

Fatores associados à autopercepção de saúde dos idosos usuários dos restaurantes populares de Belo Horizonte

Factors associated with the self-rated health of elderly frequenters of low-budget community restaurants in Belo Horizonte

Mariana Fernandes Souza Gomes¹
Simone Cardoso Lisboa Pereira¹
Mery Natali Silva Abreu¹

Abstract *The scope of this paper was to evaluate the self-rated health among elderly frequenters of low-budget community restaurants (RP) in Belo Horizonte (BH) and the factors associated with this outcome. It involved a cross-sectional study in all RP and BH cafeteria. The self-rated health was classified as bad and very bad; average; good and very good. Sociodemographic and economic variables were considered to be possible associated factors, as well as those related to physical health and social resources. In the univariate analysis, the Chi-square test and Mann-Whitney tests were used. In the multivariate analysis a model of ordinal logistic regression was created. The sample consisted of 279 elderly people, the majority (68.5%) being male. Most of the elderly (57.5%) considered their health as being good or very good. Factors associated with better health perception in the multivariate analysis (p-value < 0.05) were satisfaction with relationships with friends, not having diabetes or any other cardiovascular disease and finally, the low frequency and lack of problems that hinder the elderly from doing the things they need or want to do. Such studies contribute to the understanding of the health perception of elderly people associated with several factors that can influence healthy aging.*

Key words *Health of the elderly, Elderly, Self-image*

Resumo *O objetivo deste artigo foi avaliar a autopercepção de saúde entre idosos usuários dos Restaurantes Populares (RP) de Belo Horizonte (BH) e os fatores associados a esse desfecho. Trata-se de um estudo transversal realizado em todos os RP e refeitórios de BH. A autopercepção de saúde foi classificada como ruim e muito ruim; regular; boa e muito boa. Como possíveis fatores associados foram consideradas variáveis sociodemográficas, econômicas, aquelas relacionadas à saúde física e aos recursos sociais. Na análise univariada foram utilizados os testes Qui-quadrado e Mann-Whitney. Na análise multivariada foi construído um modelo de regressão logística ordinal. A amostra consistiu em 279 idosos, sendo a maioria (68,5%) do sexo masculino. A maioria dos idosos (57,5%) considerou sua saúde como boa ou muito boa. Foram fatores associados a uma melhor percepção de saúde na análise multivariada (valor-p < 0,05): a satisfação com o relacionamento com os amigos, não ter diabetes e também nenhuma outra doença cardiovascular e, por último, a baixa frequência e ausência dos problemas que dificultam os idosos de fazerem as coisas que precisam ou querem fazer. Estudos como este contribuem para o entendimento da percepção de saúde da população idosa associado a diversos fatores que podem influenciar no envelhecimento saudável.*

Palavras-chave *Saúde do Idoso, Idoso, Autoimagem*

¹ Departamento de Enfermagem Aplicada, Universidade Federal de Minas Gerais. Av. Professor Alfredo Balena 190, Santa Efigênia. 30130-100 Belo Horizonte MG Brasil. marianafernandes44@gmail.com

Introdução

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define saúde como um “estado completo de bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de enfermidades”¹. A busca por uma boa saúde é um desafio de toda a população. As questões de saúde dos idosos tem crescido nas últimas décadas, principalmente pelo aumento da longevidade mundial².

Segundo Alves et al.³, “o Brasil vem sofrendo um rápido e acentuado processo de envelhecimento e de aumento da longevidade populacional”, ocasionando significativas mudanças na pirâmide populacional. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística IBGE⁴, a proporção de idosos, entre 1998 e 2013, aumentou de 8,8% para 13,0%.

A realidade do rápido envelhecimento populacional tanto em países em desenvolvimento como nos países desenvolvidos, leva aos pesquisadores a busca por indicadores simples da condição de saúde, como a autopercepção de saúde, que é expressa por uma simples pergunta: “De uma maneira geral, como você considera sua saúde?”⁵.

Recomendado pela OMS, a autopercepção de saúde vem sendo amplamente utilizada em vários estudos, com o objetivo de levantar dados sobre a saúde da população. A autopercepção de saúde ou autoavaliação de saúde é um indicador que positivamente ou negativamente, relata o estado de saúde da população, levando em consideração a opinião pessoal do indivíduo. A percepção negativa desse conceito pode ser entendida como resultado de diversos fatores sociais, culturais, psicológicos e ambientais que podem alterar e afetar a vida de cada pessoa. Assim, é necessária uma análise multidimensional levando em consideração que as diversas percepções de saúde podem repercutir na qualidade de vida de um indivíduo⁶.

Para os idosos, a autopercepção de saúde que resume em sentir-se bem, influencia na definição da qualidade de vida, independente do surgimento de enfermidades que podem impedir a realização de habilidades e capacidades⁷.

A definição de qualidade de vida é bastante utilizada, principalmente nas áreas de ciências da saúde e sociais⁸. De forma ampliada e no ramo da saúde o “tema qualidade de vida se apoia na compreensão das necessidades humanas fundamentais, materiais e espirituais e tem no conceito de promoção da saúde seu foco mais relevante”⁹. A OMS define qualidade de vida como *a percepção*

*do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações*¹⁰.

Para Azevedo et al., ao desenvolver o conceito e ao analisar a própria saúde, cada indivíduo utiliza noções que estão interligadas e que permeiam pela percepção da qualidade de vida. Supõe-se neste estudo que indivíduos com uma avaliação positiva da sua saúde, e que consideram como seres saudáveis, avaliam sua qualidade de vida de forma positiva também¹¹.

Um estudo realizado no município de Rio Branco, estado do Acre, relatou que a maioria das pessoas com 60 anos ou mais classificaram sua saúde como regular e também que a prevalência da autopercepção negativa de saúde aumentou significativamente com a idade⁶.

Levando em consideração o aumento do número de idosos, é essencial a criação de ações específicas que possam atender adequadamente às necessidades desta população. Nesse sentido, a instalação de políticas públicas tem sido foco de grandes debates, tanto no meio acadêmico quanto na administração pública de todas as áreas. As políticas de saúde podem contribuir para que mais pessoas alcancem as idades avançadas com o melhor estado de saúde possível¹².

