

**Doenças autorrelatadas e satisfação
com a vida de participantes da
Universidade Aberta à Terceira Idade
da Escola de Artes Ciências e
Humanidades da Universidade de
São Paulo (UnATI EACH-USP)**

*Self-reported diseases and life satisfaction of
subjects enrolled at an Open University of the Third
Age at the School of Arts, Sciences and Humanities
of the University of São Paulo (UnATI EACH-USP)*

Larissa Naemy Kinoshita
Ruth Caldeira de Melo
Mônica Sanches Yassuda
Samila Sathler Batistoni
Marisa Accioly R. Domingues
Andrea Lopes
Meire Cachioni

RESUMO: O objetivo deste estudo foi avaliar a satisfação com a vida e a saúde percebida dos alunos da UnATI EACH-USP, de acordo com a presença de doenças crônicas. Participaram do estudo 299 indivíduos, de ambos os sexos, com idade entre 50 e 80 anos. A presença de doenças crônicas exerceu influencia negativa na qualidade de vida e na percepção de saúde de indivíduos de meia-idade/idosos. Na população estudada, o número de doenças autorrelatadas apresentou correlação positiva com a idade e negativa com a satisfação com a vida.

Palavras-chave: Satisfação com a Vida; Saúde Percebida; Doenças Crônicas.

ABSTRACT: *The aim of this study was to assess life satisfaction and perceived health, according to the number of self-reported diseases, of the students of UnATI EACH-USP. The study included 299 subjects, of both sexes, aged between 50 and 80 years-old. The presence of chronic diseases exerted negative influence on quality of life and perceived health of middle-aged/older subjects. In this population, the number of self-reported diseases showed positive association with age and negative association with life satisfaction.*

Keywords: *Life Satisfaction; Perceived Health; Chronic Diseases.*

Introdução

O aumento progressivo da população idosa, somado à queda da mortalidade, acarretam mudanças na estrutura etária da população e refletem no perfil de morbidade e mortalidade (Lebrão, 2007). Em decorrência da complexa mudança dos padrões de saúde e doença, bem como as interações entre esses padrões, o último estágio da transição epidemiológica, tem-se a diminuição progressiva de mortes por patologias infectocontagiosas e elevação da mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis (Scharamm, Oliveira, Leite, Valente, Gadelha, Portela & Campos, 2004; Lebrão, 2007).

Embora o envelhecimento não seja sinônimo de doenças, a prevalência de doenças crônicas aumenta expressivamente com o avançar da idade (Lebrão, 2007; Veras, 2009). Como a presença de doenças crônicas está associada à dependência para a realização das atividades básicas (AVDs) e instrumentais da vida diária (AIVDs) (Alves, Leimann, Vasconcelos, Carvalho, Vasconcelos, Fonseca, Lebrão & Laurenti 2007), a funcionalidade, ou seja, a capacidade de manter habilidades físicas e mentais necessárias para uma vida independente, torna-se, então, crucial na velhice (Alves, Leite & Machado, 2008; Veras, 2009). Adicionalmente, as chances de um indivíduo tornar-se dependente superam mais de 50% a cada doença crônica identificada, como, por exemplo, hipertensão arterial, doenças cardíacas, artropatias e doenças pulmonares (Alves *et al.*, 2007).

As doenças crônicas não somente se relacionam à maior incapacidade funcional e dependência, mas seus agravos estão também entre as principais causas de mortalidade no Brasil. As doenças do aparelho circulatório (doença cerebrovascular e doença cardiovascular) ocupam o 1º lugar dentre as principais causas de óbito (41%) na população idosa, seguida das neoplasias (18%) e das doenças do aparelho respiratório (14%) (Ministério da Saúde, 2010). Embora grande parte dos idosos apresentem pelo menos uma doença crônica (Ramos, Rosa, Oliveira, Medina & Santos, 1993), não são todos que sofrem de limitações em decorrência da mesma. Alguns autores sugerem, então, que a saúde dos idosos não pode ser determinada, simplesmente, pela presença ou não de doenças (Ramos, 2003).

A literatura apresenta diversas definições de saúde, sendo que a proposta por Bircher (2005) parece a mais adequada ao cenário atual, em que: “*Saúde é um estado dinâmico de bem-estar, caracterizado por um potencial físico, mental e social, que satisfaz as necessidades vitais de acordo com a idade, a cultura e a responsabilidade pessoal*”. Nessa definição, a saúde está diretamente relacionada ao bem-estar, o qual depende tanto de questões biológicas como potencialidades individuais adquiridas ao longo do ciclo de vida. Portanto, caracterizar as condições de saúde de idosos não é uma tarefa simples, já que para isso é necessário um levantamento detalhado de diferentes aspectos relacionados à qualidade de vida e ao bem-estar.

O conceito de bem-estar subjetivo pode ser caracterizado como uma dimensão positiva da saúde, de grande complexidade, visto que integra uma dimensão cognitiva e afetiva, sendo um ponto de intersecção de várias vertentes da Psicologia, como a Psicologia Social, a Psicologia da Saúde e a Psicologia Clínica (Galinha & Ribeiro, 2005). Apesar das discordâncias relativas a sua conceituação, existe consenso quanto aos elementos que compõem o bem-estar subjetivo: a satisfação geral com a vida e afetos positivos e negativos (Siqueira & Padovam, 2008). Alguns pesquisadores sugerem, ainda, que o bem-estar subjetivo constitui-se em um importante indicador do nível de adaptação em idosos (Guedea, Albuquerque, Tróccoli, Noriega, Seabra & Guedea, 2005), além de ser uma medida de qualidade de vida (Otta & Fiquer, 2004). Vale ressaltar, então, que o bem-estar na velhice resulta do equilíbrio entre as vertentes da capacidade funcional do idoso e não necessariamente a ausência de problemas em qualquer dimensão (Ramos, 2003). Rodrigues e Pereira (2007) defendem que o bem-

estar subjetivo é influenciado, principalmente, pela percepção individual sobre os acontecimentos de vida, além das interpretações que cada indivíduo terá sobre eles, sendo o lócus de controle um determinante para a forma de conduzir a vida.

