



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

cecilia@claves.fiocruz.br

Associação Brasileira de Pós-Graduação
em Saúde Coletiva
Brasil

Jerez-Roig, Javier; Bezerra Souza, Dyego Leandro; Paes de Andrade, Fabienne Louise
Juvêncio; Fagundes de Lima Filho, Bartolomeu; de Medeiros, Rafaela Jordânia; Dantas
de Oliveira, Nayara Priscila; Macêdo Cabral Neto, Sadote; Costa Lima, Kenio
Autopercepção da saúde em idosos institucionalizados
Ciência & Saúde Coletiva, vol. 21, núm. 11, noviembre, 2016, pp. 3367-3375
Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63048304007>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Autopercepção da saúde em idosos institucionalizados

Self-perceived health in institutionalized elderly

Javier Jerez-Roig¹

Dyego Leandro Bezerra Souza¹

Fabienne Louise Juvêncio Paes de Andrade¹

Bartolomeu Fagundes de Lima Filho²

Rafaela Jordânia de Medeiros²

Nayara Priscila Dantas de Oliveira¹

Sadote Macêdo Cabral Neto²

Kenio Costa Lima¹

Abstract *This study aimed to verify health self-perception, its prevalence and associated factors in institutionalized elderly. A cross-sectional study is presented herein, conducted in 10 Long-Term care Institutions for the Elderly (LTIE) in the city of Natal (Northeast Brazil), between October and December 2013. Sociodemographic variables were analyzed, along with institution-related and health state variables. Descriptive and bivariate analyses were carried out (Chi-squared test, Fisher's exact test or linear trend Chi-squared test), as well as multivariate analysis (logistic regression). The final sample consisted of 127 elderly. The prevalence of negative self-perceived health was 63.19% (CI 95%: 55.07-70.63), and was associated with weight loss (PR: 1.54; CI 95%: 1.19-1.99), rheumatic disease (PR: 1.46; CI 95%: 1.05-2.01) and not-for-profit LTIE (PR: 1.37; CI 95%: 1.03-1.83), adjusted by sex. More than half of the elderly reported negative self-perceived health, which was associated with weight loss, rheumatic disease and type of institution. Actions must be developed to promote better health conditions in LTIE, such as nutrition consulting and physical therapy, to improve quality of life.*

Key words *Aged, Cross-Sectional studies, Geriatric assessment, Homes for the aged, Institutionalization*

Resumo *Este trabalho objetivou determinar a autopercepção da saúde em idosos institucionalizados, assim como verificar a prevalência de percepção negativa da saúde e seus fatores associados. Trata-se de estudo transversal realizado em 10 instituições de longa permanência para idosos (ILPI) da cidade de Natal, entre outubro e dezembro de 2013. Foram analisadas variáveis sociodemográficas, relacionadas à ILPI e às condições de saúde. Realizou-se a análise descritiva, bivariada mediante os testes qui-quadrado, exato de Fisher ou qui-quadrado de tendência linear, assim como multivariado mediante regressão logística. A amostra foi de 127 idosos. A prevalência de autopercepção negativa da saúde foi de 63,19% (IC 95%: 55,07-70,63), e esteve associada à perda de peso (RP: 1,54; IC 95%: 1,19-1,99), doença reumática (RP: 1,46; IC 95%: 1,05-2,01) e ILPI sem fins lucrativos (RP: 1,37; IC 95%: 1,03-1,83), ajustado por sexo. É fundamental desenvolver ações de promoção da saúde nas ILPI, como aquelas baseadas na nutrição e fisioterapia que atuem sobre esses agravos à saúde, com vistas a melhorar a qualidade de vida.*

Palavras-chave *Avaliação geriátrica, Estudos Transversais, Idoso, Institucionalização, Instituição de Longa Permanência para Idosos.*

¹Departamento de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Av. Senador Salgado Filho 1787, Lagoa Nova. 59010-000 Natal RN Brasil.

javierjerez81@hotmail.com

²Departamento de Fisioterapia, UFRN. Natal RN Brasil.

Introdução

O avanço da medicina e da tecnologia tem ocasionado um prolongamento da vida do ser humano, e aliado à diminuição das taxas de fecundidade e mortalidade, um crescimento da população idosa brasileira. Apesar de este fenômeno supor um ganho da sociedade, também representa um importante desafio se os anos de vida adicionais não forem vividos em condições de saúde adequadas¹.

A saúde é primordial para garantir independência, autonomia e, principalmente, uma continuidade e contribuição dos idosos à sociedade. Principalmente com o decorrer da idade, os problemas de saúde se tornam mais evidentes, tornando assim, na maioria das vezes, a percepção de saúde referida de forma negativa, interferindo desse modo no bem-estar relatado pelos idosos².

