

Condições de saúde de mulheres idosas residentes em uma cidade do nordeste do Brasil

Health conditions of elderly women from a city northeast Brazil

Saulo Vasconcelos Rocha ¹; Lélia Renata das Virgens Carneiro ²

¹Mestre em Saúde Coletiva /UEFS, Professor assistente do Departamento de Saúde*; ²Especialista em Gerontologia*

*Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia

Resumo Este estudo teve como propósito identificar as condições de saúde de idosas residentes num município do nordeste do Brasil. A amostra abrangeu 266 idosas com média de idade de $71,5 \pm 7,45$ anos, selecionadas aleatoriamente, participantes de 13 grupos de convivência da Associação de Grupos de Terceira Idade e Universidade Aberta a Terceira Idade no município de Jequié-BA. Os dados foram coletados no período de Junho a Agosto de 2005 por meio de um questionário aplicado em forma de entrevista individual, contendo questões relacionadas à classificação sócioeconômica e percepção de saúde. Para análise dos dados utilizou-se procedimentos da estatística descritiva (média, desvio-padrão) e o teste Qui-quadrado. As pessoas na faixa etária de 60-69 anos representaram uma porcentagem significativa da amostra correspondendo a 51,5% (n= 137), sendo que 48,5% (n=129) referiram ser viúvas. Entre as entrevistadas prevaleceu o baixo nível de escolaridade, arranjo familiar multigeracional e classe econômica baixa. Na avaliação da condição de saúde auto-referida, 65,4% (n=173) referiram sua saúde como negativa (regular ou ruim). A condição de saúde auto-referida esteve associada com uma melhor percepção de saúde com relação aos pares, com o fato de ser portador de artrite, de hipertensão, com um nível sócio econômico mais baixo, não ser portador de diabetes. Ações destinadas a garantir uma melhor condição de renda para idosos são indispensáveis para a melhoria das condições de saúde das pessoas, já que a percepção negativa do estado de saúde esteve associada a uma pior condição de renda.

Palavras-chave Saúde do idoso; Envelhecimento; Assistência a Idosos.

Abstract This study aimed to identify the health conditions of elderly women from a city Northeast Brazil. The sample comprised 266 elderly women with an average age of 71.5 ± 7.45 years, randomly selected. They were participants of 13 convivial groups in the Association of Older Age and the Senior's Open University in the city of Jequié-BA. Data were collected in the period from June to August 2005 by means of a questionnaire applied in the form of a separate interview, with questions related to socioeconomic status and health perception. Descriptive statistics such as mean, standard deviation and Chi-square were used for data analysis. Women in the age group of 60-69 years comprised a significant percentage of the sample accounting for 51.5% (n = 137), of whom 48.5% (n = 129) were widows. Among all of these women, a prevalence of low level of education, family multigerational arrangement and low economic status were observed. In the assessment of self-reported, the condition of health, 65.4% (n = 173) reported their health as negative (regular or bad). This condition was associated with an improvement in understanding health in relation to their partners, since some were hypertensive, had arthritis, with a lower economic status with no diabetes. Actions addressed to better financial condition to the elderly are important for improving these people's health, since the negative perception of health status was associated with a worse condition of income.

Keywords Health of the elderly; Aging; Assistance for seniors.

Introdução

O envelhecimento populacional é atualmente uma realidade na grande maioria dos países, desencadeando a necessidade de mudanças estruturais e políticas para atender as demandas destes sujeitos.

O envelhecimento caracteriza-se como um processo de mudanças universais pautado geneticamente para a espécie e para cada indivíduo, que se traduz na diminuição da plasticidade comportamental, em aumento da vulnerabilidade, em acumulação de perdas evolutivas e no aumento da probabilidade à morte ¹.

De acordo com o estatuto do idoso ² “no Brasil é considerado idoso o indivíduo com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos”.

O atual panorama demográfico do país denota um acentuado crescimento da população idosa, atualmente existem cerca de 17 milhões de idosos no Brasil, e destes, 12,8% possuem mais de 80 anos de idade. Os idosos com 80 anos ou mais somam 1,1% da população brasileira ³

O crescimento do contingente de idosos é comumente detectado em regiões mais desenvolvidas do País, porém nos últimos anos é notório o aumento expressivo e rápido da população idosa em áreas com indicadores socioeconômicos mais desfavoráveis e cujas estruturas etárias apresentam caracteristicamente maior proporção de jovens ⁴.

Na região Nordeste, por exemplo, a população com 60 anos de idade ou mais era da ordem de 3% da população total em 1970 ⁵ crescendo para aproximadamente 6% em 1991 ⁶.

O aumento do número de idosos tem causado um expressivo impacto na saúde pública, devido ao crescente aumento da demanda nos serviços de saúde ⁴. Esse aumento da população idosa brasileira pode representar um grave problema para a sociedade se os anos vividos adicionais não forem vividos em condições de saúde adequadas ⁷.

