

Fatores associados à autopercepção negativa da saúde entre idosos não institucionalizados de Montes Claros, Brasil

Factors associated with negative self-rated health among non-institutionalized elderly in Montes Claros, Brazil

Sarah Magalhães Medeiros¹
Lorena Santos Rocha Silva¹
Jair Almeida Carneiro¹
Gizele Carmen Fagundes Ramos¹
Ana Teresa Fernandes Barbosa¹
Antônio Prates Caldeira¹

Abstract *This study aimed to obtain an understanding of the self-rated health among community-dwelling elderly people in the north of Minas Gerais, identifying factors associated with negative self-rated health. We conducted a population-based cross-sectional study with two-stage random sampling. Data collection was carried out in the home of elderly people by trained staff who used questionnaires that had already been validated. To identify the variables associated with negative self-rated health, bivariate analyses were performed, followed by Poisson regression analysis. The study included 686 elderly people (average age = 70.9 years, DP = 8.08), 445 (64.9%) of whom were female. Most were mixed-race (57.1%) and had less than 4 years of schooling (76.3%). On the self-rated health, 291 elderly people (42.4%) had a positive perception of their own health (very good or good); 302 elderly people described their health as “regular” (44.0%) and 93 (13.5%) referred to their own health as “poor” or “very poor”. The variables associated with a negative self-rated health were: difficulties in accessing health services, having a fall in the last year, hypertension, heart problems, asthma/bronchitis and any degree of fragility. The results reinforce the fact that multiple factors are associated with negative self-rated health among the elderly, with an emphasis on those related to morbidity.*

Key words *Health of the elderly, Self-Assessment (health), Cross-Sectional studies*

Resumo *Objetivou-se conhecer a autopercepção de saúde entre idosos comunitários no norte de Minas Gerais, identificando fatores associados à autopercepção negativa da saúde. Trata-se de estudo transversal, de base populacional, com amostragem probabilística em dois estágios. Os dados foram coletados nos domicílios por equipe treinada com questionários já validados. Para identificar variáveis associadas à autopercepção negativa da saúde, foram feitas análises bivariadas, seguidas de regressão de Poisson. Participaram do estudo 686 idosos (idade média = 70,9 anos; DP = 8,08), sendo 445 (64,9%) do sexo feminino. A maioria era parda (57,1%) e com escolaridade de até 4 anos (76,3%). Sobre a autopercepção de saúde, 291 idosos (42,4%) apresentaram uma percepção positiva de sua própria saúde (Muito boa ou Boa); 302 idosos descreveram uma saúde “Regular” (44,0%) e 93 (13,5%) referiram-se à própria saúde como “Ruim” ou “Muito ruim”. As variáveis associadas com uma autopercepção negativa da saúde foram: dificuldade de acesso aos serviços de saúde, queda no último ano, hipertensão arterial, problema cardíaco, asma/bronquite e algum grau de fragilidade. Os resultados reforçam o fato de que múltiplos fatores se mostram associados à autopercepção negativa entre os idosos, com ênfase para aqueles vinculados à morbidade.*

Palavras-chave *Saúde do idoso, Autoavaliação (saúde), Estudos transversais.*

¹ Universidade Estadual de Montes Claros. Av. Dr. Ruy Braga S/N, Vila Mauriceia. 39401089 Montes Claros MG Brasil.
sarah_mm2@hotmail.com

Introdução

A autopercepção de saúde é um indicador utilizado em inquéritos de saúde que, embora subjetivo, propicia uma medida eficaz, rápida e de baixo custo sobre a saúde de grupos populacionais¹. Nos últimos anos, a literatura tem apresentado uma crescente produção sobre esse tema^{2,3}, destacando sua associação com morbidade^{2,4-6} e com ênfase na população idosa^{2-4,7}.

A investigação da autopercepção de saúde entre idosos apresenta grande relevância para o Brasil nos últimos anos, que vivencia um acelerado processo de envelhecimento populacional, com importantes impactos e desafios para os serviços de saúde⁸. Estudos nacionais já revelaram que a proporção de autopercepção negativa da saúde aumenta com o passar da idade^{9,10}.

É razoável supor que eventos frequentes entre idosos, tais como maior número de doenças crônicas não transmissíveis e incapacidade funcional, repercutam em uma percepção negativa da própria saúde. Entretanto, é importante investigar o quanto essa percepção sofre influência das condições sociais e ambientais. Por se tratar de uma avaliação subjetiva, a autopercepção de saúde possui caráter multidimensional, envolvendo estilos de vida, além de aspectos psicológicos, demográficos e socioeconômicos^{1,2,6,10}.

As particularidades que envolvem a autopercepção de saúde justificam a condução de estudos locais e regionais, que possam auxiliar os gestores de saúde na elaboração de estratégias para melhorar as condições de saúde da população, especialmente a população idosa, mais crescente nos últimos anos. A identificação dos diversos aspectos envolvidos na percepção da saúde por pessoas idosas pode revelar grupos mais vulneráveis, possibilitando medidas mais específicas e mais efetivas para melhoria da qualidade de vida desses grupos.

