

QUALIDADE DE VIDA E SITUAÇÃO DE SAÚDE DE IDOSOS DE UM MUNICÍPIO DO INTERIOR DE SÃO PAULO

AUTORES

SOUZA Tainara Baptista de
Discente do curso de Nutrição da União das Faculdades dos Grandes Lagos - UNILAGO

COSTA Tainara
Docente do curso de Nutrição da União das Faculdades dos Grandes Lagos - UNILAGO

RESUMO

Estudo transversal com o objetivo de avaliar a qualidade de vida de idosos de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) do município de Bálamo–SP. Os dados foram coletados no mês de setembro de 2019, utilizando o WHOQOL-Bref e um questionário sociodemográfico. A amostra foi constituída de 40 idosos com idade superior a 60 anos e média de 71 anos. Os resultados mostraram maior participação feminina (52,5%), 75% eram casados, 50% apresentaram estado nutricional de eutrofia, 72,5% possuíam o ensino fundamental, 67,5% utilizavam o SUS e 55% consideraram sua saúde como boa. O instrumento WHOQOL-Bref evidenciou uma avaliação positiva, principalmente em relação ao domínio psicológico e ambiental, evidenciando a grande importância das redes sociais na vida dos idosos. Conclui-se que o desenvolvimento de estratégias para melhorar a assistência ao idoso, gerando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade de modo positivo em seu bem-estar psíquico e físico.

PALAVRAS - CHAVE

Qualidade de vida. WHOQOL-Bref. Idoso.

1. INTRODUÇÃO

“Nascer, crescer, desenvolver, reproduzir, envelhecer e morrer”, este é o ciclo básico da vida. Nesta perspectiva, a velhice aparece como última imagem que se cria do ser humano, a última antes da morte, ou seja, um limiar, antes do fim. Essa visão negativa vem sendo substituída por outra, que considera o envelhecimento como um processo continuado, e não um antecedente do fim (FREITAS et al., 2006).

Com o envelhecimento populacional e o aumento da expectativa de vida, os idosos (pessoas acima dos sessenta anos) da atualidade têm se preocupado cada vez mais com um envelhecer saudável, o predomínio das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), específicas das faixas etárias mais avançadas, tem aumentado a necessidade do conhecimento dos fatores de risco que podem afetar a busca da qualidade de vida na melhor idade (CAMPOLINA et al., 2013).

O estado nutricional assume uma importante função na qualidade de vida e de saúde da população, a obesidade consolidou-se como agravo nutricional associado à alta incidência de DCNT, tais como doenças cardiovasculares, câncer e diabetes, influenciando no perfil de morbimortalidade das populações (TOMASI et al., 2014). Por outro lado, a desnutrição apresenta-se fortemente associada ao aumento da incapacidade funcional, aumento no número de internações, redução da qualidade de vida, maior susceptibilidade às infecções e, conseqüentemente, aumento da mortalidade (SOUZA et al, 2014).

As doenças crônicas não transmissíveis (DCTN) estão associadas à própria idade, e se originam do acúmulo de danos, ao longo da vida, causados, sobretudo pela interação entre fatores genéticos, culturais e hábitos não saudáveis, como uma dieta desbalanceada, tabagismo, etilismo e sedentarismo. Um estilo de vida inadequado acaba aumentando a ineficiência metabólica, que contribui substancialmente para a quebra do equilíbrio corporal. Tal fato, lentamente, torna o indivíduo mais suscetível a lesões orgânicas, culminando no desencadeamento das doenças (GOTTLIEB et, al. 2011).

Além dos condicionantes específicos do próprio envelhecimento, existem outros fatores que podem afetar o estado nutricional dessa população, tais como: situação social (pobreza, isolamento social), alterações psicológicas (demência, depressão), condição de saúde (doenças crônicas, disfagia, polifarmácia, alterações na mastigação, perda da capacidade funcional e autonomia), entre outros (BOSTROM et al., 2011).

Nessa perspectiva, o presente trabalho teve por objetivo mapear aspectos relacionados à saúde e qualidade de vida na percepção de idosos.

2. METODOLOGIA

A pesquisa foi realizada na Unidade Básica de Saúde (UBS) de um município do interior de São Paulo, em setembro de 2019 em uma sala individualizada, para evitar riscos de constrangimentos, envolvendo 40 idosos de ambos os sexos, com idade igual ou superior a 60 anos.

