

# ESTUDO POPULACIONAL SOBRE OS DETERMINANTES DA AUTOPERCEÇÃO DE SAÚDE DE IDOSOS RESIDENTES EM COMUNIDADE

## POPULATION STUDY ON THE DETERMINANTS FOR SELF-RATED HEALTH OF ELDERLY RESIDENTS IN COMMUNITY

## ESTUDIO POBLACIONAL SOBRE DETERMINANTES DE AUTOPERCEPCIÓN DE SALUD EN ANCIANOS RESIDENTES EN COMUNIDAD

MOEMA SANTOS SOUZA\*  
RAILDO DA SILVA COQUEIRO\*\*  
MARCOS HENRIQUE FERNANDES\*\*\*

### RESUMO

**Objetivo:** Verificar os fatores determinantes da autopercepção negativa de saúde em idosos residentes em comunidade. **Métodos:** Trata-se de estudo transversal de base populacional do qual participaram 316 idosos residentes na zona urbana do município de Lafaiete Coutinho-Bahia. A variável dependente do estudo foi a autopercepção de saúde e as variáveis explanatórias foram distribuídas nos blocos sociodemográfico, comportamentos de risco e estado de saúde. Para análise dos dados foi realizado a regressão de Poisson com intervalo de confiança de 95%. **Resultados:** A maioria dos idosos (58,1%) percebeu sua saúde como negativa. Os resultados da análise múltipla mostraram que a autopercepção negativa da saúde foi positivamente associada a ex-fumantes, idosos com diagnóstico autorreferido de diabetes, artrite, doença pulmonar e uso de dois ou mais medicamentos. **Conclusão:** Os resultados do presente estudo permitiram detectar determinantes da autopercepção negativa da saúde de idosos residentes em comunidade.

**Palavras chave:** Autopercepção, estilo de vida, saúde do idoso, enfermagem em saúde Pública.

### ABSTRACT

**Objective:** To investigate the determinant factors of negative health self-concept in community-dwelling elderly. **Methods:** It is a population-based cross-sectional study which involved 316 elderly people living in the urban area of the municipality of Lafaiete Coutinho-Bahia, Brazil. The dependent variable was the self-rated concept of health and the explanatory variables were classified into: sociodemographic, risk behavior and health

\* Enfermeira. Mestre em Enfermagem e Saúde. Professora Auxiliar, Departamento de Saúde II. Núcleo de Estudos em Epidemiologia do Envelhecimento – NEPE. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB, Jequié- Bahia, Brasil. E-mail: ameonsouza2@hotmail.com

\*\* Graduado em Educação Física. Mestre em Educação Física. Professor Assistente, Departamento de Saúde I. Núcleo de Estudos em Epidemiologia do Envelhecimento – NEPE. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB, Jequié Bahia, Brasil. E-mail: raiconquista@yahoo.com.br

\*\*\* Fisioterapeuta. Doutorado em Ciências da Saúde. Professor Titular, Departamento de Saúde I. Núcleo de Estudos em Epidemiologia do Envelhecimento – NEPE. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB, Jequié- Bahia, Brasil. E-mail: marcoshenriquefernandes@bol.com.br

condition. For data analysis, Poisson regression was carried out, with a confidence interval of 95% . Results: Most of the elderly (58.1%) perceived their health condition as negative. The results of multivariate analysis showed that negative self-concept of health was positively associated with former smokers, elderly with self-reported diagnosis of diabetes, arthritis, lung disease, and the use of two or more drugs. Conclusion: The results of this study allowed us to detect determinants for negative health self-concept of community elderly.

