

Práticas de autocuidado em saúde entre pessoas idosas com morbidade da comunidade

Health self-care practices among community older adults with morbidity
Prácticas de autocuidado en salud entre ancianos con morbilidad comunitaria

Daniela Rosa Floriano¹

ORCID: 0000-0002-7008-9157

Darlene Mara dos Santos Tavares¹

ORCID: 0000-0001-9565-0476

¹Universidade Federal Triângulo Mineira. Uberaba,
Minas Gerais, Brasil.

Como citar este artigo:

Floriano DR, Tavares DMS. Health self-care practices among community older adults with morbidity. Rev Bras Enferm. 2022;75(Suppl 4):e20210545. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0545pt>

Autor Correspondente:

Darlene Mara dos Santos Tavares
E-mail: darlene.tavares@uftm.edu.br



EDITOR CHEFE: Antonio José de Almeida Filho
EDITOR ASSOCIADO: Alexandre Balsanelli

Submissão: 31-08-2021 **Aprovação:** 11-03-2022

RESUMO

Objetivos: descrever as características sociodemográficas e de saúde dos idosos com morbidade, identificar as práticas de autocuidado e verificar a associação das variáveis sociodemográficas com as relacionadas à saúde e às práticas de autocuidado. **Métodos:** inquérito domiciliar quantitativo, analítico e transversal, desenvolvido na zona urbana no interior de Minas Gerais, de 2017 a 2018. Avaliados 796 idosos por instrumentos validados, como Escala de Depressão Geriátrica abreviada, Questionário Brasileiro de Avaliação Funcional e Multidimensional, Questionário Internacional de Atividade Física, Instrumento de Avaliação da Atitude Frente à Tomada de Remédios. Utilizou-se regressão logística múltipla ($p < 0,05$). **Resultados:** a autopercepção de saúde negativa associou-se às baixas renda e escolaridade. Quanto ao autocuidado em saúde, ser ativo fisicamente associou-se à faixa etária 60 |-| 79 anos e à maior escolaridade. **Conclusões:** as variáveis sociodemográficas, como sexo, faixa etária, renda, escolaridade, estado conjugal, arranjo de moradia, relacionaram-se à condição de saúde e à prática de autocuidado. **Descritores:** Idoso; Autocuidado; Enfermagem Geriátrica; Teorias de Enfermagem; Promoção da Saúde.

ABSTRACT

Objectives: to describe sociodemographic and health characteristics of older adults with morbidity, identify self-care practices and verify the association of sociodemographic variables with those related to health and self-care practices. **Methods:** a quantitative, analytical and cross-sectional household survey, developed in the urban area in the countryside of Minas Gerais, from 2017 to 2018. A total of 796 older adults were assessed using validated instruments, such as Geriatric Depression Scale: short form, Brazilian Questionnaire for Functional and Multidimensional Assessment, International Physical Activity Questionnaire, Instrument for Assessing Attitude Towards Taking Medications. Multiple logistic regression ($p < 0.05$) was used. **Results:** negative self-perceived health was associated with low income and education. As for self-care in health, being physically active associated with the age group 60 |-| 79 years and higher education. **Conclusions:** sociodemographic variables such as sex, age group, income, education, marital status, housing arrangement were related to health status and self-care practice. **Descriptors:** Aged; Self Care; Geriatric Nursing; Nursing Theory; Health Promotion.

RESUMEN

Objetivos: describir las características sociodemográficas y de salud de los ancianos con morbilidad, identificar las prácticas de autocuidado y verificar la asociación de las variables sociodemográficas con las relacionadas con la salud y las prácticas de autocuidado. **Métodos:** encuesta domiciliar cuantitativa, analítica y transversal, desarrollada en el área urbana del interior de Minas Gerais, de 2017 a 2018. Un total de 796 ancianos fueron evaluados utilizando instrumentos validados, como la Escala de Depresión Geriátrica abreviada, el Cuestionario Brasileño de Evaluación Funcional y Multidimensional, el Cuestionario Internacional de Actividad Física, el Instrumento de Evaluación de la Actitud hacia la Toma de Medicamentos. Se utilizó regresión logística múltiple ($p < 0,05$). **Resultados:** la autopercepción negativa de la salud se asoció con baja renta y escolaridad. En cuanto al autocuidado en salud, la actividad física se asoció con el grupo de edad 60 |-| 79 años y estudios superiores. **Conclusiones:** las variables sociodemográficas, como sexo, grupo etario, renta, escolaridad, estado civil, arreglo de vivienda, se relacionaron con el estado de salud y la práctica de autocuidado. **Descritores:** Anciano; Autocuidado; Enfermería Geriátrica; Teoría de Enfermería; Promoción de la Salud.

INTRODUÇÃO

O processo de envelhecer e, por consequência, a velhice, possuem notoriedade desde o início da civilização. A transição demográfica brasileira vem ocorrendo de forma rápida em relação aos países desenvolvidos. Este fenômeno desafia os poderes instituídos, demandando novos conhecimentos, reorientando a economia e assinalando para a reorganização dos significados e das direções de planejamentos e decisões éticas, científicas, políticas e sociais⁽¹⁻²⁾.

No contexto da saúde, as doenças crônicas e suas complicações no idoso têm inquietado os profissionais. Assim, considera-se que uma das ferramentas para seu enfrentamento é o autocuidado, por ser uma ação promotora de saúde, de bem-estar e envelhecimento saudável⁽³⁾. O autocuidado é definido como "a prática de atividades, iniciadas e executadas pelos indivíduos em seu próprio benefício, para manutenção da vida, da saúde e do bem estar"⁽⁴⁾. Destaca-se que, quando efetivamente executado, contribui para a integridade da estrutura humana e para o funcionamento e desenvolvimento da pessoa⁽⁴⁾.

