



Impactos das Doenças Crônicas Não Transmissíveis na Autoavaliação de Saúde em Cidade do Norte de Minas

Sarah Magalhães Medeiros, Jair de Almeida Carneiro, Ana Teresa Fernandes Barbosa, Élen Débora Souza Vieira, Lorena Santos Rocha Silva, Jéssica Santos Rocha Silva, Antônio Prates Caldeira

Introdução

Como repercussão da transição demográfica, caracterizada pelo envelhecimento populacional cada vez mais acelerado, observa-se também uma transição epidemiológica e nos padrões de morbimortalidade da população brasileira. A tendência atual é observar um número crescente de indivíduos idosos que, apesar de viverem mais, tem de conviver com mais doenças de caráter crônico. Assim, o aumento na prevalência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) é uma das principais características desse processo de transição epidemiológica [1].

Diante dessa nova realidade, os indicadores de saúde tradicionais e meramente objetivos tornam-se incapazes de avaliar por completo o real nível de “bem-estar” de uma determinada população, um dos pilares do conceito de Saúde proposto pela Organização Mundial da Saúde (OMS) a partir da década de 1960. Ao mesmo tempo, os sinais e sintomas clássicos do adoecer mostram-se incapazes de expressar aspectos da vida relacionados ao mundo psíquico e social dos indivíduos portadores de DCNT [2].

A autoavaliação da saúde é o julgamento subjetivo que cada indivíduo faz acerca das suas próprias condições de saúde física e mental; ela inclui as dimensões biológicas, psicológicas e sociais associadas, refletindo, assim, uma percepção integrada do indivíduo sobre sua saúde [3,4].

Estudos indicam que a autoavaliação geral da saúde é um melhor indicador de subsequente declínio funcional em idosos e mortalidade do que muitas medidas objetivas do estado de saúde, podendo ser utilizada como importante indicador de bem-estar individual e coletivo [3,4].

Com base no exposto acima, o presente estudo tem como objetivo conhecer a autoavaliação de saúde de idosos não institucionalizados em cidade do norte de Minas Gerais e correlacioná-la com a presença de DCNT.

Material e métodos

Estudo transversal, analítico, de base populacional, cujos dados foram coletados entre maio e julho de 2013, através de visitas domiciliares. Foi aplicado um questionário com variáveis sociodemográficas, comorbidades, utilização de serviços de saúde, autoavaliação de saúde, dentre outras.

O processo de amostragem foi probabilístico, por conglomerados e em dois estágios. No primeiro estágio, utilizou-se como unidade amostral o setor censitário e foram selecionados aleatoriamente 42 setores censitários, entre os 362 setores urbanos do município. No segundo estágio, definiu-se o número de domicílios segundo a densidade populacional de indivíduos com idade ≥ 60 anos. Nesta etapa, os setores com maior número de idosos tiveram mais domicílios alocados, de forma a produzir uma amostra mais representativa.

O presente estudo é parte de uma análise ampla das condições de saúde de idosos do município. O número total de idosos alocados para o estudo considerou uma prevalência conservadora de 50% para os eventos estudados, uma população estimada de 30.790 idosos (segundo dados do IBGE), uma margem de erro de 5% e um nível de confiança de 95%. Considerando tratar-se de uma amostragem por conglomerados, o número identificado foi multiplicado por um fator de correção (*deff*) de 1,5 e acrescido de 15% para eventuais perdas. O número mínimo de pessoas para o estudo definido pelo cálculo amostral foi de 656 pessoas.

Participaram do estudo indivíduos com 60 anos ou mais. Foram excluídos idosos cujos cuidadores/familiares consideraram inaptos para responderem ao formulário do estudo. Foram consideradas perdas os idosos não disponíveis para participação em pelo menos três visitas em dias e horários diferentes, mesmo com agendamento prévio.

A coleta de dados foi realizada no domicílio do idoso por entrevistadores de nível superior, previamente treinados e calibrados, que percorreram os setores censitários a partir de um ponto previamente definido, por sorteio, em cada setor censitário. O instrumento de coleta de dados utilizado foi baseado em estudos similares e foi previamente testado em estudo piloto em um setor censitário especialmente sorteado e cujos dados não foram incluídos no trabalho final.



Todos os participantes foram orientados sobre a pesquisa e apresentaram sua anuência, através da assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (direta ou por meio de familiar, para os analfabetos). O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Montes Claros (Processo nº 173397).

