

PANORAMA DO GERENCIAMENTO DA SAÚDE POR IDOSOS RESIDENTES NO BRASIL: IMPACTO DAS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS NO GERENCIAMENTO DA SAÚDE

Overview of Health Management by Elderly Residents in Brazil: Impact of Chronic Non-Communicable Diseases on Health Management

Descripción General de la Gestión de la Salud de los Ancianos Residentes en Brasil: Impacto de las Enfermedades Crónicas no Transmisibles en el Manejo de la Salud

Pizzetti, et al. (2022). Panorama do Gerenciamento da Saúde por Idosos Residentes no Brasil: Impacto das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Gerenciamento da Saúde. Rev. Interinst. Bras. Ter. Ocup. 6(2), 959-956. DOI: 10.47222/2526-3544.rbt049663

Caroline de Faria Pizzetti 

<https://orcid.org/0000-0002-9670-8905>

Universidade Federal do Paraná,
Departamento de Terapia Ocupacional,
Curitiba, PR, Brasil

Andréa Maria Fedeger 

<https://orcid.org/0000-0002-4972-9930>

Universidade Federal do Paraná,
Departamento de Terapia Ocupacional,
Curitiba, PR, Brasil

Ana Carolina Passos de Oliveira 

<https://orcid.org/0000-0002-0212-7019>

Universidade Federal do Paraná,
Departamento de Terapia Ocupacional,
Curitiba, PR, Brasil

Taiuani Marquine Raymundo 

<https://orcid.org/0000-0002-8598-463X>

Universidade Federal do Paraná,
Departamento de Terapia Ocupacional,
Curitiba, PR, Brasil

Resumo

Introdução: As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) se encontram em crescente aumento na população idosa, sendo certo que a prevenção de seus fatores de risco é fundamental para evitar sua evolução. O gerenciamento da saúde é uma ocupação focada na capacidade do sujeito desenvolver, gerenciar e manter rotinas para promoção de saúde, contribuindo para prevenção, monitoramento e controle das DCNT. **Objetivo:** Identificar o panorama nacional do gerenciamento da saúde por pessoas idosas e compreender como realizam esta ocupação, comparando o grupo com e sem DCNT. **Método:** Estudo transversal, descritivo, exploratório e com abordagem quantitativa. Os dados foram coletados a partir da aplicação de um questionário. Para observar as possíveis associações entre as variáveis, foi utilizado o teste qui-quadrado. **Resultados:** A amostra foi composta por 222 idosos. As DCNT mais recorrentes foram: hipertensão, diabetes e doenças reumáticas. A maior parte da população estudada indicou que acompanhava sua saúde por meio da ida regular ao médico e da realização de exames periódicos. Os dispositivos mais utilizados para o gerenciamento da saúde foram o aferidor de pressão arterial e o aparelho celular. A maior parte das pessoas indicou acreditar que a prática do gerenciamento da saúde leva a um envelhecimento saudável e gera um aumento na qualidade de vida. Outrossim, 36,9% da amostra indicou possuir alguma dificuldade para realizar o gerenciamento da saúde. **Conclusão:** Foi possível delinear um panorama sobre como a população idosa gerencia sua saúde e observar as diferenças na realização desta ocupação pela população com e sem DCNT.

Palavras-chave: Saúde do Idoso. Doenças não transmissíveis. Terapia Ocupacional

Abstract

Introduction: Chronic Non-Communicable Diseases (NCDs) are increasing in the elderly population, and it is certain that the prevention of their risk factors is essential to prevent their evolution. Health management is an occupation focused on the subject's ability to develop, manage and maintain health promotion routines, contributing to the prevention, monitoring and control of NCDs. **Objective:** To identify the national panorama of health management by the elderly and understand how people perform this occupation, comparing the group with and without NCD. **Method:** Cross-sectional, descriptive, exploratory study with a quantitative approach. Data were collected from the application of a questionnaire. To observe possible associations between variables, the chi-square test was used. **Results:** The sample consisted of 222 elderly people. The most recurrent NCDs were: hypertension, diabetes and rheumatic diseases. Most of the population studied indicated that they monitored their health through regular visits to the doctor and periodic exams. The most used devices for health management were the blood pressure gauge and the cell phone. Most people indicated that they believe that the practice of health management leads to healthy aging and generates an increase in quality of life. Furthermore, 36.9% of the sample indicated having some difficulty in performing health management. **Conclusions:** It was possible to outline an overview of how the elderly population manages their health and observe the differences in the performance of this occupation by the population with and without NCD.

Keywords: Health of the Elderly. Noncommunicable Diseases. Occupational Therapy

Resumen

Introducción: Las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ENT) están aumentando en la población anciana, y es cierto que la prevención de sus factores de riesgo es fundamental para prevenir su evolución. La gestión de la salud es una ocupación centrada en la capacidad del sujeto para desarrollar, gestionar y mantener rutinas de promoción de la salud, contribuyendo a la prevención, seguimiento y control de las ENT. **Objetivo:** Identificar el panorama nacional de la gestión en salud de los adultos mayores y comprender cómo las personas desempeñan esta ocupación, comparando el grupo con y sin ENT. **Método:** Estudio transversal, descriptivo, exploratorio con abordaje cuantitativo. Los datos se obtuvieron mediante la aplicación de un cuestionario. Para observar posibles asociaciones entre variables se utilizó la prueba de chi-cuadrado. **Resultados:** La muestra estuvo conformada por 222 ancianos. Las ENT más frecuentes fueron: hipertensión, diabetes y enfermedades reumáticas. La mayoría de la población indicó que monitoreaba su salud a través de visitas al médico y exámenes periódicos. Los dispositivos más utilizados fueron el medidor de presión arterial y el teléfono celular. La mayoría de las personas indicó que la práctica de la gestión de la salud conduce a un envejecimiento saludable y una mejor calidad de vida. Además, 36,9% de la muestra indicó tener alguna dificultad para realizar dicha actividad. **Conclusiones:** Fue posible esbozar un panorama de cómo la población anciana maneja su salud y observar las diferencias en el desempeño de esta ocupación por parte de la población con y sin ENT.