No estado da Bahia de acordo com os dados da Pesquisa Nacional por Amostra de domicílios (PNAD) 9,6% da população do estado têm idade igual ou superior a 60 anos.

Os estudos sobre população idosa no Brasil ⁸⁻⁹ em sua maioria são realizados na região Sudeste, não se dispondo de informações mais detalhadas oriundas de outras regiões, como Nordeste, onde, em virtude das características das condições econômicas e sociais da região, predispõe a um perfil particular quanto ao envelhecimento da população ⁴

.Neste sentido o objetivo deste estudo é identificar as condições de saúde de idosas residentes num município do nordeste do Brasil.

Espera-se que os resultados dessa pesquisa possam contribuir para entender melhor as condições de saúde dos idosos de um município do nordeste brasileiro, oferecendo assim subsídios para elaboração de políticas públicas e estratégias com vista a promoção da saúde desses idosos..

CASUÍSTICA E MÉTODO

Estudo de corte transversal realizado no município de Jequié, localizado a 365km de Salvador, capital da Bahia, Região Nordeste do Brasil, no período de junho a agosto de 2005. Previamente enviado ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Secretaria Estadual de Saúde da Bahia, o trabalho foi submetido à avaliação e devidamente aprovado, de acordo com o parecer nº 089/2005 daquele órgão. Essa aprovação levou em conta os princípios éticos de respeito à autonomia das

pessoas.

Os sujeitos entrevistados assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido, onde constavam todas as informações relevantes sobre sua participação no estudo.

A amostra foi constituída por 265 mulheres idosas com 60 anos ou mais, residentes em domicílios localizados na zona urbana de Jequié e cadastradas na Associação de Amigos, Grupos de Convivência e Universidade Aberta a Terceira Idade (AAGRUTI), no período de fevereiro a abril de 2005. A escolha foi efetuada de forma probabilística e aleatória e estratificada por grupo de convivência. O valor obtido da amostra correspondeu a 53% da população inicial de 500 idosos, estabelecendo-se, assim, nível de confiança de 95% com erro de 5%.

Da população do estudo foram excluídos os idosos do sexo masculino por representarem uma parcela muito pequena da população da AAGRUTI (<1,0%) e as mulheres que apresentavam diagnóstico médico de demência.

Para o procedimento de avaliação, elaborou-se uma entrevista multidimensional, que foi aplicada de forma individual. Tal instrumento foi constituído pelos seguintes itens: a) aspectos sociodemográficos: idade, escolaridade, estado civil, número de membros pertencentes à família e nível socioeconômico ¹⁰; b) aspectos de saúde física: auto percepção de saúde, patologias em conformidade com a Classificação Internacional de Doenças (CID-10) ¹¹.

Para análise dos dados foram utilizados procedimentos da estatística descritiva (médias, freqüências e porcentagem) e testes de associação para variáveis categóricas (Teste qui-quadrado), por meio do programa R 2.6.2.

Resultados

A idade das idosas variou entre 60 a 96 anos (média 71,48 ± 7,45 anos), demais características sócio demográficas estão descritas na tabela I.

Tabela I- Características sócio-demográficas de idosas participantes de grupos de convivência de Jequié BA, 2006 (n=266)

Características sócio-demográficas	n	%
Idade (anos)		
60-69	137	51,5%
70-79	91	34,2%
80-89	34	12,8%
90 ou mais	4	1,5%
Estado civil		
Solteiro	30	11,3%
Casado ou vivendo com o parceiro	75	28,2%
Viúvo	129	48,5%
Divorciado ou separado	32	12%
Nível de escolaridade		
Ginásial incompleto	236	88,7%
Ginásial completo e colegial incompleto	8	3%
Colegial completo e superior incompleto	19	7,1%
Superior	3	1,1%
Arranjo familiar		
Mora só	36	13,5%
Só com o cônjuge	27	10,2%
Mais filhos	73	27,4%
Mais netos	101	38%
Outros	29	10,9%
Nível sócio econômico		
A	1	4%
B	22	8,3%
C	60	22,6%
D	148	55,6%
E	35	13,2%

Dentre as características sócio-demográficas identificadas na tabela I as pessoas na faixa etária de 60-69 anos representaram uma porcentagem significativa da amostra correspondendo a 51,5% (n= 137), sendo que 48,5% (n=129) referiram ser viúvas. Entre as entrevistadas prevaleceu o baixo nível de escolaridade, aproximadamente 89% (n=236) não haviam concluído o curso ginásial. O arranjo familiar multigeracional foi referido por 38 % (n=101) das entrevistadas e 88,8% (n=183) eram de classe econômica baixa (classe D e E).

