

AUTORES:

Daisy de Araújo Vilela
 Isadora Prado de Araújo Vilela
 Jose Carlos Tatmatsu Rocha
 Danielle I B Tatmatsu
 Marina Prado de Araújo Vilela
 Rafael Pedroza C Marques

<https://doi.org/10.5628/rpcd.17.S2A.54>

Percepção da saúde e dor em idosos em unidades de saúde

PALAVRAS CHAVE:

Qualidade de vida. Envelhecimento.
 Limitação da mobilidade.

Perception of health and pain in elderly health units

ABSTRACT

In health, self-perception is a variable analyzed due to its association with mortality, morbidity and the use of medical services. The aim of the study was to describe the sociodemographic profile, self perceived health and the intensity of pain in elderly engaged in reference health units. The sample consisted of 300 elderly users of the Unified Health System in Brazil who filled out the Quality of Life Questionnaire – SF-36 and the Brief Pain Inventory (BPI). The distribution of the categorical variables and its possible associations were analyzed with application of the chi-square test. Pain intensity was predominantly absent or mild. The perception of health was very good; in comparison with the year before, the elderly considered their health was about the same. The presence of pain did not affect the perceived health of the elderly. After the study, we believe that, for a healthy aging, the interaction between physical and mental health, independence in daily life, social integration, family support and economic independence are necessary; all these items should be closely linked.

KEY-WORDS:

Quality of life. Aging. Mobility limitation.

RESUMO

A auto percepção em saúde é uma variável utilizada devido à sua associação com mortalidade, morbidade e uso de serviço médico. O objetivo do estudo foi descrever o perfil sociodemográfico, auto percepção de saúde e a intensidade da dor em idosos nas unidades básicas de saúde. A amostra foi composta por 300 idosos usuários do Sistema Único de Saúde de um município de médio porte na região centro oeste do Brasil e foram aplicados o Questionário de Qualidade de Vida –SF-36 e o Inventário Breve de Dor (BPI). Foi analisada a distribuição das variáveis categóricas e as possíveis associações com aplicação do teste qui-quadrado. A intensidade da dor foi predominantemente ausente ou leve. A percepção da saúde foi considerada como muito boa; em comparação com o ano anterior, os idosos consideraram que estava quase a mesma. A presença da dor no dia da avaliação não interferiu na percepção de saúde dos idosos. Entendemos, após o estudo, que para um envelhecimento saudável faz-se necessária a interação entre saúde física e mental, independência na vida diária, integração social, suporte familiar e independência econômica; todos estes itens devem estar intimamente ligados.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento é um processo multifatorial (Santos, Andrade, & Bueno, 2009). O aumento do número de anos de vida precisa ser acompanhado pela melhoria ou manutenção da saúde e qualidade de vida (Organização Mundial de Saúde [OMS], 2009). O envelhecimento acelerado produz necessidades e demandas sociais que requerem respostas políticas adequadas do Estado e da sociedade (Kuchemann, 2012).

Para ter saúde, é necessário o equilíbrio entre a condição física, mental e social (Mazo, 2008). Ausência de doenças não é garantia de boa saúde, é preciso que o idoso associe com uma boa condição física a sua percepção da mesma (Barros, Zanchetta, Moura, & Malta 2006). As pessoas que relatam a sua saúde como sendo pobre apresentam maior risco de mortalidade em comparação com aquelas que relatam ter uma saúde excelente (Paim, Travassos, Almeida, Bahia, & Macinko, 2011).

Com o avançar da idade, o aumento da prevalência de dor crônica e fragilidade (Maciel & Araújo, 2014), torna os idosos mais propensos a apresentar várias patologias crônicas de saúde, como a fragilidade e declínio de funções (Celich & Galon, 2009). A dor é um dos principais fatores que limitam o idoso a manter seu cotidiano de maneira normal, impactando negativamente sua qualidade de vida, prejudicando, de algum modo, a realização das atividades de vida diária, bem como restringindo a convivência social e comprometendo o estado funcional, o que pode conduzir ao isolamento (Dellaroza et al., 2013).