Para reduzir os problemas sociais no Brasil, foram adotadas diversas políticas públicas, entre elas algumas destinadas à assegurar os direitos sociais dos idosos, como a Política Nacional do Idoso, Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994¹³. Outras propostas que visam manter a segurança alimentar e nutricional também passaram a ocupar lugar de destaque no atual cenário socioeconômico do país¹⁴.

A Declaração Universal dos Direitos Humanos, decretada em 1948, diz que a alimentação adequada constitui um direito fundamental¹⁵. O tema da alimentação e nutrição tem sido foco de reflexões por parte de pesquisadores ao longo de várias décadas¹⁶. Deste modo, dentre a instalação de um sistema que engloba programas, projetos e ações, a fim de reforçar a perspectiva das políticas de saúde, destaca-se a implantação do Programa Restaurante Popular, constituído no âmbito do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome¹². O Restaurante Popular é um programa importante para promover a qualidade de vida da população e tem como princípios fundamentais a produção e distribuição de refeições saudáveis a preços acessíveis. Em 1994 foi implementado em Belo Horizonte o primeiro Restaurante Popular, e atualmente conta

com quatro unidades funcionais e um refeitório. Este programa é um exemplo entre as políticas públicas brasileiras que atingem a realidade dos idosos, mesmo não sendo específico dessa população. Abrange preferencialmente os extratos sociais mais vulneráveis e ao público em situação de insegurança alimentar e nutricional¹⁷.

Não foram encontrados trabalhos semelhantes na literatura que tenham procurado estudar a autopercepção de saúde de idosos usuários de restaurantes populares e a relação com variáveis que caracterizam essa população específica. Nesse sentido é importante destacar o ineditismo desse estudo, possibilitando conhecer os fatores que influenciam na autopercepção boa ou ruim desse segmento populacional.

Devido à importância desse tema em questão é relevante ressaltar a importância de avaliar a autopercepção de saúde em populações específicas. Expandir o conhecimento sobre essa população pode trazer conhecimento sobre determinantes que podem contribuir para minimizar fatores negativos dessa população, como, por exemplo, a desigualdade de saúde, e, assim, desenvolver e planejar ações corretas e específicas para maximizar a qualidade de vida na velhice¹⁸.

Foi realizado entre os anos de 2009 e 2010 um estudo denominado “Prevalência domiciliar de segurança/insegurança alimentar dos usuários dos restaurantes populares de Belo Horizonte -MG”, que visou caracterizar o perfil dos usuários com 18 anos ou mais, de amostra representativa dos usuários de todos os Restaurantes Populares de Belo Horizonte. Nessa amostra foi realizada uma caracterização aprofundada dos idosos (60 anos ou mais) que frequentavam os estabelecimentos, tendo em vista que conhecer o perfil dessa população pode contribuir para o desenvolvimento de políticas públicas que visem promover a melhora da qualidade de vida dos idosos e, conseqüentemente, contribuir para a redução dos custos com a saúde¹⁹.

Considerando o exposto, o objetivo desse trabalho é conhecer a autopercepção de saúde de idosos usuários dos Restaurantes Populares de Belo Horizonte e avaliar os fatores socioeconômicos, sócio-demográficos, de saúde física e os recursos sociais associados à autopercepção de saúde desses idosos.

Métodos

Desenho do estudo

Este estudo é um recorte de uma pesquisa intitulada “Prevalência domiciliar de segurança/insegurança alimentar dos usuários dos restaurantes populares de Belo Horizonte -MG”.

Trata-se de um estudo transversal analítico realizado em todos os Restaurantes Populares e refeitórios de Belo Horizonte (MG) podendo citar: Restaurante Popular Herbert de Souza, Restaurante Popular Josué de Castro, Restaurante Popular Maria Regina Nabuco, Restaurante Popular Dom Mauro Bastos e Refeitório Popular da Câmara Municipal João Bosco Murta Lages; denominados RPI, RPII, RPIII, RPIV e RV, respectivamente, segundo a ordem cronológica de inauguração e funcionamento.

População e amostra

A seleção da amostra foi aleatória sistemática, de acordo com a chegada dos usuários nos Restaurantes Populares, e por quotas obtidas, tendo como base o fluxo de pessoas nos referidos estabelecimentos no período de oferta das refeições, segundo horário, sexo e idade.

Adotou-se como critérios de inclusão para participar desta pesquisa; ter mais de 18 anos; ter realizado pelo menos uma refeição no restaurante popular e não entrevistar moradores do mesmo domicílio. Não houve critério de exclusão.

A amostra deste estudo contou apenas com os usuários idosos dos RP, isto é, aqueles com idade igual ou superior a 60 anos, que consiste em um total de 279.

Instrumentos e procedimentos de coleta de dados

A coleta de dados ocorreu durante o período das refeições (jejum, almoço e jantar) na entrada dos estabelecimentos nos anos de 2009 e 2010, por meio da aplicação face a face de um questionário semiestruturado composto por 5 seções: 1 Características do Entrevistado, 2 Avaliação Econômica, 3 (In)segurança Alimentar nutricional, 4 Dados Antropométricos, 5 Informações Complementares. Neste questionário foram utilizados alguns instrumentos validados: Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB) e a Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA). Para avaliação específica dos idosos foi utilizado o questionário BOAS - Brazil Old Age Schedule

(questionário funcional multidimensional desenvolvido para a população idosa, baseado em outros instrumentos que encontram padrões aceitáveis de validade e confiabilidade). As informações gerais utilizadas neste estudo destinaram-se a obter informações sobre sexo, grau de instrução e estado conjugal do idoso. Na seção de saúde física foram realizadas perguntas sobre a opinião do idoso em relação ao seu estado geral de saúde e como este se compara com os últimos anos de sua vida e com outras pessoas de sua faixa etária, seus maiores problemas de saúde e como estes podem afetar seus padrões habituais de atividade. São incluídas perguntas sobre problemas específicos que afetam os padrões funcionais do idoso. As perguntas relacionadas aos recursos sociais foram utilizadas com o objetivo de avaliar vários aspectos e dimensões do idoso nas suas relações com família e vizinhos, os tipos de ajuda e/ou assistência recíprocas, o grau de interação familiar e comunitária e/ou de isolamento²⁰.

Os entrevistadores foram devidamente treinados, o instrumento foi testado por meio de entrevistas simuladas, a fim de esclarecer dúvidas no seu manuseio e realizaram-se entrevistas em conjunto para comparação de compreensão de respostas.