Para a coleta de dados foi utilizado um questionário com questões que permite a caracterização da amostra tanto quanto aos aspectos sociodemográficos (idade, sexo, estado civil, escolaridade, peso e altura) e condições de saúde (percepção de saúde, presença de doenças, consultas/internações nos últimos 12 meses, sistema de saúde), elaborado pelos pesquisadores.

Utilizou-se também o *World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL-BREF)* para a avaliação da qualidade de vida. As 26 perguntas do WHOQOL-BREF classificadas como: aspectos gerais,

físicos, psicológicos, sociais e ambientais do indivíduo nas últimas duas semanas. A pontuação de cada item é do tipo Likert (1 a 5) disposta de modo que os maiores valores estão relacionados a uma melhor qualidade de vida, em exceção das questões 3 “dor física”, questão 4 “tratamento” e questão 26 “sentimentos negativos” que a pontuação foi inversa. Todos os entrevistados tinham a escolha de auto preencher seu questionário ou preencher com ajuda da pesquisadora, que foi devidamente treinada(CASTRO; HOKERBERG; PASSOS, 2013).

Os dados antropométricos utilizados foram: massa corporal aferida em quilogramas (kg) com uma balança digital da marca Balmak, com capacidade de 200kg. Antes de subirem na balança, os idosos foram orientados a retirarem os sapatos e o máximo de peças extras do vestuário, se mantendo em pé, com pés unidos no centro da balança em ângulo de 60°, corpo ereto, massa corporal distribuída igualmente nos dois pés, imóveis e com os braços estendidos ao longo do corpo. A altura foi aferida em centímetros (cm), com um estadiômetro portátil da marca Avanutri, com aferição de 20-210cm, o indivíduo foi instruído a manter o corpo ereto, com braços pendentes ao longo do corpo, calcanhares unidos, e os pés descalços. A partir das medidas, foram calculados o IMC (ÍNDICE DE MASSA CORPORAL) -peso corporal (kg) dividido pela estatura (m) elevada ao quadrado (kg/m^2). O estado nutricional dos idosos foi determinado segundo o IMC e analisado de acordo com pontos de corte recomendados pela Organização Pan-americana da Saúde (OPAS, 2002) baixo peso(<23 kg/m^2), eutrofia entre (23-27,9 kg/m^2), sobrepeso (28-29,9 kg/m^2), obesidade (>30 kg/m^2).

A ferramenta estatística utilizada foi o recurso Microsoft Office Excel 2016. Foi utilizado cálculos em termos percentuais do índice de frequência das respostas para posterior representação em forma de tabelas ou gráficos.

Este trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UNILAGO (n. 3.630.386). Os entrevistados foram orientados sobre o estudo, e os que concordaram em participar, assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Entrevistou-se 40 idosos em uma UBS do município de Bálsamo-SP com média de idade de 71 anos. Em relação ao gênero, a maior prevalência foi do público feminino (52,5%), como foi observado no estudo do Levorato et al.(2014) em que as mulheres buscaram serviço de saúde 1,9 vezes mais em relação aos homens.

Tabela 1 –Características sociodemográficas dos idosos avaliados em uma Unidade Básica de Saúde do interior de São Paulo.

CARACTERISTICAS	CLASSIFICAÇÃO	N	%
Sexo	Feminino	21	52,5
	Masculino	19	47,5
Estado Civil	Solteiro	2	5
	Casado	30	75
	Divorciado	1	2,5
	Viúvo	7	17,5

Escolaridade	Analfabeto	2	5
	Ensino fundamental	29	72,5
	Ensino médio	3	7,5
	Ensino Superior	6	15
Plano de saúde	SUS	27	67,5
	Convênio	13	32,5
Condição de saúde considerada pelo paciente	Ótima	2	5
	Boa	22	55
	Média	11	27,5
	Regular	2	5
	Ruim	3	7,5
Acompanhamento médico/hospitalar nos últimos 12 meses	Internação	6	15
	Consultas	22	55
	Sem acompanhamento médico	12	30

Legenda: N: números, % = porcentagem

Os dados do estudos revelaram que 75% dos idosos avaliados eram casados, sugerindo que estes idosos tenham uma melhor qualidade de vida, pois, conforme descrito por Rosa et al.(2007), indivíduos sem parceiros tendem a ter pior desempenho em aspectos estruturais das redes de apoio social, como menor contato com familiares e amigos, além de baixa frequência de ajudas recebidas e prestadas.