No Brasil observa-se alta prevalência de dor crônica nos indivíduos acima de 60 anos, principalmente as dores musculoesqueléticas (Gagliese & Melzack, 2013); 14% da dor crônica está relacionada às articulações e ao sistema musculoesquelético (Cunha & Mayrink, 2011). Embora a dor não apareça como fator direto de dependência e morte, alguns estudos comprovaram a interferência da dor em aspectos da vida e relacionaram-na com limitações funcionais (Gagliese & Melzack, 2013).

A auto percepção em saúde é denominada como auto avaliação em saúde, avaliação em saúde ou saúde percebida. É uma variável não utilizada na clínica, mas muito utilizada em trabalhos devido à sua forte associação com mortalidade, morbidade e uso de serviço médico (Blazer, 2008). Mais recentemente, tem sido utilizada como importante indicador de bem estar individual e coletivo (Dachs & Santos, 2006; Neri, 2008; OMS, 2007), recomendado pela OMS (Marin-Leon, Oliveira, Barros, Dalgalarrodo, & Botega, 2007) para verificar a saúde das populações, tendo-se tornado preditor de morbidade (Bernard et al., 1997), incapacidade (Shirom, Toker, Berliner, Shapira, & Melamed, 2008), depressão (Dachs & Santos, 2006), inatividade (Ilder & Benyamini, 1997) e mortalidade (Borim, Barros, & Neri, 2012; Sargent-Cox, Anstey, & Luszcz, 2010) especialmente entre idosos (Agostinho, Oliveira, Pinto, Balardin, & Harzheim 2010). Baseia-se em critérios subjetivos e objetivos, sendo influenciada por fatores como sexo, idade, classe social e presença de doenças crônicas (Cheng, Fung, & Chan, 2007).

É essencial entender como a pessoa percebe sua saúde, pois o seu comportamento é condicionado pela percepção e pela importância dada a esta (Theme-Filha, Szwarcwald, & Souza Junior, 2008). Portadores de doenças crônicas não se percebem doentes, principalmente por não apresentarem sintomas (Agostinho et al., 2010). Um estudo, que avaliou a percepção de saúde evidenciou que homens percebem menos sua saúde como ruim quando comparado às mulheres, o que afeta a utilização dos serviços de saúde por esses usuários (Caetano, 2012).

O objetivo do estudo foi descrever o perfil sociodemográfico, intensidade da dor e auto-percepção de saúde de idosos em unidades de saúde de referência de uma cidade de médio porte da região centro oeste do Brasil.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo, transversal, de abordagem quantitativa, realizado no período de setembro de 2013 a janeiro de 2014. O local do estudo foi em unidades de saúde em Jataí (GO).

AMOSTRA

A população alvo foi constituída por idosos que frequentaram as unidades de saúde de referência para atendimento, no período da coleta de dados. Para inclusão na amostra de conveniência, foram estabelecidos os seguintes critérios de inclusão: a idade igual ou maior que 60 anos e menor ou igual a 75 anos. Os participantes foram abordados nas unidades de saúde (US), onde buscavam participar de ações promovidas e para busca de consultas médicas.

Para cálculo da amostra foi considerado que, no ano de 2012, segundo registros da Secretaria Municipal de Saúde, o município tinha 1200 idosos registrados no Programa do Idoso, em atendimento nas quatro Unidades de Saúde de referência.

Com um erro amostral de 5%, com nível de confiança de 95%, que resultou em uma amostra de duzentos e noventa e dois idosos ($n = 292$), aos quais foram acrescentados 3% para possíveis perdas, totalizando 300 idosos. Conseguiu-se recrutar com sucesso 300 idosos e não houve perdas e exclusões, considerando-se a amostra necessária atendida.