Na presente pesquisa, utilizou-se o referencial da teoria de Autocuidado de Orem⁽⁴⁾, considerando a questão norteadora: quais são as características dos idosos que estão relacionadas à prática de autocuidado em saúde? A referida teoria pode ser expandida a diversos indivíduos e grupos, favorecendo uma prática de enfermagem pertinente às necessidades de autocuidado. Além disso, é o conceito central para o desenvolvimento de ações promotoras de saúde e de prevenção e/ou complicações de doenças⁽⁵⁾.

A teoria contempla três categorias de requisitos do autocuidado ou exigências, tais como universais, desenvolvimentais e de desvio de saúde. Requisitos de autocuidado são as ações voltadas para a sua provisão⁽⁴⁾. O enfoque desta investigação foi no requisito desvio de saúde, pelo interesse em compreender possíveis lacunas no autocuidado de idosos com alguma morbidade, relacionadas às variáveis de saúde e sociodemográficas. Os requisitos por desvio de saúde acontecem quando o indivíduo em estado patológico necessita se adaptar a tal situação. Tal medida é exigida em condições de doença, ferimento ou moléstia, ou pode ser consequência de medidas médicas, necessárias para diagnosticar e se adequar à condição⁽⁴⁾.

Na literatura científica nacional e internacional, são escassas as pesquisas que associam o autocuidado com práticas de saúde variadas em idosos da comunidade. Os estudos encontrados relacionaram o tema com alguma doença crônica não transmissível (DCNT)⁽⁶⁾, como diabetes mellitus⁽⁷⁻⁹⁾ e hipertensão arterial sistêmica⁽¹⁰⁾. Destaca-se, ainda, a lacuna de conhecimento em pesquisas que enfocam o autocuidado em saúde pautado nas teorias de enfermagem. Assim, este estudo estudou o autocuidado praticado por idosos da comunidade, de maneira multifatorial, subsidiado pela teoria Autocuidado de Orem.

Os resultados poderão subsidiar a proposição de ações tanto da equipe multiprofissional quanto as específicas da enfermagem, para a avaliação e abordagem da pessoa idosa na atenção primária. Ademais, poderá contribuir com respostas às demandas sociais, à intervenção em saúde, à formação dos profissionais de saúde, além de ampliar as discussões sobre a temática. Pondera-se,

ainda, que o conhecimento dos dados sobre uma determinada região possibilita o debate de questões relacionadas às políticas públicas, cidadania e direitos sociais.

OBJETIVOS

Descrever as características sociodemográficas e de saúde dos idosos com morbidade, identificar as práticas de autocuidado e verificar a associação das variáveis sociodemográficas com as relacionadas à saúde e às práticas de autocuidado.

MÉTODOS

Aspectos éticos

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), em 2017, em conformidade com a Portaria nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Somente após a anuência do idoso e assinatura do referido termo, foi conduzida a entrevista⁽¹¹⁾.

Desenho, local do estudo e período

Estudo com abordagem quantitativa, tipo inquérito domiciliar, analítico e transversal, desenvolvido na zona urbana de Uberaba, interior de Minas Gerais, no período de maio de 2017 a junho de 2018, norteado pela iniciativa *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology* (STROBE) da rede EQUATOR.

População ou amostra; critérios de inclusão e exclusão

A população do estudo foi composta por idosos de um município do interior de Minas Gerais. Para o cálculo do tamanho amostral, utilizou-se como desfecho o nível de prática de atividades física, avaliada por meio do Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ)⁽¹²⁾. O cálculo foi realizado através do *software* PASS (*Power Analysis and Sample Size*), versão 13, e considerou prevalência de idosos classificados como ativos de 48,3%⁽¹³⁾, precisão de 3,5% e intervalo de confiança de 95% para uma população finita de 36.703 idosos, chegando-se a uma amostra mínima de 767 sujeitos. Considerando uma perda de amostragem de 20%, o número de tentativas de entrevistas máximo foi de 959.

Os critérios de inclusão foram ter idade igual ou superior a 60 anos, possuir pelo menos uma doença crônica e morar na zona urbana. Foram excluídos idosos institucionalizados, com problemas de comunicação como surdez, não corrigida por aparelhos e transtornos graves da fala, com declínio cognitivo sem informante para responder ao Questionário de Atividades Funcionais (PFEFFER) e aqueles com escore final \geq seis pontos⁽¹⁴⁾. Assim, a amostra foi constituída por 796 idosos.

Protocolo do estudo

Para identificação dos idosos a serem entrevistados, utilizou-se a amostragem por conglomerado em múltiplo estágio. No primeiro estágio, considerou-se o sorteio arbitrário de 50,0% dos setores censitários do município por meio de amostragem sistemática. No segundo estágio, o número de idosos a ser entrevistado

segundo cálculo amostral foi dividido pela quantidade de setores censitários sorteados (202 setores), de forma que se obteve uma quantidade semelhante dentro de cada setor censitário (4 idosos por setor).

Para o início da coleta, as ruas de cada setor censitário foram numeradas e digitadas no programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS®), versão 17.0. Após, dentro de cada setor censitário, o primeiro domicílio foi selecionado aleatoriamente, e os demais, de domicílio em domicílio, em sentido padronizado, até saturar a amostra daquele setor

Antes de iniciar a entrevista, foi realizada avaliação cognitiva com o idoso por meio do Mini Exame do Estado Mental (MEEM), traduzido e validado para o Brasil⁽¹⁵⁾. O escore do MEEM varia de 0 a 30 pontos, sendo considerados os pontos de corte: ≤ 13 para analfabetos; ≤ 18 para escolaridade média (de um a oito anos); e ≤ 26 para alta escolaridade (superior a oito anos)⁽¹⁵⁾.