A busca por uma percepção de saúde satisfatória está ligada com aspectos sociodemográficos, econômicos, culturais, psicológicos e ainda com a capacidade física. Entretanto, há uma discrepância na mensuração desta, em decorrência dos diferentes contextos em que a população está inserida. Um dos mecanismos de aferir esses aspectos é a autopercepção da saúde, a qual pode ser mensurada por avaliações feitas pelos próprios indivíduos e/ou morbidade referida.

Existem fortes evidências de que a saúde percebida é um excelente preditor da objetiva, ou seja, do número de doenças crônicas, grau de incapacidade funcional e depressão, que resulta em uma conjectura da mortalidade na população idosa³. Além disso, aspectos sociodemográficos como a idade, o sexo, o nível de escolaridade e a renda são alguns dos fatores associados à percepção de saúde encontrados na literatura². Assim, os homens possuem uma capacidade maior de transformar doença física em sofrimento emocional, se comparado com as mulheres, enquanto que, no geral, as mulheres relatam sua saúde como ruim com mais recorrência que os homens^{4,5}. Ainda, indivíduos que consideram sua saúde como ruim apresentam um risco aumentado de hospitalização, institucionalização e de mortalidade, comparando-se com aqueles que referem ter uma saúde excelente^{2,6,7}.

Existem escassos estudos sobre a autoavaliação da saúde na América Latina, especialmente em idosos institucionalizados⁸. Contudo, é importante aprimorar o conhecimento sobre os aspectos envolvidos na autoavaliação da saúde, podendo então identificar áreas e/ou subgrupos mais vulneráveis de idosos, bem como contribuir

à formulação de programas de promoção da saúde. Assim, o objetivo deste trabalho é verificar a autopercepção da saúde em idosos institucionalizados, e também os fatores associados à percepção ruim da saúde.

Métodos

Trata-se de um estudo do tipo transversal, desenvolvido em 10 (71,4%) das 14 instituições de longa permanência para idosos (ILPI) cadastradas na Vigilância Sanitária (VISA) do município de Natal-RN (Brasil), das quais 5 são instituições privadas e 5 sem fins lucrativos (não constam ILPI de âmbito público). As outras 4 (28,6%) ILPI recusaram participar na pesquisa. A amostra foi coletada a partir dos cadastros atualizados de idosos de cada instituição, sendo incluídos no estudo todos os indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos que estavam presentes nas instituições durante o período de realização da pesquisa. Os idosos que não se encontravam na ILPI por internação hospitalar, bem como aqueles residentes em estado terminal ou sem capacidade cognitiva suficiente para responder questionários, foram excluídos do estudo.

Os dados foram coletados no período de outubro a dezembro de 2013 e foi realizado um estudo piloto em 25 idosos da primeira ILPI estudada. Os questionários foram aplicados por pesquisadores previamente treinados, que assistiram a reuniões dos membros da equipe. A autopercepção da saúde se avaliou mediante a pergunta “como o (a) senhor (a) consideraria seu estado de saúde atual?”. A variável dependente do estudo foi dicotomizada: percepção boa (categorias “excelente” e “boa”) e ruim (categorias “regular”, “ruim” e “muito ruim”)^{4,9}.

Para cada indivíduo foram aferidas informações sobre condições sociodemográficas (idade, sexo, raça, escolaridade, estado civil, filhos, tipo de ILPI, tempo e motivo de institucionalização, ocupações no tempo livre, aposentadoria, administração do dinheiro, plano de saúde e relação do número de idosos por cuidador) e estado de saúde (doenças crônicas, uso diário de fármacos, consumo de tabaco e álcool, prática e nível de atividade física, exaustão, índice de massa corporal, perda de peso, presença de incontinência urinária e fecal, estado de mobilidade, capacidade funcional e cognitiva). As doenças analisadas foram: hipertensão arterial, diabetes, câncer, doença pulmonar, acidente cerebrovascular, demência (incluída a doença de Alzheimer), doença de

Parkinson, osteoporoses, insuficiência renal, doença cardiovascular, doença reumática, doença mental, depressão, dislipidemia e outras não especificadas. Tais informações foram obtidas nos prontuários ou foram fornecidas por funcionários das instituições (assistentes sociais, técnicos de enfermagem ou cuidadores).

A capacidade cognitiva foi analisada mediante o Teste de Pfeiffer, que avalia a memória a longo e curto prazo, orientação, informação sobre feitos cotidianos e capacidade matemática. Tal instrumento permite a classificação do idoso em função mental intacta, declínio cognitivo leve, moderado ou severo, levando em consideração a escolaridade do avaliado¹⁰. Já a presença/ausência de incapacidade funcional, foi considerada quando o indivíduo apresentava dependência para uma ou mais atividades básicas da vida diária (ABVD) do Índice de Katz¹¹.