A pesquisa obteve parecer favorável do Comitê de Ética e Pesquisa – CEP da UFG (protocolo nº 376.875/ 2013). Todos os participantes da pesquisa que concordaram em participar do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido

INSTRUMENTOS

Para viabilizar os objetivos propostos, utilizamos um questionário sociodemográfico, o Inventário Resumido de Dor (*Brief Pain Inventory – BPI*), e duas questões sobre percepção da saúde do Questionário de Vida SF-36. O questionário sociodemográfico foi adaptado

pela pesquisadora e era composto de várias perguntas, para este estudo utilizamos as questões referentes ao nome, idade, sexo, escolaridade e arranjo social.

A escolha do Inventário Resumido de Dor (BPI), validado no Brasil, foi fundamentada nas características e objetivos propostos pela escala, fácil de aplicar, exigindo um curto período de tempo para responder e sendo fácil entendimento para os pacientes: pode ser auto administrado para alfabetizados, analfabetos ou com pouca alfabetização, tornando-se rápido e simples; constitui um método genérico prático de medição e avaliação da dor numa perspectiva multidimensional; além da dor e gravidade, retrata a percepção da dor e sua interferência com a vida diária (Cleeland, 2009); e quantifica a intensidade da dor e a incapacidade, associada nas atividades habituais (Gambaro, Santos, Thé, Castro, & Cendoroglo, 2009). Para este estudo, consideramos apenas a intensidade da dor, um dos itens do instrumento.

Consideramos para avaliar a percepção de saúde, duas perguntas: 1) Em geral você diria que sua saúde é (Dellarozza, Pimenta, Lebrão, & Duarte, 2008): onde as respostas foram lidas e o(a) idoso(a) tinha cinco opções de resposta: “excelente”, “muito boa”, “boa”, “ruim”, “muito ruim”; estudo semelhante ao de Alves e Rodrigues (2005). A segunda pergunta: 2) Comparada há um ano atrás, como você se classificaria sua saúde em geral agora? onde as respostas foram lidas e o(a) idoso(a) tinha cinco opções de resposta: “Muito melhor”, “um pouco melhor”, “quase a mesma”, “um pouco pior”, “muito pior”; incluída neste estudo. Esta segunda pergunta faz parte de um questionário de qualidade de vida (SF-36) e no referido instrumento avalia a percepção da saúde. Na análise foi realizada a dicotomização na variável (questão 1) em Muito Boa (excelente e muito boa) e Boa (boa).

PROCEDIMENTOS

Abordamos os idosos nas unidades de saúde de referência para seu atendimento, antes das atividades de promoção à saúde, e verificamos os critérios de elegibilidade e recrutamos os mesmos para participarem do estudo. A coleta foi realizada por uma equipe treinada e com supervisão da pesquisadora responsável, sendo que o tempo necessário para aplicação dos instrumentos variou de 30-45 minutos. O ambiente foi organizado de forma a permitir a privacidade da entrevista, utilizando-se espaço mais reservado.

ANÁLISE ESTATÍSTICA

Os dados foram registrados em planilha eletrônica (*Excel-Microsoft Office*), para aplicação posterior do programa *SPSS* versão 18.0, e analisados mediante procedimentos de estatística descritiva. As variáveis quantitativas foram apresentadas com os seus valores médios, desvio padrão, mediana e intervalo de confiança. A comparação de médias foi feita utilizando os testes não paramétricos *Kruskal Wallis*, *Mann Whitney-U*, *Exato de Fisher* quando aplicáveis. A análise de distribuição das variáveis categóricas e as possíveis associações foram analisadas com aplicação do teste Qui-quadrado, consideramos $p \leq .05$.

RESULTADOS

Encontramos 171 (57.0 %) idosos na US-1; 34 (11.3 %) na US-2; 83 (27.7 %) na US-3 e 12 (4%) na US-4, totalizando 300 idosos entrevistados. A média de idade dos homens foi mais alta que a das mulheres, as mulheres 66.7 anos (± 5.45) e os homens 68.6 anos (± 6.12), sendo a diferença estatisticamente significativa ($p^* = .028$) (QUADRO 1).

