autopercepção da saúde atual foi considerada boa por 54,8% da população idosa estudada, dados que corroboram os achados do presente estudo, no qual 47,81% dos idosos entrevistados consideraram sua saúde boa, sendo que somente 2,91% a consideraram ruim. No entanto, estudo

realizado com os dados da PNAD mostrou que 24,5% da população idosa brasileira classificavam sua saúde como boa ou muito boa.²⁸

A autopercepção do idoso em relação ao seu estado de saúde é um indicador relevante do seu bem-estar, útil para avaliar suas necessidades de saúde e para prever sua sobrevivência.³²

Os indivíduos se percebem competentes quando se sentem capazes de atingir objetivos que melhorem seu estado de saúde. Vários estudos demonstram que existe clara associação positiva entre autonomia e competência, pois quando os sujeitos são motivados de forma autônoma, sentem-se mais competentes para alcançar seus objetivos.³³

CONCLUSÃO

Apesar de a maioria dos entrevistados ter referido boa saúde, uma grande proporção relatou ser portadora de doenças crônicas, o que reforça a ideia de que a percepção de ser doente está mais relacionada às incapacidades do que a ser portador de danos crônicos.

A autopercepção de saúde dos idosos pode ser usada como ferramenta para melhorar as condições de saúde e acesso aos serviços de saúde por parte desta população, independentemente da condição social. Ações que abordam os principais fatores determinantes da autopercepção de saúde podem contribuir de maneira significativa para a promoção da saúde, bem-estar e qualidade de vida dos idosos.

REFERÊNCIAS

1. Avlund K, Lund R, Holstein BE, Due P. Social relations as determinant of onset of disability in aging. *Arch Gerontol Geriatr* 2004; 38(1): 85-99.
2. Moimaz SAS, Almeida MEL, Lolli LF, Garbin CAS, Saliba NA. Envelhecimento: análise de dimensões relacionadas à percepção dos idosos. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol*, 2009;12(3):361-375.
3. Maciel ACC, Guerra RO. Prevalência e fatores associados ao déficit de equilíbrio em idosos. *Rev Bras Ci e Mov*, 2005;13(1):37-44.
4. Alves LC, Rodrigues RN. Determinantes da autopercepção de saúde entre idosos do Município de São Paulo, Brasil. *Rev Panam Salud Publica*, 2005;17(5/6):333-41.