Referente à escolaridade,72,5% possuíam apenas o ensino fundamental. Entretanto, um estudo de Grillo e Garoni(2007) associou a baixa escolaridade com dificuldades de acesso às informações, trazendo menores chances de aprendizado sobre o autocuidado, além de dificuldades no entendimento das condutas terapêuticas.

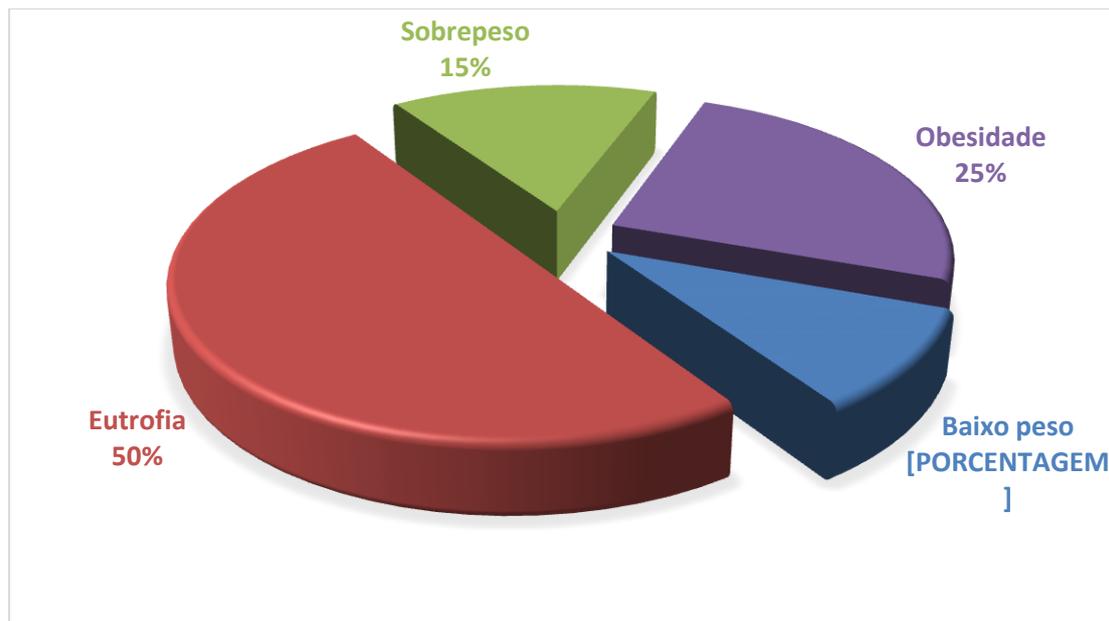
Nesta pesquisa foi possível notar que 67,5% dos idosos utilizam o Sistema Único de Saúde (SUS). No entanto, o estudo de Siqueira et al. (2004) relatou que as modificações no perfil epidemiológico da população aumentaram a proporção de doenças e agravos de DCNT entre os idosos, e elevou a procura por serviços de saúde especializados, em função dessas complicações. Louvison et al. (2008) explicam que a atenção aos idosos no Sistema Único de Saúde tem início na Atenção Primária, onde são desenvolvidas ações de promoção, prevenção e acompanhamento das condições de saúde destas pessoas.

De acordo com a amostra obtida, foi que a maior parte dos idosos (60%) considerava sua saúde entre ótima e boa e isso é de extrema relevância pois, segundo Franco et al.(2012),a autopercepção de saúde vem sendo utilizada em vários estudos, como um método confiável, capaz de expressar vários aspectos da saúde física, cognitiva e emocional dos indivíduos. Pessoas com percepção ruim do estado de saúde apresentam grande perigo à própria vida, em comparação com as que relataram uma saúde boa ou excelente.

No presente estudo, a maioria dos idosos(55%)relatou a ocorrência de consultas nos últimos 12 meses, seguido de 30% de idosos que não fazem acompanhamento médico e 15% que foram internados, dados semelhantes ao estudo de Pereira, Nogueira e Silva (2015) que atribuiu este resultado à presença de doenças ou comorbidades.

A classificação do estado nutricional de acordo com o IMC proposto pela OPAS(2002) está representada na Figura 1.Quanto ao estado nutricional avaliado pelo IMC, 50% dos avaliados apresentaram-se eutróficos porém, houve uma considerável prevalência (40%) de indivíduos que apresentaram sobrepeso e obesidade, o que pode ser justificado pelas alterações que fazem parte do processo fisiológico do envelhecimento e que podem estar relacionados a riscos de agravos para saúde do idoso, tais como doenças crônicas não transmissíveis (TAVARES et al., 2015).