O norte de Minas Gerais é uma área de transição entre o Sudeste e Nordeste do país. Possui alguns indicadores que revelam uma população carente: o Produto Interno Bruto (PIB) *per capita* da região está abaixo do estado e do Brasil. A renda domiciliar *per capita* é inferior à observada para a média do estado, e a segunda menor quando comparada com as demais regiões do estado. Dentre os 89 municípios da região, apenas três possuem Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) alto¹¹. Nesta região não existem registros de inquéritos que envolvam a autopercepção de saúde entre idosos. No presente estudo, o objetivo foi conhecer a autopercepção

de saúde entre idosos comunitários da principal cidade do norte de Minas, identificando fatores associados à autopercepção negativa.

Métodos

Trata-se de um estudo transversal, realizado com idosos não institucionalizados, residentes na área urbana do município de Montes Claros, ao norte de Minas Gerais. O processo de amostragem foi probabilístico, por conglomerados e em dois estágios. No primeiro estágio, utilizou-se como unidade amostral o setor censitário e foram selecionados aleatoriamente 42, entre os 362 setores urbanos do município. No segundo estágio, definiu-se o número de domicílios segundo a densidade populacional de indivíduos com idade ≥ 60 anos¹². Nesta etapa, o cálculo do número de domicílios a serem sorteados foi feito com base na média esperada de idosos por domicílio (razão pessoas/domicílio), ou seja, os setores com maior número de idosos tiveram mais domicílios alocados, de forma a produzir uma amostra mais representativa.

O número total de idosos alocados para o estudo considerou uma prevalência conservadora de 50% para o evento estudado, uma população estimada de 30.790 idosos¹², uma margem de erro de 5% e um nível de confiança de 95%. Considerando tratar-se de uma amostragem por conglomerados, o número identificado foi multiplicado por um fator de correção (*deff*) de 1,5 e acrescido de 20% para eventuais perdas. O número mínimo de pessoas para o estudo definido pelo cálculo amostral foi de 684 pessoas.

Foram definidos como critérios de inclusão: indivíduos com idade de 60 anos ou mais, residentes nos setores censitários sorteados. Foram excluídos idosos cujos cuidadores/familiares consideraram inaptos para responderem ao formulário do estudo. Foram consideradas perdas os idosos não disponíveis para participação em pelo menos três visitas em dias e horários diferentes, mesmo com agendamento prévio.

A coleta de dados foi realizada no domicílio do idoso entre maio e julho de 2013. Os entrevistadores (graduados em enfermagem), previamente treinados, percorreram os setores censitários a partir de um ponto previamente definido em cada um deles para realizarem as entrevistas. O instrumento de coleta de dados utilizou questões já validadas em inquéritos populacionais, com ênfase no inquérito telefônico para vigilância de fatores de risco e proteção para doenças

crônicas¹³ e foi previamente utilizado em um estudo piloto em um setor censitário especialmente sorteado para verificar na prática a compreensão das questões pelos entrevistados e a habilidade dos entrevistadores. O estudo piloto mostrou que não eram necessárias mudanças no instrumento de coleta de dados e os dados coletados nessa fase não foram incluídos na análise final.

A variável dependente foi a autopercepção de saúde, avaliada por meio da questão *Como o(a) Sr(a) classificaria seu estado de saúde?* As opções de resposta eram: *Muito bom, Bom, Regular, Ruim* ou *Muito ruim*. Para análise dos dados coletados, as respostas foram dicotomizadas e assumiu-se como percepção positiva da saúde as respostas *Muito bom* e *Bom* e percepção negativa da saúde o somatório das respostas *Regular, Ruim* e *Muito Ruim*, seguindo estudos similares sobre o tema, tanto nacionais, como internacionais^{1,2,4,5}.

As variáveis independentes estudadas foram: gênero, idade, cor da pele autorreferida, situação conjugal, arranjo familiar (condição de residir sozinho ou com outras pessoas), escolaridade, renda familiar, prática religiosa, tipo de serviço de saúde utilizado, dificuldade de acesso ao principal serviço de saúde, possuir ou não de plano de saúde, registro de internação hospitalar nos últimos 12 meses, registro de queda nos últimos 12 meses, presença de morbidades crônicas autorreferidas (hipertensão, problema cardíaco, diabetes mellitus, artrite/artrose/reumatismo, osteoporose, asma/bronquite asmática/alérgica e incontinência urinária), polifarmácia (uso regular de cinco ou mais medicamentos), fragilidade (aferida definida pela *Edmonton Frail Scale*) e sintomas depressivos, aferidos pela *Geriatric Depression Scale* de 15 itens. Essas duas últimas escalas já foram validadas no país com as adaptações transculturais necessárias^{14,15}.