Palabras clave: Salud del Anciano, Enfermedades no Transmisibles, Terapia Ocupacional

1. Introdução

O gerenciamento da saúde é uma ocupação que vem ganhando cada vez mais relevância, em especial, durante o período de pandemia da COVID-19, em que medidas de cuidado com a saúde se tornaram práticas cotidianas de grande parte da população brasileira, objetivando tanto a prevenção de agravos quanto a promoção de saúde.

De acordo com a quarta edição da Estrutura da Prática da Terapia Ocupacional: Domínio e Processo, o gerenciamento da saúde é uma atividade complexa, que apoia a vida diária dentro de casa e da comunidade, sendo necessária para a qualidade de vida do sujeito. Ele é dividido em: promoção e manutenção da saúde social e emocional; gerenciamento de sintomas e condições; comunicação com o sistema de saúde; gerenciamento de medicamentos; atividade física; gestão nutricional; e gerenciamento de dispositivos de cuidados pessoais (AOTA, 2020).

O gerenciamento da saúde é uma forma de cuidado com a saúde que está relacionada ao modelo de cuidado longitudinal, pois, em ambos os casos, o indivíduo assume o protagonismo de seu cuidado. É justamente este protagonismo que possibilita que o gerenciamento da saúde possa ser realizado em diversos ambientes (inclusive no doméstico). Outro efeito deste destaque do papel da própria pessoa no cuidado com a sua saúde é a facilitação do gerenciamento da saúde, fator que auxilia na detecção precoce das doenças, na prevenção e no tratamento de eventuais patologias, além de estimular a promoção de saúde nos usuários (Bernardes, 2016).

Assim, o gerenciamento da saúde é uma importante ferramenta para prevenir as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), visando um cuidado de longo prazo (Mejía et al., 2020). Fazem parte do grupo Rev. Interinst. Bras. Ter. Ocup., 6(2), 939-956, 2022.

das Doenças Crônicas Não Transmissíveis, as doenças cerebrovasculares, cardiovasculares, dislipidemias, diabetes mellitus, doenças respiratórias obstrutivas e neoplasias (Melo, 2019).

Dados apontam que, aproximadamente, 79% das pessoas com mais de 65 anos de idade apresentam, ao menos, uma doença crônica e estas doenças são as causas mais comuns de incapacidade e de internação hospitalar de idosos. Atribuem-se, às DCNT, 80% das consultas em atenção primária e 60% das internações hospitalares. Além de causarem mortes, as DCNT geram efeitos econômicos adversos para as famílias e para as comunidades, assim como para o sistema de saúde, pois este ainda está pautado no cuidado de eventos agudos e não está preparado para cuidados longitudinais (Bernardes, 2016; Silocchi; Junges, 2017; Secretaria da Saúde, 2020).

As mortes decorrentes das DCNT ocorrem devido a um conjunto de fatores que favorecem o desenvolvimento da patologia, como os fatores genéticos, o sexo, a raça, a idade, o tabagismo, a alimentação inadequada, a inatividade física e o abuso de bebidas alcoólicas (Ministério da Saúde, 2021; Melo et al., 2019). Outrossim, determinantes sociais, como as diferenças sociais, a desigualdade no acesso aos bens e aos serviços, o baixo nível de escolaridade e a dificuldade no acesso à informação, podem interferir no surgimento de doenças crônicas (Brasil, 2011). Vê-se que os determinantes sociais e vários fatores de risco para o surgimento de DCNT estão relacionados ao ambiente e são possíveis de serem modificados, tornando viável sua prevenção por meio do gerenciamento da saúde.

Observando isto, o presente trabalho visa identificar o atual panorama nacional do gerenciamento da saúde por pessoas com mais de 60 anos de idade. Para tanto, buscar-se-á compreender como as pessoas realizam esta ocupação, comparando o grupo com e sem Doenças Crônicas Não Transmissíveis.

2. Método

Este estudo de natureza quantitativa e de cunho exploratório e descritivo, desenvolveu-se por meio do método de pesquisa transversal. A amostra foi composta por pessoas com 60 anos ou mais, de ambos os sexos, de qualquer escolaridade, estado civil, classe econômica ou região brasileira. A participação foi voluntária e os idosos assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido online. A participação do público idoso ocorreu por meio do preenchimento de um questionário online, aplicado uma única vez. Como critérios de seleção, os participantes deveriam possuir 60 anos ou mais, residir em território nacional, ter acesso à internet e ter interesse em responder ao questionário online.

Para o cálculo amostral, foi utilizado o software GPower®. Para realização do cálculo amostral através do software GPower, é necessário fazer uso de uma variável que, em outro estudo, tenha demonstrado um tamanho de efeito considerado moderado (de acordo com estatística padrão específica), o que indica que esta variável foi previamente testada e foi identificado um grau estatístico aceitável.

Na presente pesquisa, o estudo de Chodosh et al. (2005) foi utilizado, pois está relacionado à autogestão e à população idosa, variáveis que têm relação com o presente trabalho. Foi realizado o teste, a priori, com diferença constante em um caso da amostra, considerando uma intervenção de gerenciamento de doenças crônicas com tamanho de efeito de 0.36, alfa de 0.05 e poder estatístico de 0.95, ou seja, assume-se uma margem de erro de apenas 5%, sendo que, para estudos da área da saúde (excluindo estudos farmacológicos e de natureza específica), este é um valor amplamente aceitável e de alto grau de confiabilidade. Dessa forma, o tamanho mínimo da amostra deveria ser de 85 participantes.