Variáveis a serem analisadas

Variável resposta

A pergunta usada para avaliar a autopercepção de saúde foi expressa no questionário como: “Em geral como o Sr (a) avalia sua saúde?”, e foi classificada como ruim e muito ruim; regular; boa e muito boa.

Variáveis explicativas

Como possíveis fatores associados à autopercepção de saúde dos idosos foram consideradas variáveis sociodemográficas e socioeconômicas, tais como: sexo (masculino e feminino), local da entrevista dividido em 5 categorias de acordo com a localidade dos restaurantes populares e idade. A cor da pele foi categorizada como branco, pardo e preto. O estado conjugal foi classificado em duas categorias: “mora com cônjuge e “não mora com cônjuge”. O nível de escolaridade foi classificado segundo o número de anos completos de aprovação na escolaridade formal, dividido em três categorias: “0-8”; “9-11” e “11 ou mais”. Para classificação socioeconômica, adotou-se o Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB), que estima o poder de compra das pessoas e famílias urbanas, abandonando a pretensão de

classificar a população em termos de “classes sociais”, e renda per capita.

Como variáveis relacionadas a saúde física dos idosos foram avaliados o estado nutricional, se apresentavam segurança alimentar, doenças que afetam a vida dos idosos e o tempo de doença. O estado nutricional foi definido com base na avaliação antropométrica do índice de massa corporal (IMC), expresso pela fórmula $IMC = [peso/(altura)^2]$. O IMC foi tratado sob a forma contínua, sendo posteriormente agrupado em quatro categorias, segundo as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS): baixo peso” (IMC menor que 22,0 Kg/m²), “eutrofia” (IMC entre 22,0 e 27,0 Kg/m²), “sobrepeso” (IMC maior que 27,0 Kg/m²). Neste estudo foi utilizado apenas as três primeiras categorias (baixo peso, eutrofia e sobrepeso)²¹. A condição de (in)segurança alimentar domiciliar foi avaliada por meio do questionário EBIA. Essa escala é composta por 15 questões objetivas, relativas à percepção dos entrevistados sobre a situação alimentar vivida pela família ao longo dos últimos três meses anteriores à entrevista. Às respostas positivas foi atribuído o valor de um ponto e as respostas negativas não receberam pontuação. O valor final da somatória categorização dos escores, correspondem, respectivamente, aos níveis leve, moderado e grave de insegurança alimentar. Quando nenhuma resposta foi positiva, o entrevistado foi classificado em situação de segurança alimentar nutricional (SAN); se a soma de pontos se encontrasse entre 1 e 5, classificou-se insegurança alimentar nutricional (IAN) leve; de 6 a 10, IAN moderada; e de 11 a 15, IAN grave^{16,17}. Para as análises de fatores associados considerou-se apenas SAN (escore 0) e IAN (escores de 1 a 15)²². Com relação aos problemas que afetam a vida dos idosos foi categorizado neste estudo as seguintes doenças: hipertensão, diabetes, outras doenças cardiovasculares tais como mobilidade/dor. O tempo de doença foi mostrado nesse estudo como o número de meses de algum problema de saúde relatado pelos entrevistados.

As variáveis de recursos sociais que foram associadas com a autopercepção de saúde foram o relacionamento com os membros da família com o qual moram e com o qual não moram com os idosos entrevistados. Essa variável foi categorizada como “bastante insatisfeito e insatisfeito” e bastante satisfeito e satisfeito”. Os entrevistados foram perguntados sobre que tipo de ajuda ou assistência sua família lhe oferece (com familiares que vivem/ ou que não vivem com o entrevistado). As opções para essa resposta foram: dinhei-

ro, moradia, roupa, alimentação, companhia/cuidado pessoal e outro tipo de cuidado/assistência. O relacionamento com amigos foi classificado como “bastante insatisfeito e insatisfeito” e bastante satisfeito e satisfeito”, e o relacionamento com os vizinhos foi classificado como “insatisfeito” e bastante satisfeito e satisfeito”. Quando os entrevistados foram perguntados se receberam visita de algumas pessoas na semana anterior, empregou-se como resposta: os vizinhos/amigos, filhos (que vivem fora e outros familiares). O tempo de trabalho neste estudo está relacionado aos anos sobre o tipo de trabalho que o entrevistado teve durante a maior parte da sua vida.

Análise estatística

Os dados foram digitados em banco específico criado no programa Epi-data versão 3.1.2 e foram analisados através do programa SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*) versão 19.0.

Foi realizada análise descritiva com a elaboração de tabelas de distribuição de frequências e cálculo de medidas de tendência central e variabilidade.

Na análise univariada foi realizado o teste de Qui-quadrado de Pearson para as variáveis categóricas ou teste de Kruskal-Wallis para as variáveis numéricas e com distribuição assimétrica.

Na análise multivariada foi utilizado o modelo de regressão logística ordinal de chances proporcionais. Todas as variáveis com valor-p menor que 0,20, de acordo com a univariada, foram incluídas no modelo. As variáveis foram retiradas do modelo uma a uma, de acordo com seu nível de significância. Permaneceram no modelo final apenas as variáveis significativas ao nível de significância de 5% ($p < 0,05$). Foram estimados os valores de *Odds Ratio* (OR), com respectivos intervalos de confiança de 95% (IC95%). Foi testado o ajuste do modelo por meio do teste de Deviance e a validade da suposição de chances proporcionais foi avaliada por meio do teste de linhas paralelas.

Questões éticas

Todos os participantes foram informados a respeito do objetivo e caráter da pesquisa e foram convidados a participar de forma voluntária, além de receberem e assinarem um termo de consentimento livre e esclarecido, conforme princípios éticos da pesquisa envolvendo seres humanos recomendados pela Resolução 196/98 do Conselho Nacional de Saúde²³. O estudo foi

aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).

Resultados

A maioria dos idosos usuários dos RP entrevistados era do sexo masculino (68,5%), foram entrevistados no RPI (30,1%) e no RPII (31,2%), com uma mediana de 70 anos de idade, de cor parda (44,2%), que não mora com o cônjuge (58,8%), com escolaridade de até 8 anos (77,7%), pertencentes às classes econômicas D e E (50,3%) e renda per capita com mediana de 500 reais (Tabela 1). Nenhuma variável analisada na Tabela 2 mostrou associação estatisticamente significativa com a autopercepção de saúde (valores $p > 0,05$).