As informações coletadas foram analisadas por meio do programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 17.0 (SPSS for Windows, Chicago, EUA). Foram realizadas análises bivariadas e posteriormente análise múltipla por meio da regressão de Poisson, com variância robusta, na análise múltipla. Em cada uma das análises foram calculadas as Razões de Prevalência (RP) consideradas com os respectivos intervalos de confiança a 95% (IC95%). Para a análise múltipla foram consideradas apenas as variáveis que mostraram associação até o nível de 20% ($p < 0,20$) na análise bivariada. No modelo final, após a análise múltipla, foram mantidas apenas as variáveis que mostraram-se associadas até o nível de 5% ($p < 0,05$).

Foram realizadas análises de distribuição de frequência, medidas de associação por meio do teste qui-quadrado e análise de regressão de Poisson, com variância robusta. Para essa etapa, foram analisadas de forma conjunta todas as variáveis que, na análise bivariada, mostraram associação até o nível de 20% ($p < 0,20$). Foram mantidas no modelo final as variáveis cujas Razões de Prevalência (RP) mostraram-se significativas até o nível de 5% ($p < 0,05$).

Todos os participantes foram orientados sobre a pesquisa e apresentaram sua anuência, através da assinatura ou registro da digital em termo de consentimento livre e esclarecido. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Montes Claros.

Resultados

A amostra de idosos do estudo foi de 686 indivíduos. Destes, 445 (64,9%) eram do sexo feminino. A idade do grupo variou de 60 a 98 anos, com média de 70,9 anos ($DP \pm 8,08$). A maioria declarou-se parda (57,1%) e com escolaridade de até 4 anos (76,3%). Estas e demais características demográficas e socioeconômicas do grupo são apresentadas na Tabela 1.

Em relação às características relacionadas aos cuidados de saúde (Tabela 2) destaca-se que 234 idosos (34,1%) informaram possuir um plano de saúde, mas o tipo de serviço de saúde mais utilizado foi o público (68,8%). Aproximadamente um quinto dos entrevistados relatou internação hospitalar nos últimos 12 meses (17,8%). A hipertensão arterial foi a morbidade mais referida pelos respondentes (70,8%). E também houve destaque para artrite/artrose/reumatismo (35,1%) e incontinência urinária (28,3%). Registrou-se ainda que 161 idosos (23,5%) faziam uso regular de cinco ou mais medicamentos (polifarmácia). Sobre a autopercepção de saúde, 291 idosos (42,4%) apresentaram uma percepção positiva de sua própria saúde (Muito boa ou Boa); 302 descreveram uma saúde "Regular" (44,0%) e 93 (13,5%) referiram-se à própria saúde como "Ruim" ou "Muito ruim".

As Tabelas 3 e 4 apresentam os resultados das análises bivariadas (brutas) para associações investigadas e a Tabela 5 as variáveis que se mantiveram no modelo final, após análise conjunta das variáveis. Mostraram associadas com uma autopercepção negativa da saúde: a dificuldade de acesso aos serviços de saúde, registro de que-

Tabela 1. Características demográficas e socioeconômicas de idosos em Montes Claros (MG); 2013.

Variável	N	%
Gênero		
Feminino	445	64,9
Masculino	241	35,1
Idade		
60 a 69 anos	341	49,7
70 a 79 anos	239	34,8
Mais de 80 anos	106	15,5
Cor da pele		
Parada	392	57,1
Preta	65	9,5
Branca	215	31,3
Amarela	14	2,0
Situação conjugal		
Solteiro	46	6,7
Casado	334	48,7
União estável	18	2,6
Divorciado/separado	54	7,9
Viúvo	234	34,1
Religião		
Católica	476	69,4
Evangélica	193	28,1
Outras	4	0,6
Nenhuma	13	1,9
Prática religiosa		
Sim	562	81,9
Não	124	18,1
Escolaridade		
Não estudou	179	26,1
1 a 4 anos	343	50,0
> 4 anos	164	23,9
Arranjo familiar		
Mora sozinho	82	12,0
Mora somente com o cônjuge	119	17,3
Mora com outros familiares	481	70,1
Mora com não familiares	4	0,6
Renda familiar		
≤ 1 salário mínimo	196	28,6
1 a 2 salários mínimos	226	32,9
> 2 salários mínimos	264	38,5

da no último ano, hipertensão arterial, problema cardíaco, asma/bronquite alérgica ou asmática e algum grau de fragilidade, segundo a *Edmonton Frail Scale*.

Discussão

Este estudo revelou uma importante prevalência de autopercepção negativa do estado de saúde

Tabela 2. Características relacionadas aos cuidados de saúde entre idosos em Montes Claros (MG); 2013.