O estudo foi amplamente divulgado em mídias sociais, como *WhatsApp*, *e-mail* e *Facebook*. Para um maior alcance territorial, as pesquisadoras entraram em contato com pesquisadores da área de Terapia Ocupacional e Gerontologia de diferentes regiões e cidades do Brasil, convidando-os para participarem como colaboradores na presente pesquisa. Estes colaboradores tiveram o papel de divulgar o questionário e de auxiliar e facilitar o contato dos idosos com a pesquisa. A aplicação do questionário se deu por meio da plataforma *Google Forms*.

O instrumento para a coleta de dados foi inspirado no estudo de Bernardes (2016). Neste estudo, a autora elaborou um questionário com a finalidade de compreender como ocorre o monitoramento domiciliar das pessoas idosas com doenças crônicas (em especial das pessoas que possuem diabetes e hipertensão arterial sistêmica).

O questionário utilizado foi desenvolvido pelas pesquisadoras deste estudo e foi dividido em cinco seções. As duas primeiras seções buscaram coletar dados sobre o perfil populacional e socioeconômico dos participantes, enquanto as três últimas se direcionaram à coleta dos dados necessários para a análise do panorama do gerenciamento da saúde em território nacional.

Com relação às seções relacionadas diretamente ao tema do gerenciamento da saúde, houve uma divisão de forma que a terceira seção teve por objetivo compreender a frequência e a forma da realização do gerenciamento da saúde pelos idosos, bem como quais e quantas doenças crônicas os participantes possuíam. A quarta seção teve por objetivo compreender se os idosos utilizavam algum dispositivo para apoiar a realização desta ocupação e, em caso afirmativo, quais eram os dispositivos e aplicativos utilizados. A quinta e última seção, por sua vez, buscou verificar se a população do estudo realizava atividades que auxiliavam na promoção da saúde, à exemplo da administração correta dos medicamentos, da prática de atividades físicas e do controle do peso.

No momento da análise dos dados, após a aplicação do questionário, foi realizada uma divisão entre o grupo de pessoas que afirmou possuir DCNT e o grupo de pessoas que afirmou não possuir DCNT, para analisar se a presença de doenças crônicas impactava na realização do gerenciamento da saúde pelos participantes.

Além disso, foi realizada uma subdivisão no grupo de idosos que possuíam doenças crônicas, de acordo com a quantidade total de DCNT apresentada, para verificar se o agravamento das condições de saúde

(ou seja, um aumento no número de doenças crônicas) trazia algum impacto no gerenciamento da saúde, em complemento às hipóteses formuladas na divisão entre pessoas com e sem DCNT. A partir da subdivisão, formaram-se cinco grupos de pessoas com DCNT: com uma, duas, três, quatro e cinco ou mais DCNT.

Para a análise dos dados, foi realizado um exame minucioso, a fim de que todas as respostas estivessem dentro dos termos propostos. Todos os participantes deveriam apresentar 60 anos ou mais e residir no Brasil, não sendo tolerada mais de uma resposta por participante. Para isso, o primeiro critério foi verificar o nome dos participantes. Assim, verificou-se inicialmente se havia repetição de nomes nas respostas coletadas. Quando verificada a repetição de nomes, as respostas foram cheçadas de forma criteriosa (com análise de todos os campos de dados marcados) e, caso constatada a repetição da resposta ao questionário por um mesmo participante, uma das respostas foi excluída.

Todavia, como este não era um item obrigatório, nem todos os participantes optaram por se identificar, o que obrigou o uso de um segundo critério: em relação aos que desejaram não se identificar, foi realizada uma análise comparativa completa dos dados; em caso de compatibilidade absoluta entre as respostas de dois ou mais participantes, as respostas excedentes foram descartadas e retiradas da análise final dos dados, sendo mantida apenas uma das participações. Ademais, os dados deveriam apresentar um mínimo grau de coerência entre si, ou seja, o participante não poderia marcar todas as respostas disponíveis em campos de múltipla marcação, conforme orientação contida no questionário.

Além disso, foi realizada estatística descritiva (média, desvio padrão e frequência), assim como a organização em tabelas e gráficos. Para observar as possíveis associações entre as variáveis do estudo, foi utilizado o teste qui-quadrado. Os resultados foram considerados significativos quando $p < 0,05$. Para a análise estatística, foi utilizado o software estatístico Statistical Package for the Social Science (SPSS, versão 20.0).

Dessa forma, conforme a metodologia supracitada, o questionário foi aberto dia 10 de novembro de 2020 e foi encerrado dia 03 de março de 2021, ficando disponível para divulgação e preenchimento durante 114 dias. Recebeu um total de 237 (duzentas e trinta e sete respostas) de todo o Brasil, destas, 15 (quinze) não se enquadraram nos critérios propostos. Com o descarte das respostas, houve uma perda amostral de 6,3%. Assim, restaram 222 (duzentos e vinte e duas) respostas válidas, as quais compõem a amostra final da pesquisa.

3. Resultados e Discussão

3.1 Características gerais da amostra

Participaram 222 pessoas idosas, sendo 68,9% mulheres. Este dado vem ao encontro da média de mulheres idosas na população brasileira. Segundo dados da Agência Brasil (2021), no ano de 2019, elas correspondiam a 56,7% da população idosa, representando o maior percentual desta população. A idade

dos participantes variou de 60 a 87 anos (média de 68 anos, moda e mediana de 66 e 67 anos, respectivamente). O desvio padrão populacional foi de 5,65 anos, o que demonstra uma heterogeneidade amostral. A tabela 1 apresenta as características gerais dos participantes.