Quando o idoso apresentou declínio cognitivo na avaliação pelo MEEM, foi solicitada a participação do acompanhante/informante que soubesse oferecer informações sobre o idoso, ao qual foi aplicado o PFEFFER⁽¹⁴⁾. É uma escala de 11 questões, aplicada ao acompanhante ou cuidador da pessoa idosa discorrendo sobre a capacidade desse em desempenhar determinadas funções. As respostas seguem um padrão: sim é capaz (0); nunca o fez, mas poderia fazer agora (0); com alguma dificuldade, mas faz (1); nunca fez e teria dificuldade agora (1); necessita de ajuda (2); não é capaz (3). A pontuação máxima é igual a 33 pontos. A aplicação do PFEFFER indica a presença mais grave de declínio cognitivo quando o escore for igual ou superior a seis pontos, sendo, neste caso, encerrada a entrevista com o acompanhante/informante⁽¹⁴⁾. Também encerrou a entrevista para o idoso que apresentou declínio cognitivo no MEEM e não tinha acompanhante/informante.

As variáveis sociodemográficas e econômicas eram: sexo (feminino; masculino); faixa etária (60 |-| 69 anos; 70 |-| 79 anos; 80 anos ou mais); renda mensal individual, em salário mínimo (≤ 1 ; > 1); escolaridade, em anos de estudo (0 |-| 4; 5 ou mais); estado conjugal (sem companheiro; com companheiro); arranjo de moradia (mora sozinho ou acompanhado) e foram avaliadas pelo instrumento elaborado e largamente utilizado pelo Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva da UFTM.

Para a mensuração das variáveis relacionadas à saúde, como indicativo de sintomas depressivos, foi utilizada a Escala de Depressão Geriátrica abreviada (GDS-15), validada para o Brasil⁽¹⁶⁾. A escala pode variar de zero (ausência de sintomas depressivos) a quinze pontos (pontuação máxima de sintomas depressivos), sendo o ponto de corte ≥ 5 para determinar a presença de sintomas depressivos nos idosos⁽¹⁶⁾. Número morbididades autorreferidas (1 |-| 4, 5 ou mais), os antecedentes pessoais (sim, não) e a autopercepção de saúde (negativa, positiva) foram obtidos por meio dos itens contemplados no Questionário Brasileiro de Avaliação Funcional e Multidimensional (BOMFAQ)⁽¹⁷⁾, que avalia as atividades de vida diárias (AVD) e as atividades instrumentais de vida diária (AIVD). Esse questionário tem a capacidade de avaliar o participante ao realizar suas tarefas diárias, como deitar-se e levantar-se da cama, comer, pentear os cabelos, vestir-se, subir e descer escadas, entre outras, sendo que, quanto maior o número de dificuldades, maior comprometimento do indivíduo⁽¹⁷⁾.

Já as variáveis do autocuidado em saúde foram avaliadas pelo IPAQ adaptado para idosos⁽¹²⁾. Integra questões relacionadas com as atividades físicas realizadas em uma semana habitual, com intensidade vigorosa, moderada e leve, com duração mínima de 10 minutos contínuos, distribuídos em cinco domínios: trabalho; transporte; atividade doméstica; atividade de lazer/recreação; e tempo sentado. Considerou ativos aqueles que despediam 150 minutos ou mais de atividade física semanal, e inativos, de zero a 149 minutos⁽¹⁸⁾. A realização de consultas, exames de rotina e preventivos foram obtidos por questões elaboradas pelo grupo de pesquisa: o (a) Senhor (a) realizou consulta de rotina, nesse último ano? Se sim, com qual (is) profissional (is)? O (a) Senhor (a) realizou exame preventivo nesse último ano? Se sim, qual (is)? E as específicas para idosas, como exame citopatológico e mamografia, assim como para idosos, com a realização do exame de próstata. A adesão medicamentosa foi verificada pelo Instrumento de Avaliação da Atitude Frente à Tomada de Remédios (IAAFTR)⁽¹⁹⁾. É composto por dez perguntas estruturadas e sua pontuação que varia de 0 a 10. As pontuações menores ou iguais a sete são referentes à atitude negativa, e maiores, à positiva⁽¹⁹⁾.

Foram selecionados dez entrevistadores, com experiência prévia em coleta de dados, os quais foram treinados quanto ao preenchimento, à forma de aplicação dos instrumentos e à maneira de abordar o idoso. Os entrevistadores anotaram as intercorrências em planilha de campo. Reuniões sistemáticas foram realizadas entre os pesquisadores e entrevistadores, para treinamento, acompanhamento e orientações. As entrevistas realizadas foram entregues aos supervisores, que procederam às revisões. Quando necessário, foram devolvidas para o entrevistador complementar as informações. Após essa etapa, os dados foram digitados, em dupla entrada, no banco de dados eletrônico no programa *Excel*. Verificou-se a consistência entre as duas bases de dados, realizando as correções com a entrevista original, se necessário. Para a análise, os dados foram importados para o *software SPSS*, versão 17.0.

As variáveis referentes às práticas de autocuidado em saúde foram: nível de atividade física (ativo, inativo); consulta de rotina (sim, não); exames preventivos (sim, não); para as idosas, realização de exame citopatológico (sim, não) e mamografia (sim, não); para idosos, realização de exame de próstata (sim, não); exames de rotina como hemograma e urina (sim, não); atitude frente à tomada de remédios (positiva, negativa).

Análise dos resultados e estatística

Os dados foram submetidos à análise descritiva, por meio de distribuição de frequências absolutas e percentuais para as variáveis categóricas, e média e desvio padrão para as variáveis numéricas, de acordo com a normalidade dos dados, realizada pelo Teste de Kolmogorov-Smirnov.

Para verificar a associação entre as variáveis sociodemográficas e econômicas com as relacionadas à saúde e às práticas de autocuidado, realizou-se a análise bivariada preliminar, empregando-se o Teste do Qui-Quadrado. Aquelas que atenderem ao critério estabelecido ($p \leq 0,10$) foram introduzidas no modelo de regressão logística múltipla, tendo como desfecho as variáveis relacionadas à saúde e às práticas de autocuidado ($p \leq 0,05$).