QUADRO 1. Média da idade, desvio padrão, mediana, intervalo de confiança, valor de p, dos idosos Unidades de saúde de referência, Jataí (GO), Set 2013-Jan 2014.

IDADE	MÉDIA	DP	MEDIANA	IC	P*
Homens	68.6	6.12	72.0	60 – 75	.028
Mulheres	66.7	5.45	66.0	59 – 75	
Total	67.1	5.56	66.0	59 – 75	

p* Teste de Mann-Whitney U

O nível de escolaridade predominante foi do ensino fundamental (completo e incompleto), sendo que a proporção de mulheres com o nível de formação de segundo grau e superior é maior que a dos homens. No arranjo social, há distribuição equitativa entre os idosos com e sem companheiro, comparando-se homens e mulheres (QUADRO 2).

QUADRO 2. Distribuição dos idosos por faixa etária, escolaridade, ter companheiro, segundo sexo. Unidades de saúde de referência, Jataí (GO), Set 2013-Jan 2014.

VARIAVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS	SEXO				P*
	MASCULINO		FEMININO		
	N	%	N	%	
Faixa etária (n = 300)					.013
60 – 65 anos	21	36.8	104	42.8	
65 – 70 anos	7	12.3	62	25.5	
70 – 75 anos	29	50.9	77	31.7	
Escolaridade (n = 296)					.001
analfabeto	5	8.8	35	14.6	
sabe ler e escrever	19	33.3	33	13.8	
fundamental (primário + ginásio)	23	40.4	107	44.8	
segundo grau	-	-	50	20.9	
superior (e pós graduação)	10	17.5	14	5.9	
Companheiro (n = 300)					.768
sim	25	43.9	114	46.9	
não	32	56.1	129	53.1	

p* qui-quadrado

Em relação a intensidade da dor, tivemos, em relação a última semana: intensidade da pior dor, apresentou a mediana de 5,0, sendo a média significativamente maior na faixa etária de 65-69 anos ($p = .036$); intensidade da dor moderada, verificou-se mediana de dois e a média com distribuição semelhante entre os sexos e as faixas etárias (QUADRO 3).

QUADRO 3. Média, desvio padrão, mediana e intervalo de confiança da intensidade da maior dor referida pelos idosos na última semana, por sexo e faixa etária. Unidades de saúde de referência, Jataí (GO), Set 2013-Jan 2014

INTENSIDADE DA DOR	PIOR DOR (0-10)		
	Média – DP	Mediana (IC)	p
Sexo			
feminino	4.8 3.8	5.0 (4.4 – 5.3)	.676*
masculino	4.6 3.5	5.0 (3.7 – 5.5)	
Faixa etária (anos)			
60 – 64	4.6 3.7	5.0 (3.9 – 5.2)	.036**
65 – 69	5.8 3.9	5.0 (4.9 – 6.7)	
70 – 75	4.4 3.7	5.0 (3.7 – 5.1)	
Total	4.8 3.7	5.0 (4.4 – 5.2)	

p* Teste Mann-Whitney –U – p** Teste Kruskal-Wallis

Para a dor de menor intensidade, a mediana variou entre 2 e 3, sem diferença significativa entre os sexos e a faixa etária. No momento da entrevista, a intensidade da dor foi predominantemente ausente ou leve, sem diferença significativa para os sexos e faixas etárias.

Na análise da percepção da saúde, a maior parte de homens e mulheres, independente da faixa etária, consideraram a saúde como muito boa. Em comparação com há um ano, consideraram que a saúde está quase na mesma, destacando-se uma proporção expressiva de idosos que percebem a saúde como melhor ou muito melhor em relação ao ano anterior (QUADRO 4).