Tabela 1 - Características socioeconômicas dos participantes

		n ¹	%
Sexo	Feminino	153	68,9%
	Masculino	69	31,1%
Estado civil	Casado	133	59,9%
	Viúvo	38	17,1%
	Solteiro	19	8,6%
	Divorciado	32	14,4%
Anos de estudo	0	1	0,5%
	1 a 4	9	4,0%
	4 a 8	20	9,0%
	8 a 11	35	15,8%
	11 a 15	53	23,9%
	15	104	46,8%
Ocupação	Aposentado	166	74,8%
	Trabalhando	42	18,9%
	Desempregado	14	6,3%
Renda Familiar Bruta	Até R\$ 1.045,00	20	9,0%

De R\$ 1.045,00 a	23	10,4%
R\$ 2.090,00		
De R\$ 2.090,00 a	28	12,6%
R\$ 3.135,00		
De R\$ 3.135,00 a	27	12,2%
R\$ 4.180,00		
De R\$ 4.180,00 a	25	11,3%
R\$ 5.225,00		
De R\$ 5.225,00 a	24	10,8%
R\$ 6.270,00		
De R\$ 6.270,00 a	6	2,7%
R\$ 7.315,00		
Acima de R\$ 7.315,00	69	31,1%

Nota n¹: corresponde à amostra total equivalente a 222 participantes.

Valor do salário mínimo vigente em 2020 = R\$1.045,00.

Fonte: Os Autores (2021)

As respostas vieram de diferentes cidades (55 cidades) e estados (18 estados), sendo a Região Sul e a Região Sudeste as mais representadas, com um maior percentual de participantes. Isto ocorreu devido ao local em que a pesquisa foi lançada (Curitiba-PR) e ao maior número de colaboradores localizados nessas regiões. Grande parte dos idosos (76,7%) divide sua residência com outras pessoas, sendo certo que a maioria deles divide a residência com marido/esposa/companheiro(a).

A renda se mostrou diversificada, embora grande parte dos participantes (31,1%) tenha declarado possuir renda familiar acima de sete salários mínimos. Isto porque o restante da amostra se dividiu de maneira equânime entre as demais faixas de renda. Segundo o portal on-line E-commerce (2019), o Brasil possui 9 milhões de lares idosos, com renda média de R\$3,4 mil reais. Assim sendo, a renda familiar dos idosos participantes se apresentou consideravelmente acima da média nacional. Uma hipótese para esta distorção amostral é a forma de aplicação do questionário – via on-line – exigindo acesso à internet e a um dispositivo tecnológico.

No quesito escolaridade, 70,7% dos participantes possuem mais de 11 anos de estudo, sendo essa uma alta escolaridade, considerando a média nacional. Almeida (2002) traz que quanto maior a escolaridade melhor o nível do poder aquisitivo, mostrando, assim, que renda e escolaridade se relacionam e são dependentes, o que pode explicar a alta desses dois fatores nos dados coletados.

3.2 Gerenciamento da saúde

Os participantes foram questionados sobre a presença ou não de Doenças Crônicas Não Transmissíveis. Essa divisão foi realizada, pois, acredita-se que há uma diferença na realização do gerenciamento da saúde e na percepção que a pessoa possui sobre si quando ela possui ou não uma doença crônica (Lindemann et al., 2019).

Além disso, a subdivisão do grupo de pessoas com ou sem DCNT (realizada de acordo com o número de doenças crônicas apresentadas) foi realizada considerando, dentre outros fatores, que o aumento do número de DCNT leva ao aumento do uso de serviços de saúde, o que pode estar relacionado ao aumento da compreensão do indivíduo em relação a gravidade da doença, dos seus riscos e das ameaças à saúde (Malta, 2017) (Tabela 2).

Tabela 2 - Características de saúde

		n	%
Presença de doenças crônicas	Sim	169	76,1%
	Não	53	23,8%
Número de doenças	1 DCNT	72	42,6%
	2 DCNT	52	30,8%
	3 DCNT	25	14,8%
	4 DCNT	16	9,5%
	5 ou mais DCNT	4	2,3%
Frequência de doenças	Hipertensão	91	53,8%

Diabetes	46	27,2%
Doenças Reumáticas	39	23,1%
Colesterolemia	28	16,6%
Doença Cardíaca	20	11,8%
Obesidade	20	11,8%
Osteoporose	18	10,6%
Doenças Respiratórias	17	10,1%
Trigliceridemia	10	5,9%
Fibromialgia	9	5,3%
Câncer	5	2,9%
Hipotireoidismo	5	2,9%
Doença Renal	4	2,4%
Doença de Parkinson	1	0,6%

Nota Fonte: Os Autores (2021)

A idade aparenta ser um fator de risco para o surgimento de doenças crônicas, pois, quanto maior a quantidade de doenças crônicas em um determinado grupo, maior a idade média dos participantes (a exceção está para o grupo com uma doença crônica, que tem média de idade inferior ao grupo sem doença crônica). Nota-se, ainda, que os grupos apresentam um desvio padrão semelhante (à exceção do grupo com cinco ou mais DCNT), o que indica que a média de idade não foi distorcida por respostas destoantes. A associação de enfermidades com o avanço da idade já era um fator esperado, visto que, com a longevidade, há um aumento do risco de aparecimento de doenças crônicas (Pimenta et al., 2015) (Tabela 3).