RESULTADOS

Foram investigados 796 idosos, dos quais a maioria era do sexo feminino (67,1%), com faixa etária entre 70 |-| 79 anos (42,3%), renda mensal individual (56,4%) \leq 1 salário mínimo, com 0 |-| 4 anos de estudo (67,2%), estado conjugal, sem companheiro (a) (58,2%), morando acompanhado (a) (82,7%).

Quanto às variáveis relacionadas à saúde, predominaram idosos sem indicativo de presença de sintomas depressivos (80,9%), com cinco ou mais morbidades (68,5%), das quais as mais prevalentes foram problemas de visão (70%), hipertensão arterial sistêmica (68,5%), problemas de coluna (52,1%) e má circulação (47,6%). Verificou-se que 84,3% referiram morbidades em antecedentes familiares, e 54,6%, autopercepção de saúde negativa (Tabela 1).

Tabela 1 - Distribuição de frequência das variáveis relacionadas à saúde dos idosos, Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2018

Variáveis	n	%
Indicativo de presença de sintomas depressivos		
Sim	152	19,1
Não	644	80,9
Número de morbidades autorreferidas		
1 - 4	251	31,5
5 ou mais	545	68,5
Morbidades em antecedentes familiares		
Sim	671	84,3
Não	107	13,4
Ignorado	18	2,3
Autopercepção de saúde		
Negativa	435	54,6
Positiva	361	45,4

Concernente às variáveis de autocuidado em saúde, o maior percentual de idosos foram classificados como ativos fisicamente (66,1%), realizaram consulta de rotina (88,8%) e exames preventivos (64,8%), com maior percentual para as mulheres idosas (67,6%), além de apresentarem atitude positiva frente à tomada de remédios (76,8%). Dentre as idosas, a maioria não realizou exame citopatológico (59,3%), mas fez mamografia (51,6%) e exames de rotina (93,4%). Prevaleram entre os idosos a adesão aos exames de próstata (65,9%) e de rotina (98,2%) (Tabela 2).

Destaca-se que a maioria dos idosos fazia uso de medicamentos (92,8%) e apresentava atitudes positivas, como levar os remédios consigo quando viajam (96,9%) e providenciar nova caixa de remédio antes de acabar (95,4%). Quanto à atitude negativa, prevaleceu deixar de tomar algum medicamento nos últimos dias (19,9%).

Na análise bivariada, aquelas relacionadas à saúde que atenderam ao critério estabelecido ($p < 0,10$) e foram submetidas ao modelo de regressão logística múltipla foram para a ausência do indicativo de presença de sintomas depressivos: sexo ($p = 0,001$), escolaridade ($p = 0,008$) e estado conjugal ($p < 0,001$); autopercepção de saúde: sexo ($p = 0,021$), renda ($p < 0,001$), escolaridade ($p < 0,001$) e estado conjugal ($p = 0,021$); número de morbidades autorreferidas: sexo ($p < 0,001$), faixa etária ($p = 0,081$), renda ($p = 0,037$), escolaridade ($p = 0,017$) e estado conjugal ($p = 0,064$); presença de morbidades em antecedentes pessoais: sexo ($p = 0,006$), faixa etária ($p = 0,006$) e escolaridade ($p = 0,014$).

Tabela 2 - Distribuição de frequência das variáveis relacionadas ao autocuidado em saúde, Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2018

Variáveis	n	%
Nível de atividade física		
Ativo	526	66,1
Inativo	270	33,9
Consulta de rotina		
Sim	707	88,8
Não	89	11,2
Exame preventivo (geral)		
Sim	516	64,8
Não	280	35,2
Atitude frente à tomada de remédios		
Negativa	170	23,2
Positiva	563	76,8
Exame preventivo (sexo)		
Feminino	349	67,6
Masculino	167	32,4
Sexo feminino		
Exame citopatológico		
Sim	142	40,7
Não	207	59,3
Exame mamografia		
Sim	180	51,6
Não	169	48,4
Exames de rotina (e.g., hemograma, urina)		
Sim	326	93,4
Não	23	6,6
Sexo masculino		
Exame de próstata		
Sim	110	65,9
Não	57	34,1
Exames de rotina (e.g., hemograma, urina)		
Sim	164	98,2
Não	3	1,8

Já as variáveis relacionadas às práticas de autocuidado em saúde dos idosos, que atenderam ao critério estabelecido ($p < 0,10$) e foram submetidas, modelo de regressão logística múltipla, foram para o nível de atividade física: faixa etária ($p < 0,001$), escolaridade ($p = 0,001$); realização de exames preventivos: faixa etária ($p = 0,029$), renda ($p = 0,071$) escolaridade ($p = 0,002$) e estado conjugal ($p = 0,015$); e atitude frente à tomada de remédios: escolaridade ($p = 0,068$).

Verificou-se que, para as variáveis relacionadas à saúde, a ausência do indicativo de presença de sintomas depressivos se associou ao sexo masculino ($p = 0,026$), à escolaridade de 5 anos e mais ($p = 0,034$) e ao estado conjugal com companheiro ($p = 0,002$). A autopercepção de saúde negativa se associou à renda de \leq 1 salário mínimo ($p = 0,008$) e à escolaridade de 0 |-| 4 anos ($p = 0,010$). O maior número de morbidades autorreferidas se associou ao sexo feminino ($p < 0,001$), à faixa etária de 60 |-| 79 anos e à escolaridade de 0 |-| 4 anos. A presença de morbidades em antecedentes pessoais se associou ao sexo feminino ($p = 0,003$), à faixa etária de 60 |-| 79 anos ($p = 0,016$) e à escolaridade 0 |-| 4 anos ($p = 0,013$) (Tabela 3).

Já nas variáveis relacionadas ao autocuidado em saúde, verificou-se que ser ativo fisicamente associou à faixa etária de 60 |-| 79 anos ($p < 0,001$) e escolaridade 5 ou mais (0,004). A realização de exames preventivos se associou à escolaridade de 5 ou mais anos ($p = 0,020$) (Tabela 3).