QUADRO 4. Auto percepção de saúde atual dos idosos e comparada há um ano atrás. Unidades de saúde de referência, Jataí (GO), Set 2013-Jan 2014

SEXO	PERCEPÇÃO DE SAÚDE ACTUAL					TOTAL	p*
	Excelente	Muito Boa	Boa	Ruim	Muito Ruim		
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)		
Masculino	4(7.0)	37(64.9)	16(28.0)	0(0.0)	0(0.0)	57(100.0)	0.482
Feminino	28(11.5)	160(66.0)	55(22.6)	0(0.0)	0(0.0)	243(100.0)	
SEXO	PERCEPÇÃO DE SAÚDE COMPARADA HÁ UM ANO					TOTAL	p*
	Muito melhor	Um pouco melhor	Quase a mesma	Um pouco pior	Muito pior		
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)		
Masculino	10(17.5)	9 (15.7)	37(64.9)	1(1.7)	0(0.0)	57(100.0)	0.472
Feminino	25(10.2)	44(18.1)	171(70.3)	3(1.2)	0(0.0)	243(100.0)	

p* qui quadrado

A presença da dor no dia da avaliação não interferiu na percepção de saúde dos idosos atendidos nas unidades de saúde de referência. E para as variáveis sexo e faixas etárias os resultados apresentaram distribuição semelhante, de percepção de saúde muito boa.

DISCUSSÃO

A predominância do sexo feminino assemelha-se a outros estudos que obtiveram número maior de mulheres em relação aos homens (IBGE, 2010; Rodrigues & Neri, 2012). A média de idade é semelhante ao estudo de Rocha (2013), sendo esse resultado justificado por Santos, Andrade e Bueno (2009), quando dizem que existem idosos com idades entre 60 e 79 anos na própria população brasileira como um todo, ainda que, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2011), o grupo de idosos longevos tem aumentando nos últimos anos. Na escolaridade, a prevalência do ensino fundamental incompleto é explicada pelo fato de a escolaridade da época da infância desses idosos não ser prioritária (Rodrigues & Neri, 2012).

Para Celich (2009), a dor em idosos se torna um problema de saúde pública, que necessita de diagnóstico, mensuração e avaliação a fim de ser devidamente tratada pelos profissionais, de forma a minimizar as morbidades e melhorar a qualidade de vida dos idosos. Para isso, requer estratégia para avaliação precisa e tratamento adequado, mas os instrumentos de avaliação e mensuração raramente são usados para monitorar essa realidade. Muito embora todos os instrumentos apresentem limitações nas populações em que são avaliados e refinados, torna-se imperativo o uso dos mesmos para o controle adequado da dor.

A dor crônica no envelhecimento, junto com as doenças crônicas e degenerativas, muitas vezes está presente, sendo responsável pela limitação funcional nos idosos (Dellaroza et al., 2013). Neste estudo, a severidade da maior dor foi leve ($\pm 3,9$) e não interferiu nas atividades, com distribuição semelhante para os sexos e faixas etárias. Sabe-se que, para um envelhecimento saudável, a interação entre saúde física e mental, independência na vida diária, integração social, suporte familiar e independência econômica devem estar intimamente ligados (Dias, Carvalho, & Araújo, 2013).

As diferenças de gênero e idade, na percepção da saúde, são importantes determinantes do comportamento em relação à procura por atendimento de saúde, sendo que a percepção de um estado de saúde ruim acarreta um maior uso dos serviços de saúde entre os idosos (Borges & Seidl, 2012; IBGE, 2009). O resultado deste estudo é semelhante ao de Hartmann (2008), onde a maior parte dos participantes relatou a sua saúde como boa ou regular. Todavia, contraria outra pesquisa que encontrou nos idosos uma auto avaliação negativa da percepção da saúde (Pagotto, Bachion, & Silveira, 2013).