Tabela 3 - Relação entre a quantidade de DCNT e o fator idade

	n ¹	me ²	σ ³
Sem DCNT	53	67,67	5,54
Uma DCNT	72	67,18	5,69
Duas DCNT	52	67,84	5,78
Três DCNT	25	69,76	6,23
Quatro DCNT	16	70,12	5,37
Cinco ou mais DCNT	4	71,25	2,62

Nota n¹ = total de pessoas do grupo; me² = média de idade; e σ³ = desvio padrão.
Fonte: Os Autores (2021)

Quanto ao gerenciamento da saúde propriamente dito, observa-se que as formas mais recorrentes de acompanhamento da saúde foram, respectivamente: a ida regular ao médico (realizada por 72,1% da amostra), realização periódica de exames (realizada por 70,7% da amostra), administração correta de medicamentos (realizada por 53,6% da amostra) e a verificação regular dos sintomas realizada no domicílio por meio de aparelhos como o aferidor de pressão arterial, o oxímetro e o frequencímetro. Esta última forma de acompanhamento é realizada por menos da metade dos participantes – 30,6% deles o fazem.

Não houve relações significativas entre as formas de gerenciamento de saúde entre os grupos de pessoas com DCNT e sem DCNT. Assim, a partir dos dados coletados, presume-se que, mesmo que haja uma diferença na frequência com que os idosos de cada grupo realizam o gerenciamento da saúde, os idosos que efetivamente realizam o gerenciamento da saúde o fazem por meio das mesmas práticas, independentemente da quantidade de DCNT que possuem.

A despeito disso, a análise descritiva permite verificar que as pessoas com DCNT foram as que mais citaram realizar a verificação regular dos sintomas por meio de aparelhos no domicílio. Dos participantes com DCNT, 37,3% mantêm esse hábito com frequência, contra 9,4% dos participantes sem DCNT, uma porcentagem quase quatro vezes superior. Além disso, segundo Malta et al. (2017), a população que possui DCNT utiliza mais os serviços de saúde, buscando gerenciar seus sintomas e condições de saúde, em comparação com as pessoas que não possuem doenças.

Os participantes apresentaram preferência por gerenciar sua saúde dentro dos serviços de saúde (64,9%), em comparação com o ambiente doméstico (32,0%). A partir disso, é possível perceber que as pessoas ainda buscam o sistema de saúde como sendo a primeira opção no gerenciamento de sua saúde, mesmo com a possibilidade de manejo de alguns sintomas dentro do ambiente domiciliar.

Um alto percentual de participantes – 80,5% idosos – sentiu-se informado sobre sua(s) doença(s). A fonte de informação mais procurada pelos idosos foi o médico, indicado em 94,1% das respostas. A segunda fonte de informação mais utilizada pelos participantes, apresentando um percentual bem menor, foi a internet, na qual 26,5% dos participantes buscavam se informar. Outros profissionais de saúde (descartados o médico e o terapeuta ocupacional) foram a terceira opção mais marcada pelos participantes, totalizando 20,2% das respostas.

A figura do médico continua sendo a principal fonte para a aquisição das informações relacionadas aos problemas de saúde. É notável que tanto pessoas com DCNT quanto pessoas sem DCNT apontaram que buscam informações com o médico – do total de 222 participantes, 209 marcaram esta opção. Isto reforça a inserção do sistema de saúde brasileiro em práticas direcionadas para o modelo biomédico de saúde, sendo este caracterizado como um modelo tradicional e hegemônico. Ressalta-se que o terapeuta ocupacional pode auxiliar na conquista do princípio de integralidade defendido pelo Sistema Único de Saúde (SUS) (Esmeraldo et. al., 2017; Castro & Tamanini, 2017; Koifman, 2001).

A busca do terapeuta ocupacional como fonte de informação é mais frequentemente realizada por idosos que possuem DCNT, em comparação com aqueles que não possuem nenhuma doença crônica, sendo 2,6 vezes mais frequente (proporcionalmente) a busca por TO no primeiro grupo. Esse dado pode estar relacionado à imagem do terapeuta ocupacional, voltada ao tratamento de patologias e a reabilitação dos pacientes. Dessa forma, mostra-se necessário reforçar o papel do TO em ações de promoção de saúde e prevenção de agravos, além de realização de ações programáticas e de vigilância à saúde, sendo essas algumas de suas potencialidades (Rocha et al., 2012).

Outro fator interessante a ser analisado é a busca de informações nos livros e na internet em comparação ao grupo de pessoas com e sem DCNT. Mesmo o público idoso sendo um dos que mais apresenta dificuldades de acesso à internet, quase o triplo das pessoas com DCNT optaram por buscar informações na internet (27,8%) do que nos livros (10,6%). Esta situação leva a um certo alerta, pois a população idosa está mais suscetível à propagação de notícias falsas no ambiente *online* (Yabrude et al., 2020). Assim, cabe ressaltar a necessidade de boas fontes de informação e da análise crítica das mesmas, para que essas informações possam ser um facilitador para o gerenciamento da saúde e não uma barreira.

Os participantes esclareceram, também, seus hábitos para a promoção da saúde. A prática de exercícios físicos foi o hábito mais relatado pelos participantes (68,9% da amostra relatou tal hábito, entretanto, não houve o relato da frequência praticada). Cabe ressaltar que a prática regular de exercícios físicos auxilia a população idosa na prevenção do surgimento de DCNT, este é também um fator de melhora do prognóstico dos idosos que já apresentam alguma DCNT (Cruz et al., 2018). Os outros hábitos mais relatados pelos participantes foram não usar excessivamente bebidas alcoólicas (66,2%), sendo que, como uso excessivo, compreende-se os indivíduos que consomem mais de duas doses por dia e não deixam de consumir bebidas alcoólicas em pelo menos dois dias da semana (WHO, 2010), e não fumar (66,7%). Além disso, 61,3% das pessoas afirmaram que se alimentam de forma balanceada.