Tabela 3 – Regressão logística múltipla das variáveis sociodemográficas com as relacionadas à saúde e com as práticas de autocuidado em saúde, Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2018

Variáveis	RCP*	(IC)**	p***
Relacionadas à saúde			
Indicativo de presença de sintomas depressivos			
Sexo	1,57	(1,05-2,33)	0,026
Escolaridade	1,50	(1,03-2,19)	0,034
Estado conjugal	1,81	(1,25-2,62)	0,002
Autopercepção de saúde			
Sexo	1,16	(0,84-1,60)	0,368
Renda	1,50	(1,11-2,03)	0,008
Escolaridade	1,50	(1,10-2,05)	0,010
Estado conjugal	1,30	(0,96-1,76)	0,092
Número de morbidades autorreferidas			
Sexo	3,75	(2,65-5,31)	<0,001
Faixa etária	1,46	(1,00-2,15)	0,051
Renda	1,05	(0,75-1,47)	0,766
Escolaridade	1,45	(1,03-2,04)	0,035
Estado conjugal	1,10	(0,78-1,56)	0,585
Presença de morbidades em antecedentes pessoais			
Sexo	1,88	(1,23-2,86)	0,003
Faixa etária	1,83	(1,12-2,99)	0,016
Escolaridade	1,78	(1,13-2,80)	0,013
Práticas de autocuidado em saúde			
Nível de atividade física			
Faixa etária	2,54	(1,79-3,60)	<0,001
Escolaridade	1,64	(1,17-2,29)	0,004
Realização de exames preventivos			
Faixa etária	1,33	(0,93-1,91)	0,114
Renda	1,24	(0,91-1,69)	0,170
Escolaridade	1,49	(1,06-2,08)	0,020
Estado conjugal	1,33	(0,98-1,81)	0,071
Atitude frente à tomada de remédios			
Escolaridade	1,43	(0,97-2,09)	0,069

*RCP -OddsRatio; **IC -intervalo de confiança; ***p <0,05.

DISCUSSÃO

Estudos nacionais desenvolvidos na comunidade também obtiveram maior percentual de idosos do sexo feminino, faixa etária de 70 |-| 79 anos, baixa escolaridade e renda de ≤ 1 salário mínimo⁽²⁰⁻²²⁾. Projeção demográfica para o Brasil aponta a feminização da população idosa, destacando a mortalidade diferencial por sexo, que afeta precocemente a população masculina⁽²²⁾.

Quanto ao estado conjugal, os dados divergiram de pesquisa nacional, em que a maioria tem companheiro⁽²²⁾. As perdas de convívio vivenciados pelos idosos podem levar à solidão e ao isolamento, ocasionando problemas emocionais e psicológicos, principalmente a depressão⁽²³⁾.

Investigação entre idosos, usuários da Atenção Primária em Belo Horizonte, verificou que o sexo feminino apresentou maior proporção de indicativo de presença de sintomas depressivos ($p=0,001$)⁽²⁴⁾, convergindo aos achados desta pesquisa, em que houve associação de ausência de sintomas depressivos associado ao sexo masculino. Destaca-se que as mulheres alcançam maior longevidade, porém tem sido acompanhada por maior incidência de doenças crônicas, dentre elas, a depressão⁽²⁴⁻²⁶⁾. Em geral, estão mais atentas aos sintomas físicos e procuram mais os serviços de saúde do que os homens, podendo favorecer o diagnóstico das doenças crônicas⁽²⁴⁻²⁶⁾.

A ausência de indicativo de sintomas depressivos foi associada à maior escolaridade. A baixa escolaridade pode influenciar negativamente a maneira pela qual os idosos compreendem e realizam

as ações que englobam as práticas de cuidado com a saúde⁽²⁷⁾. A maior escolaridade, entre os idosos, tem favorecido o acesso aos serviços de saúde, acarretando em melhores tratamentos médicos que, por sua vez, diminuem a prevalência dos sintomas depressivos⁽²⁷⁻²⁸⁾. Por meio da consulta de enfermagem, o enfermeiro pode identificar a presença de sintomas depressivos, estimular o idoso a se inserirem atividades de autocuidado em saúde, buscando o atendimento individualizado e respeitando suas peculiaridades.

Pesquisas nacional⁽²⁹⁾ e internacional⁽³⁰⁾ verificaram que idosos que moravam sozinhos, eram solteiros e viúvos apresentaram maiores índices de sintomas depressivos, assemelhando aos achados em que se obteve associação entre a ausência de sintomas depressivos com aqueles que possuíam companheiro. Morar com o cônjuge ou ter um companheiro pode ser considerado um fator de proteção psicossocial, pois contribui com o auxílio em situações adversas e apoio mútuo⁽³¹⁾.

A autopercepção de saúde negativa associada à baixa renda é condizente com investigação realizada entre idosos comunitários do município de Diamantina (MG) ($p=0,001$)⁽³²⁾. A condição de saúde percebida é considerada preditor de incapacidade funcional em idosos, além de auxiliar a elaboração de estratégias de prevenção em saúde voltadas para a atenção integral e favorecer a equidade nas políticas públicas⁽³³⁾.

Foi encontrado que há influência na autopercepção de saúde negativa dos idosos mediante o baixo nível de renda e escolaridade ($p=<0,001$). Em

pesquisa realizada no município de Fortaleza, estado do Ceará, que objetivou levantar a condição da saúde percebida e autorreferida de pessoas idosas, evidenciou que houve significância nas condições negativas de saúde dos idosos mediante o baixo nível de renda e de educação⁽³³⁾, ambos os dados corroboram com a presente pesquisa.