Variável	N	%
Possui plano de saúde		
Sim	234	34,1
Não	452	65,9
Tipo de serviço de saúde mais utilizado		
Público (SUS)	472	68,8
Particular	29	4,2
Convênio	120	17,5
Não sabe responder	65	9,5
Dificuldade de uso e acesso aos serviços de saúde		
Sim	269	39,2
Não	417	60,8
Sintomas depressivos (GDS-15)		
Sim	201	29,3
Não	485	70,7
Fragilidade (Escala de Edmonton)		
Sem qualquer fragilidade	290	42,3
Com algum grau de fragilidade	396	57,7
Internações nos últimos 12 meses		
Nenhuma	564	82,2
Uma	72	10,5
Mais de uma	50	7,3
Queda nos últimos 12 meses		
Sim	194	28,3
Não	492	71,7
Uso regular de cinco ou mais medicamentos		
Sim	161	23,5
Não	525	76,5
Morbidade autorreferida*		
Hipertensão arterial	486	70,8
Diabetes	153	22,3
Problema cardíaco	164	23,9
Osteoporose	171	24,9
Artite/artrose/reumatismo	241	35,1
Enfisema/bronquite crônica/DPOC	30	4,4
Asma/bronquite asmática/bronquite alérgica	37	5,4
Incontinência urinária	194	28,3
Autopercepção do estado de saúde		
Muito bom	30	4,4
Bom	261	38,0
Regular	302	44,0
Ruim	84	12,2
Muito ruim	9	1,3

* A soma dos percentuais é maior devido ao fato de uma mesma pessoa referir mais de uma morbididade.

entre idosos comunitários no norte de Minas Gerais. Um percentual ligeiramente inferior foi registrado em estudo conduzido em três cidades

Tabela 3. Análise bivariada entre variáveis demográficas e socioeconômicas e autopercepção de saúde entre idosos; Montes Claros (MG); 2013.

Variável	Autopercepção de saúde				p-valor	RP bruta (IC 95%)
	Negativa		Positiva			
	(n)	(%)	(n)	(%)		
Sexo					0,596	
Masculino	260	65,8	185	63,4		1,04(0,91-1,20)
Feminino	135	34,2	106	36,4		
Idade					0,339	
≥ 80 anos	66	16,7	40	13,8		1,09(0,93-1,29)
< 80 anos	329	83,3	251	86,2		
Escolaridade					0,371	
0-4	89	22,5	75	25,8		0,92(0,79-1,08)
> 4	306	77,5	216	74,2		
Renda familiar					0,334	
≤ 1 SM	119	30,1	77	26,5		1,08(0,94-1,24)
> 1 SM	276	69,9	214	73,5		
Arranjo familiar					0,946	
Mora só	47	11,9	35	12,0		0,99(0,82-1,21)
Mora c/familiares	348	88,1	256	88,0		
Estado civil					0,227	
S/ companhia	184	46,6	150	51,6		0,92(0,81-1,05)
União estável	211	53,4	141	48,4		
Cor da pele					0,060	
Não branca	283	71,6	188	64,6		1,15(0,99-1,34)
Branca	112	28,4	103	35,4		
Prática religiosa					0,410	
Não	76	19,2	48	16,5		1,08(0,92-1,26)
Sim	319	80,8	243	83,5		

do interior brasileiro, com metodologia semelhante, que apontou uma frequência de 49,6% de autopercepção negativa da saúde². Percentual de 53,8% foi observado para a autopercepção de saúde regular ou ruim em um grande estudo em São Paulo¹⁶.

É preciso registrar que alguns estudos apresentam percentuais bem mais inferiores de autopercepção negativa da saúde^{6,10}. Contudo, tais estudos agrupam como resultados de uma percepção negativa apenas as categorias “ruim” e “muito ruim”. Não parece existir padronização em estudos nacionais sobre o adequado “ponto de corte” para avaliar fatores associados a uma percepção negativa da saúde. Isto é, alguns estudos consideram a percepção de saúde regular como percepção positiva^{6,10}, outros como percepção negativa^{2,5,9,16} e outros ainda conduzem análises com mais de dois níveis de para a percepção de saúde considerando a percepção negativa, a positiva e a percepção regular ou intermediária^{17,18}. Também

existem autores que apresentam outra classificação, apontando as opções “excelente, muito boa, boa, ruim ou muito ruim”, excluindo a opção intermediária¹⁹. Estudos internacionais também apresentam discordância em relação ao processo de dicotomização da resposta sobre autopercepção de saúde^{1,4,20}.

A divergência observada na literatura sobre diferentes pontos de corte para mensurar a autopercepção da saúde não é recente^{21,22} e destaca a necessidade de cautela para a comparação dos resultados entre diferentes estudos. Tais divergências, entretanto, não significam uma menos valia do indicador, que representa uma medida bastante útil em inquéritos populacionais, e que reflete vários aspectos dos cuidados e da utilização dos serviços de saúde¹.

No presente estudo as variáveis associadas a uma percepção negativa da saúde foram aquelas relacionadas às condições crônicas, ao registro de quedas no último ano, à dificuldade de acesso aos

Tabela 4. Análise bivariada entre variáveis relacionadas à saúde e auto percepção de saúde entre idosos; Montes Claros (MG); 2013.