Assim como o bem-estar subjetivo, a percepção de saúde engloba diferentes aspectos, incluindo a saúde física, cognitiva e emocional. Por isso, esta tem sido bastante usada em estudos envolvendo a população idosa. Embora a autoavaliação de saúde tenha um caráter subjetivo, estudos populacionais sugerem que alguns fatores objetivos podem exercer influência na mesma. Segundo Alves *et al.* (2007), uma boa percepção de saúde é determinada por fatores demográficos, socioeconômicos, quantidade de doenças crônicas e capacidade funcional. A percepção de saúde tem sido usada também como um preditor de mortalidade. Idler e Benyamini (1997) realizaram um estudo de revisão e constataram que a autoavaliação de saúde global foi preditor independente de mortalidade na maioria dos estudos avaliados. No âmbito nacional, encontra-se resultado semelhante em uma pesquisa realizada na cidade de São Paulo, na qual a percepção ruim da saúde foi considerada fator de risco para a mortalidade (Maia, Duarte, Lebrao & Santos, 2006).

Considerando os pontos apresentados anteriormente, tanto a satisfação com a vida, como a saúde percebida, são importantes ferramentas para avaliar, respectivamente, a qualidade de vida e as condições de saúde dos idosos, já que ambas englobam diferentes aspectos da vida. Enquanto a satisfação com a vida reflete o que as pessoas pensam e sentem sobre suas vidas (Giacomoni, 2004), a saúde percebida pode ser utilizada como um marcador de incapacidade e mortalidade (Alves *et al.*, 2005; Maia *et al.*, 2006). Nesse sentido, o presente estudo teve como objetivos avaliar a satisfação geral com a vida, referenciada a domínios (saúde física, mental e social) de indivíduos de meia-idade/idosos independentes, ou seja, frequentadores da Universidade Aberta à Terceira Idade da Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo (UnATI EACH-USP), de acordo com a presença e quantidade de doenças autorrelatadas. Além disso, pretendeu-se avaliar a relação entre o número de doenças autorrelatadas e a satisfação com a vida.

Métodos

O presente estudo caracteriza-se por ser transversal e quantitativo.

Amostra

A população de estudo pesquisada foi composta por alunos regularmente matriculados na UnATI EACH-USP, no ano de 2010. Participaram do presente estudo 299 indivíduos, de ambos os sexos, com idade entre 50 e 80 anos, que responderam ao protocolo pertencente ao projeto de pesquisa intitulado “Educação Permanente – Benefícios da Universidade Aberta à Terceira Idade”, coordenado pela Prof.^a Dr.^a Meire Cachioni, em resposta ao Convênio de seleção n.º 740288 – 2010 (INEP/MEC/USP) firmado pela Reitoria da USP. Foram excluídos da amostra aqueles que apresentavam déficit cognitivo, auditivo e/ou de visão suficientes para comprometer a compreensão das tarefas a serem realizadas e visualização dos instrumentos presentes no protocolo, ou que se recusaram participar da pesquisa.

Aspectos éticos

Os alunos inscritos nas atividades da UnATI EACH-USP no ano de 2010 foram convidados a participar da pesquisa, a qual previa a aplicação de diversos questionários. Antes do início da entrevista, todos foram esclarecidos sobre os objetivos do estudo e sobre o caráter sigiloso das informações. Os que aceitaram participar assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, elaborado de acordo com a Resolução n.º 196/96 sobre as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa em Seres Humanos (Ministério da Saúde, 1996), após aprovação do projeto em questão pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (processo de n.º 2010.043).

Avaliações e Instrumentos

Para a realização do presente estudo, foram utilizados os dados dos seguintes instrumentos contidos no protocolo completo:

Questionário sociodemográfico: continha informações referentes à idade, sexo, escolaridade, situação conjugal e renda.

Questionário de doenças autorrelatadas: foi questionado se os voluntários eram portadores de hipertensão arterial, derrame/AVC/isquemia, diabetes mellitus, tumor maligno/câncer, artrite ou reumatismo, doenças do pulmão (ex.: bronquite e enfisema), depressão e osteoporose. Além disso, os voluntários foram questionados sobre o uso e quantidade de medicamentos (receitados ou utilizados por conta própria) consumidos nos últimos três meses.

Satisfação Geral com a Vida: foi utilizada a escala desenvolvida por Cantril (1967) (como citado em Neri, 1998) que mede o bem-estar subjetivo por meio de uma figura de uma escada de onze degraus, ou seja, uma escala de 0-10 pontos. No presente estudo, utilizou-se uma versão adaptada com 10 degraus, ou seja, uma escala de 1-10 pontos. Os participantes foram orientados a observar a figura e pensar no que seria a melhor vida possível, imaginando que essa melhor vida possível fica no alto da escada (n.º 10). Em seguida, era solicitado que os mesmos pensassem também no que seria a pior vida possível e imaginassem que ela está localizada na parte de baixo (n.º 1). Por fim, era solicitado aos mesmos que refletissem qual ponto (degrau) dessa escada melhor representava a sua satisfação com a sua própria vida neste momento e marcassem com um "x" o número desse degrau.

Satisfação Referenciada a Domínios: utilizou-se a versão reduzida da escala de satisfação com a vida (Neri, 1998), composta por oito questões que avaliam o quanto a pessoa está satisfeita nos âmbitos da saúde física, mental e social. Essa escala é bastante utilizada em idosos, uma vez que as questões avaliam a satisfação do idoso com o seu estado atual e a sua satisfação comparada a pessoas de sua idade. As possibilidades de resposta variam entre 1 e 5 pontos, sendo: muito pouco satisfeito (1), pouco satisfeito (2), mais ou menos satisfeito (3), muito satisfeito (4), muitíssimo satisfeito (5).