Outro dado a ser analisado é que 66,9% do grupo de pessoas com DCNT afirmou realizar o controle da rotina de medicação, um número muito superior à porcentagem das pessoas que compõem o grupo de pessoas sem DCNT que mantêm este mesmo hábito (17%). Um possível fator para isto é o maior uso de medicamentos pela população com DCNT, com o intuito de controlar os sintomas da(s) patologia(s) que possuem e/ou evitar o agravamento da doença.

A população de idosos do estudo sem DCNT apresentam menores médias de utilização de medicamentos em relação ao grupo de idosos com DCNT, que apresenta médias superiores. Grande parte da população sem DCNT (35,9%) respondeu não fazer o uso de nenhum medicamento. Em relação à população com DCNT, por outro lado, esse índice se modifica, a ponto de 36,7% dos participantes relatam consumir cinco ou mais medicamentos por dia. Dentro do grupo analisado, quanto maior o número de doenças crônicas apresentadas pelo indivíduo, maior foi sua ingestão medicamentosa (Tabela 4).

Tabela 4 - Quantidade de medicamentos diários

Quantidade de medicamentos diários	1 DCNT n=72	2 DCNT n=52	3 DCNT n=25	4 DCNT n=16	5 ou mais DCNT n=4	Total com DCNT n=169	Total sem DCNT n=53	Total n=222
Nenhum	6,9%	0%	0%	0%	0%	3%	35,9%	10,8%
1	27,8%	1,9%	4%	0%	0%	13%	22,6%	15,5%
2	12,5%	19,2%	12%	0%	0%	13%	20,8%	14,9%
3	23,7%	21,2%	20%	12,5%	0%	20,7%	3,8%	16,7%
4	11,1%	19,2%	8%	18,8%	0%	13,6%	9,4%	12,6%
5 ou mais	18%	38,5%	56%	68,7%	100%	36,7%	7,5%	29,7%

Nota Fonte: Os Autores (2021)

A Organização Mundial da Saúde (2017) definiu que o uso concomitante de quatro ou mais medicamentos se enquadra na polifarmácia. Essa prática aumenta o risco de reações adversas e interações medicamentosas. Além disso, o uso de um maior número de medicamentos aumenta o risco de acontecer erros de medicação.

Em relação ao controle de glicemia e/ou pressão arterial, apenas 11,3% das pessoas sem DCNT realizam, em contrapartida, ele é realizado por 46,2% das pessoas que compõem o grupo que possui alguma

Rev. Interinst. Bras. Ter. Ocup., 6(2), 939-956, 2022.

DCNT. Isso corrobora com a visão de que as práticas de saúde, na atualidade, não têm um enfoque majoritariamente preventivo, estando ainda sob uma lógica assistencial (Acirole & Batista, 2013).

O dispositivo mais utilizado para o gerenciamento da saúde foi o aferidor de pressão arterial, o qual possui maior prevalência no público com DCNT. Mais da metade (52,1%) do grupo faz uso do dispositivo em questão e quanto maior o número de doenças crônicas que o indivíduo possui, mais este aparelho aparentou ser utilizado. Em segundo lugar, ficou o aparelho celular. Neste caso, porém, o público que proporcionalmente mais utiliza o dispositivo é o do grupo de pessoas que não possuem DCNT, – 43,4% deste grupo afirmou usar o celular para gerenciar sua saúde.

Outrossim, os aplicativos mais utilizados foram o de lembrete para consultas, que é utilizado por 17,1% da amostra, e a agenda (ou calendário), que é utilizado por 14,8% das pessoas. Mais da metade dos participantes (52,2% da amostra) afirmou que não utiliza nenhum aplicativo para o gerenciamento da saúde, o que pode ser um indicativo da dificuldade de uso que essa população tem em relação à tecnologia.

A dificuldade na aderência ao mundo digital pode depender da qualificação para a utilização de tecnologias, uma vez que estar qualificado auxilia e favorece o uso dos dispositivos. É possível também que os idosos em questão possuam problemas no nível de acessibilidade e usabilidade. Tal dificuldade, quando sanada, possibilita o acesso a informações e aos serviços de interesse do indivíduo, sendo um facilitador para o gerenciamento da saúde, além de proporcionar igualdade na sociedade digital (Páscoa & Gil, 2015).

Segundo a amostra total de participantes, 36,9% relataram possuir alguma dificuldade na realização do gerenciamento da saúde. Os problemas mais relatados pelos participantes durante o gerenciamento da saúde foram, em ordem: a falta de disposição ou a presença de problemas físicos (25,6%), a falta de motivação (20,7%), a dificuldade de memorização (20,7%), a dificuldade de inserção desta prática na rotina (20,7%) e dificuldade de acesso aos serviços de saúde (20,7%).

O envelhecimento é conceituado como um processo dinâmico e progressivo, no qual há modificações morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas. Assim, são esperadas dificuldades motoras e cognitivas, que vão impactar em todas as áreas da vida deste indivíduo, incluindo o cuidado com a sua saúde (Pereira, 2017). A dificuldade de acesso aos serviços de saúde pode, também, estar relacionada ao envelhecimento. As características inerentes a esse processo apresentam, como consequência, menor disposição física do idoso em procurar os serviços de saúde e se deslocar nos diferentes níveis de atenção. Fatores socioeconômicos, variações geográficas, conhecimento sobre os níveis de saúde e particularidades do indivíduo são determinantes na frequência de utilização desses serviços, logo, podem determinar dificuldades de acesso aos serviços de saúde para a pessoa idosa (Cruz et. al. 2020).

Em contrapartida, o principal benefício apontado pelos participantes está relacionado ao envelhecimento saudável. Este benefício foi marcado por 80,2% da amostra total (178 pessoas). O segundo benefício mais apontado foi o aumento da qualidade de vida, que representa 73,9% da amostra total.