O sexo feminino associado à maior proporção de 5 ou mais doenças, nos idosos, corrobora achados de estudos nacional⁽³⁴⁾ ($p<0,001$) e internacional⁽³⁵⁾ ($p<0,001$). Ao considerar o aumento do contingente de idosos na população brasileira e o impacto das DCNT, torna-se essencial o conhecimento sobre os fatores associados ao maior número de morbidades autorreferidas. A longevidade e a feminização da velhice acarretam maior vulnerabilidade ao gênero, como maior susceptibilidade às doenças crônicas⁽³⁶⁾.

Estudo nacional verificou que a idade avançada esteve associado à multimorbidade⁽³⁷⁾, divergindo dos achados da presente investigação, em que o maior número de morbidades foi associado à faixa etária 60 a 79 anos. Tais dados reforçam a necessidade de implementar ações em saúde, nesta localidade, de forma a prevenir, precocemente, a presença de doenças entre os idosos mais jovens, possibilitando que a velhice seja vivida com mais qualidade.

Pesquisa verificou que o maior número de doenças crônicas teve associações significativas com a baixa escolaridade⁽³⁸⁾, assim como nesta investigação. A escolaridade pode ser fator de proteção em relação à saúde, uma vez que os idosos poderão ter maior acesso aos serviços e tratamentos em saúde, diminuindo as complicações⁽²⁷⁾ e incapacidades funcionais. Durante o

atendimento nos serviços de saúde, o enfermeiro deve verificar a compreensão do idoso e elaborar estratégias para melhoria do seu entendimento, utilizando linguagem acessível e valorizando a comunicação visual para atingir com eficácia o público-alvo⁽³⁹⁾.

A presença de morbidades em antecedentes pessoais é considerado fator de risco não modificável para o desenvolvimento de tais enfermidades em gerações futuras⁽⁴⁰⁾. Nesta perspectiva, a associação de morbidades em antecedentes pessoais com faixa etária de 60 |-| 79 anos e baixa escolaridade, verificada na presente pesquisa, denota a relevância de se considerar a história familiar como indicador precoce de enfermidades crônicas⁽⁴⁰⁾, especialmente em situações de vulnerabilidade social. Os enfermeiros da atenção primária podem investir na realização de ações educativas, no intuito de trocar conhecimento com os idosos e favorecer o seu envolvimento no autocuidado em saúde.

Estudo realizado com idosos em Viçosa, MG, também verificou que o aumento da idade associou-se à inatividade física ($p=0,001$), observando declínio no tempo médio gasto com atividade física à medida que a idade avança⁽⁴¹⁾. A prática regular de exercícios físicos é um dos aspectos essenciais para a manutenção da saúde dos idosos, pois poderá minimizar alterações fisiológicas associadas ao processo de envelhecimento. Neste contexto, é recomendável que o idoso realize exercícios físicos regulares para reduzir, prevenir e tratar declínios funcionais⁽⁴¹⁾.

Assim como na presente investigação, inquérito realizado com idosos no interior de Minas Gerais obteve associação entre ser inativo fisicamente e a menor escolaridade ($p=0,000$)⁽⁴²⁾. Estudo realizado com idosos em Montes Claros, MG, também verificou associação entre a maior adesão aos programas de saúde, procura por serviços de saúde e frequência aos exames preventivos com a maior escolaridade⁽²⁸⁾. Destaca-se que os resultados deste estudo evidenciam o papel central da escolaridade no autocuidado em saúde, uma vez que as pesquisas têm verificado que a prática regular de atividade física influencia na autopercepção de saúde positiva e nos menores índices de depressão⁽⁴³⁾, além de os ativos procurarem mais os serviços de saúde⁽²⁸⁾ e favorecerem o diagnóstico precoce.

Limitações do estudo

As morbidades foram autorreferidas pelos idosos podendo estar subdimensionadas.

Contribuições para a área da enfermagem, saúde ou política pública

O presente estudo analisou as práticas de autocuidado em saúde entre idosos com morbidade baseada na Teoria de Autocuidado de Orem. Os resultados agregam conhecimento à temática, fornece subsídios para o planejamento e o cuidado de enfermagem para a formação profissional e auxilia na realização de futuras pesquisas, que poderá analisar as relações diretas e indiretas que envolvem a prática de autocuidado entre os idosos. Assim, contribui para o aprimoramento da assistência de enfermagem, tendo como estratégia a sistematização de assistência de enfermagem de forma individualizada, a busca ativa dos idosos identificando lacunas, encontrando soluções, educação em saúde com a equipe e comunidade, reforçando o saber sobre a senescência e senilidade, e estimulando a capacidade de resgate da autonomia e individualidade desses idosos.

CONCLUSÕES

Predominaram idosos do sexo feminino, faixa etária entre 70 |-| 79 anos, baixa renda e escolaridade e sem companheiro. Quanto às variáveis relacionadas à saúde, a ausência do indicativo de presença de sintomas depressivos se associou ao sexo masculino, à maior escolaridade e a ter companheiro. A autopercepção de saúde negativa se associou às baixas renda e escolaridade. Quanto ao autocuidado em saúde, ser ativo fisicamente associou à faixa etária 60 |-| 79 anos e à maior escolaridade. A realização de exames preventivos também se associou à maior escolaridade.

As variáveis sociodemográficas, como sexo, faixa etária, renda, escolaridade, estado conjugal, arranjo de moradia, relacionaram-se à condição de saúde e à prática de autocuidado entre os idosos evidenciando aquelas que são passíveis de modificação e que podem ser trabalhadas através de políticas públicas, com a finalidade de melhorar a vida e saúde do idoso.