Tabela II - Relação da condição de saúde auto-referida negativa com comportamentos relacionados à saúde em pessoas idosas participantes de grupos de convivência no município de Jequié-BA, 2006 (n=41)

Variável	n	%	χ^2	P
Percepção de saúde em relação aos seus pares				
Melhor	20	48,8		0,000*
Semelhante	6	14,6	0,000	0,000**
Pior	12	29,3		
Tem diabetes				
Sim	10	24,4	0,044	0,04*
Não	31	75,6		
Tem hipertensão				
Sim	31	75,6	0,009	0,002*
Não	10	24,4		
Tem artrite/artrose				
Sim	30	73,2	0,000	0,000*
Não	11	26,8		
Nível sócio-econômico				
a	1	2,4		0,000**
b	3	7,3	0,002	
c	37	90,2		

*p categórico **p tendência

Na avaliação da condição de saúde auto-referida, 65,4% (n=173) referem sua saúde como negativa (regular ou ruim) e 34,6 % (n=93) idosas percebem sua saúde como positiva (boa ou muito boa)

A condição de saúde auto-referida esteve associada com uma melhor percepção de saúde com relação aos pares ($\chi^2=0,000$, $p=0,000$), com o fato de ser portador de artrite ($\chi^2=0,000$, $p=0,000$), de hipertensão ($\chi^2=0,009$, $p=0,002$), com um nível sócio econômico mais baixo ($\chi^2=0,002$, $p=0,000$), não ser portador de diabetes ($\chi^2=0,044$, $p=0,04$) (tabela II).

DISCUSSÃO

Na população estudada uma pequena parcela dos investigados são das classes A e B (12,3%) e a maioria são das classes C, D e E (91,4%). Essa desigualdade reflete a má distribuição de renda do país, o que pode ser identificado em estudos realizados em outras regiões do país¹²⁻¹³.

Em relação ao nível de escolaridade os achados de Dachs¹⁴ se assemelham com a realidade encontrada nesta investigação. As pessoas com idade entre 65 e 84 anos tem um nível de escolaridade muito baixo, na região nordeste 64% dos entrevistados relataram ter menos de um ano de instrução em quanto que na região sul e sudeste estes números caem para 32% e 34% respectivamente. As regiões mais pobres, como é o caso da região nordeste possuem um sistema educacional bastante deficiente comparado ao das regiões sul e sudoeste o que dificulta o acesso e a permanência destas pessoas na escola. O arranjo familiar multigeracional não diferiu dos encontrados em outras regiões do país, Ramos⁸ detectou que o tipo de domicílio, chamado multigeracional, acomodava mais de 50%

dos idosos residentes em São Paulo-SP, e em metade das residências o idoso vivia com filhos casados e com netos.

Quanto à autopercepção da saúde atual, observou-se que a maioria das entrevistadas referiu sua saúde de forma negativa (regular ou ruim), outros estudos evidenciam a mesma realidade encontrada¹⁵⁻¹⁶. Tavares, Drumond e Pereira¹⁵ ainda identificaram que há uma maior proporção de mulheres que consideram sua saúde atual má ou péssima, quando comparadas aos homens ($\chi^2=14,520$; $p=0,0058$).

A condição de saúde auto-referida esteve associada com uma melhor percepção de saúde com relação aos pares, resultado diferente de outros estudos, onde as autopercepções da saúde atual, comparadas com a de outras pessoas de mesma idade, apresentam piores percentuais¹⁵.

A autopercepção positiva de saúde diminuiu à medida que aumenta o número de doenças referidas, exceto nos casos de diabetes referido. Louvison et al.¹⁶ observaram que situação semelhante ao presente estudo. Freitas et al.¹⁷ em levantamento com amostra domiciliar de idosos residentes no município de Belo Horizonte-MG identificaram que autopercepção negativa da saúde está relacionada ao provável diagnóstico de demência e entre idosos com declínio cognitivo, a autopercepção positiva de saúde associou-se a quadros mais graves.

O fato de ser portador de doenças crônicas esteve diretamente relacionado com a autopercepção do estado de saúde em idosos no município de São Paulo onde a presença de quatro ou mais doenças crônicas implicou um risco de 8,3 vezes maior de referir uma condição de saúde ruim⁷

A percepção negativa do estado de saúde esteve associada a pior condição de renda. Lima-Costa, Matos e Camarano¹² mostraram que indivíduos no estrato mais baixo de renda apresentavam piores condições de saúde, função física e menor uso de serviços de saúde, tanto na faixa etária de 20- 64 anos quanto na > 65 anos e a força das associações não modificaram-se entre os anos de 1998 e 2003, portanto não ocorrendo alterações nas desigualdades sociais no país no período estudado.

A situação sócio-econômica desempenha um papel fundamental na determinação das condições de saúde das pessoas¹⁶. Estando diretamente relacionada com uma autopercepção de saúde positiva⁷, sendo assim políticas de atenção a saúde do idoso devem conter ações que visem a melhoria da condição de renda das pessoas.

