

AUTOPERCEPÇÃO NEGATIVA DE SAÚDE E FATORES ASSOCIADOS EM IDOSOS DE BAGÉ-RS

MARTINS, Renata Cristina da Silva¹; CARVALHO, Evelise Nunes Moreira²; NUNES, Bruno Pereira³; THUMÉ, Elaine⁴.

¹Acadêmica do 9º semestre da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas. Bolsista de Iniciação Científica - PROBIC/Fapergs. Email: renatinhaa.martins@hotmail.com

²Acadêmica do 7º semestre da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas. Bolsista de Iniciação Científica – PIBIC/CNPQ. Email: evecarvalhopel@hotmail.com

³Enfermeiro. Mestrando do Programa de Pós-graduação em Epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas. Email:bpereiranunes@yahoo.com.br

⁴Orientadora: Enfermeira Doutora em Epidemiologia. Professora adjunta da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas. Email: elainethume@gmail.com

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento ocasiona alterações no padrão de morbidade e mortalidade, modificando o perfil de saúde da população. Portanto, devido ao maior tempo de vida, os indivíduos podem encontrar-se funcionalmente incapacitados e com uma saúde precária, além disso, estar expostos por um maior período a múltiplos riscos, como os ambientais, socioeconômicos, psicológicos, entre outros (CHENG, 2002).

Com o objetivo de identificar idosos com baixa qualidade de vida e maior probabilidade de morte, a autopercepção de saúde tem sido estudada mundialmente. É considerada uma medida válida e confiável, consistindo em uma variável importante entre os problemas objetivos de saúde e o bem-estar subjetivo (PERES, 2010).

Desalvo (2006) relatou que indivíduos que perceberam sua saúde como ruim apresentaram duas vezes mais risco de morte quando comparados às pessoas que consideravam sua saúde excelente.

Através de um indicador de simples mensuração, como a autopercepção de saúde, pode-se identificar idosos com maiores probabilidades de apresentarem eventos adversos em saúde embasando a formulação de estratégias para o envelhecimento saudável. Sendo assim, o presente estudo objetivou avaliar a prevalência e os fatores associados à autopercepção negativa de saúde entre idosos do município de Bagé.

2 METODOLOGIA (MATERIAL E MÉTODOS)

O delineamento proposto foi um estudo transversal de base comunitária em área de abrangência dos serviços básicos de saúde (UBS Tradicionais e Unidades Saúde da Família). A população-alvo foram os indivíduos com 60 anos ou mais de idade, residentes na zona urbana do município de Bagé, RS. Os indivíduos que, no momento da entrevista, estiveram viajando, privados de liberdade por decisão judicial ou residindo em Instituições de Longa Permanência foram excluídos da pesquisa. O questionário foi aplicado para todos os idosos residentes no domicílio sendo respondido pelo próprio idoso e, em caso de incapacidade, foi aplicado ao cuidador responsável no momento da entrevista.

O desfecho do estudo foi mensurado através da pergunta: “Como o (a) Sr.(a) considera a sua saúde?” A resposta foi fornecida através da visualização de uma escala de faces com as seguintes opções de resposta: péssima; ruim; regular; boa e ótima. Para análise do desfecho a auto percepção de saúde foi dicotomizada nas categorias ruim/péssima (autoavaliação negativa) e regular/boa/muito boa (autoavaliação positiva).

As variáveis independentes do estudo foram: sexo (masculino/feminino); idade (60 a 64 anos /65 a 69 anos /70 a 74 anos/75 ou mais); cor da pele (branca, preta e amarela/parda/Indígena); situação conjugal (casado/com companheiro, solteiro/separado e viúvo); ANEP (A/B, C e D/E); escolaridade (analfabeto/1 a 7 anos/ 8 anos ou mais); plano de saúde (não/sim); tabagismo (nunca fumou/fumante/ex-fumante).