FOMENTO

Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

REFERÊNCIAS

1. Miranda GMD, Mendes ACG, Silva ALA. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2016;19(3):507-519. doi: <https://doi.org/10.1590/1809-98232016019.150140>.
2. Almeida APSC, Nunes BP, Duro SMS, Lima RCD, Facchini LA. Falta de acesso e trajetória de utilização de serviços de saúde por idosos brasileiros. *Ciênc Saúde Colet.* 2020;25(6):2213-2226. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.27792018>.
3. Almeida L, Bastos PRHO. Elderly Self Care: a systematic review of the literature. *Revista Espacios [Internet].* 2017 [cited 2021 Jul 19];38(28):1-10. Available from: <http://www.revistaespacios.com/a17v38n28/a17v38n28p03.pdf>.
4. Orem D. *Nursing concepts of practice.* 3 ed. New York: Mc Graw Hill Book; 1985, p. 35-106.
5. Bezerra ML, Faria RP, Costa Jesus C, Reis PE, Pinho DL, Kamada I. Applicability of the deficit theory of Orem's self-care in Brazil: an integrative review. *JMPHC.* 2018; 9:e16. doi: <https://doi.org/10.14295/jmphc.v9i0.538>.
6. Reis DA, Silva MA da. Perfil sociodemográfico, situação de saúde e práticas de autocuidado dos idosos com Doença Crônica Não Transmissível em um município Amazônico. *REAS.* 2019;11(17):e1500. doi: <https://doi.org/10.25248/reas.e1500.2019>.

7. Borba AKOT, Arruda IKG, Marques APO, Leal MCC, Diniz AS. Conhecimento sobre o diabetes e atitude para o autocuidado de idosos na atenção primária à saúde. *Ciênc Saúde Colet*. 2019; 24(1):125-136. doi:<https://doi.org/10.1590/1413-81232018241.35052016>.
8. Marques MB, Coutinho JFV, Martins MC, Lopes MVO, Maia JC, Silva MJ. Intervenção educativa para a promoção do autocuidado de idosos com diabetes mellitus. *Rev Esc Enferm USP*. 2019; v.53. doi: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018026703517>.
9. Vicente MC, Silva CRR, Pimenta CJL, Bezerra TA, Lucena HKV, Valdevino SC et al. Functional Capacity and Self-care in Older Adults with Diabetes Mellitus. *Aquichan*. 2020;20(3):e2032. doi: <http://dx.doi.org/10.5294/aqui.2020.20.3.2>.
10. Sousa R, Lucena A, Nascimento W, Ferreira T, Lima C, Ferreira J, Matos S, Costa M. Particularidades de idosos hipertensos à adesão ao tratamento medicamentoso. *Rev Enferm UFPE on line*. 2018;12(1):216-223. doi: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i1a23296p216-223-2018>.
11. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional da Saúde. Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012 [Internet]. Brasília, DF: Diário Oficial da União. 2012 [cited 2021 Jul 18]. Available from: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>.
12. Benedetti TRB, Mazo GZ, Barros MVG. Aplicação do questionário internacional de atividades físicas (IPAQ) para avaliação do nível de atividades físicas de mulheres idosas: validade concorrente e reprodutibilidade teste-reteste. *RBCM*. 2004, 12(1);25-33. doi: <http://dx.doi.org/10.18511/rbcm.v12i1.538>.
13. Ribeiro CG, Ferretti F, Sa CA. Quality of life based on level of physical activity among elderly residents of urban and rural áreas. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. (Online). 2017;20(3):330-339. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562017020.160110>.
14. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde, p. 192, 2006 [cited 2021 Jul 18]. Available from: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_saude_pessoa_idosa.pdf.
15. Bertolucci PHF, Brucki SMD, Campacci SR, Juliano Y. O mini exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. *Arquivos de Neuro-psiquiatria*. 1994, 52(1):1-7. doi: <https://doi.org/10.1590/S0004-282X1994000100001>.
16. Almeida OP, Almeida SA. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão em Geriatria (GDS) versão reduzida. *Arquivos de Neuro-psiquiatria*. 1999, 57(2-B):421-426. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0004-282X1999000300013>.
17. Ramos LR, Perracini M, Rosa TE, Kalache A. Significance and management of disability among urban elderly residents in Brazil. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*. 1998, 8(4):3313-3323. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/BF00972560>.
18. Pate RR, Pratt M, Blair SN, Haskell WL, Macera CA, Bouchard C et al. Physical activity and public health. A recommendation from the Centers for Disease Control and Prevention and the American College of Sports Medicine. *JAMA*. 1995, 273(5):402-407. doi: <https://doi.org/10.1001/jama.1995.03520290054029>.
19. Strelec MAAM, Pierin AMG, Mion Júnior DA. Influência do conhecimento sobre a doença e atitude frente à tomada de remédios no controle da hipertensão arterial. *ArqBrasCardiol*. 2003, 8(4):343-348. doi: <https://doi.org/10.1590/S0066-782X2003001200002>.
20. Berlezi EM, Gross CB, Pimentel JJ, Pagno AR, Fortes CK, Pillatt AP. Estudo do fenótipo de fragilidade em idosos residentes na comunidade. *Ciênc Saúde Colet*. 2019, 24(11):4201-4210. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182411.31072017>.
21. Sant' Ana LAJ, D'Elboux MJ. Suporte social e expectativa de cuidado de idosos: associação com variáveis socioeconômicas, saúde e funcionalidade. *Saúde Debate*. 2019, 43(121):503-519. doi: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912117>.
22. Ceccon RF, Vieira LJES, Brasil CCP, Soares KG, Portes VM, Garcia Júnior CAS et al. Envelhecimento e dependência no Brasil: características sociodemográficas e assistenciais de idosos e cuidadores. *Ciênc Saúde Colet*. 2021, 26(1):17-26. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020261.30352020>.
23. Santini ZI, Jose PE, Cornwell EY, Koyanagi A, Nielsen L, Hinrichsen C et al. Social disconnectedness, perceived isolation, and symptoms of depression and anxiety among older Americans (NSHAP): a longitudinal mediation analysis. *Lancet Public Health*. 2020;5(1):e62-e70. doi: [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(19\)30230-0](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(19)30230-0).
24. Soares SM, Silva PAB, Santos JFG, Silva LB. Association between depression and quality of life in older adults: primary health care. *Rev Enferm UERJ*. 2017;25:e19987. doi: <https://doi.org/10.12957/reuerj.2017.19987>.
25. El-Gilany A, Elkhawaga GO, Sarraf BB. Depression and its associated factors among elderly: A community-based study in Egypt. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 2018; 77(1):103-107. doi: <https://10.1016/j.archger.2018.04.011>.
26. Kaup AR, Byers AL, Falvey C, Simonsick EM, Satterfield S, Ayonayon HN, Smagula SF, Rubin MS, Yaffe K. Trajectories of Depressive Symptoms in Older Adults and Risk of Dementia. *JAMA Psychiatry*. 2016; 73(5):525-531. doi: <https://10.1001/jamapsychiatry.2016.0004>.
27. Chaves JRF. Educação ao longo da vida: perspectivas para uma sociedade que envelhece. In: *Brasil 2050: Desafios de uma nação que envelhece*. Estudos estratégicos, 2017.
28. Hajjar R, Nardelli GN, Gaudenci EM, Santos AS. Sintomas depressivos e fatores associados em idosos na Atenção Primária à Saúde. *Rev Rene*. 2017;18(6):727-733. doi: <https://doi.org/10.15253/2175-6783.2017000600004>.
29. Lampert CDT, Ferreira VRT. Fatores associados à sintomatologia depressiva em idosos. *Aval. Psicol*. 2018;17(2):205-212. doi: <http://dx.doi.org/10.15689/ap.2018.1702.14022.06>.
30. Tiraphat S, Peltzer K, Thamma-Aphiphol K, Suthisukon K. The Role of Age-Friendly Environments on Quality of Life among Thai Older Adults. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2017; 14(282): 01-13. doi: <https://10.3390/ijerph14030282>.