Nota-se que uma parte ínfima da amostra, 1,4%, acredita que o gerenciamento da saúde não traz nenhum benefício. Por outro lado, 98,6% das pessoas acreditam que esta prática impacta positivamente em seu cotidiano. Observa-se, por fim, uma tendência de que as pessoas que apresentam alguma DCNT notem mais benefícios na realização da prática do autogerenciamento da saúde do que as pessoas sem DCNT, quando são observadas as médias relacionadas à questão do autogerenciamento (Tabela 5).

Tabela 5 - Percepção dos participantes benefícios do gerenciamento da saúde

Benefícios do gerenciamento da saúde	Total com DCNT n=169	Total sem DCNT n=53	Total n=222
Envelhecimento saudável	80,5%	79,2%	80,2%
Aumento da qualidade de vida	74%	73,6%	73,9%
Identificação precoce de problemas	53,8%	49,1%	52,7%
Controle contínuo da doença	54,4%	15,1%	45%
Melhora no autocuidado	41,4%	35,8%	40,1%
Autonomia e independência	33,1%	24,5%	31,1%
Auxílio na tomada de decisões	21,9%	13,2%	19,8%
Redução do esquecimento para controle da medicação	18,9%	3,8%	15,3%
Não acredito que traga algum benefício	1,2%	1,9%	1,4%

Nota Fonte: Os Autores (2021)

4. Conclusão

A partir dos dados coletados, foi possível delinear um panorama sobre como a população idosa gerencia sua saúde. Ademais, foram traçados dados descritivos entre as principais diferenças notadas na forma como os idosos que possuem ou não DCNT gerenciam sua saúde.

Foi possível constatar que a população idosa analisada se considera bem informada sobre seu estado de saúde e reconhece a importância do gerenciamento da saúde, não apresentando um número expressivo de dificuldades na realização desta ocupação.

Observou-se, ainda, que há uma tendência em relação à diferença na forma de realização do gerenciamento da saúde dos idosos com DCNT e da população sem DCNT, quando observadas as médias – as pessoas com DCNT, em geral, aparentam ter mais cuidados com a saúde. A isto, soma-se o fato de que o agravamento da condição de saúde (aumento do número de DCNT), presumivelmente, mostra-se um fator relevante para o aumento dos cuidados com a saúde, concluindo-se que há uma necessidade de que os cuidados de saúde de caráter preventivo sejam melhor explorados junto a essa população.

Portanto, conclui-se que a realização do gerenciamento da saúde pela população idosa pode acarretar uma melhora na percepção da qualidade de vida, levando a uma longevidade saudável, independentemente da presença de doenças crônicas não transmissíveis. Faz-se mister que a população idosa seja capaz de monitorar sua saúde, a curto, médio e longo prazo, para controlar e prevenir o surgimento das DCNT. A realização desta ocupação tem por objetivo apoiar o desempenho do indivíduo em suas outras ocupações e papéis, fazendo com que encontre o equilíbrio em seu cotidiano. Para isto, é evidente que esta população deve ter acesso à informação e aos meios de realizar tal controle.

As conclusões do estudo devem ser observadas com a ressalva de que sua forma de aplicação – via questionário online – possui algumas limitações, isto pode ter feito com que surgissem erros de interpretação nas perguntas realizadas. Ademais, o estudo se baseia na autopercepção, ou seja, um fator subjetivo e mutável, dos participantes sobre sua saúde e sobre a forma como a gerenciam. Recomenda-se, também, que, futuramente, o presente questionário seja expandido e aplicado de forma presencial, a fim de atingir o público que não tem acesso à internet. Por fim, o estudo desta temática é de grande relevância para a saúde brasileira e para a Terapia Ocupacional, sugerindo, assim, que mais pesquisas nesta área sejam desenvolvidas de forma profunda e estruturada, a fim de consolidar esta nova ocupação.

Referências

Aciole, G.G., Batista, L.H. (2013). Promoção da saúde e prevenção de incapacidades funcionais dos idosos na estratégia de saúde da família: a contribuição da fisioterapia. *Saúde debate*, 37 (96). http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042013000100003&lng=en&nrm=iso

Almeida, A. N. (2002). *Determinantes do consumo de famílias com idosos e sem idosos com base na pesquisa de orçamentos familiares de 1995/96*. [Dissertação de Mestrado, Universidade de São Paulo]. <http://doi.org/10.11606/D.11.2002.tde-08012003-081045>

American Occupational Therapy Association (AOTA). (2020). Occupational Therapy Practice Framework: Domain and Process. 4ª ed. *The American Journal of Occupational Therapy*. 74, 87. <http://ajot.aota.org>

Bernardes M.S. (2016). O monitoramento domiciliar das condições crônicas e a tomada de decisão por idosos diabéticos e hipertensos. [Dissertação de Mestrado, Universidade de São Paulo]. 10.11606/D.82.2016.de-22062016-112424

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. (2011). *Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022* / Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, p.160. http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf

Castro, A.L.C, Tamanini, R.A.V. (2017). A importância da Terapia Ocupacional na promoção da saúde de idosos para a manutenção da qualidade de vida: uma revisão da literatura. *Ling. Acadêmica*. 7 (7), 99-111. <https://intranet.redeclaretiano.edu.br/download?caminho=/upload/cms/revista/sumarios/684.pdf&arquivo=sumario7.pdf>

Chodosh J., Morton S.C., Mojica W., Maglione M, Suttorp MJ, Hilton L, Rhodes S, Shekelle P. (2005). Meta-analysis: chronic disease self-management programs for older adults. *Ann Intern Med*. 143(6):427-38. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-143-6-200509200-00007>