A variável quantidade de problemas de saúde foi construída a partir do diagnóstico médico autorreferido de hipertensão, diabetes, derrame, problema de coração, problema de coluna, reumatismo/artrite/atrose, problema nos rins e problema de pulmão. Para avaliar a presença de sintomas de depressão foi utilizada a Escala de Depressão Geriátrica (Sheikh, 1986) e os resultados foram dicotomizados (presente: escore de 0 a 5/ ausente: escore ≥ 6). Para avaliação cognitiva foi aplicado o Mini-Exame do Estado Mental (MEEM), com ponto de corte de 22/23. A dificuldade de mobilidade foi construída a partir de cinco variáveis (ajuda para: passar da cama para uma cadeira, fazer compras, para ir a lugares distantes, para caminhar a distancia de uma quadra e para subir um lance de escada). A presença de ajuda para as atividades foi utilizada para estabelecer o ponto de corte (nenhuma, moderada – ajuda para 1 ou 2 atividades - e severa – ajuda de 3 a 5 atividades).

As análises foram realizadas no software Stata 12.1. Os cálculos de razões de prevalência e seus respectivos intervalos de confiança foram realizados através de regressão de Poisson. Para análise ajustada adotou-se um modelo hierarquizado de análise para determinação do desfecho. O nível 1 foi composto pelas variáveis sexo, idade, cor da pele, situação conjugal, ANEP, escolaridade e plano de saúde. A variável tabagismo compôs o nível 2 e as variáveis problemas de saúde, depressão, incapacidade cognitiva, dificuldade de mobilidade e acamado nos últimos trinta dias compuseram o nível 3. A análise ajustada controlou possíveis fatores de confusão em relação às variáveis do mesmo nível e àquelas de níveis anteriores mantendo no modelo àquelas com valor-p menor que 0,20. Associações com valor-p menor que 0,05 foram consideradas estatisticamente significativas. As análises foram realizadas com o uso do comando svyset considerando a amostragem complexa do estudo.

O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas. Os princípios éticos foram assegurados, recorrendo-se ao Termo de Consentimento Livre Esclarecido. Foi assegurada garantia do direito de não participação na pesquisa e do sigilo sobre os dados coletados.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Do total da amostra, 7,2% (IC95%: 5,5%; 8,8%) dos idosos autoavaliaram negativamente sua saúde. Na Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílio (PNAD) de 2003 evidenciou-se que 21,4% da população brasileira avaliou negativamente sua saúde. Reichert e Loch (2011), na cidade de Pelotas/RS, encontraram que 12,1% dos adolescentes, 22,3% dos adultos e 49,4% dos idosos perceberam sua saúde como regular ou ruim.

A maior parte da amostra era sexo feminino (62,8%). Os indivíduos com 75 anos ou mais representaram 31,2% da amostra. Mais da metade (51,3%) eram casados ou tinham companheiro e 81,7% referiram ser da cor de pele branca. A classe C englobou 38,9% dos idosos. Além disso, a 54,5% dos indivíduos tinham entre 1 a 7 anos de escolaridade, 35,4% eram cobertos por algum plano de saúde e 15,3% eram fumantes atuais. Somente 17,5% dos idosos não referiram problema de saúde. Evidenciou-se que 14,9% e 34,1% do total da amostra apresentaram depressão e incapacidade cognitiva, respectivamente. Ainda, 22,2% dos idosos apresentaram alguma dificuldade de mobilidade e 9,3% estiveram acamados no mês anterior a entrevista.

A análise bruta apresentou associação entre autopercepção de saúde negativa e aumento da idade, classes sociais C e D/E, maior escolaridade, maior número de problemas de saúde, depressão, incapacidade cognitiva, maior número de limitações na mobilidade e estar acamado nos últimos trinta dias.