O índice da massa corporal (IMC) foi calculado a partir da relação do peso (em Kg) e da altura (em metros) ao quadrado. As medidas de peso e estatura foram mensuradas conforme as técnicas recomendadas pela *World Health Organization* (1995). Para a tomada de peso foi utilizada balança eletrônica da marca Tanita®, com capacidade de 150 kg e precisão de 100g. A estatura total foi obtida conforme a média de duas mensurações, com um estadiômetro portátil do tipo Altura exata (precisão de 1 mm). Para a classificação dos valores de IMC foi considerado o estabelecido no protocolo do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN (2008) para idosos: baixo peso ($< 22 \text{ kg/m}^2$), eutrófico (≥ 22 e $< 27 \text{ kg/m}^2$) e sobrepeso ($\geq 27 \text{ kg/m}^2$)¹². A perda involuntária de peso foi avaliada mediante a pergunta “no último ano, o senhor (a) perdeu mais de 4,5 kg ou 5% do peso sem intenção (isto é, sem dieta ou regime)?”¹³. Em caso de dúvidas ou quando o idoso ignorasse tal informação, foram interrogados os nutricionistas da instituição.

Utilizou-se a versão curta do *International Physical Activity Questionnaire* (IPAQ) para avaliar o nível de atividade física dos indivíduos. Trata-se de um instrumento adaptado transculturalmente e validado para a população idosa brasileira, que leva em consideração o tempo despendido na última semana, com duração mínima de 10 minutos contínuos, em três atividades: caminhada, atividades de intensidade moderada e vigorosa. A soma dos gastos energéticos (MET-minutos/semana) foram multiplicados pelo peso do idoso e dividido por 60 quilogramas. Os menores quintis destes resultados, estratificados por gênero, foram identificados e utilizados como

ponto de corte para classificar o baixo nível de atividade física¹⁴.

O trabalho faz parte do projeto de pesquisa ‘Envelhecimento humano e saúde: a realidade dos idosos institucionalizados da cidade do Natal/RN’, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). A mesma instituição aprovou uma emenda ao projeto original para acrescentar o estudo de outras variáveis e a realização do presente estudo. Além disso, foi obrigatório o preenchimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelo idoso ou seu tutor legal e pelo seu cuidador direto.

Inicialmente, realizou-se uma análise comparativa entre os grupos incluído e excluído, mediante o teste qui-quadrado e t de Student, assim como uma apresentação dos dados através da estatística descritiva do grupo participante. Em seguida, através da estatística inferencial, realizou-se a análise bivariada através do teste qui-quadrado (ou teste exato de Fisher) e do teste qui-quadrado de tendência linear. Foi verificada a magnitude da associação através da razão de prevalência para cada uma das variáveis independentes em relação à variável dependente, a um nível de significância de 95%. As variáveis com valor de *p* menor que 0,225 foram analisadas mediante a regressão logística para a construção do modelo multivariado, mediante o método *stepwise forward*. A permanência da variável na análise múltipla deu-se através do teste da razão de verossimilhança (*Likelihood Ratio Test*), ausência de multicolinearidade, bem como sua capacidade de melhorar o modelo através do teste de Hosmer and Lemeshow. Fez-se a transformação de *odds ratio* a razão de prevalência segundo proposto por Miettinen e Cook¹⁵.

Resultados

Do total de 350 residentes, 11 (3,1%) indivíduos recusaram responder o questionário, 1 (0,3%) era menor de 60 anos e foram excluídos 189 (54,0%) que não foram capazes de responder, 4 (1,1%) hospitalizados e 1 (0,3%) em fase terminal.

Em uma análise comparativa entre o grupo de indivíduos que não foram incluídos no estudo e aqueles que formaram parte da amostra selecionada, não houve diferenças estatisticamente significativas nas variáveis sociodemográficas, exceto que o grupo respondente possuía menor idade ($p < 0,001$): 79,4 anos (DP: 8,2) versus 82,8 anos (DP: 9,4). Quanto ao estado de saúde, ob-