5. Lebrão LL, Duarte YAO. SABE- Saúde, Bem-estar e Envelhecimento. O Projeto Sabe no município de São Paulo: uma abordagem inicial. Brasília: Organização Pan- Americana da Saúde, 2003.
6. Silva TR, Menezes PR. Autopercepção de saúde: um estudo com idosos de baixa renda de São Paulo. *Rev Med*, 2007;86(1):28-38.
7. Rautio N, Heikkinen E, Heikkinen RL. The association of socio-economic factors with physical and mental capacity in elderly men and women. *Arch Gerontol Geriatr* 2001; 33(2):163-78.
8. Liang J, Liu X, Gu S. Transitions in functional status among older people in Wuhan, China: Socioeconomic differentials. *J Clin Epidemiol*, 2001; 54(11):1126-38.
9. Lima-Costa MF, Firmo JOA, Uchôa E. A estrutura da auto-avaliação da saúde entre idosos: projeto Bambuí. *Rev. Saúde Pública*, 2004;38(6): 827-34.
10. Joia LC, Ruiz T, Donalisio MR. Condições associadas ao grau de satisfação com a vida entre a população de idosos. *Rev. Saúde Pública*, 2007;41(1):131-8.
11. Teixeira DC, Oliveira IL, Dias RC. Perfil demográfico, clínico e funcional de idosos institucionalizados com história de quedas. *Fisioter Mov.* 2006;9(2):101-108.
12. Silva, AC. Atividade física habitual e saúde multidimensional de idosos na cidade de Goiânia, GO [dissertação]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2005.
13. McDonough P, Walters V. Gender and health: reassessing patterns and explanations. *Soc Sci Med* 2001;52(4):547-59.
14. Leblanc ES, Wang PY, Lee CG, Barrett-Connor E, Cauley JA, Hoffman AR et al. Higher testosterone levels are associated with less loss of lean body mass in older men. *J Clin Endocrinol Metab* 2011;96(12):3855-63.
15. Monden CW, van Lenthe F, de Graaf ND, Kraavkamp G. Partner's and own education: does who you live with matter for self-assessed health, smoking and excessive alcohol consumption? *Soc Sci Med* 2003; 57(10):1901-12.
16. Brasil. Ministério da Saúde, Instituto Nacional de Câncer. Inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não-transmissíveis: Brasil, 15 capitais e Distrito Federal, 2002-2003. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer; 2004.
17. Silva RJS, Smith-Menezes A, Tribess S, Rómo-Perez V, Virtuoso Júnior JS. Prevalência e fatores associados à percepção negativa da saúde em pessoas idosas no Brasil. *Rev Bras Epidemiol* 2012;15(1):49-62.
18. Hartmann ACVC. Fatores associados a autopercepção de saúde em idosos de Porto Alegre [tese]. Porto Alegre: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul;2008.
19. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Projeção da População do Brasil por sexo e idade: 1980-2050. Revisão 2004. [acesso em 05 mai 2012]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/2008/default.shtm
20. Denton M, Walters V. Gender differences in structural and behavioral determinants of health: an analysis of the social production of health. *Social Science and Medicine*, 1999;48(9):1221-35.
21. Santos AA, Pavarini SCI, Brito TRP. Perfil dos idosos com alterações cognitivas em diferentes contextos de vulnerabilidade social. *Esc Anna Nery*,2010;14(3):496-503.
22. Aires M, Paz AA, Perosa CT. O grau de dependência e características de pessoas idosas institucionalizadas. *Rev Bras Ciênc Envelhec Human* 2006;3(2):79-91.
23. Campos FG, Barrozo LV, Ruiz T, César CLG, Barros MBA, Carandina L et al. Distribuição espacial dos idosos de um município de médio porte do interior paulista segundo algumas características sócio-demográficas e de morbidade. *Cad. Saúde Pública*,2009;25(1):77-86.
24. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: síntese de indicadores 2009. Rio de Janeiro: IBGE; 2010 [acesso em 28 fev 2014]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2009/pnad_sintese_2009.pdf
25. Paskulin GML, Vianna CL. Perfil sócio demográfico e condições de saúde auto-referidas de idosos de Porto Alegre, *Rev. Saúde Pública* 2007;41(5):757-68.
26. Fonseca MGUP, Firmo JOA, Loyola Filho AI, Uchôa E. Papel da autonomia na auto-avaliação da saúde do idoso. *Rev Saúde Pública* 2010; 44(1):159-165.

27. Agostinho MR, Oliveira MC, Pinto MEB, Balardin GU, Harzheim E. Autopercepção de saúde entre usuários da Atenção Primária em Porto Alegre, RS. *Rev Bras Med Fam Comunidade* 2010;5(17):9-15.
28. Lima-Costa MF, Barreto SM, Giatti L. Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. *Cad. Saúde Pública*, 2003;19(3):735-743.
29. Jacob Filho, W. Atividade física e envelhecimento saudável. In: *Anais do 11º Congresso Ciências do Desporto e Educação Física dos países de língua portuguesa*; 2006 setembro 6-9; São Paulo. São Paulo: USP; 2006. p. 77-3. (*Revista Brasileira de Educação Física e Esporte*, v.20, Suplemento n. 5)
30. Acree LS, Longfors J, Fjeldstad AS, Fjeldstad C, Schank B, Nickel KJ, et al. Physical activity is related to quality of life in older adults. *Health Qual Life Outcomes* 2006;4(37):1-6.
31. Pilger C, Menon MH, Mathias TAF. Características sociodemográficas e de saúde de idosos: contribuições para os serviços de saúde. *Rev Latinoam Enferm* 2011;19(5):1230-8.
32. Jóia LC, Ruiz T, Donalísio MR. Grau de satisfação com a saúde entre idosos do Município de Botucatu, Estado de São Paulo, Brasil. *Epidemiol. Serv. Saúde*, 2008;17(3):187-194.
33. Williams GC, McGregor HA, Zeldman A, Freedman ZR, Deci EL. Testing a self-determination theory process model for promoting glycemic control through diabetes self-management. *Health Psychology*, 2004;23(1):58-66.

Recebido: 25/10/2012

Revisado: 04/6/2013

Aprovado: 13/8/2013