Na análise ajustada, evidenciou-se um aumento linear da autopercepção negativa da saúde com a diminuição da classe social sendo que indivíduos da classe D/E tiveram 2,22 (IC_{95%}: 1,56; 3,16) vezes mais risco de se autoavaliarem negativamente quando comparados a classe A/B. Uma associação positiva ocorreu entre autoavaliação e problemas de saúde sendo que indivíduos com 4 problemas ou mais apresentaram 4,56 (IC_{95%}: 2,26; 9,19) mais ocorrência de autoavaliação ruim da saúde. Idosos com depressão, incapacidade cognitiva e que estiveram acamados nos últimos trinta dias tiveram 4,01 (IC_{95%}: 2,59; 6,20); 1,45 (IC_{95%}: 1,03; 2,04) e 2,39 (IC_{95%}: 1,41; 4,04) vezes mais probabilidade de autoavaliarem pior sua saúde quando comparados aos seus opostos, respectivamente.

Segundo Dachs (2002) a autopercepção negativa de saúde diminui com a melhora das condições socioeconômicas. Além disso, existem evidências de que os idosos com menor renda procuram menos os serviços de saúde, possuem baixa adesão aos tratamentos e isso reflete nas condições de saúde dos mesmos (LIMA-COSTA, 2003).

De acordo com Reickert (2011) e Peres (2010) a maior prevalência de autopercepção negativa de saúde é coerente com o aumento da incidência das doenças com o avançar da idade, sendo que as pessoas tendem a associar, pelo menos parcialmente, sua saúde com a presença ou ausência de morbidades. Quanto maior a quantidade de problemas de saúde autorreferidos, maior foi a proporção de indivíduos com autoavaliação de saúde negativa.

A forte associação encontrada entre autopercepção negativa de saúde e depressão ratifica o papel do desfecho na caracterização da saúde plena do indivíduo.

Para Ramos (2003) a saúde dos idosos pode ser traduzida pelo equilíbrio da capacidade funcional sem necessariamente significar a ausência de problemas. Deste modo é indispensável incluir nos estudos que avaliam a percepção dos idosos em relação à saúde questões referentes à capacidade funcional.

4 CONCLUSÃO

A percepção da própria saúde como negativa perpassa por características socioeconômicas (ANEP), pelo acúmulo de morbidades e problemas de saúde psíquicos e cognitivos. Assim, esse indicador consegue sintetizar a saúde global, ou seja, não somente a ausência de doenças e sim o bem-estar físico, psíquico e social dos indivíduos podendo servir de auxílio para os profissionais de saúde para um melhor entendimento da abordagem em saúde.

5 REFERÊNCIAS

CHENG, YH. Self-rated economic condition and health of elderly persons in Hong Kong. **Social Science and Medicine**, Hong Kong, v. 55, n. 8, p.1415-1424, 2002.

DACHS, J. NORBERTO, W. Determinantes das desigualdades na auto-avaliação do estado de saúde no Brasil: análise dos dados da PNAD/1998. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, 2002.

DESALVO, KB. Mortality prediction with a single general self-rated health question: a meta-analysis. **Gen Intern Med**, 2006.

LIMA-COSTA MF, BARRETO SM, GL. 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 [periódico na Internet]**, v.19, n. 3, p. 735-743, 2003.

LOURENÇO, R.A.; VERAS, R.P., Mini-Exame do Estado Mental: características psicométricas em idosos ambulatoriais. **Rev. saúde pública**, v. 40, n. 4. p. 712-719, 2006.

PERES, Marco Aurélio et al . Auto-avaliação da saúde em adultos no Sul do Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 5, out. 2010.

RAMOS LR. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. **Cad Saude Publica**. V. 19, n. 3, p. 793–8, 2003.

REICHERT, FF; LOCH, MR. Autopercepção de saúde em adolescentes, adultos e idosos. **Ciência e Saúde Coletiva**. 2011 (no prelo).

SHEIKH, JI; YESAVAGE, JA. Geriatric Depression Scale (GDS): recent evidence and development of a shorter version. New York: Hayworth; 1986.