Na tabela 2 foi possível identificar que a maior porcentagem dos idosos avaliados apresentaram eutrofia (51,7%), estavam em segurança alimentar (83,6%) e não tinham doença afetando sua vida (50,7%). Entre aqueles com alguma doença, a principal foi a hipertensão (42,8%), a mediana do tempo de doença foi de 97 meses e a maioria (62,5%) relatou que os problemas de saúde nunca ou raramente dificultam fazer as coisas que precisam fazer.

Com relação às variáveis de saúde física dos idosos avaliados, pode-se afirmar que houve associação significativa (valor- $p < 0,05$) entre a autopercepção de saúde e a ocorrência de doença, mais especificadamente aqueles que têm diabetes e outras doenças cardiovasculares. Também houve associação significativa entre a autopercepção de saúde e as variáveis: tempo de doença e frequência de limitações causadas pelos problemas de saúde. A autopercepção de saúde e o problema classificado como mobilidade/dor teve uma associação limítrofe, com valor de p de 0,051.

Os idosos que relataram ter alguma doença que está afetando sua vida e apresentaram como problema o diabetes e outras doenças cardiovasculares, tiveram pior percepção de saúde. Já os idosos que disseram não ter problema de saúde limitando a realização das atividades diárias tiveram uma melhor percepção de saúde. O tempo mediano de doença foi mais elevado entre os idosos com autopercepção de saúde ruim ou muito ruim.

Os resultados da Tabela 3 mostraram que a maioria dos idosos relatou estar satisfeito com o relacionamento com: os membros da família com os quais moram (90,2%) e com os quais não moram também (88,6%); seus amigos (95,1%); e seus vizinhos (94,2%). A maioria recebe como

Tabela 1. Autopercepção de saúde dos idosos frequentadores dos Restaurantes Populares de Belo Horizonte e a associação com variáveis sociodemográficas nos anos de 2009 e 2010.

Autopercepção de saúde	Autopercepção de saúde								P
	Total		Ruim e muito ruim		Regular		Boa e muito boa		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Sexo									0,206
Feminino	88	31,5	17	42,5	26	32,9	45	28,1	
Masculino	191	68,5	23	57,5	53	67,1	115	71,9	
Estabelecimento Entrevista									0,488
RPI	84	30,1	10	25,6	31	39,2	43	26,7	
RPII	87	31,2	11	28,2	22	27,8	54	33,5	
RPIII	55	19,7	7	17,9	12	15,2	36	22,4	
RPIV	41	14,7	8	20,5	11	13,9	22	13,7	
RPV	12	4,3	3	7,7	3	3,8	6	3,7	
Idade									0,179
N	282	--	40	--	79	--	161	--	
Mediana	70	--	68	--	70	--	70	--	
Mínimo – Máximo	60 - 99	--	60 - 83	--	60 - 99	--	60 - 85	--	
Cor									0,577
Branco	94	38,8	13	39,4	25	36,2	56	40,0	
Pardo	107	44,2	16	48,5	28	40,6	63	45,0	
Preto	41	16,9	4	12,1	16	23,2	21	15,0	
Estado Conjugal									0,087
Mora com cônjuge	115	41,2	18	45,0	24	30,8	73	45,3	
Não mora com cônjuge	164	58,8	22	55,0	54	69,2	88	54,7	
Escolaridade									0,336
Até 8 anos	216	77,7	35	87,5	63	80,8	118	73,8	
8 a 11 anos	44	15,8	3	7,5	10	12,8	31	19,4	
Mais que 11 anos	18	6,5	2	5,0	5	6,4	11	6,9	
Classe Econômica									0,179
Classe A e B	16	10,1	1	3,7	4	8,9	11	12,6	
Classe C	63	39,6	7	25,9	18	40,0	38	43,7	
Classe D e E	80	50,3	19	70,4	23	51,1	38	43,7	
Renda per capita									0,168
N	262	--	39	--	74	--	147	--	
Mediana	500	--	375	--	510	--	500	--	
Mínimo – Máximo	0 - 2500	--	42,5 - 2500	--	33,3 - 2000	--	0 - 2100	--	

*Teste qui-quadrado **Teste de Kruskal Wallis.

ajuda ou assistência da família a companhia ou cuidado pessoal (45,9%), recebe mais visitas de vizinhos ou amigos (25,4%), teve como trabalho a maior parte da vida o serviço de dona de casa (72,2%) e apresentou uma mediana de tempo de trabalho de 30 anos.

Houve associação significativa (valor-p < 0,05) entre a autopercepção de saúde e a satisfação dos idosos com o relacionamento com os amigos, bem como com a visita de amigos/vizinhos. A associação entre autopercepção de saúde e o tempo de trabalho dos idosos foi limítrofe,

com valor de p igual a 0,055. Os idosos que se sentem insatisfeitos com o relacionamento com seus amigos tiveram pior percepção de saúde. Já aqueles que receberam a visita de vizinhos e amigos tiveram uma melhor percepção de saúde.

De acordo com os resultados apresentados na Tabela 4, na análise multivariada os usuários que relataram estar satisfeitos com o relacionamento com os amigos, apresentaram uma chance 4,19 vezes maior de ter uma melhor percepção de saúde do que aqueles que estão insatisfeitos. Além disso, os usuários que não afirmaram ter outras

Tabela 2. Autopercepção de saúde dos idosos frequentadores dos restaurantes populares de Belo Horizonte e a associação com variáveis de saúde física nos anos de 2009 e 2010.