As informações coletadas foram analisadas por meio do programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 17.0 (SPSS for Windows, Chicago, EUA). Inicialmente foi realizada análise descritiva dos dados. Em seguida, investigou-se a existência de associação estatística entre a variável dependente e as demais variáveis. Para tanto, foram conduzidas análises bivariadas (teste de qui-quadrado de Pearson) adotando-se nível de significância menor que 0,05.

Resultados

Dos 686 idosos entrevistados, 328 idosos (47,8%) apresentaram uma autoavaliação positiva de saúde, os outros 358 idosos (52,8%) referiram uma percepção negativa na própria saúde. A maioria das pessoas estudadas tinha de 60 a 69 anos (49,8%), era do sexo feminino (64,9%), parda (57,1%), casada (48,7%), e morava com familiares (70,2%). A maioria estudou de um a quatro anos (50,2%) e referiu renda de até dois salários, o equivalente, em média, a 1350 reais.

Das variáveis estudadas, as que apresentaram associação ($p < 0,05$) com uma autoavaliação negativa de saúde foram: o fato de ter realizado alguma consulta médica nos últimos 12 meses, o médico ter precisado receitar algum medicamento na última consulta, hipertensão, problema cardíaco, artrite/reumatismo/artrose, osteoporose, enfisema/bronquite crônica/ Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), falta de suporte social, incontinência urinária, polifarmácia e vulnerabilidade (Tabela 1).

Discussão

Observou-se predominância de mulheres na população estudada, assim como vem sendo notado em outros estudos com a população idosa. Porém, quanto ao sexo, não foram observadas diferenças significantes. No presente estudo, não houve associação entre classe econômica e a autoavaliação de saúde ruim.

Diferentemente de alguns estudos [3], não foi encontrada relação entre a idade e a autoavaliação de saúde. Isso parece possivelmente relacionar-se à adaptação dos idosos ou do reconhecimento da deterioração das condições de saúde como normal do envelhecimento. Também, pode estar relacionado a uma crença com base na sobrevivência: os idosos mais saudáveis supostamente vivem mais [5].

A presença de doenças é um dos fatores relevantes nas pesquisas sobre autoavaliação do estado de saúde, apresentando associações significativas com a percepção ruim, o que pode ser resultado do referencial de saúde dos idosos como ausência de doença.

Segundo estudos, a eliminação de doenças crônicas na população idosa poderia levar a um aumento na expectativa de vida livre de incapacidade em homens e mulheres [1]. Além de estarem ligadas a uma menor longevidade, afetam também a qualidade de vida do idoso e a autopercepção de saúde.

As doenças cardiovasculares foram e continuam a ser, apesar de sua diminuição, a principal causa de morte no Brasil [1], apresentando estrita relação com uma pior autoavaliação de saúde. Cabe lembrar que a hipertensão, associada a uma pior autoavaliação de saúde, constitui um fator de risco para ocorrência de outras doenças cardiovasculares, como infarto do miocárdio, insuficiência cardíaca e acidente vascular encefálico, além de doença renal.

No presente trabalho, a autoavaliação negativa esteve associada à presença de artrite/reumatismo. A osteoporose, enfermidade crônica e multifatorial, relacionada ao envelhecimento, conduz ao aumento da fragilidade dos ossos e, conseqüentemente, à elevação do risco de fraturas, estando associada a uma pior autoavaliação de saúde. Merecem destaque as doenças respiratórias crônicas, também associadas a uma pior autopercepção de saúde. Diferentemente de outros estudos [5], não foi encontrada relação entre Diabetes e uma pior autoavaliação de saúde por meio da análise bivariada.

A polifarmácia, uso de cinco ou mais medicamentos, associou-se a uma pior autoavaliação de saúde. As múltiplas doenças nos idosos levam ao consumo de múltiplos medicamentos. Apesar de contribuir para o controle das doenças crônicas, o tratamento medicamentoso geralmente é longo, fato que aumenta o risco de reações adversas, interações medicamentosas e falhas no cumprimento do tratamento [5].

Conclusão/Conclusões/Considerações finais

Evidenciou-se, por meio deste estudo, a intensa relação entre uma série de doenças crônicas e uma pior autoavaliação de saúde. Assim, deve-se salientar a necessidade de prevenção de tais doenças, além de medidas de promoção de saúde contínuas, para aliar o aumento da longevidade à qualidade de vida da pessoa idosa.