31. Nascimento IMT, Mello PF, Couto AM, Guimarães GL, Mendonza IYQ. Associação entre características sociodemográficas e sintomas depressivos em idosos hospitalizados. *Rev Rene (Online) [Internet]*. 2017 [cited 2020 Mar 1];18(6):749-755. Available from: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/31082/71673>.
32. Santos EC, Couto BM, Bastone AC. Fatores associados à autoavaliação negativa da saúde em idosos cadastrados nas Unidades Básicas de Saúde. *ABCS Health Sci*.2018;43(1):47-54. doi: <https://dx.doi.org/10.7322/abcshs.v43i1.999>.
33. Oliveira JS, Freitas SKS, Vilar NBS, Saintrain SV, Bizerril DO, Saintrain MVL. Influência da renda e do nível educacional sobre a condição de saúde percebida e autorreferida de pessoas idosas. *J Health Biol Sci (Online)*. 2019;7(4):395-398. doi: <http://dx.doi.org/10.12662/2317-3076jhbs.v7i4.2343.p395-398.2019>.
34. Tavares DMS, Pelizaro PB, Pegorari MS, Paiva MM, Marchiori GF. Prevalência de morbidades autorreferidas e fatores associados entre idosos comunitários de Uberaba, Minas Gerais, Brasil. *Cien Saude Colet*. 2019;24(9):3305-3313. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018249.31912017>.
35. Mini GK, Thankappan KR. Pattern, correlates and implications of noncommunicable disease multimorbidity among older adults in selected Indian states: a crosssectional study. *BMJ Open*. 2017; 7(013529):01-06.doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2016-013529>.
36. Pereira AA, Borim FSA, Neri AL. Absence of association between frailty index and survival in elderly Brazilians: the FIBRA Study. *Cad. Saúde Pública (Online)*. 2017;33(5):e00194115. doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00194115>.
37. Moreno CRC, Santos JLF, Lebrão ML, Ulhôa MA, Duarte YAO. Problemas de sono em idosos estão associados a sexo feminino, dor e incontinência urinária. *Rev Bras Epidemiol*. 2018; 21(2):01-08. <https://doi.org/10.1590/1980-549720180018.supl.2>.
38. Silva MF, Assumpção D, Francisco PMSB, Neri AL, Yassuda MS, Borim FSA. Morbidades e associações com autoavaliação de saúde e capacidade funcional em idosos. *Rev Bras Geriatr e Gerontol*. 2020; 23(5). doi: <https://doi.org/10.1590/1981-22562020023.200311>.
39. Andrade AFSM, Fonseca RG, Teles WS, Silva MC, Barros AMMS, Torres RC, Debbo A, Azevedo MVC, Junior PCCS, Silva MHS, Calasans TAS. Atuação do enfermeiro no cuidado humanizado ao idoso na Atenção Primária. *Research, Society and Development*. 2021; 10(12). doi: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i12.20283>.
40. Chibante CL, Santos TD, Espírito Santo FH. The challenges of getting old with health: profile of patients institutionalized with chronic diseases. *Revista de enfermagem UFPE online*. 2014, 8(9):3149-3152. doi: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v8i9a10037p3149-3156-2014>.
41. Queiroz BM, Coqueiro RS, Neto JSL, Borgatto AF, Barbosa AR, Fernandes MH. Inatividade física em idosos não institucionalizados: estudo de base populacional. *Cien Saude Colet*. 2014; 19(8): 3489-3496. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014198.19882013>.
42. Ribeiro AQ, Salgado SML, Gomes IS, Fogal AS, Martinho KO, Almeida LFF, Oliveira WC. Prevalência e fatores associados à inatividade física em idosos: um estudo de base populacional. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol*. 2016;19(3):483-493. doi: <https://doi.org/10.1590/1809-98232016019.150047>.
43. Bortoluzzi EC, Pancotte J, Doring M, Graeff DB, Alves ALS, Portella MR, Scortegagna HM, Dalmolin BM. Autopercepção de saúde de idosas praticantes de atividades físicas e fatores associados. *Estud. interdiscipl. envelhec*. 2018; 23(2): 119-131.doi: <https://doi.org/10.22456/2316-2171.64619>