Variável	Auto percepção de saúde				p-valor	RP bruta (IC 95%)
	Negativa		Positiva			
	(n)	(%)	(n)	(%)		
Possui plano de saúde					0,179	
Não	269	68,1	183	62,9		1,11(0,96-1,27)
Sim	126	31,9	108	37,1		
Difícil uso e acesso aos serviços de saúde					0,000	
Sim	199	50,4	98	33,7		1,33(1,17-1,51)
Não	196	49,6	193	66,3		
Internou-se 12 meses					0,006	
Sim	77	19,5	34	11,7		1,25(1,08-1,45)
Não	318	80,5	257	88,3		
Queda					0,000	
Sim	134	34,1	60	20,7		1,30(1,15-1,48)
Não	259	65,9	230	79,3		
Hipertensão*					0,000	
Sim	304	77,3	182	62,5		1,39(1,75-1,65)
Não	89	22,7	109	37,5		
Diabetes					0,056	
Sim	98	25,1	55	18,9		1,15(1,00-1,33)
Não	293	74,9	236	81,1		
Problema cardíaco*					0,000	
Sim	119	30,8	45	15,7		1,38(1,22-1,57)
Não	267	69,2	242	84,3		
Artrite/Artrose/Reumatismo*					0,000	
Sim	165	43,3	76	26,2		1,37(1,20-1,55)
Não	216	56,7	215	73,9		
Asma/Bronquite asmática/alérgica					0,004	
Sim	30	7,6	7	2,4		1,44(1,22-1,71)
Não	363	92,4	284	97,6		
Osteoporose					0,007	
Sim	112	29,9	59	20,4		1,23(1,07-1,41)
Não	262	70,1	230	79,6		
Fragilidade					0,000	
Sim	190	48,1	54	18,6		1,68(1,48-1,89)
Não	205	51,9	237	81,4		
Sintomas depressivos					0,000	
Sim	145	36,7	56	19,2		1,40(1,24-1,58)
Não	250	63,3	235	80,8		
Polifarmácia					0,000	
Sim	116	29,4	45	15,5		1,36(1,20-1,53)
Não	278	70,6	246	85,5		
Incontinência urinária					0,000	
Sim	132	33,5	62	21,3		1,27(1,12-1,45)
Não	262	66,5	229	78,7		

serviços de saúde e à fragilidade aferida pela *Edmonton Frail Scale*.

Sobre as condições crônicas, mantiveram-se no modelo final a hipertensão arterial, o registro

de algum problema cardíaco, e asma/bronquite alérgica/bronquite asmática. São condições que se mostram estritamente ligadas a percepção de risco de vida e/ou uso contínuo de medicamentos.

Tabela 5. Resultados na análise multivariada para fatores associados à autopercepção negativa da saúde entre idosos; Montes Claros (MG); 2013.

Variável	p-valor	RP	IC95%
Dificuldade para acesso aos cuidados de saúde	0,000	2,03	1,42-2,90
Registro de queda nos últimos 12 meses	0,010	1,69	1,13-2,51
Fragilidade (<i>Edmonton Frail Escala</i>)	0,000	3,88	2,69-5,89
Autorrelato de hipertensão	0,023	1,54	1,06-2,23
Autorrelato de problema cardíaco	0,046	1,57	1,01-2,46
Autorrelato de asma/bronquite asmática/alérgica	0,039	2,77	1,05-7,29
Cor da pele (não branca)	0,130	0,73	0,48-1,10
Não possuir plano de saúde	0,520	0,73	0,29-1,88
Internação nos últimos 12 meses	0,274	1,01	0,78-1,24
Autorrelato de diabetes	0,900	0,98	0,73-1,32
Autorrelato de artrite/artrose/reumatismo	0,163	1,17	0,83-1,42
Autorrelato de osteoporose	0,642	0,66	0,13-3,83
Sintomas depressivos (GDS-15)	0,128	1,38	0,91-2,08
Polifarmácia	0,197	0,12	0,89-1,42
Autorrelato de incontinência urinária	0,669	1,09	0,72-1,68

As doenças do aparelho circulatório constituem o principal grupo de causas de mortes no Brasil, em ambos os sexos. A associação entre tais condições e a autopercepção negativa de saúde observada neste estudo foi registrada também no Paraná²³. Outro estudo, na população idosa no Município de São Paulo, concluiu que a doença cardíaca apresentou-se como aquela que mais promoveria ganhos percentuais em anos de vida livres de incapacidade, caso fosse eliminada, em ambos os sexos²⁴. Destaca-se ainda que problemas cardíacos têm impacto na qualidade de vida física e psicológica do idoso e culminam, muitas vezes, na diminuição da sua autonomia²⁵. Além disso, as doenças cardíacas se mostram associadas com um maior grau de dependência nas atividades instrumentais de vida diária (AIVD), aspecto fortemente relevante para o idoso acerca da suas condições de saúde²⁶. Todos esses fatores justificam uma autopercepção negativa de saúde entre pessoas com problemas cardíacos, o que foi observado mesmo em indivíduos mais jovens, segundo estudo conduzido no Paraná²³. Cabe ressaltar que, muitas vezes, os sintomas e as consequências das doenças, como a dor e a limitação das atividades, parecem ser mais fortemente associados à autoavaliação da saúde negativa do que as doenças em si, como destacado em um estudo alemão com idosos com multimorbidade²⁷.