Mini-Exame do Estado Mental (MEEM): o MEEM é um instrumento de rastreio cognitivo que avalia funções de orientação temporal e espacial, registro de três palavras, atenção, cálculo, memorização das três palavras registradas, linguagem e praxia visuoespacial, por meio de 20 questões agrupadas em sete categorias. Para a avaliação dos pontos de corte que variam de 0 a 30 pontos, utilizou-se a pontuação proposta por Brucki, Nitrini, Caramelli, Bertolucci e Okamoto (2003), subtraindo 1 desvio-padrão da média da faixa de escolaridade, ou seja, 17 pontos para analfabetos, 20 pontos para os idosos com 1 a 4 anos de escolaridade, 24 pontos para 5 a 8 anos de escolaridade e 26 pontos para os idosos com escolaridade acima de 8 anos. Os participantes que pontuaram abaixo da média esperada foram excluídos da amostra final.

Escala de Depressão Geriátrica (GDS): utilizou-se a versão reduzida da escala de Depressão Geriátrica composta por 15 questões e pontuada da seguinte forma: aos itens 1, 5, 7, 11, 13 soma-se 1 ponto a cada resposta negativa e aos itens 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 14, 15 soma-se 1 ponto a cada resposta positiva. São considerados normais os idosos que apresentam pontuações de 0 a 5, enquanto idosos com pontuações de 6 a 10 apresentam indícios de depressão e pontuações de 11 a 15 são considerados gravemente deprimidos (Paradela, Lourenço & Veras, 2005).

Análise dos dados

Inicialmente, os indivíduos foram classificados em três grupos de acordo com o número de doenças em: Grupo 1 (G1): ausência de doenças autorrelatadas, Grupo 2 (G2): presença de uma ou duas doenças autorrelatadas e Grupo 3 (G3): presença de três ou mais doenças autorrelatadas. A partir daí, as variáveis foram testadas quanto a sua distribuição na curva de Gauss, utilizando-se o teste de normalidade de *Kolmogorov-Smirnov*. Como a maioria das variáveis não apresentou distribuição normal, optou-se por utilizar testes não-paramétricos para a comparação dos grupos. As diferenças entre os três grupos foram verificadas pela análise de variância de *Kruskal Wallis* de um

caminho. Na presença de significância estatística, a comparação intergrupos foi realizada por meio do teste de *Mann-Whitney*. Para correlacionar as variáveis de interesse, utilizou-se o teste de correlação de *Spearman*. As variáveis numéricas estão expressas em mediana, média, desvio-padrão (DP) e intervalo de confiança (IC), enquanto as categóricas estão apresentadas em porcentagem. Para todas as análises, o nível de significância adotado foi de $\alpha = 5\%$.

Resultados

Na Tabela 1 estão apresentadas as características sociodemográficas e clínicas dos sujeitos estudados. A média de idade da amostra total foi de $65,2 \pm 6,1$ anos, sendo a maioria dos participantes do sexo feminino (71,6%). A distribuição de renda apresentou-se bastante equilibrada, havendo somente um pequeno número de meia-idade/idosos com rendimento mensal familiar de até um salário mínimo (5%) e acima de dez salários mínimos (8%). Em relação à escolaridade, foi possível observar predominância de meia-idade/idosos com ensino médio completo (35,9%), seguido por ensino superior completo (21,3%) e ensino fundamental incompleto (18,3%). A amostra total foi composta predominantemente por meia-idade/idosos casados ou em uniões estáveis (50,34%), sendo observada também grande porcentagem de viúvos (24,83%) e solteiros (13,08%). Dentre as doenças investigadas, a hipertensão foi a mais prevalente (50%), seguida por doenças reumáticas (27,5%), osteoporose (24,6%), diabetes mellitus (16,4%), depressão (15,5%), doenças do coração (9,7%), doenças pulmonares (8,8%), tumor maligno ou câncer (4,4%) e AVE ou isquemia (3,7%). Por fim, a quantidade média de medicamentos utilizados pelos sujeitos foi de $3,3 \pm 2,0$.

Dos 299 meia-idade/idosos estudados, 21,7% relataram não ter nenhuma doença, enquanto 57,2% e 21,1% relataram possuir uma ou duas doenças e três ou mais doenças, respectivamente. Na comparação entre os grupos, foi observada diferença estatística para a idade ($p=0,02$), sendo que o grupo sem doenças autorrelatadas (idade = $63,2 \pm 4,7$ anos) apresentou idade inferior comparativamente aos demais grupos (G2, idade = $65,8 \pm 5,8$ anos; G3, idade = $66,4 \pm 6,7$ anos) (tabela 1). Além disso, o G1

também se mostrou mais equilibrado em relação à distribuição do sexo dentro do próprio grupo (sexo feminino = 58,5%), enquanto os demais grupos eram constituídos, em sua maioria, por mulheres (G2= 73,1 % e G3= 80,9%).

No que se refere ao estado civil, a maioria dos participantes é casada ou possui união estável em todos os grupos estudados (G1=56,9%; G2=50,6% e G3= 42,8%). O G3, por sua vez, apresentou um grande número de pessoas viúvas (G1= 16,9%; G2= 26,5% e G3= 28,6%) e separadas ou divorciadas (G1=13,8%; G2=8,2% e G3= 19,0%). Por outro lado, foi observada uma pequena quantidade de solteiros em todos os grupos (G1= 12,3%; G2= 14,7% e G3= 9,5%). A renda familiar em salários mínimos foi semelhante entre os três grupos (G1=4,1 ±1,7; G2=3,8 ±1,7; G3=3,7 ±1,6), sendo a renda mensal da amostra como um todo de 3,9 ±1,7 salários mínimos. Em relação à escolaridade da amostra, a maioria dos entrevistados possui ensino médio completo (G1=32,3%; G2=38,6% e G3=33,3%), seguido pelo ensino fundamental incompleto (G1=12,3%; G2=17,0% e G3=28,6%) e completo (G1=6,2%; G2=8,8% e G3=16,0%).