servou-se que o grupo participante apresentou menor proporção de restrição de mobilidade ($p < 0,001$), sedentarismo ($p < 0,001$), dependência funcional ($p < 0,001$), incontinência urinária e fecal ($p < 0,001$) e de doenças neurológicas e psiquiátricas como o acidente vasculocerebral ($p = 0,001$), demência ($p < 0,001$) e doenças mentais ($p = 0,011$). No entanto, no grupo participante foi maior a frequência de hipertensão arterial ($p < 0,001$), diabetes ($p = 0,011$), câncer ($p = 0,046$), osteoporose ($p = 0,013$), doença reumática ($p = 0,001$), depressão ($p = 0,022$) e dislipidemia ($p < 0,001$). Quanto às variáveis quantitativas, os participantes tomavam maior número de medicamentos, 5,5 (DP: 3,1) versus 4,0 (DP: 2,6), possuíam maior número total de doenças crônicas, 2,7 (DP: 1,5) versus 2,2 (DP: 1,4), e apresentavam um maior IMC, 25,4 (DP: 6,7) versus 19,5 (DP: 6,8), sendo essas diferenças estatisticamente significativas ($p \leq 0,001$) no teste t de Student. Não houve diferença significativa entre os grupos quanto à ocorrência de quedas.

Sendo assim, a amostra total foi composta por 144 idosos, a maioria do sexo feminino (79,2%) e com média de idade de 79,4 (DP: 8,2). A maior parte dos residentes pertencia a instituições sem fins lucrativos (64,6%), era aposentada (91,7%) e não possuía plano de saúde (58,3%). Verificou-se que 80 (55,6%) idosos tinham filhos e o número médio de filhos foi de 1,9 (DP: 2,4). O tempo médio de residência foi de 57,3 meses (DP: 62,8) e existiam 7,1 residentes por cuidador (DP: 4,3) nas instituições. A maioria (97,2%) fazia uso de medicação, e o número médio de fármacos por idoso foi de 5,5 (DP: 3,1).

No que diz respeito ao estilo de vida, apenas 7 (4,9%) faziam uso de álcool, 13 (9,0%) eram fumantes, 37 (25,7%) ex-fumantes e 94 (65,3%) sedentários. Do total, 77 (53,5%) idosos tinham algum tipo de ocupação no tempo livre: 30 (20,8%) realizavam passeios, 25 (17,4%) atividades artesanais, 14 (9,7%) espirituais, 8 (5,6%) domésticas e 7 (4,9%) jogos. Além disso, 31 indivíduos (21,5%) realizavam outros tipos de atividades, entre as quais se incluía a terapia ocupacional.

Um total de 136 (94,4%) eram portadores de doenças crônicas. Especificamente, 92 (63,9%) hipertensão arterial, 47 (32,6%) diabetes, 34 (23,6%) dislipidemia, 29 (20,1%) doença mental, 28 (19,4%) demência (incluía a doença de Alzheimer), 23 (16,0%) osteoporose, 21 (14,6%) depressão, 18 (12,5%) doença cardiovascular, 17 (11,8%) doença reumática, 13 (9,0%) acidente vasculocerebral, 10 (6,9%) doença de Parkinson,

10 (6,9%) câncer, 9 (6,3%) doença pulmonar e 7 (4,9%) insuficiência renal. Foi verificado que 10 (6,9%) sofreram quedas durante os 30 dias prévios à avaliação, e 59 (41,0%) e 23 (16,0%) incontinência urinária e fecal, respectivamente.

Como mostra a Tabela 1, 36,8% dos indivíduos apresentava restrição do estado de mobilidade e 53,5% incapacidade funcional para uma ou mais atividades básicas da vida diária. A frequência de incapacidade cognitiva, segundo a escala de Pfeiffer, foi de 79,9%.

Do total da amostra, 10 (6,9%) consideraram o estado de saúde como excelente, 43 (29,9%) como bom, 56 (38,9%) regular, 23 (16,0%) ruim e 12 (8,3%) muito ruim. A prevalência de percepção negativa da saúde foi de 63,19% (IC 95%: 55,07-70,63). Na Tabela 2 consta a análise bivariada entre a percepção ruim da própria saúde e as variáveis independentes que obtiveram valor de p menor que 0,225 e não foram incluídas no modelo múltiplo.

Por fim, a Tabela 3 mostra o modelo final, com valor do teste de Hosmer-Lemeshow de 0,920. Mediante a análise multivariada, foi verificado que a autopercepção negativa da saúde em idosos institucionalizados esteve associada à perda involuntária de peso durante o último ano ($p = 0,001$), doença reumática ($p = 0,023$) e ILPI sem fins lucrativos ($p = 0,033$), controlado por sexo ($p = 0,216$).