	Autopercepção de saúde								
	Total		Ruim e muito ruim		Regular		Boa e muito boa		P
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Estado Nutricional									0,156
Baixo peso	45	17,0	11	28,9	8	11,0	26	16,9	
Eutrofia	137	51,7	19	50,0	41	56,2	77	50,0	
Sobrepeso	83	31,3	8	21,1	24	32,9	51	33,1	
Condição domiciliar de:									0,196
Segurança alimentar	234	83,6	31	77,5	63	79,7	140	87,0	
Insegurança alimentar	46	16,4	9	22,5	16	20,3	21	13,0	
Atualmente o(a) Sr(a) tem algum doença que está afetando a sua vida?									0,000*
Sim	138	49,3	33	82,5	50	63,3	55	34,2	
Não	142	50,7	7	17,5	29	36,7	106	65,8	
Quais são estes problemas?									
Hipertensão	59	20,9	8	20,0	19	24,1	32	19,9	0,745
Diabetes	20	7,1	6	15,0	10	12,7	4	2,5	0,002*
Outras doenças cardiovasculares	16	5,7	5	12,5	7	8,9	4	2,5	0,018*
Mobilidade/Dor	14	5,0	5	12,5	4	5,1	5	3,1	0,051
Tempo de doença									0,000**
N	277	--	38	--	78	--	160	--	
Mediana	40,5	--	96	--	60	--	0	--	
Mínimo - Máximo	0 - 96	--	0 - 96	--	0 - 96	--	0 - 96	--	
Com que frequência este(s) problema(s) de saúde está(ão) lhe dificultando de fazer as coisas que o(a) Sr(a) precisa / quer fazer?									0,000*
Não tem problema	160	57,4	10	25,0	35	44,3	115	71,4	
Nunca e Raramente	75	62,5	12	40,0	28	63,6	35	76,1	
Frequentemente e Sempre	45	37,5	18	60,0	16	36,4	11	23,9	

*Teste qui-quadrado. **Teste de Kruskal Wallis.

doenças cardiovasculares apresentaram uma chance de 4,21 vezes maior de ter uma melhor percepção de saúde, comparados com os usuários que disseram ter essas doenças. Os usuários que disseram não ter diabetes apresentam uma chance de 2,64 vezes maior de ter uma melhor percepção de saúde, comparados com os usuários que disseram ter diabetes. A chance dos usuários terem uma melhor percepção de saúde quando relatam não ter nenhuma limitação é 7,76 vezes maior comparado com os usuários que disseram ter essas limitações frequentemente ou sempre. Por fim, a chance dos usuários terem uma boa percepção de saúde, quando relatam nunca ou raramente ter limitação de fazer as coisas que precisam fazer, é 3,4 vezes maior se comparados com os usuários que disseram ter essas limitações frequentemente ou sempre.

Discussão

A autopercepção de saúde dos idosos usuários dos Restaurantes Populares de Belo Horizonte foi positiva, e os fatores associados a uma melhor percepção de saúde na análise multivariada (valor-p<0,05) foram: a satisfação com o relacionamento com os amigos, não ter diabetes e também nenhuma outra doença cardiovascular e por último, a baixa frequência e ausência dos problemas que dificultam os idosos de fazerem as coisas que precisam ou querem fazer.

No que se refere à prevalência de percepção positiva de saúde dos idosos deste estudo, nota-se que esta é superior (57,5%) a um estudo realizado por meio de análise de dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) no estado de Minas Gerais, em 2009, que buscou

Tabela 3. Autopercepção de saúde dos idosos frequentadores dos Restaurantes Populares de Belo Horizonte e a associação com variáveis de recursos sociais nos anos de 2009 e 2010.

	Autopercepção de saúde								P
	Total		Ruim e muito ruim		Regular		Boa e muito boa		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Relacionamento com os membros da família (com o qual moram).									0,925
Bastante Insatisfeito e Insatisfeito	20	9,8	3	11,1	6	10,5	11	9,1	
Bastante Satisfeito e Satisfeito	185	90,2	24	88,9	51	89,5	110	90,9	
Relacionamento com os membros da família (com o qual não moram)									0,428
Insatisfeito	31	11,4	6	15,4	10	13,9	15	9,4	
Satisfeito e bastante satisfeito	240	88,6	33	84,6	62	86,1	145	90,6	
Tipo de ajuda/assistência oferecida									
Dinheiro	54	19,9	6	15,4	18	24,3	30	18,9	0,469
Moradia	36	13,4	3	7,7	11	15,5	22	13,9	0,497
Roupa	29	10,8	6	15,4	9	12,7	14	8,8	0,413
Alimentação	40	14,9	6	15,4	12	16,9	22	13,8	0,830
Companhia/cuidado pessoal	124	45,9	16	41,0	34	47,2	74	46,5	0,799
Outro tipo de cuidado/ assistência	14	7,2	1	3,4	5	10,6	8	6,7	0,475
Relacionamento com os amigos									0,002*
Bastante Insatisfeito e Insatisfeito	13	4,9	6	16,2	3	4,0	4	2,6	
Bastante Satisfeito e Satisfeito	255	95,1	31	83,8	72	96,0	152	97,4	
Relacionamento com os vizinhos									0,409
Insatisfeito	16	5,8	4	10,5	4	5,2	8	5,0	
Bastante Satisfeito e Satisfeito	259	94,2	34	89,5	73	94,8	152	95,0	
Visitas na semana passada									
Vizinhos/amigos	69	24,6	7	17,5	13	16,5	49	30,4	0,032*
Filhos (vivem fora)	48	17,1	5	12,5	9	11,4	34	21,1	0,120
Outros familiares	25	8,9	1	2,5	5	6,3	19	11,8	0,115
Tempo de trabalho									0,055
N	259	--	33	--	70	--	155	--	
Mediana	30	--	25	--	30	--	30	--	
Mínimo - Máximo	2 - 73	--	7 - 50	--	8 - 60	--	2 - 73	--	

*Teste qui-quadrado.

avaliar a percepção de saúde dos idosos da região metropolitana de Belo Horizonte (44%)²⁴.

Diferente deste estudo, uma pesquisa realizada no município de Lafaiete Coutinho-BA, com o objetivo de “analisar os fatores determinantes da autopercepção negativa de saúde em idosos residentes em comunidade”, identificou que a maioria dos idosos estudados apresentou autopercepção de saúde negativa, 58,1%²⁵.

Pode-se supor que o Restaurante Popular neste estudo, seria o grande diferencial dessa maior frequência de percepção positiva de saúde dos idosos, e pode também estar ligada a questão da segurança alimentar proporcionada pela política dos RP a esses idosos.

Os Restaurantes Populares influenciam na questão da segurança alimentar, pois desenvolvem refeições saudáveis, de qualidade e com baixo custo, facilitando o acesso de pessoas mais vulneráveis, inclusive os idosos²⁶. Tal fato é identificado nesse estudo, em que 87% dos usuários idosos com autopercepção de saúde positiva estão em segurança alimentar.