**Key words:** Self-concept, life style, health of the elderly, nursing in public health.

## RESUMEN

Objetivo: Verificar factores determinantes de autopercepción negativa de salud en ancianos residentes en comunidad. Material y métodos: Estudio transversal de base poblacional con 316 ancianos de la zona urbana del municipio de Lafaiete Coutinho - Bahia. La variable dependiente fue autopercepción de salud y las variables explicativas fueron distribuidas en: sociodemográficas, comportamientos de riesgo y estado de salud. Para el análisis de datos fue realizada la regresión de Poisson con intervalo de confianza de 95%. Resultados: La mayoría de los ancianos (58,1%) percibió su salud como negativa. Los resultados del análisis mostraron que la autopercepción negativa de salud fue positivamente asociada a ex fumadores, ancianos con diagnóstico autorreferido de diabetes, artritis, enfermedad pulmonar y uso de dos o más medicamentos. Conclusión: Los resultados del estudio permitieron detectar determinantes de autopercepción negativa en la salud de ancianos residentes en comunidad.

**Palabras clave:** Autopercepción, estilo de vida, salud del anciano, enfermería en salud pública.

Fecha recepción: 05/01/15 Fecha aceptación:12/05/16

## INTRODUÇÃO

Estudos recentes entre os pesquisadores brasileiros têm apontado que o envelhecimento populacional tem ocorrido de forma mais acentuada nos países em desenvolvimento. Associado a esse crescimento, observa-se também o desafio dos múltiplos problemas de saúde, psicossociais e econômicos gerados pelo envelhecimento desordenado. Essa acentuada velocidade, colocará o país, no período de 25 anos, como a sexta população em quantidade de idosos no mundo, em números absolutos, o que representará cerca de 15,5% da população brasileira (1).

Esse aumento no número de idosos traz também repercussões positivas e/ou negativas na forma como avaliam sua saúde. Nesse sentido, a definição de autopercepção de saúde

de está baseada em uma modalidade de pesquisa qualitativa realizada através da escuta de relatos, por meio de observações, questionários ou entrevistas constituídas pela relação que o sujeito estabelece com os demais e pela forma como o sujeito é percebido pelos outros. Nas entrevistas são considerados apenas os relatos narrados pelos sujeitos, e o seu objetivo é apreender o sentido que cada pessoa atribui a sua vida (2).

Nesse sentido, a autopercepção de saúde tem sido utilizada tanto em inquéritos quanto em estudos etiológicos, tornando-se um dos indicadores mais utilizados em pesquisas na área do envelhecimento, uma vez que prediz a mortalidade e o declínio funcional, além de ser um importante indicador do estado de saúde (3).

A autopercepção de saúde e seus potenciais determinantes em idosos têm sido tema

de pesquisa em vários países (4, 5). Entretanto, no Brasil, poucos estudos populacionais analisaram esse indicador em idosos residentes em comunidade, particularmente em municípios de pequeno porte com baixos indicadores de saúde (6).

Os estudos publicados (6, 7), vêm mostrando que os principais fatores determinantes que podem influenciar a autopercepção de saúde são os demográficos (idade, sexo, estado conjugal, e arranjo familiar), os socioeconômicos (educação e renda), o número de doenças crônicas (hipertensão, artrite ou reumatismo, doença cardiovascular, diabetes, asma, bronquite ou enfisema, embolia ou acidente vascular cerebral, e câncer), comportamentais (tabagismo, consumo de bebida alcoólica, e nível de atividade física) e a capacidade funcional (atividades de vida diárias).

Em decorrência das diferenças geográficas, populacionais, culturais, e socioeconômicas, fazem-se necessários mais estudos relacionados à autopercepção de saúde em idosos das diferentes regiões do país. A partir da identificação dos possíveis fatores que interferem na percepção negativa de saúde por esses indivíduos será possível desenvolver ações direcionadas à saúde desse segmento populacional e atividades voltadas para prevenção de agravos e promoção da saúde com vistas a um envelhecimento ativo. Considerando a relevância da temática em questão, o presente estudo teve como objetivo verificar os fatores determinantes da autopercepção negativa de saúde em idosos residentes em comunidade.

## MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo e de associação, com delineamento transversal, baseado em dados secundários originados da pesquisa epidemiológica, de base populacional, domiciliar, intitulada “Estado nutricional,

comportamentos de risco e condições de saúde dos idosos de Lafaiete Coutinho- BA”. O município de Lafaiete Coutinho, localizado no interior do nordeste do País, possui um dos piores indicadores de saúde e qualidade de vida e ocupa uma das piores colocações no ranking nacional, no Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) (0,607) (8), no coeficiente de Ginni (0,51) (9) e quanto à expectativa de vida (63,1 anos) (7). Em 2010, a população do município era de 3.901 habitantes, sendo 598 (15,4%) idosos. A população do estudo foi constituída por todos os indivíduos residentes na zona urbana com idade  $\geq$  60 anos ( $n = 355$ ) (8). Destes, 316 participaram do estudo (89%), ocorrendo 17 (4,8%) recusas e 22 (6,2%) perdas (indivíduos que não foram encontrados após três visitas em dias alternados).

Os dados foram coletados usando um formulário próprio, baseado no questionário SABE (Saúde, Bem Estar e Envelhecimento) (10), realizado em sete países da América Latina e Caribe, a exceção dos questionários de atividade física e de depressão que foram mais longos.

Este trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), sob o número de protocolo 064/2010. A participação foi voluntária, e todos os indivíduos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A variável autopercepção da saúde (variável dependente) foi identificada por meio do autorrelato obtida a partir do quesito “como você diria que sua saúde é?” (excelente, muito boa, boa, regular ou má), a qual posteriormente foi dicotomizada em: autopercepção da saúde positiva (excelente, muito boa e boa) e autopercepção da saúde negativa (regular e má).

As variáveis independentes foram divididas em três grupos: sociodemográficas, comportamentais e condições de saúde.

Sociodemográficas: sexo (masculino e fe-

minino), grupo etário (60-69, 70-79 e  $\geq 80$  anos), arranjo familiar (vive sozinho e acompanhado), sabe ler e escrever um recado (sim e não) e participação em atividade religiosa (sim e não).

Comportamentais: tabagismo (fumante, ex-fumante e nunca fumou), consumo de bebida alcoólica (consome e não consome) e nível de atividade física, o qual foi avaliado usando o Questionário internacional de Atividade Física (IPAQ) (11), versão longa, validado e adaptado para idosos brasileiros por Manzo & Benedetti (12) (insuficientemente ativo: menor que 150 minutos por semana em atividades físicas moderadas ou vigorosas e ativo: maior ou igual a 150 minutos por semana).

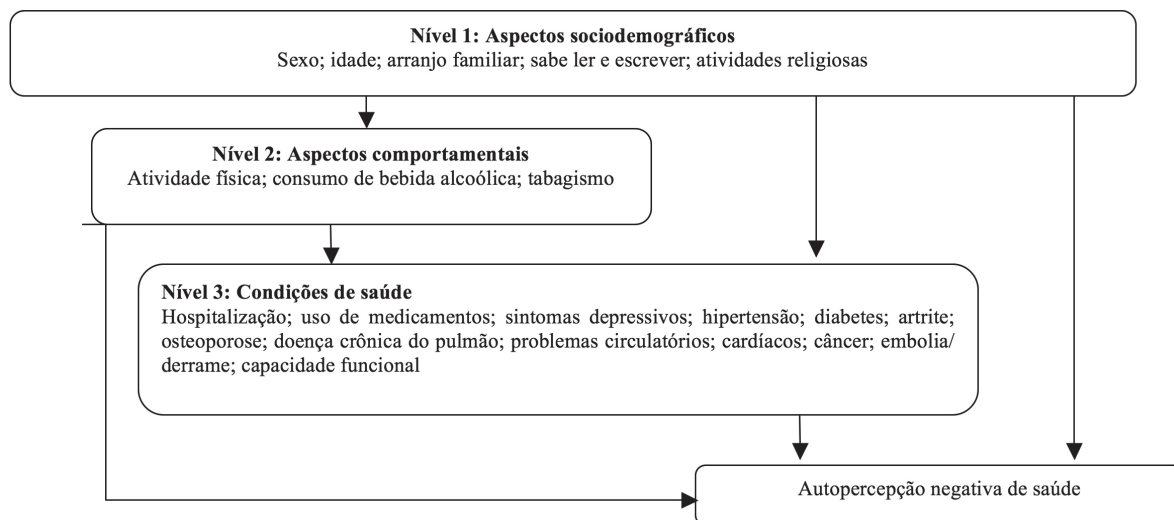
Condições de saúde: os diagnósticos de hipertensão, diabetes, câncer (exceto câncer de pele), doença crônica do pulmão, doença cardíaca, circulatória, reumatismo e osteoporose foram realizadas com questões referidas (sim; não), o uso de medicamentos (0 a 1; 2 ou mais); e hospitalização nos últimos 12 meses (nenhuma, uma ou mais vezes);. Os sintomas depressivos foram analisados pela Escala de Depressão Geriátrica GDS (13) (score  $< 6$  pontos = ausência de sintomas; score  $\geq 6$  pontos = presença de sintomas).