Discussão

A análise descritiva deste trabalho mostra que aproximadamente 63% dos indivíduos analisados consideraram sua saúde como ruim. Como esperado, esta proporção é maior à encontrada em idosos brasileiros não institucionalizados, que varia entre 11 e 40%^{3,9,16,17}, mas também superior à identificada em outros estudos realizados em idosos institucionalizados^{7,18,19}. No único trabalho encontrado na literatura nacional, verificou-se que aproximadamente 51% dos residentes de ILPI de Pelotas (RS) avaliaram a própria saúde como ruim⁷. Já estudos internacionais também reportam taxas inferiores. Em uma pesquisa em idosos institucionalizados da China foi reportada uma prevalência de 53%¹⁸, enquanto que em uma amostra representativa de residentes de instituições em Madri (Espanha) essa proporção foi de 45%¹⁹.

Quanto ao critério metodológico para avaliar a percepção da saúde, diversos estudos têm dicotomizado essa variável, considerando a categoria

Tabela 1. Distribuição de frequência de variáveis sociodemográficas e de saúde dos idosos institucionalizados. Natal, RN, Brasil, 2015.

Variáveis	n	%	Variáveis	n	%
Idade			Nível atividade física (IPAQ)		
60 a 69 anos	24	16,7	Baixo	69	48,6
70 a 79 anos	40	27,8	Normal	73	51,4
80 a 89 anos	68	47,2	IMC		
90 anos e mais	12	8,3	Baixo peso	42	31,1
Cor/raça			Eutrofia	44	32,6
Branca	84	58,3	Sobrepeso	49	36,3
Parda	43	29,9	Perda de peso		
Negra	15	10,4	Sim	42	29,8
Amarela	1	0,7	Não	99	70,2
Indígena	1	0,7	Mobilidade		
Escolaridade			Acamado	3	2,1
Analfabeto	27	20,1	Cadeirante	19	13,2
Alfabetizado/ensino fundam. I	50	37,3	Caminha com ajuda	31	21,5
Ensino fundam. II	15	11,2	Caminha sem ajuda	91	63,2
Ensino médio	26	19,4	Capacidade funcional		
Ensino superior	16	11,9	A (independente)	67	46,5
Estado civil			B	28	19,4
Solteiro	64	44,7	C	2	1,4
Casado	14	9,8	D	2	1,4
Divorciado	19	13,3	E	14	9,7
Viúvo	46	32,1	F (dependente)	8	5,6
Motivo de institucionalização			G (não classificável)	23	16,0
Sem cuidador	54	38,0	Estado cognitivo (Pfeiffer)		
Morava sozinho	22	15,5	Intacto	29	20,1
Sem moradia	4	2,8	Declínio cognitivo leve	24	16,7
Doença	17	12,0	Declínio cognitivo moderado	64	44,4
Opção própria	11	7,7	Declínio cognitivo severo	27	18,8
Outros motivos	16	11,3			
Vários motivos	18	12,7			
Administração do dinheiro					
Próprio idoso	16	11,1			
Familiares ou outra pessoa	56	38,9			
Instituição	41	28,5			
Instituição e familiares	10	6,9			
Instituição e idoso	13	9,0			
NA (idoso sem renda)	6	4,2			

NA: não aplicável.

regular/razoável e ruim^{2,4,7-9,17} ou regular, ruim e muito ruim¹⁸, como realizado neste trabalho. Já outros autores incluíram a categoria regular junto às categorias boa, muito boa/excelente³. Neste estudo decidiu-se incluir a categoria regular na consideração da percepção negativa da saúde, opção mais comum na literatura, devido ainda a que a distribuição do dado facilitou a análise inferencial.

No que diz respeito às causas da elevada prevalência da percepção negativa da saúde encontrada neste estudo, caberia pensar nos dois

componentes da autoavaliação da saúde. Primeiramente, essa é, em parte, consequência de aspectos mais subjetivos, representação das dimensões sociais e emocionais da saúde e o bem-estar, o qual por sua vez pode ter sido influenciado pela elevada frequência de sintomas depressivos desta amostra^{18,19}. Por outro lado, a avaliação negativa da saúde pode ter uma relação direta com indicadores objetivos, aspecto já fundamentado na literatura científica¹⁸. Dentre eles, devem ser levados em consideração os determinantes sociodemográficos da saúde. Nesse sentido, dois estudos

Tabela 2. Análise bivariada entre a autopercepção negativa da saúde e as variáveis independentes em idosos institucionalizados da cidade do Natal/RN. Natal, RN, Brasil, 2015.