CONCLUSÕES

O idoso, nas unidades de saúde de referência, teve o predomínio de mulheres na faixa etária entre 60 a 64 anos, com formação escolar de ensino fundamental completo/ incompleto ($p^* \leq .001$); as mulheres apresentaram escolaridade mais alta do que os homens, caracterizada pelo ensino de segundo grau e superior. Na última semana, a dor ocorreu em quase metade dos idosos (49.3% dos atendidos); a mediana da pior dor foi 5.0, sem diferença na média da intensidade entre os sexos. A intensidade da maior dor foi na faixa etária de 65 a 69 anos. A dor de baixa intensidade interferiu pouco na vida dos idosos, independente do sexo e faixas etárias.

Quanto à percepção da saúde, nos idosos que frequentaram as unidades de referência a percepção de saúde muito boa, sem diferença para os sexos e faixas etárias. Comparada há um ano, a saúde é percebida como quase a mesma, sem diferença entre os sexos e faixas etárias.

Destacamos a importância da realização de novas pesquisas, e a fragilidade do estudo transversal; nesta estrutura os dados são coletados em um único "momento", não existindo um período de acompanhamento dos idosos. Espera-se que seja subsídio para futuras investigações, incentivando práticas profissionais votadas aos idosos e, possivelmente, contribuindo para políticas sociais e educacionais do envelhecimento.