FÓRUM FEPEG

ENSINO • PESQUISA
EXTENSÃO • GESTÃO

UNIVERSIDADE: SABERES E PRÁTICAS INOVADORAS

Trabalhos científicos • Apresentações artísticas
e culturais • Debates • Minicursos e Palestras



**24 a 27
setembro**
Campus Universitário Professor Darcy Ribeiro

www.fepeg.unimontes.br

Referências

- [1] CAMPOLINA, A. G. *et al.* A transição de saúde e as mudanças na expectativa de vida saudável da população idosa: possíveis impactos da prevenção de doenças crônicas. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 6, p. 1217-1229, jun. 2013.
- [2] CAMPOLINA, A. G.; DINI, P.; MESQUITA, R. Impacto da doença crônica na qualidade de vida de idosos da comunidade em São Paulo (SP, Brasil). *Ciênc. Saúde Coletiva*, v. 16, n. 6, p. 2919-2925, 2011.
- [3] BORIM, F. S. A.; BARROS, M. B. A.; NERI, A. L. Autoavaliação da saúde em idosos: pesquisa de base populacional no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.28, n.4, Apr. 2012.
- [4] BARRETO, S. M.; FIGUEIREDO, R. C. de. Doença crônica, auto-avaliação de saúde e comportamento de risco: diferença de gênero. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v.43, Nov. 2009. Supplement 2.
- [5] PAGOTTO, V.; NAKATANI, A. Y. K.; SILVEIRA, E. A. Fatores associados à autoavaliação de saúde ruim em idosos usuários do Sistema Único de Saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 8, p. 1593-1602, ago. 2011.
- [6] DACHS, J. N. W.; SANTOS, A. P. R. dos. Auto-avaliação do estado de saúde no Brasil: análise dos dados da PNAD/2003. *Ciênc. Saúde Coletiva*, v. 11, n. 64, p. 887-894, 2006.
- [7] FILHO, A. I. L. *et al.* Fatores associados à autoavaliação negativa da saúde entre idosos hipertensos e/ou diabéticos: resultados do projeto Bambuí. *Rev. Bras. Epidemiol.*, v. 16, n. 3, p. 559-71, 2013.

Tabela 1: Distribuição dos idosos, prevalência e fatores associados à autoavaliação positiva ou negativa do estado de saúde ruim segundo variáveis relacionadas ao uso e acesso dos serviços de saúde, à existência de doenças crônicas e aspectos sociais.

Variável	Percepção				P-valor	OR	(IC 95%)
	Positiva		Negativa				
	(n)	(%)	(n)	(%)			
Consulta médica nos últimos 12 meses					0,003	0,46	0,27 – 0,78
Sim	279	45,8	329	54,11			
Não	44	64,7	24	35,3			
Na última consulta, o médico receitou medicamentos					0,000	0,49	0,35 – 0,69
Sim	175	40,98	252	59,01			
Não	120	58,5	85	41,5			
Queda nos últimos 12 meses					0,000	0,44	0,31 – 0,62
Sim	65	33,5	129	66,5			
Não	262	53,6	227	46,4			
Hipertensão					0,000	0,51	0,37 – 0,71
Sim	209	43	277	57			
Não	118	59,6	80	40,4			
Problema Cardíaco					0,000	0,47	0,33 – 0,68
Sim	56	34,15	108	65,85			
Não	266	52,25	243	47,75			
Artrite/reumatismo/artrose					0,000	0,55	0,40 – 0,76
Sim	95	39,41	146	60,58			
Não	233	54,06	198	45,94			
Osteoporose					0,018	0,66	0,46 – 0,93
Sim	70	40,93	101	59,06			
Não	253	51,42	239	48,57			
Enfisema/bronquite crônica/DPOC					0,04	0,45	0,20 – 0,99
Sim	9	30	21	70			
Não	319	48,78	335	51,22			
Suporte social					0,002	1,95	1,27 – 3,00
Sempre	291	50,43	286	49,56			
Algumas vezes ou nunca	37	34,25	71	65,74			
Polifarmácia					0,000	2,02	1,40 – 2,92
Sim	56	34,78	105	65,21			
Não	272	51,9	252	48,1			
Incontinência					0,004	1,64	1,17 – 2,29
Sim	76	39,18	118	60,82			
Não	252	51,32	239	48,68			
Aparentemente vulnerável					0,000	0,33	0,22 – 0,49
Sim	66	43,42	86	56,58			
Não	203	70	87	30			