Variáveis	Autopercepção negativa		p	RP (IC: 95%)
	n	%		
Idade				
60-80	44	62,9	0,935*	1,00
81 e mais	47	63,5		1,01 (0,79-1,30)
Filhos				
Sim	47	58,8	0,193*	1,00
Não	43	69,4		1,18 (0,92-1,51)
Aposentado				
Sim	86	65,2	0,192*	1,00
Não	5	45,5		0,70 (0,36-1,35)
Motivo instit.: sem cuidador				
Não	53	60,2	0,221*	1,00
Sim	38	70,4		1,17 (0,92-1,49)
Atividade física				
Sim	27	54,0	0,095*	1,00
Não	64	68,1		1,26 (0,94-1,69)
Ocupação				
Sim	45	58,4	0,205*	1,00
Não	46	68,7		1,17 (0,92-1,51)
Atividades artesanais				
Sim	12	48,0	0,083*	1,00
Não	79	66,4		1,38 (0,90-2,12)
Outras atividades				
Sim	24	77,4	0,064*	1,00
Não	67	59,3		0,77 (0,60-0,98)
Relação idosos/cuidador				
0-6,5	31	70,5	0,136‡	1,00
7-8	31	64,6		0,92 (0,69-1,22)
8,5 e mais	29	55,8		0,79 (0,58-1,08)
Doenças crônicas				
Não	2	25,4	0,052†	1,00
Sim	89	65,4		2,62 (0,78-8,75)
Demência				
Não	77	66,4	0,107*	1,00
Sim	14	50,0		0,75 (0,51-1,11)
Quedas				
Não	82	61,2	0,092†	1,00
Sim	9	90,0		1,47 (1,15-1,88)

Nota: contém as variáveis idade e aquelas com valor de p menor que 0,225 que não foram incluídas no modelo final. * Teste qui-quadrado; † Teste Exato de Fisher; ‡ Teste qui-quadrado de tendência linear. Fonte: própria.

identificaram maior relato de percepção negativa da saúde na população da Região Nordeste, achado atribuído às piores condições de saúde e assistência^{9,20}. Além disso, os idosos institucionalizados da cidade do Natal são caracterizados, em modo geral, pelo alto grau de incapacidade e enfraquecimento da saúde, embora os indivíduos com maior declínio cognitivo tivessem sido excluídos deste estudo²¹.

Quanto aos fatores associados à percepção ruim da saúde, no presente trabalho os fatores sociodemográficos, como a idade e o sexo, não estiveram associados ao desfecho, como observado em estudo realizado na Espanha¹⁹. A análise múltipla mostrou que a avaliação negativa da saúde esteve independentemente associada a certas variáveis relacionadas ao estado de saúde, como são a perda de peso durante o último ano

Tabela 3. Análise bivariada mediante o teste de qui-quadrado e análise multivariada das variáveis do modelo final para a autopercepção negativa da saúde em idosos institucionalizados. Natal, RN, Brasil, 2015.

Variáveis	Percepção negativa da saúde		RP (IC: 95%)	RP ajustada (IC: 95%)
	n	%		
Perda de peso				
Não	55	55,6	1,00	1,00
Sim	34	81,0	1,46 (1,16-1,83)	1,54 (1,19-1,99)
Doença reumática				
Não	77	60,6	1,00	1,00
Sim	14	82,4	1,36 (1,05-1,76)	1,46 (1,05-2,01)
Tipo de instituição				
Com fins lucrativos	27	52,9	1,00	1,00
Sem fins lucrativos	64	68,8	1,30 (0,97-1,74)	1,37 (1,03-1,83)
Sexo				
Homem	22	73,3	1,00	1,00
Mulher	69	60,5	0,82 (0,63-1,07)	0,82 (0,60-1,12)

e a presença de doença reumática, assim como a uma variável relacionada à instituição (ILPI sem fins lucrativos).

Dentre esses fatores, a perda involuntária de peso foi o mais fortemente associado à autoavaliação negativa da saúde. Trata-se de uma variável que pode indicar o declínio do estado de saúde, e representa, classicamente, um dos indicadores próprios do fenótipo da fragilidade¹³. Em um estudo realizado em idosos institucionalizados dos EUA, foi encontrada associação estatisticamente significativa entre fragilidade e menor qualidade de vida. Devido à forte relação entre a percepção da própria saúde e a qualidade de vida, tem sido sugerido que esta poderia melhorar neste grupo populacional em aumento por meio de ações de luta contra o processo de fragilidade²².

Quanto às doenças crônicas, os idosos que as sofriam apresentaram maior proporção de autorrelato negativo da saúde. Alves e Rodrigues², em um estudo transversal realizado em mais de 2.000 idosos do Município de São Paulo, encontraram uma forte associação entre a percepção da saúde e o número de morbidades. Ainda, outra pesquisa corroborou o mesmo achado em idosos institucionalizados, assim como ausência de associação com a idade e o sexo¹⁹. No entanto, no presente trabalho a autopercepção negativa da saúde não esteve associada de maneira estatisticamente significativa com a presença nem o número de doenças crônicas, em que a única patologia crônica que se manteve no modelo final foi a doença reumática.