Além disso, é importante destacar o fato de que 51,7% dos idosos são eutróficos no presente estudo. Diante deste resultado, pode-se supor que o fato de os idosos se alimentarem nesses restaurantes, pode influenciar seu estado nutricional. Há na literatura um estudo semelhante em que o objetivo foi investigar as possíveis re-

Tabela 4. Análise multivariada buscando fatores associados à autopercepção positiva de saúde dos idosos frequentadores dos Restaurantes Populares de Belo Horizonte nos anos de 2009 e 2010.

Variáveis	IC 95% para OR			
	Valor-p	OR	Lim. Inferior	Lim. Superior
Satisfação com o relacionamento com os amigos				
Insatisfeito		1,00	-	-
Satisfeito	0,010	4,19	1,41	12,43
Diabetes				
Sim		1,00	-	-
Não	0,036	2,64	1,06	6,56
Outras doenças cardiovasculares				
Sim		1,00	-	-
Não	0,005	4,21	1,56	11,41
Frequência que o(s) problema(s) de saúde está(ão) lhe dificultando de fazer as coisas que precisa / quer fazer				
Frequentemente e Sempre		1,00	-	-
Nunca e Raramente	0,001	3,40	1,2	7,14
Não tem problema	< 0,001	7,76	3,81	15,83

Teste Deviance = 0,103 Teste de Linhas paralelas = 0,719.

lações entre a insegurança alimentar domiciliar e o estado nutricional dos usuários dos Restaurantes Populares do Brasil. Nesse estudo 24,7% tem 60 anos ou mais e 44,5% da população apresenta como estado nutricional eutrófia²⁷. Os restaurantes populares são destinados a espaços de promoção de educação nutricional, servem de locais para palestras, reuniões, campanhas e oficinas de alimentação. Essas atividades podem conscientizar a população e estimular ações em torno de hábitos saudáveis de alimentação²⁸. Em algumas pesquisas a autopercepção de saúde teve associação com sexo, renda e escolaridade, porém nesse estudo não houve associação significativa com essas variáveis, já que os fatores sociodemográficos e socioeconômicos sequer entraram na análise multivariada²⁹⁻³¹.

Conforme análise multivariada o relacionamento com os amigos é um fator que está diretamente ligado com a autopercepção de saúde nesse estudo. Da mesma forma, um estudo realizado em idosos residentes em uma área de alta vulnerabilidade para a saúde em Belo Horizonte mostrou que aquelas pessoas que são indiferentes ou estão insatisfeitas com o relacionamento interpessoal tem maior chance de ter uma autopercepção de saúde ruim³².

Um estudo transversal que faz parte do projeto denominado “Envelhecimento e Saúde” identificou que os idosos que tinham uma percepção ruim dos seus relacionamentos pessoais e que caso ficassem limitados de fazerem suas

obrigações não podiam contar com a ajuda de alguém, classificaram sua saúde como ruim. Os autores desse estudo afirmam que independente da condição de saúde dos idosos, as relações sociais influenciam a autopercepção de saúde deles³². Outro ponto importante a ser destacado é o fato de que frequentar o restaurante popular pode estar promovendo uma melhora do convívio social entre os idosos. Além de proporcionar uma melhora na alimentação e na redução dos custos com comida no final do mês, realizar refeições nos restaurantes populares proporciona socialização e convívio social entre os idosos³³.

As doenças crônicas são fatores que na maioria dos estudos tem associação com a autopercepção de saúde da população idosa³¹. Não ter diabetes é uma doença crônica que também influencia a autopercepção de saúde dos idosos desse estudo. Outra pesquisa semelhante a esta, realizada em idosos residentes em diferentes áreas do Estado de São Paulo, no período de 2001 a 2002, avaliou a prevalência de diabetes auto-referido e trouxe como resultado que os idosos que não são diabéticos têm uma melhor autopercepção de saúde, diferente dos que são diabéticos que apresentam uma pior percepção de saúde³⁴. Outros autores também encontraram a mesma associação^{35,36}. Outro estudo com o objetivo de determinar o impacto das doenças crônicas e o número de doenças nos vários aspectos da qualidade de vida, relacionada à saúde em idosos de São Paulo, apontou nos idosos diabéticos, uma

pior qualidade de vida em saúde em todas as circunstâncias estudadas, principalmente relacionadas à capacidade funcional e ao estado geral de saúde³⁷. O fato de o diabetes ser uma doença que traz várias complicações e limitações aos idosos, pode ser a explicação para a relação negativa entre autopercepção de saúde e o diabetes³⁸.

Na análise multivariada do presente estudo, a categoria outras doenças cardiovasculares continuou associada à autopercepção negativa de saúde dos idosos. É importante destacar que a hipertensão foi enquadrada fora dessa categoria de outras doenças. Contudo, diferente deste estudo, a maioria dos trabalhos científicos relataram a hipertensão arterial como um fator que contribui para uma pior percepção da saúde. O projeto Bambuí apresentou que a maioria da população estudada classificou como razoável sua percepção de saúde quando sabia que era hipertenso⁵.

Pode-se destacar ainda outro estudo que avalia a influência das doenças crônicas na autopercepção de saúde dos idosos. Foi utilizado como método, a quantificação das doenças crônicas, categorizadas em: nenhuma; uma; duas ou três; quatro ou mais doenças crônicas. Como resultado, os idosos que relataram ter uma, quatro ou mais doenças crônicas tiveram maior chance de apresentar uma pior percepção de saúde em relação àqueles que não relataram ter alguma doença²⁹.

Outro fator importante que mostrou associação com a autopercepção de saúde neste estudo foi a presença de limitação (frequência dos problemas que dificultam os idosos de fazerem as coisas que precisam ou querem fazer). No presente estudo, a chance de melhor percepção de saúde entre os usuários que relataram não ter nenhuma limitação é quase 8 vezes maior do que os que disseram ter essas limitações frequentemente ou sempre.

A presença de problemas que dificultam os idosos de realizar suas atividades habituais, pergunta utilizada nesse estudo, pode ser considerada como um marcador da capacidade funcional. A capacidade funcional é definida como a potencialidade que os idosos têm para escolher e realizar tarefas independentes no seu dia a dia³⁹. Ela pode ser vista como um determinante de saúde necessário no processo do envelhecimento³¹. Alves e Rodrigues²⁹ afirmaram que “em relação à capacidade funcional, à medida que o grau de dependência aumenta, maior é a chance de o idoso autoperceber a sua saúde como ruim”.