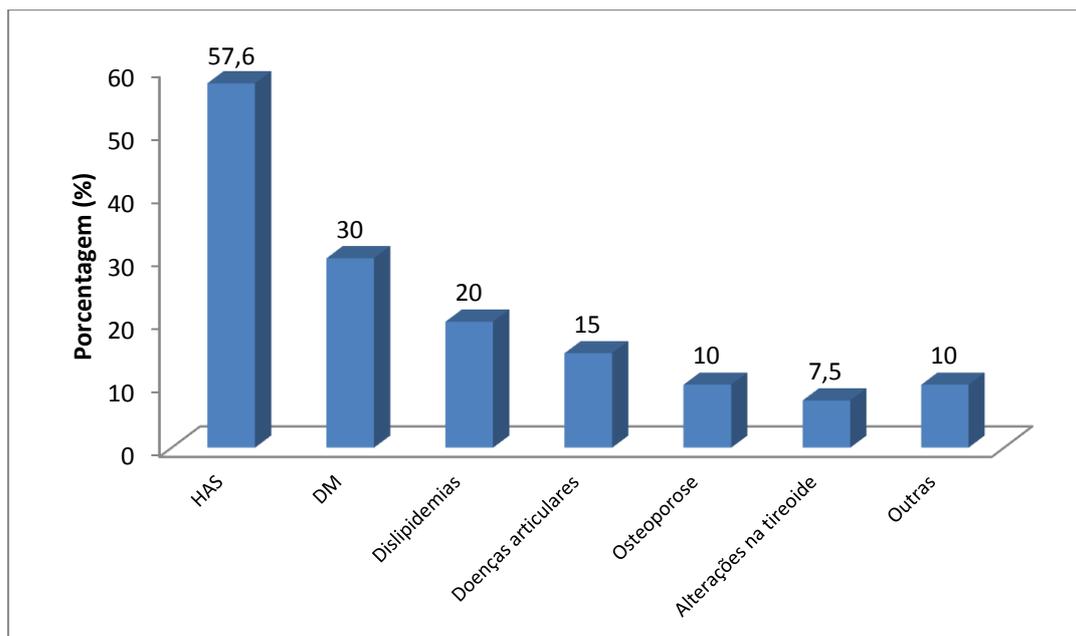
Figura 1– Classificação do estado nutricional de acordo com IMC dos idosos avaliados na UBS do interior de São Paulo.



Legenda: IMC: Índice de Massa Corpórea, UBS: Unidade Básica de Saúde

Na Figura 2 encontram-se as patologias relatadas pelos idosos avaliados. A maioria dos idosos 77,5% relataram a presença de doenças, sendo que 57,6% destes apresentaram HAS, 30% DM, 20% dislipidemias, 15% doenças articulares, 10% osteoporose, 7,5% alterações na tireoide e 10% relataram outras doenças.A maioria dos entrevistados apresentou pelo menos uma doença crônica não transmissível, dentre várias relatadas as que mais chamaram atenção pelo número de pessoas que as possuem foram a pressão arterial sistêmica (23 pessoas) e Diabetes Mellitus (12 pessoas). Este mesmo dado pode ser comparado ao estudo de Ferraz, Reis e Lima(2017) que demonstraram que a maioria dos idosos avaliados eram portadores de HAS e Diabetes Mellitus. Esses achados alertam para preocupação que o Ministério da Saúde tem evidenciado nos últimos anos, em que a associação da HAS e do DM é ainda mais perigosa, pois o uso de medicamentos utilizados por indivíduos que às possuem é maior e a alimentação requer muito mais cuidados, o que por vezes não ocorre da maneira adequada.

Figura 2–Patologias relatadas pelos idosos avaliados em uma Unidade Básica de Saúde do interior de São Paulo.



Legenda: HAS: Pressão Arterial Sistêmica, DM: Diabetes Mellitus.

As médias dos quatro domínios do questionário WHOQOL-BREF e a avaliação da Qualidade de Vida Geral estão descritas na Tabela 2. Segundo o questionário WHOQOL-BREF, observa-se que os domínios da qualidade de vida com maiores escores foi o psicológico, seguido do ambiental e do social. Neste estudo, o domínio com menor contribuição foi o domínio físico, assim como no estudo de Tavares, Côrtes e Dias (2010), em que foi feito um estudo com 2183 idosos. É necessário considerar a capacidade funcional como importante fator de impacto na qualidade de vida em idosos, pois Pereira et al. (2006) destacam que a capacidade funcional, recentemente, para os idosos, e o envelhecimento saudável passa a ser visto como uma interação multidimensional entre saúde física e mental, independência na vida diária, integração social, suporte familiar e independência econômica.