Os pacientes portadores de patologias musculoesqueléticas frequentemente sofrem dor, restrição da mobilidade e limitação funcional, fatores que podem levar à piora da qualidade de vida e à autoavaliação ruim da saúde²³. Além disso, um estudo mostrou o efeito negativo adicional da doença reumática à carga de morbidades, o qual afeta, por sua vez, a funcionalidade e a qualidade de vida²⁴. Apesar disso, nesta amostra, a percepção ruim da própria saúde não esteve associada à dependência funcional para as ABVD, como foi reportado no estudo realizado na Espanha¹⁹.

Outro fator associado identificado no presente trabalho foi o tipo de instituição; nas ILPI sem fins lucrativos a proporção de residentes que consideraram sua saúde como ruim foi maior que nas privadas, e essa associação foi significativa no modelo final. Outros autores não encontraram diferenças estatisticamente significativas na percepção da saúde entre instituições públicas e privadas. No entanto, cabe levar em consideração que neste estudo não existiam ILPI filantrópicas, e que na Espanha o perfil de residente não é tão diferenciado segundo o tipo de instituição como é na realidade brasileira¹⁹.

No Brasil, a maioria das ILPI são de natureza filantrópica e as de caráter público representam menos de 7% do total; de fato, em Natal não existem ILPI públicas. Apesar da função híbrida socio sanitária destas residências coletivas, o frequente avançado declínio da saúde dos residentes faz com que os serviços médicos prevaleçam sobre a oferta de atividades de lazer e sociais, es-

pecialmente nas ILPI sem fins lucrativos²⁵. Esse baixo estímulo à integração social, junto com fatores como a escassez de profissionais e a realidade do abandono social, mais característicos das instituições filantrópicas, poderia explicar a maior proporção de idosos que perceberam sua saúde como ruim nesse tipo de ILPI.

O presente trabalho apresenta algumas limitações que devem ser reconhecidas. Primeiramente, as doenças crônicas podem ter sido subregistradas, devido à escassez de profissionais de saúde e subsequentes pareceres diagnósticos realizados. No entanto, foi coletada a máxima quantidade possível de informação, consultando os prontuários e entrevistando os trabalhadores das instituições e os próprios idosos. Ainda, cabe pensar na possibilidade de ter acontecido erro de tipo II devido ao tamanho da amostra, que foi afetado pela elevada proporção de casos excluídos por incapacidade cognitiva para responder questionários.

Apesar disso, o presente estudo destaca pela representatividade da amostra, conseguida graças à participação da maioria das ILPI da cidade de Natal e ao baixo número de recusas dos residen-

tes. Após a realização de uma profunda revisão de literatura, esta parece ser a primeira pesquisa que analisou os fatores associados à autopercepção da saúde em idosos institucionalizados do Brasil.

Conclusão

Pode ser concluído que mais de 60% dos idosos institucionalizados da cidade de Natal consideraram sua saúde como ruim, prevalência considerada alta se comparado com outros estudos nacionais e internacionais. O relato de percepção ruim da saúde esteve associado à perda de peso, doença reumática e ILPI sem fins lucrativos, indicando a importância dessas variáveis relacionadas ao estado de saúde e das características da institucionalização. É fundamental o desenvolvimento de ações de controle das doenças crônicas e da promoção da saúde com vistas à melhora da qualidade de vida deste grupo populacional. Considerando a lacuna de conhecimento existente na literatura científica, são necessários novos estudos que analisem a autoavaliação da saúde em idosos institucionalizados.

Colaboradores

Todos os autores contribuíram na concepção e o delineamento ou a análise e interpretação dos dados; redação do artigo ou a sua revisão crítica; e aprovação da versão a ser publicada.