Um estudo realizado em três municípios interioranos brasileiros, identificou que a incapa-

cidade funcional é uma das variáveis que interferem na percepção negativa do estado de saúde dos idosos. Nesse estudo, a chance das mulheres terem uma pior percepção de saúde quando apresentam incapacidade funcional é de 1,36 vezes maior comparada com as mulheres que estão sem incapacidade funcional. Diferentemente das mulheres, este estudo apontou que a chance dos homens terem uma pior percepção de saúde quando apresentam incapacidade funcional é de 1,79 vezes maior quando comparados com os homens que não tem incapacidade funcional⁴⁰. Cabe destacar ainda um fato relatado em outro estudo, que é o receio de quedas na realização de tarefas cotidianas, relacionadas com a incapacidade funcional e uma maior inatividade no idoso. Para os autores deste estudo, o medo da incapacidade e da perda de independência é um fato, assim como o medo da dor e do sofrimento e o receio de que a queda seja um sinal de declínio físico e até de morte, podendo, assim, influenciar na autopercepção de saúde dessa população⁴¹.

O presente estudo tem algumas limitações. Por se tratar de um estudo transversal não é possível estabelecer relações causais, já que esse tipo de estudo não comprova a existência de uma sequência temporal entre exposição ao fator e o subsequente desenvolvimento do evento de interesse. Outra limitação refere-se ao viés de informação, as variáveis usadas nesse estudo foram auto-referidas, ou seja, variáveis que representam a percepção própria dos entrevistados, em relação a aspectos físicos, mental, expectativas, entre outros. Esse tem sido um indicador muito utilizado na compreensão da saúde dos idosos. No entanto, sabe-se que estudos que utilizam variáveis autorreferidas podem subestimar as prevalências das doenças, por motivos de problemas de memória ou falta de diagnóstico⁴²⁻⁴⁴.

Apesar dessas limitações, estudos como este contribuem para o entendimento da autopercepção de saúde dos idosos, principalmente em populações específicas, como é o caso deste estudo, pois dessa forma, é possível elucidar os diversos fatores que podem influenciar no envelhecimento saudável, e assim elaborar estratégias de ação eficazes para a melhoria da qualidade de vida dessa população. Com o propósito de ajudar na implementação de ações que promovam a constante melhoria do estado de saúde dos idosos, a autopercepção de saúde deve ser reconhecida pelos profissionais, a fim de contribuir para as atividades de gestão, ensino e pesquisa, de populações específicas como o caso dos usuários idosos dos RP^{25,45}.

Conclusão

A autopercepção de saúde dos idosos usuários dos RP de Belo Horizonte neste estudo foi positiva, e os fatores associados a uma melhor percepção de saúde foram: a satisfação com o relacionamento com os amigos, não ter diabetes e também nenhuma outra doença cardiovascular e a baixa frequência e ausência dos problemas que dificultam os idosos de fazerem as coisas que precisam ou querem fazer.

O presente estudo mostrou associação significativa da autopercepção de saúde com condições físicas e sociais. A presença de doenças e o relacionamento com as pessoas são fatores que influenciaram os idosos deste estudo a terem uma pior autopercepção de sua saúde.

Destaca-se a importância dos Restaurantes Populares como um importante programa que promove a alimentação saudável da população garantindo dignidade ao ato de alimentar e fortalecendo a cidadania de grupos etários vulneráveis como os idosos, com o propósito de minimizar os impactos gerados pela insegurança alimentar.

Não foram encontrados até o momento estudos sobre a percepção de saúde em idosos de uma população específica de usuários de restaurantes populares. Por isso é importante que sejam realizadas novas investigações sobre essa população específica, a fim de conhecer melhor o perfil e a percepção de frequentadores de ambientes que proporcionam segurança alimentar a idosos, possibilitando identificar fatores que influenciam na autopercepção de saúde dessa população.

Colaboradores

MFS Gomes trabalhou na elaboração de todo o artigo. SCL Pereira e MNS Abreu trabalharam na elaboração e correção de todo artigo.