AGRADECIMENTOS

Programa de Pós-Graduação em Ciência da Saúde Fac. de Medicina–UFG

REFERÊNCIAS

- Agostinho, M., Oliveira, M., Pinto, M., Balardin, G., & Harzheim, E. (2010). Autopercepção da saúde entre usuários da atenção primária em Porto Alegre, RS. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, 5(17), 9-15. doi:10.5712/rbmf5(17)175
- Barros, M. B. A., Zanchetta, L. M., Moura, E. C., & Malta, D. C. (2009). Auto-avaliação da saúde e fatores associados, Brasil, 2006. *Revista de Saúde Pública*, 43(2), 1-10.
- Bernard, S. L., Kincade, J. E., Konrad, T. R., Arcury, T. A., Rabiner, D. J., Woomert, A., ... Ory, M. G. Predicting mortality from community surveys of older adults: The importance of self-rated functional ability. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 52(3), S155-163.
- Blazer, D. G. (2008). How do you feel about...? Health outcomes in late life and self-perceptions of health and well-being. *Gerontologist*, 48, 415-22.
- Borges, L. M., & Seidl, E. M. F. (2012). Percepções e comportamentos de cuidados com a saúde entre homens idosos. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 32(1), 66-68.
- Borim, F. S. A., Barros, M. B., & Neri, A. L. (2012). Auto-avaliação da saúde em idosos: Pesquisa de base populacional no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 28(4), 769-780.
- Caetano, S. C. (2012). *Associação entre rede e apoio social com auto-avaliação da saúde em idosos residentes do Município do Rio de Janeiro. 2012*. Dissertação de mestrado, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro. Disponível em bvsspicic.fiocruz.br/
- Celich, K. L. S., & Galon, C. (2009). Dor crônica em idosos e sua influência nas atividades da vida diária e convivência social. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 12(3), 345-359.
- Cheng, S. T., Fung, H., & Chan, A. (2007). Maintaining self-rated health through social comparison in old age. *Journal of Gerontology*, 62(5), 277-285.
- Cleeland, C. (2009). *The Brief Pain Inventory: User guide*. Disponível em <http://www.mdanderson.org/education-and-research/departments-and-divisions/symptom-research/symptom-assessment-tools/BPI-User-Guide.pdf>.
- Cunha, L. L., & Mayrink, W. C. (2011). Influência da dor crônica na qualidade de vida em idosos. *Revista da Dor*, 12(2), 120-124.
- Dachs, N. W., & Santos, A. P. R. (2006). Auto-avaliação do estado de saúde no Brasil: Análise dos dados da PNAD/ 2003. *Ciência e Saúde Coletiva*, 11, 887-894.
- Dellarozza, M. S. G., Furuya, R. K., Cabrera, M. A. S., Matsuo, T., Trelha, C., Yamada, K. N., & Pacola, L. (2008). Caracterização da dor crônica e métodos analgésicos utilizados por idosos da comunidade. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 54(1), 36-41.
- Dellarozza, M. S. G., Pimenta, C., Lebrão, M., & Duarte, Y. (2013). Associação de dor crônica com uso de serviços de saúde em idosos residentes em São Paulo. *Revista de Saúde Pública*, 47(5), 914-922. doi:10.1590/rsp.v47i5.76702
- Dias, D. S. G., Carvalho, C. S., & Araújo, C. V. (2013). Comparação da percepção subjetiva de qualidade de vida e bem-estar de idosos que vivem sozinhos, com a família e institucionalizados. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 6(1), 127-138.
- Gagliese, L., & Melzack, R. (2003). Age-related differences in the qualities but not the intensity of chronic pain. *Pain*, 104(3), 597-608.
- Gambaro, R. C., Santos, F. C., Thé, K. B., Castro, L. A., & Cendoroglo, M. S. (2009). Avaliação de dor no idoso: Proposta de adaptação do "Geriatric Pain Measure" para a língua portuguesa. *Revista Brasileira de Medicina*, 66(3), 62-65.
- Hartmann, A. C. V. C. (2008). *Fatores associados a autopercepção de saúde em idosos de Porto Alegre*. Tese de doutorado, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Brasil. Disponível em http://tede.pucrs.br/tde_arquivos/14/TDE-2008-06-20T114933Z-1394/Publico/402112.pdf
- Ilder, E. L., & Benyamini, Y. (1997). Self-rated health and mortality: A review of twenty-seven community studies. *Journal of Health and Social Behavior*, 38, 21-37.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2009). *Indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil 2009. Estudos e pesquisas. Informação demográfica e socioeconômica*. Disponível em http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indic_sociaosau/2009/indicssaude.pdf
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2010). *Síntese de indicadores sociais: Uma análise das condições de vida da população Brasileira, 2010*. Disponível em <http://www.ibge.gov.br/>
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2011). *População Brasileira envelhece em ritmo acelerado*. Disponível em <http://sala.de.imprensa.ibge.gov.br/noticias?view=noticia&id=1&busca=1&idnoticia=1272>.
- Kuchemann, B. A. (2012). Envelhecimento populacional, cuidado e cidadania: Velhos dilemas e novos desafios. *Sociedade e Estado*, 27(1), 165-180.

Avaliação do perfil de nipo-brasileiros através de análise subjetiva e numérica

PALAVRAS CHAVE:

Ortodontia. Facial. Estética.

AUTORES:

Alexandre Magno dos Santos¹
 Andréa Damasceno Rocha¹
 Hideo Suzuki²
 Aguinaldo Silva G Segundo²
 Maurício Almeida Cardoso³
 Isabella Simões Holz⁴
 Leopoldino Capelozza Filho³

¹Área Ortodontia, U. Sagrado Coração, Bauru, S. Paulo (Brasil)

²Dep. Ortodontia, C Pesquisa e Pós-Grad., U Leopoldo Mandic, S. Paulo (Brasil)

³Dep. Ortodontia, C Pesquisa e Pós-Grad., U Sagrado Coração, Bauru, S. Paulo

⁴Hospital Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade S. Paulo (Brasil)