Referências

- Pereira KCR, Alvarez AM, Traebert JL. Contribuição das condições sociodemográficas para a percepção da qualidade de vida em idosos. *Rev Bras Geriatr Gerontol* 2011; 14(1):85-95.
- 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):333-341.
- Pagotto V, Nakatani AY, Silveira EA. Factors associated with poor self-rated health in elderly users of the Brazilian Unified National Health System. *Cad Saude Publica* 2011; 27(8):1593-1602.
- Silva RJ, Smith-Menezes A, Tribess S, Romo-Perez V, Virtuoso JS Jr. Prevalence and factors associated with negative health perception by the Brazilian elderly. *Rev Bras Epidemiol* 2012; 15(1):49-62.
- Saevareid HI, Thygesen E, Nygaard HA, Lindstrom TC. Does sense of coherence affect the relationship between self-rated health and health status in a sample of community-dwelling frail elderly people? *Aging Ment Health* 2007; 11(6):658-667.
- Nielsen AB, Siersma V, Waldemar G, Waldorff FB. The predictive value of self-rated health in the presence of subjective memory complaints on permanent nursing home placement in elderly primary care patients over 4-year follow-up. *Age Ageing* 2014; 43(1):50-57.
- Del Duca GF, Nader GA, Santos IS, Hallal PC. Hospitalization and risk factors among elderly individuals living in nursing homes. *Cad Saude Publica* 2010; 26(7):1403-1410.
- Wong R, Pelaez M, Palloni A. Self-reported general health in older adults in Latin America and the Caribbean: usefulness of the indicator. *Rev Panam Salud Publica* 2005; 17(5-6):323-332.
- Pavão AL, Werneck GL, Campos MR. Self-rated health and the association with social and demographic factors, health behavior, and morbidity: a national health survey. *Cad Saude Publica* 2013; 29(4):723-734.
- Pfeiffer E. A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients. *J Am Geriatr Soc* 1975; 23(10):433-441.
- Lino VT, Pereira SR, Camacho LA, Ribeiro Filho ST, Buksman S. Cross-cultural adaptation of the Independence in Activities of Daily Living Index (Katz Index). *Cad Saude Publica* 2008; 24(1):103-112.
- Lipschitz DA. Screening for nutritional status in the elderly. *Prim Care* 1994; 21(1):55-67.
- Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, Seeman T, Tracy R, Kop WJ, Burke G, McBurnie MA; Cardiovascular Health Study Collaborative Research Group. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2001; 56(3):M146-M156.
- Matsudo S, Araujo T, Matsudo V, Andrade D, Andrade E, Oliveira LC, Braggion G. Questionário internacional de Atividade Física (IPAQ): Estudo de validade e reprodutibilidade no Brasil. *RBAFS* 2001; 6(2):5-18.
- Miettinen O, Cook E. Confounding: Essence and Detection. *Am J Epidemiol* 1981; (114):593-603.
- Borim FS, Barros MB, Neri AL. Self-rated health in the elderly: a population-based study in Campinas, São Paulo, Brazil. *Cad Saude Publica* 2012; 28(4):769-780.
- Belon AP, Lima MG, Barros MB. Gender differences in healthy life expectancy among Brazilian elderly. *Health Qual Life Outcomes* [periódico na Internet]. 2014 [acessado 2014 Dez 10]; 12(8):[cerca de 10 p.]. Disponível em: <http://www.hqlo.com/content/pdf/1477-7525-12-88.pdf>
- Sereny MD, Gu D. Living arrangement concordance and its association with self-rated health among institutionalized and community-residing older adults in China. *J Cross Cult Gerontol* 2011; 26(3):239-259.
- Damián J, Pastor-Barriuso R, Valderrama-Gama E. Factors associated with self-rated health in older people living in institutions. *BMC Geriatr* [periódico na Internet]. 2008 [acessado 2014 Dez 15]; 8(5): [cerca de 6 p.]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2291468/pdf/1471-2318-8-5.pdf>
- Souza MC, Otero UB, Almeida LM, Turci SR, Figueiredo VC, Lozana JA. Self-rated health and physical disabilities due to health (corrected) problems. *Rev Saude Publica* 2008; 42(4):741-749.
- Jerez-Roig J, Santos MM, Souza DL, Amaral FL, Lima KC. Prevalence of urinary incontinence and associated factors in nursing home residents. *Neurourol Urodyn* 2016; 35(1):102-107.
- Kanwar A, Singh M, Lennon R, Ghanta K, McNallan SM, Roger VL. Frailty and health-related quality of life among residents of long-term care facilities. *J Aging Health* 2013; 25(5):792-802.
- Ahola K, Saarinen A, Kuuliala A, Leirisalo-Repo M, Murtomaa H, Meurman J. Impact of rheumatic diseases on oral health and quality of life. *Oral Dis* 2014; 21(3):342-348.
- Loza E, Jover JA, Rodriguez L, Carmona L, EPISER Study Group. Multimorbidity: prevalence, effect on quality of life and daily functioning, and variation of this effect when one condition is a rheumatic disease. *Semin Arthritis Rheum* 2009; 38(4):312-319.
- Camarano A, Kanso S. As instituições de longa permanência para idosos no Brasil. *Rev Bras Estud Popul* 2010; 27(1):233-235.

Artigo apresentado em 27/05/2015

Aprovado em 17/09/2015

Versão final apresentada em 19/09/2015