Para avaliar a capacidade funcional foram utilizadas as informações do instrumento de Katz *et al.* (14), para atividades básicas da vida diária - ABVDs e a escala de Lawton e Brody (15) para atividades instrumentais da vida diária (AIVDs). A escala de capacidade funcional foi hierárquica, distinguindo três categorias: independente, dependente nas AIVD, dependente nas ABVD e AIVD (16).

Os idosos que relataram dependência nas ABVD, mas não nas AIVD, foram classificados na última categoria, referente à dependência em ambas as dimensões.

### Análise estatística

Com o objetivo de comparar prevalências, a associação entre autopercepção de saúde e as variáveis independentes foram verificadas mediante a obtenção de estimativas brutas e ajustadas das razões de prevalências (RP), por ponto e por intervalo de confiança de 95% (IC95%), por meio do modelo de regressão de Poisson. Nas análises brutas, a prevalência de autopercepção negativa de saúde foi calculada para cada categoria das variáveis independentes, e o nível de significância foi testado por meio do teste de Wald para heterogeneidade. Na análise ajustada, foram incluídas as variáveis que apresentaram significância estatística de pelo menos 20% ( $p \leq 0,20$ ) nas análises brutas, seguindo a ordem de um modelo hierárquico para determinação dos desfechos (17) como apresentado na Figura 1. De acordo com o modelo estabelecido, as variáveis dos níveis mais superiores (distais) interagem entre si e determinam as variáveis dos níveis mais inferiores (proximais). O efeito de cada variável independente sobre o desfecho foi controlado para as variáveis do mesmo nível e de níveis superiores no modelo, sendo que o critério estatístico de permanência no modelo foi de 20% ( $p \leq 0,20$ ). As associações foram consideradas significativas, quando apresentaram nível de significância de no máximo 5% ( $p \leq 0,05$ ). Os dados foram tabulados e analisados no IBM SPSS Statistics for Windows (IBM SPSS. 21.0, 2012, Armonk, NY: IBM Corp.).



**Figura 1:** Modelo teórico para investigação de fatores associados a autopercepção negativa de saúde em idosos estruturado em blocos hierarquizados.

## RESULTADOS

Participaram do estudo 316 idosos, sendo 173 mulheres (54,7%) e 143 homens (45,3%), com idade entre 60 e 105 anos e média de 74,2 ( $\pm$  9,8) anos. A idade média das mulheres foi de 74,9 ( $\pm$  10,0) anos e dos homens 73,4 ( $\pm$  9,4) anos.

A Tabela 1 mostra as características sociodemográficas e comportamentais da população estudada. Observou-se que 54,7% dos idosos era do sexo feminino, 83,5% vivia acompanhado, 66,8% não sabia ler ou escrever um recado e 92,4% não participava de nenhuma atividade religiosa. Com relação ao comportamento de risco, 46,7% dos idosos relataram ser ex-fumantes, 52,3% referiram ser ativos fisicamente e 91,4% dos idosos não faziam uso de bebida alcoólica.