Cruz, M.S., Bernal, R.T.I., Claro, RM. (2018). Tendência da prática de atividade física no lazer entre adultos no Brasil (2006-2016). *Cad. Saúde Pública*, 34(10), e00114817. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00114817>

Cruz, P. K. R. et al. (2020) Difficulties of access to health services among non-institutionalized older adults: prevalence and associated factors. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 23 (6), e190113. <https://doi.org/10.1590/1981-22562020023.190113>

E-Commerce Brasil (2019.) Com renda 9% superior à média da população, idosos elevam o consumo. <https://www.ecommercebrasil.com.br/noticias/idosos-tem-renda-superior-a-media-dapopulacao-e-aumentam-consumo-de-bens-massivos/>

Esmeraldo, G.R.O.V. et al. (2017). Tensão Entre o Modelo Biomédico e a Estratégia Saúde da Família: A Visão dos Trabalhadores de Saúde. *Revista de APS*, 20 (1), 98-106. <https://doi.org/10.34019/1809-8363.2017.v20.15786>

Gandra, A. (2021). *IBGE: mulheres somavam 52,2% da população no Brasil em 2019*. Agência Brasil. <https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2021-08/ibge-mulheres-somavam-522-da-populacao-no-brasil-em-2019>

Koifman, L. (2001). O modelo biomédico e a reformulação do currículo médico da Universidade Federal Fluminense. *Hist. cienc. saude-Manguinhos*, 8 (1), 49-69. <https://doi.org/10.1590/S0104-59702001000200003>

Lindemann, I.L. et al. (2019). Autopercepção da saúde entre adultos e idosos usuários da Atenção Básica de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24 (1), 45-52. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018241.34932016>

Malta, D.C. et al. (2017). Noncommunicable diseases and the use of health services: analysis of the National Health Survey in Brazil. *Revista de Saúde Pública*, 51 (supl.14s). <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2017051000090>

Mejía S.T., Pham T., Metoyer R., Hooker K. (2020). Older adults' use of self-monitoring technology within the context of their daily experiences. *Gerontechnology*. 20 (1), 1-10. <https://doi.org/10.4017/gt.2020.20.402.09>

Melo, S.P.S.C. et al. (2019). Doenças crônicas não transmissíveis e fatores associados em adultos numa área urbana de pobreza do nordeste brasileiro. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 24 (8), 3159-3168. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018248.30742017>

Ministério da Saúde. (2021). *Tendências temporais de comportamentos de risco e proteção relacionados às doenças crônicas entre adultos: diferenças segundo sexo, 2006-2019*. Boletim Epidemiológico, Secretaria de Vigilância em Saúde, Brasília - DF, 52 (7), 1-7. https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/boletins-epidemiologicos/edicoes/2021/boletim_epidemiologico_svs_7.pdf

Organização Mundial da Saúde. (2017). *Medication Without Harm – Global Patient Safety Challenge on Medication Safety*. Geneva: World Health Organization. p.16. <https://www.who.int/initiatives/medication-without-harm>

Páscoa, G., Gil, H. (2015). O sênior e a aprendizagem das TIC: um potencial contributo para a e-inclusão e seu bem-estar. In: 10ª Conferência Ibérica de Sistemas e Tecnologias de Informação, 2015, Águeda, Portugal. Atas da 10ª Conferência Ibérica de Sistemas e Tecnologias de Informação. Braga,

Portugal: APPACDM - Associação Portuguesa de Pais e Amigos do Cidadão Deficiente Mental. 1, 85-90.
<http://hdl.handle.net/10400.11/2870>

Pereira, S. R. M. (2017). Fisiologia do Envelhecimento. In: Freitas, E. V.; PY, L. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. 4º ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. pp.383 - 125.

Pimenta, F. B. et al. (2015). Fatores associados a doenças crônicas em idosos atendidos pela Estratégia de Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 20 (8), 2489-2498.
<https://doi.org/10.1590/1413-81232015208.11742014>

Rocha, E.F., Paiva, L.F.A., Oliveira, R.H. (2012). Terapia ocupacional na Atenção Primária à Saúde: atribuições, ações e tecnologias. *Cad. Ter. Ocup. UFSCar*, São Carlos, 20 (3), 351-361.
<http://dx.doi.org/10.4322/cto.2012.035>

Secretaria da Saúde: Tocantins. (2020). Doenças Crônicas Não Transmissíveis.
<https://saude.to.gov.br/vigilancia-em-saude/doencastransmissiveis-e-nao-transmissiveis-/dant/doencas-cronicas-nao-transmissiveis/>

Silocchi, C., Junges, J.R. (2017) Equipes de Atenção Primária: Dificuldades no Cuidado de Pessoas com Doenças Crônicas Não Transmissíveis. *Trabalho, Educação e Saúde* [online], 15 (2), 599-615.
<https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00056>

World Health Organization – WHO (2010). *Self-help strategies for cutting down or stopping substance use: a guide*. Geneva: the author.

Yabrude, A.T.Z. et al. (2020). Desafios das Fake News com Idosos durante Infodemia sobre Covid-19: Experiência de Estudantes de Medicina. *Rev. bras. educ. med.*, 44 (supl.1), e140.
<https://doi.org/10.1590/1981-5271v44.supl.1-20200381>

Contribuição dos autores: C.F.P.: Coleta, tabulação e análise dos dados, formatação, redação da versão inicial e final do texto; A.M.F.: Revisão crítica do texto. A.C.P.O.: Análise e revisão crítica dos dados; T.M.R.: Orientação do trabalho e revisão crítica do texto.

Recebido em: 18/02/2022

Aceito em: 19/04/2022

Publicado em: 20/05/2022

Editor(a): Ana Carollyne Dantas de Lima