Referências

- World Health Organization (WHO). *Constitution of the World Health Organization. Basic Documents*. Geneva: WHO; 1946.
- Assis M. Envelhecimento ativo e promoção da saúde: reflexão para as ações educativas com idosos. *Rev. de APS* 2005; 8(1):15-24.
- Alves CL, Leite CI, Machado JC. Fatores associados à incapacidade funcional dos idosos no Brasil: análise multinível. *Rev Saude Publica* 2010; 44(3):1-11.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Síntese de Indicadores Sociais: Uma Análise das Condições de Vida da População Brasileira*. Rio de Janeiro: IBGE; 2009.
- Costa LFM, Firmo AOJ, Uchôa E. A estrutura da auto-avaliação da saúde entre idosos: projeto Bambuí. *Rev Saude Publica* 2004; 38(6):827-834.
- Bezerra LCP, Opitz PC, Koifman JR, Muniz TP. Percepção de saúde e fatores associados em adultos: inquérito populacional em Rio Branco, Acre, Brasil, 2007-2008. *Cad Saude Publica* 2011; 27(12):2441-2451.
- Rabelo FD, Lima MFC, Freitas MP, Santos CJ. Qualidade de vida, condições e autopercepção da saúde entre idosos hipertensos e não hipertensos. *Rev. Kairós Gerontologia* 2010; 2(13):115-130.
- Souza LGS. *As relações entre a qualidade de vida, a autopercepção de saúde e atividade física de adolescentes do município de Manhuaçu - MG* [dissertação]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2013.
- Minayo MCS, Hartz ZMA, Buss PM. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Cien Saude Colet* 2000; 5(1):7-18.
- What quality of life? The WHOQOL Group. World Health Organization Quality of Life Assessment. *World Health Forum* 1996; 17(4):354-356.
- Azevedo GPGC, Friche AAL, Lemos SMA. Autopercepção de saúde e qualidade de vida de usuários de um Ambulatório de Fonoaudiologia. *Rev. soc. bras. Fonoaudiol* 2012; 17(2):119-127
- Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS). *Relatório Final da III Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional*. Brasília: MDS; 2007.
- Brasil. Lei nº. 8.842, de 04 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1994; 04 jan.
- Aranha VA, organizadora. *Segurança alimentar, gestão pública e cidadania: a experiência do município de Belo Horizonte – 1993/1999*. Belo Horizonte: Fundação João Pinheiro; 2000.
- Organização das Nações Unidas (ONU). *Declaração Universal dos Direitos Humanos*. Nova York: ONU; 1948.
- Recine E, Vasconcelos BA. Políticas nacionais e o campo da Alimentação e Nutrição em Saúde Coletiva: cenário atual. *Cien Saude Colet* 2011; 16(1):73-79.
- Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS). *Manual Programa Restaurante Popular*. Brasília: MDS; 2004
- Alves CL. *Determinantes da autopercepção de saúde dos idosos do município de São Paulo, 1999/2000* [dissertação]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2004.
- Martins IFB, Gomes JP, Rambalducci MJG, Qualidade da Alimentação do Idoso: Uma Análise da Ingestão Alimentar dos Frequentadores do Restaurante Popular de Londrina. In: Oliveira AF, Storto LJ, organizadores. *Tópicos em Ciência e Tecnologia de Alimentos: Resultados de Pesquisas Acadêmicas*. São Paulo: Blucher; 2016. p. 235-262.
- Veras R, Dutra S. *Perfil do idoso brasileiro: questionário boas*. Rio de Janeiro: Unati; 2008.
- Lipschitz DA Screening for nutritional status in the elderly. *Primary Care* 1994; 21(1):55-67.
- Machado EI, Pereira LCA, Júnior DSC, Abreu SNM, Borges MA, Filgueiras HJ. Fatores associados ao excesso de peso em adultos usuários de restaurantes populares em Belo Horizonte, Brasil. *Cien Saude Colet* 2014; 19(5):1367-1377.
- Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos. *Diário Oficial da União* 1996; 11 out.
- Carvalho FF, Santos NJ, Souza ML, Souza MRN. Análise da percepção do estado de saúde dos idosos da região metropolitana de Belo Horizonte. *Rev bras geriatra gerontol* 2012; 15(2):285-294.
- Souza SM. *Estudo populacional sobre os determinantes da autopercepção de saúde em idosos residentes em comunidade* [dissertação]. Jequié: Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia; 2012.
- Sobrinho MF, Silva CY, Abreu SNM, Pereira LCA, Júnior DSC. Fatores determinantes da insegurança alimentar e nutricional: estudo realizado em Restaurantes Populares de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cien Saude Colet* 2014; 19(5):1601-1611.
- Kátia GC. *Insegurança alimentar e estado nutricional nos restaurantes populares do Brasil: paradoxo ou convergência?* [dissertação]. Brasília: Universidade de Brasília; 2012.
- Alinne PC. *Avaliação do consumo alimentar nos restaurantes populares do Brasil* [dissertação]. Brasília: Universidade de Brasília; 2013.
- Alves CL, Rodrigues NR. Determinantes da autopercepção de saúde entre idosos do Município de São Paulo, Brasil. *Rev. Panamericana de Saúde Pública* 2005; 17(5-6):333-341.
- Agostinho RM, Oliveira CM, Pinto BEM, Balardin UG, Harzheim E. Autopercepção da saúde entre usuários da Atenção Primária em Porto Alegre, RS. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade* 2010; 5(17):9-15.
- Hartmann CVCA. *Fatores associados a autopercepção de saúde em idosos de Porto Alegre* [tese]. Porto Alegre: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 2008
- Nunes NPA, Barreto SM, Gonçalves GL. Relações sociais e autopercepção da saúde: projeto envelhecimento e saúde. *Rev bras epidemiol* 2012; 15(2):415-428.
- Ação Social do Paraná. *Relatório de atividades 2012*. Paraná, 2012. 28p. [acessado 2016 Maio 05]. Disponível em: <http://www.aspr.org.br/siteasp/wp-content/uploads/2014/01/relatorio-asp-site1.pdf>.

34. Francisco BSMP, Belon PA, Barros ABM, Carandina L, Alves PGCM, Goldbaum M, Cesar GLC. Diabetes auto-referido em idosos: prevalência, fatores associados e práticas de controle. *Cad Saude Publica* 2010; 26(1):175-184.
35. Ramkumar A, Quah JLS, Wong T, Yeo LS, Nieh CC, Shankar A, Wong TY. Self-rated health, associated factors and diseases: community- based cross-sectional study of Singaporean adults aged 40 years and above. *Ann Aca Med Singapore* 2009; 38(7):606-612.
36. Phillips LJ, Hammock RL, Blanton JM. Predictors of self-rated health status among Texas residents. *Rural Remote Health* 2005; 2:1-10.
37. Lima MG, Barros MBA, César CLG, Goldbaum M, Carandina L, Ciconelli RM. Impact of chronic disease on quality of life among the elderly in the state of São Paulo, Brazil: a population-based study. *Rev Panam Salud Pública* 2009; 25(4):314-321.
38. Laura GA. *Prevalência de diabetes mellitus e fatores associados em idosos de Florianópolis, Santa Catarina* [tese]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2012.
39. Fiedler MM, Peres GK. Capacidade funcional e fatores associados em idosos do Sul do Brasil: um estudo de base populacional. *Cad Saude Publica* 2008; 24(2):409-415.
40. Silva SJR, Menezes SA, Tribess S, Perez RV, Júnior VSJ. Prevalência e fatores associados à percepção negativa da saúde em pessoas idosas no Brasil. *Rev bras epidemiol* 2012; 15(1):49-62.
41. Flávia MM, Cláudia SL, Roberto AL. Medo de quedas em idosos: uma revisão da literatura. *Revista HUPE* 2014; 13(2):38-44.
42. Medronho AR, Bloch VK, Luiz RR, Werneck LG. *Epidemiologia*. 2ª ed. São Paulo: Atheneu; 2008.
43. Oliveira PGA, Oliveira PT, Ferreira CEM, Lima PRJ. Diferença entre peso e estatura auto-referidos e aferidos para o cálculo do índice de massa corporal e sua relação com a imagem corporal de mulheres de academia de ginástica. *Hu Rev*. 2008; 34(3):179-183.
44. Santiago ML. *Condições associadas à saúde auto-referida em homens idosos de Juiz de Fora, MG* [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2009.
45. Pilger C, Menon HM, Mathias FAT. Características sociodemográficas e de saúde de idosos: contribuições para os serviços de saúde. *Rev Latino-Am Enfermagem* 2011; 19(5):1230-1238.

Artigo apresentado em 30/06/2016

Aprovado em 28/11/2016

Versão final apresentada em 30/11/2016