Em relação ao número de doenças autorrelatadas, o G3 relatou possuir mais que o dobro de doenças, em média, que o G2 (3,6 ±0,9 e 1,5 ±0,5, respectivamente, $p<0,01$). O número de medicamentos consumidos nos últimos três meses também foi maior nos grupos com maior número de doenças (G1=1,6 ±1,1; G2=2,8 ±1,7 e G3=4,2 ±2,2). A frequência das doenças autorrelatadas investigadas se assemelhou em ambos os grupos, sendo a hipertensão a mais prevalente (G2=56,1% e G3=84,1%), seguida das doenças reumáticas (G2=25,1% e G3=62,0%), osteoporose (G2=23,5% e G3=52,4%), diabetes (G2=12,9% e G3=42,9%) e depressão (G2=12,9% e G3=38,1%). Por outro lado, as doenças pulmonares (G2= 7,6% e G3= 20,6%), as doenças cardíacas (G2= 6,4% e G3= 28,6%) e acidentes vasculares encefálicos (G2= 1,8% e G3= 12,7%) foram as menos frequentes em ambos os grupos que relataram possuir doenças diagnosticadas.

Os meia-idade/idosos sem nenhuma doença obtiveram menor pontuação no GDS do que os grupos com doenças autorrelatadas (Tabela 1). Além disso, o G2 apresentou menor pontuação na GDS comparativamente ao G3. Já os resultados do MEEM indicam que todos os grupos possuem bom status cognitivo, mesmo porque, a presença de sinais de déficit cognitivo neste exame foi utilizada como critério de exclusão (Tabela 1).

Tabela 1. Características sociodemográficas e clínicas dos voluntários de acordo com o número de doenças autorrelatadas

	G1 (n=65)	G2 (n=171)	G3 (n=63)	Total (n=299)	P
Idade (anos)					
mediana	61,5	65,0*	64,0*	64,0	
média	63,2	65,6	66,4	65,2	0,02
DP	4,7	5,8	6,7	6,1	
IC	61,2 - 65,2	64,6 - 66,6	64,7 - 68,2	64,5 - 65,9	
Sexo (%)					
masculino	41,5	26,9	19,0	28,4	0,02
feminino	58,5	73,1	80,9	71,6	
Estado Civil (%)					
Solteiro	12,3	14,7	9,5	13,1	
Casado União / Estável	56,8	50,6	42,8	50,3	0,52
Separado / Divorciado	13,8	8,2	19,0	11,7	
Viúvo	16,9	26,5	28,6	24,8	
Renda Mensal (SM)					
mediana	4,0	4,0	3,0	4,0	
média	4,1	3,8	3,7	3,9	0,35
DP	1,7	1,7	1,6	1,7	
IC	3,7 - 4,5	3,6 - 4,1	3,3 - 4,1	3,7 - 4,1	
Escolaridade (%)					
Analfabeto	1,5	1,2	1,6	1,3	
Fundamental Incompleto	12,3	17,0	28,6	18,4	
Fundamental Completo	6,2	8,8	16,0	9,7	
Médio Incompleto	9,2	6,4	6,3	7,0	0,09
Médio Completo	32,3	38,6	33,3	36,1	
Superior Incompleto	10,8	7,0	0	6,4	
Superior Completo	27,7	21,0	14,2	21,1	
N.º de doenças					
mediana	-	1,0	3,0	1,0	
média	-	1,5	3,6	1,6	<0,01
DP	-	0,5	0,9	1,3	
IC	-	1,4 - 1,6	3,4 - 3,8	1,4 - 1,7	

Doenças Autorrelatadas					
Doença Cardíaca	-	6,4	28,6	9,7	<0,01
Hipertensão Arterial	-	56,1	84,1	50	<0,01
AVE	-	1,8	12,7	3,7	<0,01
Diabetes	-	12,9	42,9	16,4	<0,01
Câncer	-	2,3	14,2	4,4	<0,01
Doenças Reumáticas	-	25,1	62,0	27,5	<0,01
Doença Pulmonar	-	7,6	20,6	8,8	<0,01
Depressão		12,9	38,1	15,5	<0,01
Osteoporose	-	23,5	52,4	24,6	<0,01
N.º de medicamentos					
mediana	1,0	2,0*	4,0*†	3,0	
média	1,6	2,8	4,2	3,1	<0,01
DP	1,1	1,7	2,2	2,0	
IC	1,1 - 2,0	2,5 - 3,1	3,6 - 4,8	2,8 - 3,3	
GDS					
mediana	2,0	2,0*	3,0*†	2,0	
média	1,9	2,6	3,2	2,6	<0,01
DP	1,7	2,0	2,4	2,1	
IC	1,1-2,6	2,3-2,9	2,6-3,9	2,4-2,8	
MEEM					
mediana	28	28,0	28,0	28,0	
média	27,5	27,4	27,0	27,3	0,19
DP	2,3	2,3	2,3	2,3	
IC	26,9-28,0	27,1-27,7	26,4-27,6	27,1-27,6	

G1: ausência de doenças autorrelatadas; G2: presença de uma ou duas doenças autorrelatadas e G3: presença de três ou mais doenças autorrelatadas; DP: desvio-padrão; IC: intervalo de confiança; SM: salários mínimos; SGV: Escala de Satisfação Geral com a Vida; GDS: Escala de Depressão Geriátrica. MEEM: Mini-Exame do Estado Mental. *p<0,05 vs. G1; †p<0,05 vs. G2

Na comparação dos grupos para as escalas de satisfação com a vida, foram encontradas diferenças estatísticas somente para a escala de satisfação referenciada a domínios (tabela 2), mais especificamente para a capacidade física (p<0,01), saúde (p<0,01) e satisfação geral (p<0,01). Na comparação intergrupos, o G1 apresentou maior pontuação em todos estes domínios que os demais grupos. Da mesma forma, o G2 apresentou maior pontuação na escala de satisfação referenciada a domínios (capacidade física, saúde e satisfação geral) comparativamente ao G3.