A Tabela 2 apresenta as características de condições e autopercepção de saúde dos idosos. Observou-se uma elevada proporção de idosos que referiram hipertensão (65,6%), usavam dois ou mais medicamentos (60,1%) e que relataram ser independentes (42,3%).

Entretanto, também se observou um alto percentual de idosos dependente para AIVD (41,0%). Apesar dos idosos apresentarem elevada prevalência em algumas doenças crônicas autorreferidas, foi observado um baixo percentual de hospitalização por esses indivíduos (24,5%). A autopercepção negativa de saúde apresentou uma elevada prevalência (58,1%).

A Tabela 3 apresenta a associação entre a autopercepção negativa de saúde e as variáveis independentes do estudo realizada pela análise de regressão bruta. Observou-se que as variáveis: sexo, tabagismo, atividade física, hospitalização, doenças crônicas autorreferidas: hipertensão, diabetes, problemas cardíacos, artrite, osteoporose, doença crônica do pulmão, sintomas depressivos, capacidade funcional e medicamentos apresentaram um nível de significância ( $p < 0,20$ ), sendo incluídas no modelo de regressão múltiplo. As demais variáveis não participaram da análise de regressão múltipla por apresentarem um nível de significância ( $p > 0,20$ ).

A Tabela 4 apresenta os resultados da análise ajustada para a autopercepção negativa

de saúde em relação às variáveis independentes do estudo, a qual foi composta por três blocos. No primeiro bloco foram analisadas ao mesmo tempo as variáveis sociode-

mográficas, de forma que nenhuma variável manteve-se associada com a autopercepção negativa de saúde.

**Tabela 1.** Características sociodemográficas e comportamentos de risco da população estudada. Lafaiete Coutinho, Bahia, Brasil, 2011.

Variáveis	% resposta	N	%
Sexo	100		
Masculino		143	45,3
Feminino		173	54,7
Grupo etário	99,7		
60-69 anos		115	36,5
70-79 anos		106	33,7
>80 anos		94	29,8
Arranjo Familiar	100		
Mora Sozinho		52	16,5
Mora Acompanhado		264	83,5
Sabe ler e escrever	100		
Sim		105	33,2
Não		211	66,8
Atividade religiosa	99,4		
Participa		24	7,6
Não participa		290	92,4
Atividade física	98,1		
Insuficientemente ativo		148	47,7
Ativo		162	52,3
Tabagismo	99,7		
Fumante		35	11,1
Ex-fumante		147	46,7
Nunca fumou		133	42,2
Consumo de bebidas alcoólicas	99,7		
Consome		27	8,6
Não Consome		288	91,4

**Tabela 2.** Características do estado e autopercepção de saúde da população estudada. Lafaiete Coutinho, Bahia, Brasil, 2011.

Variáveis	% resposta	N	%
Hospitalização	99,4		
Uma ou mais vezes		77	24,5
Nenhuma		237	75,5
Hipertensão	99,4		
Sim		206	65,6
Não		108	34,4
Diabetes	97,5		
Sim		35	11,4
Não		273	88,6
Problemas Circulatorios	99,7		
Sim		20	6,3
Não		295	93,7
Problemas cardíacos	99		
Sim		38	12,1
Não		275	87,9
Artrite	98,7		
Sim		105	33,7
Não		207	66,3
Osteoporose	95		
Sim		22	7,3
Não		276	92,7
Sintomas depressivos	91,8		
Com sintomas		58	20
Sem sintomas		232	80
Câncer	99,7		
Sim		4	1,3
Não		311	98,7
Doença Crônica de Pulmão	99,4		
Sim		11	3,5
Não		303	96,5
Embolia/ Derrame	99,7		
Sim		20	6,3
Não		295	93,7
Medicamentos	100		
0 a 1		126	39,9
2 ou mais		190	60,1
Capacidade funcional	97,1		
Dependente para ABVD		51	16,6
Dependente para AIVD		126	41
Independente		130	42,3
Autopercepção de saúde	95,9		
Positiva		127	41,1
Negativa		176	58,1

**Tabela 3.** Prevalência da autopercepção negativa de saúde e análise bruta de sua associação com as variáveis independentes do estudo. Lafaiete Coutinho, Bahia, Brasil, 2011.