A autoavaliação negativa de saúde também mostrou-se associada ao registro de hipertensão arterial sistêmica (HAS). Esta é uma condição clínica irreversível que, por si própria, por suas

complicações ou pela terapia medicamentosa utilizada, pode interferir em diversos aspectos da qualidade de vida dos pacientes, especialmente em idosos²⁸. A HAS é um grande fator de risco para doenças como insuficiência cardíaca e renal; além disso, há a necessidade de controle medicamentoso rígido e prolongado e tudo isso contribui para uma pior percepção do estado de saúde. Associação similar entre autopercepção negativa da saúde e hipertensão arterial também foi registrada em outros estudos²⁶. A estreita relação entre autopercepção de saúde e doenças cardiovasculares foi estudada por Arruda et al.²³ que destacam que tal associação deve ser realçada aos profissionais de saúde, pois interferem no modo como os pacientes lidam com a doença, o que pode auxiliar nas orientações para o autocuidado.

A asma, outra condição crônica associada a autopercepção negativa neste estudo, também é conhecida como “bronquite asmática” ou como “bronquite alérgica” e assim foi investigada entre os idosos. Trata-se de uma doença que pode ser considerada incapacitante e a idade avançada é fator de risco para maior gravidade e mortalidade devido à asma²⁹. Sua sintomatologia cursa com dificuldade respiratória intensa, que se exacerba, dentre outros fatores, com esforços físicos, restringindo, sobremaneira, as atividades dos pacientes. Idosos asmáticos utilizam com maior frequência a rede hospitalar e apresentam maior tempo de internação. Associação similar foi observada em estudo conduzido com idosos em seis municípios de São Paulo, mas avaliou doença pulmonar em geral³⁰.

No presente estudo também se registrou associação estatisticamente significativa entre autopercepção negativa de saúde e registro de dificuldades para utilização dos serviços de saúde. Esse achado provavelmente se justifica pelo fato de a autopercepção negativa de saúde estar fortemente relacionada com a presença de morbidade, fragilidade e outras condições que determinam maior necessidade de procura por serviços médicos. Nessas condições, uma busca mais frequente implica também em maiores dificuldades de acesso e utilização. Um grande estudo conduzido em São Paulo³¹ já havia destacado a associação entre autopercepção negativa de saúde e maior acesso aos serviços de saúde, e resultados de estudos em Minas Gerais⁶ e no Rio Grande do Sul⁵ também mostraram tal associação.

A ocorrência de queda nos últimos 12 meses também se associou a uma autopercepção negativa da saúde. As quedas acarretam muitos danos à saúde da pessoa idosa, entre elas a mais comum é a fratura. Além do trauma físico e como resultado dele, a dor, o medo de cair, a incapacidade funcional e a restrição ao leito, com todas as suas consequências nocivas, contribuem para reduzir a independência e a qualidade de vida do idoso e, por fim, para uma pior percepção do estado de saúde. Esta associação já foi apontada em estudo prévio³² e outros autores já destacaram a associação entre autopercepção negativa da saúde e medo de cair³³ ou entre a autopercepção negativa e menor capacidade funcional, incluindo-se aí a restrição da locomoção³⁴ ou dificuldades com a marcha¹⁸.

Outra variável que se mostrou associada com a autopercepção negativa da saúde foi a fragilidade, reconhecida como uma síndrome geriátrica multidimensional atribuída à deterioração multissistêmica das capacidades de reserva, que resultam em vulnerabilidade e maior risco de ocorrência de desfechos clínicos adversos. Trata-se de uma condição determinada por fatores múltiplos (biológicos, psicológicos e sociais), que variam de indivíduo para indivíduo³⁵ e pode resultar num

ciclo crescente de debilidade. É natural, portanto, que qualquer grau de fragilidade esteja associado a uma percepção negativa da saúde. Tal associação já foi observada em outros estudos^{36,37} e reiteram, como já destacado, que os sintomas e as consequências das doenças, como a dor e a limitação dessas atividades, parecem ser mais fortemente associados à autopercepção negativa da saúde do que as próprias doenças.