Tabela 2. Satisfação geral com a vida e satisfação referenciada a domínios de acordo com o número de doenças autorrelatadas

	Número de Doenças Autorrelatadas			p
	0	1-2	≥3	
Satisfação Geral com a Vida				
mediana	9,0	8,0	8,0	0,60
média	8,7	8,1	8,0	
DP	1,4	1,5	1,6	
IC	8,1-9,3	7,9-8,4	7,6-8,5	
Saúde				
mediana	4,0	4,0*	3,5*†	<0,01
média	4,1	3,8	3,3	
DP	0,7	0,6	0,7	
IC	3,8-4,3	3,7-3,9	3,1-3,5	
Capacidade Física				
mediana	4,0	4,0*	3,5*†	<0,01
média	4,1	3,8	3,4	
DP	0,7	0,7	0,7	
IC	3,8-4,4	3,7-4,0	3,2-3,5	
Capacidade Mental				
mediana	4,0	4,0	4,0	0,10
média	3,7	3,9	3,8	
DP	0,7	0,7	0,8	
IC	3,4-4,1	3,8-4,0	3,6-4,0	
Envolvimento Social				
mediana	4,0	4,0	4,0	0,38
média	4,0	3,8	3,7	
DP	0,8	0,8	0,9	
IC	3,7-4,4	3,6-3,9	3,5-4,0	
Satisfação Geral				
mediana	4,1	3,9*	3,6*†	<0,01
média	4,0	3,8	3,6	
DP	0,6	0,5	0,5	
IC	3,7-4,2	3,8-3,9	3,4-3,7	

DP: desvio padrão, IC: intervalo de confiança

Na análise de correlação (Tabela 3), a idade foi diretamente proporcional ao número de doenças ($r=0,15$, $p<0,01$) e à satisfação geral da escala referenciada a domínios ($r=0,12$, $p=0,03$). O número de doenças autorrelatadas, por sua vez, mostrou correlação negativa com os domínios da saúde ($r=-0,42$, $p<0,01$), capacidade física ($r=-0,33$, $p<0,01$) e satisfação geral ($r=-0,31$, $p<0,01$) e positiva com a pontuação da GDS

($r=0,24$, $p<0,01$). Em relação à GDS, sua pontuação foi inversamente proporcional à satisfação com a saúde ($r=-0,25$, $p<0,01$), capacidade física ($r=-0,21$, $p<0,01$) e satisfação geral ($r=-0,36$, $p<0,01$) da escala referenciada a domínios. Por último, a satisfação geral apresentou forte correlação positiva com os domínios da saúde ($r=0,77$ e $p<0,01$) e capacidade física ($r=0,72$, $p<0,01$), enquanto a correlação entre esses dois domínios foi moderada ($r=0,56$, $p<0,01$).

Tabela 3. Coeficiente de correlação de Spearman (r)

	nº doenças	Idade	Saúde	CF	GDS	SG
nº doenças	1,00	-	-	-	-	-
Idade	0,15	1,00	-	-	-	-
Saúde	-0,42	0,02	1,00	-	-	-
CF	-0,33	0,11	0,56	1,00	-	-
GDS	0,24	-0,07	-0,25	-0,21	1,00	-
SG	-0,31	0,12	0,72	0,78	-0,36	1,00

CF: Capacidade física. GDS: escala de depressão geriátrica. SG: satisfação geral. Os valores em negrito referem-se às correlações que alcançaram significância estatística ($p<0,05$)

Discussão

O presente estudo teve como objetivo avaliar a relação entre a satisfação com vida e a presença de doenças autorrelatadas em meia-idade/idosos participantes da UnATI EACH-USP. Foi possível observar que meia-idade/idosos livres de doenças apresentam melhor satisfação com sua vida, principalmente nos domínios da saúde e capacidade física. Além disso, estes possuem menos sintomas depressivos comparados aos meia-idade/idosos com doenças diagnosticadas. A satisfação com a saúde e a capacidade física, por sua vez, mostraram correlação negativa com o número de doenças autorrelatadas. Adicionalmente, a pontuação do GDS e a idade foram diretamente proporcionais à quantidade de doenças.

Diversos estudos sugerem que o número de doenças crônicas aumenta expressivamente com o avançar da idade (Ramos, 2003; Lebrão & Laurenti, 2003). Esse fato pode ser explicado pelo processo natural de senescência celular, o qual causa

alterações na estrutura e função dos diferentes órgãos e tecidos, levando assim a reduções na capacidade adaptativa do organismo e, conseqüentemente, na homeostase (Lipsitz, 2004; Teixeira & Guariento, 2010). Essas alterações podem, portanto, predispor os idosos ao desenvolvimento de doenças crônicas (Teixeira & Guariento, 2010).

Em um recente estudo populacional, denominado de SABE (Saúde Bem-Estar e Envelhecimento), quase 50% dos idosos entrevistados relataram possuir 3 ou mais doenças diagnosticadas (Lebrão & Laurenti, 2003), porém é relevante destacar as diferenças da amostra desse estudo. Enquanto o SABE é um estudo de base populacional, ou seja, os sujeitos pesquisados foram selecionados através do método de amostragem por conglomerados, o nosso estudo avaliou uma população bastante específica. De qualquer forma, os pesquisadores do SABE observaram um maior número de doenças no estrato etário mais velho (>75 anos), sugerindo assim uma relação entre o aumento da idade e a prevalência de doenças crônicas. Os resultados do presente estudo corroboram com o trabalho anterior, uma vez que o grupo com maior número de doenças apresentou idade significativamente superior que os demais grupos avaliados. Além disso, foi observada também correlação positiva entre a idade e o número de doenças que, embora fraca, atingiu significância estatística.

Dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 2008, desenvolvido por Barros, Francisco, Zanchetta e César (2011), com indivíduos de todas as faixas etárias, também mostraram aumento do percentual de doenças com o avançar da idade, sendo que as doenças mais prevalentes nesse estudo foram: hipertensão arterial, doença de coluna/costas, doenças reumáticas, depressão e doenças pulmonares. No projeto SABE (Lebrão & Laurenti, 2003), as doenças mais prevalentes entre os idosos foram: hipertensão arterial, doenças reumáticas e problemas cardíacos. Embora os participantes da UnATI EACH-USP tenham características diferentes dos indivíduos acompanhados no SABE, ambos estudos mostraram maior prevalência de hipertensão e doenças reumáticas e porcentagens similares de idosos com diabetes. Da mesma forma, as doenças menos prevalentes na amostra do SABE e da UnATI/EACH foram: doença pulmonar, tumor/câncer e AVE.

Em relação à saúde percebida, Alves & Rodrigues (2005) observaram relação entre a presença de doenças crônicas e a má percepção de saúde. Nesse estudo, os idosos com uma doença e quatro ou mais doenças autorrelatadas apresentaram, respectivamente, um risco 2 e 12 vezes maior de perceberem a sua saúde como ruim, quando comparados aos idosos livres de doenças. Outra variável destacada por Alves & Rodrigues (2005) foi a renda, uma vez que essa também foi determinante para uma boa percepção de saúde (ou seja, quanto mais baixa a renda pior a percepção de saúde). Embora o presente estudo não tenha investigado os fatores determinantes na percepção de saúde dos idosos da UnATI EACH-USP, foi possível observar diferenças entre os grupos, sendo a percepção de saúde pior nos grupos que relataram possuir doenças diagnosticadas. Além disso, o grupo com uma ou duas doenças relatadas mostrou melhor percepção de saúde comparativamente ao grupo com três ou mais doenças. Foi possível observar, também, correlação inversa entre a percepção de saúde e o número de doenças, ou seja, quanto maior o número de doenças, pior a percepção de saúde. Como não foram encontradas diferenças entre os grupos para a renda familiar, a correlação entre a mesma e o número de doenças não foi analisada no presente estudo.

Estudos científicos sugerem que a condição física influencia tanto na percepção de saúde como na qualidade de vida dos idosos. Rosa, Benício, Latorre e Ramos (2003), por exemplo investigou os fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos do município de São Paulo e mostrou uma alta associação entre a má percepção de saúde e a dependência moderada/grave. Nesse estudo, os idosos que relataram possuir uma saúde má ou péssima apresentaram risco 9 vezes maior de terem dependência moderada/grave. Em um estudo sobre bem-estar subjetivo e funcionalidade em idosos, Sposito, Diogo, Cintra, Neri, Guariento, e De Sousa (2010) mostraram que o bom desempenho físico tem relação direta com a saúde percebida, quando essa é comparada a de pessoas de mesma idade. É importante lembrar que a capacidade funcional apresenta estreita relação com a presença de doenças crônicas e, conseqüentemente, com a percepção de saúde (Alves & Rodrigues, 2005; Alves *et al.*, 2007). Segundo Ramos (2003), quanto maior o número de doenças diagnosticadas, maior a chance de uma delas apresentar-se descompensada e, por isso, afetar a capacidade funcional do idoso e a percepção da sua própria saúde. No presente estudo, a satisfação com a saúde e com a capacidade física foi menor no grupo com três ou mais doenças,

comparativamente aos demais grupos. Além disso, a satisfação com capacidade física correlacionou inversamente com o número de doenças autorrelatadas.

A presença de doenças crônicas também pode exercer influência na saúde mental, principalmente no que diz respeito a sintomas depressivos. Para Ramos (2003), a pessoa depressiva pode apresentar um progressivo isolamento social, tendência ao sedentarismo, déficit cognitivo, além da perda de autoestima e autocuidados, ocasionando o comprometimento da capacidade funcional para a realização das atividades instrumentais de vida diária e, conseqüentemente, pior percepção de saúde e qualidade de vida (Maciel & Guerra, 2006). Adicionalmente, idosos com disfunção cognitiva consomem mais medicamentos, uma vez que apresentam um maior número de condições crônicas e incapacidades (Loyola Filho, Uchoa & Firmo, 2008). No presente estudo, não foram observadas diferenças estatísticas entre os grupos estudados para a satisfação com a capacidade mental. É possível que dois fatores tenham contribuído para esse resultado. Em primeiro lugar, a nossa amostra possui um grande número de indivíduos de meia-idade e idosos jovens, além de a maioria apresentar um bom nível de escolaridade (ensino médio completo). Além disso, o desempenho no MEEM foi utilizado como critério de exclusão, ou seja, foram retirados da amostra os meia-idade/idosos que não atingiram a nota de corte esperada para o seu grau de escolaridade. Dados do estudo de Yassuda & Silva (2010) sugerem, ainda, que programas para a terceira idade contribuem para o status cognitivo, favorecendo o desempenho cognitivo dos idosos. No presente estudo, os meia-idade/idosos com maior número de doenças apresentaram maior pontuação no GDS, quando comparado aos demais grupos. É importante ressaltar, também, que a pontuação do GDS mostrou correlação inversa com satisfação com a vida (saúde, capacidade física e geral). Apesar de esses resultados serem concordantes com o estudo de Maciel & Guerra (2006) e Nicolosi, Falcão, Batistoni, Lopes, Cachioni, Neri e Yassuda (2011), os quais observaram associação entre problemas de saúde e presença de sintomas depressivos, vale destacar que nenhum dos grupos estudados apresentou pontuação, na média sugestiva de depressão.