Tabela 2–Distribuição dos escores médios de cada domínio do WHOQOL-bref e da avaliação da Qualidade de vida (QV) geral dos idosos avaliados em uma UBS do interior de São Paulo.

Domínios e QV geral	Percentual Médio ± Desvio padrão
Físico	72,48 ± 9,99
Psicológico	76,35 ± 9,77
Relações sociais	72,83 ± 8,39
Ambiente	74,88 ± 8,74
QV geral	75 ± 12,19

O domínio ambiental foi o que apresentou a segunda maior pontuação neste estudo, demonstrando boa interação dos idosos com o meio ambiente. Porém, esses resultados não condizem com a pesquisa de Stival et al. (2014) no qual este domínio apresentou baixos escores, sendo relacionado ao fato dos idosos não se sentirem seguros e protegidos em seu ambiente doméstico, provavelmente por se tratar de uma região com altos índices de violência, pobreza e precariedade. Pereira et al. (2006) relataram que idosos que se encontram em locais de risco não saem sozinhos e ficam mais propensos a isolamento e

depressão. De acordo com Moraes e Souza(2005), há fortes associações entre o aspecto ambiental e a qualidade de vida de idosos, surgindo sentimentos de segurança, interação social, independência e bem-estar emocional, o que pode explicar a boa pontuação deste domínio por se tratar de uma cidade com boas condições de moradia.

O domínio social contribuiu satisfatoriamente no referido estudo. Neste contexto, estimular e proporcionar atividades de lazer para diminuir o isolamento e aumentar a inclusão do idoso no meio social reflete no desenvolvimento da autoestima e da condição de saúde, como demonstrou Ferraz e Peixoto (1997) em que a fusão entre dados positivos de QV dos idosos e acesso às atividades de lazer destacaram a importância desse fator para a qualidade de vida.

A qualidade de vida geral (QVG) colaborou para um bom resultado neste estudo. Entretanto, nos achados de Almeida-Brasil et al.(2017) as médias dos escores foram relativamente baixas quando comparadas com aquelas obtidas por outros autores, a justificativa foi que o local de estudo era em uma zona de alta vulnerabilidade social. Xavier(2003) deduziu que no idoso, a qualidade de vida pode ser percebida como boa ou ruim de acordo com a forma como cada pessoa vive a velhice, podendo alternar entre os dois extremos (muito bom e péssimo). Nesse sentido, a qualidade de vida depende da análise emocional que cada indivíduo faz dos fatos e está diretamente vinculada à ideia ligada aos acontecimentos e condições de vida.

4. CONCLUSÃO

A presente pesquisa possibilitou o entendimento sobre os aspectos sociodemográficos dos idosos entrevistados. Em relação à qualidade de vida, o instrumento WHOQOL-Bref apresentou uma avaliação positiva, principalmente em relação ao domínio psicológico e ambiental, evidenciando a grande importância das redes sociais na vida dos idosos.

Observa-se a importância da realização de estudos para verificar a influência dos domínios na QV ao longo do processo de envelhecimento. É necessário também ampliar o foco de atenção aos idosos e desenvolver estratégias de planejamento, implementação e avaliação de programas de promoção de saúde do idoso, garantindo melhores condições de vida e saúde, de modo a propiciar um envelhecimento saudável e, conseqüentemente, melhor QV.

No caso da amostra estudada, indica-se o desenvolvimento de ações que visem à socialização e o investimento em atividades sociais e de lazer, como estratégias para melhorar a assistência ao idoso da comunidade em questão. Essa medida, além de criar condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade, influencia de modo positivo seu bem-estar psíquico e físico.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA-BRASIL C. C. et. al. Qualidade de vida e características associadas: aplicação do Whoqol-Bref no contexto da atenção primária de saúde. **Ciência e saúde coletiva**, v. 22, n.5, p. 1705-1716, 2017.

BOSTROM, A.M. et al. Nutrition status among residents living in a veterans' long-term care facility in Western Canada: a pilot study. **Journal of the American Medical Directors Association**, v. 12, n. 3, p. 2017-2025, 2011.

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. **Caderno de saúde pública**, v. 29, p. 1217, 2013.