Os resultados do presente estudo devem ser interpretados à luz de algumas limitações. Trata-se de um estudo transversal, que avalia apenas associação entre variáveis, sem possibilidade de definir relação de causalidade. Destaca-se também que as variáveis foram aferidas por informação do próprio idoso, e, embora esse seja um procedimento válido e utilizado em diversos estudos, tem a limitação da memória como fator que interfere negativamente. A baixa escolaridade do grupo estudado também pode ser considerada uma limitação, pois tem potencial de comprometer a compreensão das questões investigadas e a qualidade das respostas. Contudo, apesar de tais limitações, trata-se de uma abordagem de base populacional, conduzida com um seguimento crescente da população nacional em uma região que até então não contava com estudos dessa natureza.

Conclusão

Os achados deste estudo reforçam o fato de que múltiplos fatores se mostram associados à autopercepção negativa de saúde pelos idosos, com ênfase para aqueles vinculados à morbidade. Isso destaca a relevância da investigação da autopercepção da saúde para profissionais e gestores de saúde, pois tem o potencial de alertar para melhoria dos cuidados de saúde para os idosos. Atenção especial deve ser dada ao idoso que não avalia positivamente sua condição de saúde, propiciando melhor manejo das condições crônicas e minimizando suas incapacidades para promover qualidade de vida ao aumento da longevidade.

Colaboradores

SM Medeiros, LSR Silva, JA Carneiro, GCF Ramos, ATF Barbosa e AP Caldeira participaram igualmente das etapas de elaboração do projeto, coleta e análise dos dados e redação final do artigo.

Referências

1. Aguilar-Palacio I, Carrera-Lasfuentes P, Rabanaque MJ. Salud percibida y nivel educativo en España: tendencias por comunidades autónomas y sexo (2001-2012). *Gaceta Sanitaria* 2015; 29(1):37-43.
2. Silva RJS, Smith-Menezes A, Tribess S, Rómo-Perez V, Virtuoso Júnior JS. Prevalência e fatores associados à percepção negativa da saúde em pessoas idosas no Brasil. *Rev Bras Epidemiol* 2012; 15(1):49-62.
3. Blazer DG. How do you feel about...? Health outcomes in late life and self-perceptions of health and well-being. *Gerontologist* 2008; 48(4):415-422.
4. Ocampo-Chaparro JM, Zapata-Ossa HJ, Cubides-Munévar AM, Curcio CL, Villegas JD, Reyes-Ortiz CA. Prevalence of poor self-rated health and associated risk factors among older adults in Cali, Colombia. *Colomb Med* 2013; 44(4):224-231.
5. Agostinho MR, Oliveira MC, Pinto MEB, Balardin GU, Harzheim E. Auto percepção da saúde entre usuários da Atenção Primária em Porto Alegre, RS. *R Bras Med Fam e Comum* 2010; 5(17):9-15.
6. Loyola Filho AI, Firmo JOA, Uchôa E, Lima-Costa MF. Fatores associados à autoavaliação negativa da saúde entre idosos hipertensos e/ou diabéticos: resultados do projeto Bambuí. *Rev Bras Epidemiol* 2013; 16(3):559-571.
7. Idler EL, Benyamini Y. Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *J Health Soc Behav* 1997; 38(1):21-37.
8. Veras R. Envelhecimento populacional contemporâneo, demandas, desafios e inovações. *Rev Saude Publica* 2009; 43(3):548-554.
9. Reichert FF, Loch MR, Capilheira MF. Auto percepção de saúde em adolescentes, adultos e idosos. *Cien Saude Colet* 2012; 17(12):3353-3362.
10. Höfelmann DA, Garcia LP, Freitas LRS. Self-rated health in Brazilian adults and elderly: Data from the National Household Sample Survey 2008. *Salud Publica Mex* 2014; 56(6):603-611.
11. Minas Gerais. Governo do Estado de Minas Gerais. Caderno Regional Norte de Minas. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Planejamento e Gestão; 2014. [acessado 2015 jul 1]. Disponível em: <http://www.planejamento.mg.gov.br/publicacoes/cadernos-regionais#>
12. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Sinopse do Senso Demográfico de 2010*. Rio de Janeiro: IBGE; 2011.
13. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Departamento de Análise de Situação de Saúde. *Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: Vigitel 2010*. Brasília: MS; 2011.
14. Fabrício-Wehbe SCC, Schiaveto FV, Vendrusculo TRP, Haas VJ, Dantas RAS, Rodrigues RAP. Adaptação cultural e validade da Edmonton Frail Scale (EFS) em uma amostra de idosos brasileiros. *Rev Latino-Am Enfermagem* 2009; 17(6):1043-1049.
15. Almeida OP, Almeida SA. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão em Geriatria (GDS) versão reduzida. *Arq Neuro-Psiquiatr* 1999; 57(2-B):421-426.
16. Lebrão ML, Laurenti R. Saúde, bem-estar e envelhecimento: o estudo SABE no Município de São Paulo. *Rev Bras Epidemiol* 2005; 8(2):127-141.