CONCLUSÃO

As idosas entrevistadas referem, em sua maioria, uma condição de saúde negativa, algumas condições se relacionaram a percepção negativa do estado de saúde, dentre elas a baixa condição de renda e a escolaridade. Neste sentido ações de melhoria da condição de renda são fundamentais para que os idosos tenham uma melhor condição de saúde.

A condição de saúde negativa teve uma associação com o acometimento por doenças (hipertensão, artrite/artrose), indicando que avaliar o estado de saúde de forma auto referida é uma maneira bastante eficaz na mensuração da saúde de pessoas idosas.

Os resultados do presente estudo demonstram que existem peculiaridades com relação a condição de saúde de idosos residentes num município do nordeste brasileiro, favorecendo assim intervenções mais direcionadas as reais necessidades destes indivíduos.

Estudos transversais produzem dados momentâneos da situação de saúde, não avaliando adequadamente a causa dos eventos ocorridos. Outro aspecto é que apenas idosos participantes de grupos de convivência participaram do estudo, esses limites, portanto, não permitem generalizar os resultados encontrados.

Diante dos fatos relatados sugere-se a formulação de novos estudos que possam incluir um maior número de idosos no intuito de estabelecer melhor esta relação.

REFERÊNCIAS

- 1-Neri AL. Palavras chave em gerontologia. Campinas: Alínea; 2001.
- 2- Estatuto do Idoso, Parecer nº 1301, de 2003 [acesso em 2010 mar 31]. Disponível em: <http://www.senado.gov.br/web/relatorios/destaques/2003057RF.pdf>
- 3- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília (DF): MS; 2006 [acesso em 2010 mar 31]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/caderno_do_idoso_2007.pdf
- 4- Ramos LR, Coelho Filho JM. Epidemiologia do envelhecimento no nordeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. Rev Saúde Pública 1999;33(5):445-53.
- 5- Fundação IBGE. Censo demográfico. Rio de Janeiro: 1973. [8º Recenseamento Geral do Brasil, 1970]
- 6- Fundação IBGE. Censo demográfico de 1991: análises preliminares. Rio de Janeiro; 1992.
- 7- Alves LC, Rodrigues RN. Determinantes da autopercepção de saúde em idosos do Município de São Paulo. Rev Panam Salud Publica 2005;17(5/6):333-41.
- 8- Ramos LR. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. Cad Saúde Pública 2003;19(3):793-8.

9- Vianna PDL, Sanches YM. Queixas de memória de idosos e sua relação com escolaridade, desempenho cognitivo e sintomas de depressão e ansiedade. Rev Psiquiatr Clín 2010;37(1):23-6.

10- ANEP (2003). Critério de Classificação Econômica Brasil [acesso em 2010 mar 31]. Disponível em: <http://www.anep.org.br/arquivos/cceb.pdf/>

11- Organização Mundial da Saúde. Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português – USP. Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde. 10ª ed. São Paulo: EDUSP; 1994.

12- Lima-Costa MF, Matos DL, Camarano AA. Evolução das desigualdades sociais em saúde entre idosos e adultos brasileiros: um estudo baseado na pesquisa nacional por amostra de domicílios (PNAD 1998, 2003). Ciênc Saúde Coletiva 2006;11(4):941-50.

13- Lima-Costa MF, Barreto S, Giatti L, Uchôa E. Desigualdade social e saúde entre idosos brasileiros: um estudo baseado na pesquisa nacional por amostra de domicílios. Cad Saúde Pública 2003;19(3):745-57.

14- Dachs NW. Determinantes das desigualdades na auto-avaliação do estado de saúde no Brasil: análise dos dados do PNAD/1998. Ciênc Saúde Coletiva 2002; 7(4):641-57.

15- Tavares DM, Drumond FR, Pereira GA. Condições de saúde de idosos com diabetes no município de Uberaba, Minas Gerais. Texto & Contexto Enferm 2008;17(2):342-9.

16- Costa MFL, Barreto SM, Giatti L, Uchôa E. Desigualdade social e saúde entre idosos brasileiros: um estudo baseado na pesquisa nacional por amostra de domicílios. Cad Saúde Pública 2003;19(3):745-57.

17- Freitas DHM, Campos FCA, Linhares LQ, Santos CR, Ferreira CB, Diniz BS, et al. Autopercepção da saúde e desempenho cognitivo em idosos residentes na comunidade. Rev Psiquiatr Clín (São Paulo) 2010;37(1):32-5.

Correspondência

Saulo Vasconcelos Rocha
Praça Salomão Dantas, 52, Alto Marom, (73)32119420
CEP: 45603-355, Itabuna-BA
Email: saulosaudecoletiva@yahoo.com.br