A satisfação com o envolvimento social não foi diferente entre os grupos, o que já era esperado, pois a amostra era caracteristicamente composta por meia-idade/idosos

participantes de uma UnATI, o que já pressupõe uma população ativa socialmente, aberta a novas experiências e disposta a expandir a sua rede de contatos sociais. Ordonez, Lima-Silva & Cachioni (2011) verificaram que a participação na UnATI aumenta os níveis de satisfação nos idosos, já que nesse estudo, os idosos que frequentavam este programa há mais tempo apresentaram níveis de satisfação maiores do que os idosos ingressantes. Galisteu, Facundim, Ribeiro e Soler (2006) também concluíram que a participação em grupos de terceira idade contribui para a qualidade de vida dos idosos, pois auxilia no processo de realização pessoal dos participantes, além de resgatar a dignidade de viver, de sentir-se útil e ser importante para a continuidade do grupo. No presente estudo, a presença de doenças crônicas não afetou diretamente a satisfação dos participantes da UnATI EACH-USP com o envolvimento social. Entretanto, Varoto, Truzzi & Pavarini (2004) afirmam que a presença de doenças crônicas é um dos fatores que contribui para a desistência de participação em atividades sociais entre idosos.

O instrumento de satisfação referenciada a domínios na sua pontuação geral, que engloba a pontuação de todos os domínios avaliados (saúde, capacidade física e mental e envolvimento social), correlacionou inversamente com o número de doenças, ou seja, quanto maior o número de doenças pior a satisfação geral com a vida. Como não foram observadas diferenças para os domínios relacionados a saúde mental e envolvimento social, é possível que os domínios da saúde e da capacidade física exerçam maior influência na satisfação geral para a população aqui estudada. Em idosos residentes na cidade de Botucatu, Joia, Ruiz & Donalisio (2007) observaram que a saúde e a independência foram determinantes para um maior nível de bem-estar subjetivo. No presente estudo, entretanto, foi observado correlação positiva entre a idade e a satisfação geral, corroborando com o estudo de Ordonez, Lima-Silva & Cachioni (2011). Nesse estudo, os autores justificam essa maior satisfação entre os mais velhos pelo processo adaptativo, o qual favorece as gerações mais velhas, pois além de serem menos exigentes que os jovens, os idosos utilizam melhor os seus recursos e competências.

Como já era esperado, o consumo de medicamentos foi significativamente maior nos grupos com doenças autorrelatadas em comparação ao grupo livre de doenças. Em geral, o aumento de condições crônicas resulta em um maior número de medicamentos utilizados para solucionar ou aliviar os sintomas ocasionados pela patologia. Loyola

Filho, Uchoa & Lima-Costa (2006), ao avaliar uma amostra de 1.598 idosos da região metropolitana de Belo Horizonte, constataram um aumento da média de medicamentos consumidos com o avançar da idade e, ainda, uma pior percepção de saúde em idosos que consumiam maior quantidade de medicamentos.

Conclusão

A presença de doenças crônicas exerceu influência negativa na qualidade de vida e na percepção de saúde de indivíduos de meia-idade/idosos, uma vez que os participantes da UnATI EACH-USP, portadores de três ou mais doenças crônicas, apresentaram pior satisfação com a vida, principalmente, nos domínios da saúde e da capacidade física. Na população estudada, o número de doenças autorrelatadas se relacionou positivamente com a idade e negativamente com a satisfação com a vida, comprovando, assim, a importância de se prevenir as doenças crônicas para o alcance de uma velhice com qualidade de vida.

Agradecimentos

Agradecemos a todos os pesquisadores, coordenadores, alunos e participantes da UnATI EACH-USP envolvidos no projeto “Educação Permanente – Benefícios da Universidade Aberta à Terceira Idade”. Gostaríamos de agradecer, ainda, ao Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP) e ao Ministério da Educação (MEC) pelo apoio financeiro.

Referências

Alves, L.C., Leimann, B.C.Q., Vasconcelos, M.E.L., Carvalho, M.S., Vasconcelos, A.G.G., Fonseca, T.C.O., Lebrão, M.L. & Laurenti, R. (2007). A influência das doenças

crônicas na capacidade funcional dos idosos do Município de São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(8), 1924-1930.

Alves, L.C., Leite, I.C. & Machado, C.J. (2008). Conceituando e mensurando a incapacidade funcional da população idosa: uma revisão de literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(4), 1199-1207.

Alves, L.S. & Rodrigues, R.N. (2005). Determinantes da autopercepção de saúde entre idosos do Município de São Paulo, Brasil. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 17(5/6), 333-341.

Barros, M.B.A., Francisco, P.M.S.B., Zanchetta, L.M. & César, C.L.G. (2011). Tendências das desigualdades sociais e demográficas na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD: 2003-2008. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(9), 3755-3768.

Bircher, J. (2005). Towards a dynamics definition of health and disease. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 8(3), 335-341.

Brucki, S.M.D., Nitrini, R., Caramelli, P., Bertolucci, P.H.F. & Okamoto, I.H. (2003). Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, 61(3-B), 777-781.

Galinha, I. & Ribeiro, J.L.P. (2005). História e evolução do conceito de bem-estar subjetivo. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 6(2), 203-214.

Galisteu, K.J., Facundim, S.D., Ribeiro, R.C.H.M. & Soler, Z.A.S.G. (2006). Qualidade de Vida de idosos de um grupo de convivência com a mensuração da escala de Flanagan. *Arquivos de Ciência da Saúde*, 13(4), 209-214.

Giacomoni, C.H. (2004). Bem-estar subjetivo: em busca da qualidade de vida. *Temas em Psicologia*, 12(1), 43-50.

Guedea, M.T.D., Albuquerque, J.B., Tróccoli, B.T., Noriega, J.A.V., Seabra, M.A.B. & Guedea, R.L.D. (2005). Relação do bem-estar subjetivo, estratégias de enfrentamento e apoio social em idosos. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 19(2), 301-308.

Idler, E.L. & Benyamini, Y. (1997). Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *Journal of Health and Social Behavior*, 38(1), 21-37.

Joia, L.C.; Ruiz, T. & Donalisio, M.R. (2007). Condições associadas ao grau de satisfação com a vida entre a população de idosos. *Revista de Saúde Pública*, 41(1), 131-138.