<https://doi.org/10.5628/rpcd.17.S2A.65>

RESUMO

Este estudo teve como objetivo avaliar uma população de Nipo-Brasileiros (Xantodermas) nos conceitos subjetivos de estética facial em esteticamente agradável, aceitável e desagradável e a sua percepção em diferentes grupos de avaliadores; adicionalmente, nos Nipo-Brasileiros considerados agradáveis, objetivou-se realizar uma análise facial numérica do perfil. O presente trabalho avaliou uma amostra de indivíduos Nipo-Brasileiros com equilíbrio musculo-facial, representado pelo selamento labial passivo, ausência de tratamento ortodôntico ou cirurgia facial prévia. A amostra foi constituída de 82 indivíduos (42 mulheres e 40 homens), avaliados por cinco grupos: ortodontistas leucodermas, ortodontista Nipo-Brasileiros e cirurgiões buco-maxilo-faciais com relação à agradabilidade facial. Para verificar a concordância entre os examinadores foi utilizado o coeficiente de concordância de Kendall. Na comparação entre os grupos foi utilizado o teste do qui-quadrado e o teste de proporções, com nível de significância de 5% ($p < .05$). A maioria dos indivíduos foi considerado esteticamente aceitável. Nos indivíduos esteticamente desagradáveis, o nariz e o queixo foram as estruturas que mais impactaram suas faces. Quando comparados com os leucodermas, os nipo-brasileiros apresentam uma maior protrusão do lábio superior e inferior. A convexidade facial foi menor nos nipo-brasileiros. O excesso do terço inferior em relação ao terço médio da face foi maior nos brasileiros leucodermas.

Correspondência: Andréa Damasceno Rocha. Área de Ortodontia, Universidade do Sagrado Coração, Bauru, São Paulo (Brasil). (adrorto@yahoo.com.br)

Maciel, A. C. C., & Araújo, L. M. (2010). Fatores associados às alterações na velocidade de marcha e força de preensão manual em idosos institucionalizados. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 13(2), 179-189.

Marin-Leon, L., Oliveira, H. B., Barros, M. B. A. Dalgalarrondo, P., & Botega, N. J. (2007). Social inequality and common mental disorders. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 29(3), 250-253.

Mazo, G. Z. (2008). *Atividade física, qualidade de vida e envelhecimento*. Porto Alegre: Sulina.

Neri, A. L. (2007). Qualidade de vida na velhice e subjetividade. In A. L. Neri (Org.), *Qualidade de vida na velhice: Enfoque multidisciplinar* (pp. 13-59). Campinas: Editora Alínea.

Organização Mundial da Saúde. (2007). Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde (10ª Rev.). São Paulo: Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde/ Editora da Universidade de São Paulo.

Organização Mundial da Saúde. (2014). *Carta de Ottawa*. Disponível em <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>

Pagotto, V., Bachion, M. M., Silveira, E. A. (2013). Autoavaliação da saúde por idosos brasileiros: Revisão sistemática da literatura. *Revista Panamericana de Salud Publica*, 33(4), 302-310.

Paim, J. S., Travassos, C., Almeida, C., Bahia, L., & Macinko, J. (2011). The Brazilian health system: History, advances, and challenges. *Lancet*, 377, 1778-1797.

Rocha, A. S. R. M. (2013). *Catastrofização da dor e percepção de doença em indivíduos com dor crônica*. Dissertação de mestrado, Universidade Fernando Pessoa do Porto, Portugal.

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

Santos, F. H., Andrade, V. M., & Bueno, O. F. A. (2009). Envelhecimento: Um processo multifatorial. *Psicologia em Estudo*, 14(1), 3-10.

Sargent-Cox, K. A., Anstey, K. J., & Luszcz, M. A. (2010). The choice of self-rated health measures matter when predicting mortality: Evidence from 10 years follow-up of the Australian longitudinal study of ageing. *BMC Geriatrics*, 10(18).

Shirom, A., Toker, S., Berliner, S., Shapira, I., & Melamed, S. (2008). The effects of physical fitness and feeling vigorous on self-rated health. *Health Psychology*, 27, 567-575.

Theme-Filha, M. M., Szwarcwald, C. L., & Souza Junior, P. R. (2008). Measurements of reported morbidity and interrelationships with health dimensions. *Revista de Saúde Pública*, 42(1), 73-81.