CASTRO, M.M.L. D; HOKERBERG, Y. H. M; PASSOS, S.R.L. Validade dimensional do instrumento de qualidade de vida WHOQOL-BREF aplicado a trabalhadores de saúde, **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.29, n.7, p.1357-1369,2013.

FERRAZ A.F; PEIXOTO M.R.B Qualidade de vida na velhice: estudo em uma instituição pública de recreação para idosos. **Revista Escola de Enfermagem USP**. v.31, n.38, p.316, 1997.

FERRAZ, M.O.; REIS, L.A.; LIMA, P.V. Condições de saúde de idosos portadores de Diabetes mellitus e hipertensão arterial sistêmica. **Id onLine Revista Multidisciplinar e de Psicologia**, v.10, n.33, p. 56-71: 1981-1179, 2017.

FRANCO, F. C. et al. Análise da percepção do estado de saúde dos idosos da região metropolitana de Belo Horizonte. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 15, n. 2, p. 285- 293, 2012.

FREITAS, E.V. et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. n.1357, 2006.

GOTTLIEB, M. G. V. et al. Envelhecimento e longevidade no Rio Grande do Sul: um perfil histórico, étnico e de morbi-mortalidade dos idosos. **Revista brasileira de geriatria e gerontologia**, v. 14, n. 2, p. 365-380, 2011.

GRILLO, M. F. F.; GORINI, M. I. P. C. Caracterização de pessoas com Diabetes Mellitus Tipo 2. **Revista brasileira de enfermagem**, Brasília, v. 60, n. 1, p. 49-54, 2007.

LEVORATO, C. D. et al. Fatores associados à procura por serviços de saúde numa perspectiva relacional de gênero. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 1263-1274,2014.

LOUVISON M. C. P. et al. Desigualdades no uso e acesso aos serviços de saúde entre idosos do município de São Paulo. **Revista de Saúde Pública**, v.42, n.4, p.733-740, 2008.

MORAES J.F.D, SOUZA V.B.A Fatores associados ao envelhecimento bem-sucedido de idosos socialmente ativos da região metropolitana de Porto Alegre. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v.27 n.4 p.302-308, 2005.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. División de Promoción y Protección de la Salud (HPP). **Encuesta Multicéntrica de Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE) em América Latina el Caribe: Informe Preliminar** [Internet]. In: XXXVI Reunión del Comité asesor de investigaciones em Salud. Kingston, Jamaica: OPAS, 2002.

PEREIRA, R. J et al. Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global de idosos. **Revista de psiquiatria do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre , v. 28, n. 1, p. 27-38, 2006.

PEREIRA,D.S; NOGUEIRA J. A.D; SILVA C. A. B. Qualidade de vida e situação de saúde de idosos: um estudo de base populacional no Sertão Central do Ceará. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v.18, n.4, p. 893-908, 2015.

ROSA T.E. et al. Aspectos estruturais e funcionais do apoio social de idosos do município de São Paulo, Brasil. **Caderno de Saúde pública**, v.12, n. 23 p. 2982-2992, 2007.

SIQUEIRA A.B. et al. Impacto funcional da internação hospitalar de pacientes idosos. **Revista de Saúde Pública**, v.38, n.5, p.687- 694, 2004.

SOUZA, K. T. et al. Baixo peso e dependência funcional em idosos institucionalizados de Uberlândia - MG, Brasil. **Ciências Saúde Coletiva**, v. 19, n. 20, p. 3513, 2014.

STIVAL, M. M et al. Fatores associados à qualidade de vida de idosos que frequentam uma unidade de saúde do Distrito Federal. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia.**, Rio de Janeiro, v.17, n.2, p.395-405, 2014.

TAVARES D.M.S. CÔRTEZ R.M. DIAS F.A. Qualidade de vida e comorbidades entre os idosos diabéticos. **Revista de enfermagem Universidade Estadual do Rio de Janeiro**, Rio de Janeiro, v.18, n. 1, p.97-103, 2010.

TAVARES, E.L. et al.Avaliação nutricional de idosos: desafios da atualidade. **Revista Brasileira de geriatria e gerontologia**, Rio de Janeiro, v.18, n.3, p.643-650, 2015.

TOMASI, E. et al. Utilização de serviços de saúde no Brasil: associação com indicadores de excesso de peso e gordura abdominal. **Caderno de Saúde Pública**, v. 30, n. 24, p. 1515, 2014.

XAVIER, F. M. et al. Elderly people's definition of quality of life. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 31-39, 2003.