Lebrão, M.L. (2007). O envelhecimento no Brasil: Aspectos da transição demográfica e epidemiológica. *Saúde Coletiva*, 4(17), 135-140.

Lebrão, M.L. & Laurenti, R. (2003). Condições de Saúde. In: Lebrão, M.L. & Duarte, Y.A.O. (Orgs.). SABE: Saúde, Bem-estar e Envelhecimento. O Projeto SABE no Município de São Paulo: uma abordagem inicial. Brasília (DF): Organização Pan-Americana de Saúde.

Lipsitz, L.A. (2004). Physiological complexity, aging, and the path to frailty. *Science Aging Knowledge Environment*, (16), 16.

- Loyola Filho, A.I., Uchoa, E. & Firmo, J.O.A. (2008). Influência da renda na associação entre disfunção cognitiva e polifarmácia: Projeto Bambuí. *Revista de Saúde Pública*, 42(1), 89-99.
- Loyola Filho, A.I., Uchoa, E. & Lima-Costa, M.F. (2006). Estudo epidemiológico de base populacional sobre o uso de medicamentos entre idosos na Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 22(12), 2657-2667.
- Maciel, A.C.C. & Guerra, R.O. (2006). Prevalência e fatores associados à sintomatologia depressiva em idosos residentes no Nordeste do Brasil. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 55(1), 26-33.
- Maia, F.O.M., Duarte, Y.A.O., Lebrão, M.L. & Santos, J.L.F. (2006). Fatores de risco para mortalidade em idosos. *Rev. Saúde Pública*, 40(6), 1049-1056.
- Ministério da Saúde. (2010). DATASUS: Tecnologia da informação a serviço do SUS. Recuperado em 22 novembro, 2012, de <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/cadernosmap.htm>.
- Ministério Nacional da Saúde (1996). Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos. *Bioética*, 4(2), 15-25.
- Neri, A.L. (1998). Escala para avaliação de satisfação na vida referenciada a domínios. Manuscrito não publicado. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas.
- Nicolosi, G.T., Falcão, D.V., Batistoni, S.S., Lopes, A., Cachioni, M., Neri, A.L. & Yassuda, M.S. (2011). Depressive symptoms in old age: relations among sociodemographic and self-reported health variables. *International Psychogeriatrics*, 23(6), 941-949.
- Ordonez, T.N., Lima-Silva, T.B. & Cachioni, M. (2011). Subjective and psychological well-being of students of a University of the Third Age. Benefits of continuing education for psychological adjustment in the elderly. *Dementia & Neuropsychologia*, 5(3), 216-225.
- Otta, E. & Fiquer, J.T. (2004). Bem-estar subjetivo e regulação de emoções. *Psicologia em Revista*, 10(15), 144-149.
- Paradela, E.M.P., Lourenço, R.A. & Veras, R.P. (2005). Validação da escala de depressão geriátrica em um ambulatório geral. *Revista de Saúde Pública*, 39(6), 918-923.
- Ramos, L.R. (2003). Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. *Cadernos de Saúde Pública*, 19(3), 793-798.
- Ramos, L.R., Rosa, T.E., Oliveira, Z.M., Medina, M.C.G. & Santos, F.R.G. (1993). Perfil do idoso em área metropolitana na região sudeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. *Revista de Saúde Pública*, 27(2), 87-94.
- Rodrigues, D.M. & Pereira, C.A.A. (2007). A percepção de controle como fonte de bem-estar. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 7(3), 541-556.

- Rosa, T.E.C., Benício, M.H.D., Latorre, M.R.D.O. & Ramos, L.R. (2003). Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. *Revista de Saúde Pública*, 37(1), 40-48.
- Scharamm, J.M.A., Oliveira, A.F., Leite I.C., Valente, J.G., Gadelha, A.M.J., Portela, M.C. & Campos, M.R. (2004). Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(4), 897-908.
- Siqueira, M.M.M. & Padovam, V.A.R. (2008). Bases teóricas de bem-estar subjetivo, bem-estar psicológico e bem-estar no trabalho. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 24(2), 201-210.
- Sposito, G., Diogo, M.J.D., Cintra, F.A., Neri, A.L., Guariento, M.E. & De Sousa, M.L.R. (2010). Relações entre o bem-estar subjetivo e a funcionalidade em idosos em seguimento ambulatorial. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, 14(1), 81-89.
- Teixeira, I.N.D.O. & Guariento, M.E. (2010). Biologia do envelhecimento: teorias, mecanismos e perspectivas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(6), 2845-57.
- Varoto, V.A.G., Truzzi, O.M.S. & Pavarini, S.C.I. (2004). Programa para idosos independentes: um estudo sobre seus egressos e a prevalência de doenças crônicas. *Texto & Contexto Enfermagem*, 13(1), 107-114.
- Veras, R. (2009). Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Revista de Saúde Pública*, 43(3), 548-554.
- Yassuda, M.S. & Silva, H.S. (2010). Participação em programas para a terceira idade: impacto sobre a cognição, humor e satisfação com a vida. *Estudos de Psicologia*, 27(2), 207-214.

Recebido em 01/12/2012

Aceito em 20/12/2012

Larissa Naemy Kinoshita - Bacharel em Gerontologia pela Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo.

E-mail: larissa.kinoshita@gmail.com

Ruth Caldeira de Melo - Professora Doutora da Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo.

E-mail: ruth.melo@usp.br

Mônica Sanches Yassuda - Professora Associada da Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo.

E-mail: yassuda@usp.br

Samila Sathler Batistoni - Professora Doutora da Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo.

E-mail: samilabatistoni@gmail.com; samilabatistoni@usp.br

Marisa Accioly Rodrigues Domingues - Professora Doutora da Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo.

E-mail: marisa.accioly@gmail.com

Andrea Lopes - Professora Doutora da Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo.

E-mail: andrealopes@usp.br

Meire Cachioni - Professora Associada da Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo.

E-mail: meirec@usp.br