17. Carvalho FF, Santos JN, Souza LM, Souza NRM. Análise da percepção do estado de saúde dos idosos da região metropolitana de Belo Horizonte. *Rev Bras Geriatr Gerontol* 2012; 15(2):285-293.
18. Bez JPO, Neri AL. Velocidade da marcha, força de preensão e saúde percebida em idosos: dados da rede FIBRA Campinas, São Paulo, Brasil. *Cien Saude Colet* 2014; 19(8):3343-3353.
19. Borim FSA, Barros MBA, Neri AL. Autoavaliação da saúde em idosos: pesquisa de base populacional no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad Saude Publica* 2012; 28(4):769-780.
20. Rosenkranz RR, Duncan MJ, Rosenkranz SK, Kolt GS. Active lifestyles related to excellent self-rated health and quality of life: cross sectional findings from 194,545 participants in The 45 and Up Study. *BMC Public Health* 2013, 13:1071.
21. Eriksson I, Udén AL, Elofsson S. Self-rated health. Comparisons between three different measures. Results from a population study. *Int J Epidemiol* 2001; 30(2):326-333.
22. Manor O, Mathews S, Power C. Dichotomous or categorical response? Analysing self-rated health and lifetime social class. *Int J Epidemiol* 2000; 29(1):149-157.
23. Arruda GO, Santos AL, Teston EF, Cecilio HPM, Radovanovic CAT, Marcon SS. Associação entre autopercepção de saúde e características sociodemográficas com doenças cardiovasculares em indivíduos adultos. *Rev Esc Enferm USP* 2015; 49(1):61-68.
24. Campolina AG, Adami F, Santos JLF, Lebrão ML. A transição de saúde e as mudanças na expectativa de vida saudável da população idosa: possíveis impactos da prevenção de doenças crônicas. *Cad Saude Publica* 2013; 29(6):1217-1229.
25. Tavares DMS, Dias FA, Ferreira PCS, Rodrigues LR, Gonçalves JRL, Ferreira LA. Morbidades e qualidade de vida de idosos urbanos com e sem problemas cardíacos. *Cienc Cuid Saude* 2014; 13(4):674-681.
26. Barbosa BR, Almeida JM, Barbosa MR, Rossi-Barbosa LAR. Avaliação da capacidade funcional dos idosos e fatores associados à incapacidade. *Cien Saude Colet* 2014; 19(8):3317-3325.
27. Nützel A, Dahlhaus A, Fuchs A, Gensichen J, König HH, Riedel-Heller S. Self-rated health in multimorbid older general practice patients: a cross-sectional study in Germany. *BMC Fam Pract* 2014; 15:1.
28. Arbex FS, Almeida EA. Qualidade de vida e hipertensão arterial no envelhecimento. *Rev Bras Clin Med* 2009; 7(5):339-342.
29. Ribeiro TEL, Silva ECF, Meneses SLS, Lopes AJ. Correlação dos achados clínicos com os parâmetros funcionais em idosos portadores de asma. *Rev Portuguesa Pneumol* 2009; 15(6):1029-1041.
30. Francisco PMSB, Donalizio MR, Barros MBA, César CLG, Carandina L, Goldbaum M. Fatores associados à doença pulmonar em idosos. *Rev Saude Publica* 2006; 40(3):428-435.
31. Louvison MCP, Lebrão ML, Duarte YAO, Santos JLF, Malik AM, Almeida ES. Desigualdades no uso e acesso aos serviços de saúde entre idosos do município de São Paulo. *Rev Saude Publica* 2008; 42(4):733-740.
32. Siqueira FV, Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, Vieira V, Hallal PC. Prevalência de quedas em idosos e fatores associados. *Rev Saude Publica* 2007; 41(5):749-756.
33. Silva CK, Trelha CS, Silva Junior RA. Fear of falling and self-perception of health in older participants and non-participants of physical activity programs. *Motriz: rev educ fis* 2013; 19(4):763-769.
34. Cardoso MC, Marquesan FM, Lindoso ZCL, Schneider R, Gomes I, De Carli GA. Análise da capacidade funcional dos idosos de Porto Alegre e sua associação com autopercepção de saúde. *Estud interdiscipl envelhec* 2012; 17(1):111-124.
35. Fernandes MGM, Andrade NA, Nóbrega MML. Antecedents of frailty in the elderly: a systematic revision. *Online Braz J Nurs* 2010; 9(1).
36. Castelblanque EM, Cuñat VA. Quinés son ancianos frágiles-ancianos de riesgo? Estudio em personas mayores de 65 años del área sanitaria de Guadalajara. *Med General* 2002; 45:443-459.
37. Rockwood K, Howlett SE, Macknight C, Beattie BL, Bergman H, Hébert R, Hogan DB, Wolfson C, McDowell I. Prevalence, attributes, and outcomes of fitness and frailty in community-dwelling older adults: report from the Canadian Study of Health and Aging. *J Gerontol* 2004; 59(12):1310-1317.

Artigo apresentado em 24/08/2015

Aprovado em 28/09/2015

Versão final apresentada em 30/09/2015