Nível	Variáveis	%	RPbruta	IC 95%	p
1	Sexo				0,197
	Feminino	61,4	1,14	0,93-1,38	
	Masculino	54	1		
	Idade				0,636
	> 80 anos	66,7	1,02	0,81-1,28	
	70-79 anos	55	0,91	0,72-1,15	
	> 60 anos	59,6	1		
	Sabe ler e escrever um recado				0,884
	Não	57,8	0,98	0,81-1,20	
	Sim	58,7	1		
	Religião				0,433
	Nenhuma	65,2	1,13	0,83-1,55	
Alguma religião	57,5	1			
Arranjo Familiar				0,885	
Sozinho	57,1	0,98	0,75-1,28		
Acompanhado	58,3	1			
2	Tabagismo				0,148
	Fumante	54,5	1,04	0,73-1,48	
	Ex-fumante	63,9	1,22	0,99-1,50	
	Nunca fumou	52,4	1		
	Atividade Física				0,193
	Insuficientemente ativo	61,8	1,14	0,94-1,38	
	Ativo	54,3	1		
Consumo de bebidas alcoólicas				0,389	
Consome	48,1	0,81	0,54-1,22		
Não consome	59,1	1			
3	Hospitalização				0,163
	Uma ou mais vezes	64,9	1,15	0,94-1,41	
	Nenhuma	56,1	1		
	Hipertensão				0,067
	Sim	61,9	1,23	0,99-1,53	
	Não	50,5	1		
	Diabetes				0,001
	Sim	82,9	1,52	1,26-1,84	
	Não	54,4	1		
	Problemas cardíacos				0,032
	Sim	72,2	1,28	1,02-1,61	
	Não	56,2	1		
	Artrite				0,001
	Sim	70,3	1,36	1,13-1,63	
	Não	51,8	1		
	Osteoporose				0,004
	Sim	80	1,42	1,12-1,82	
Não	56,1	1			
Sintomas depressivos				0,031	



Continuação Tabela 3.

Com sintoma	69,6	1,26	1,02-1,55	
Sem sintoma	55,4	1		
Câncer				0,735
Sim	66,7	1,15	0,51-2,57	
Não	58	1		
Doença crônica do pulmão				0,001
Sim	90	1,58	1,26-1,99	
Não	56,8	1		
Embolia				0,207
Sim	70,6	1,23	0,89-1,70	
Não	57,3	1		
Capacidade Funcional				0,149
Dependente ABVD	69,8	1,29	0,99-1,65	
Dependente AIVD	59,7	1,1	0,89-1,36	
Independente	54,3	1		
Medicamentos				0,002
2 ou mais	65,7	1,41	1,13-1,75	
0 a 1	46,7	1		

**Tabela 4.** Modelo de regressão de Poisson múltiplo hierarquizado da associação entre autopercepção negativa de saúde e as variáveis independentes do estudo. Lafaiete Coutinho, Bahia, Brasil, 2011.

Nível	Variáveis	RPajustada	IC 95%	p
1	Sexo			0,197
	Feminino	1,14	0,93-1,38	
	Masculino	1		
2	Tabagismo			0,038
	Fumante	1,18	0,81-1,71	
	Ex-fumante	1,32	1,07-1,64	
	Nunca fumou	1		
3	Diabetes			<0,001
	Sim	1,46	1,19-1,80	
	Não	1		
	Artrite			0,007
	Sim	1,31	1,07-1,59	
	Não	1		
	Doença do Pulmão			<0,001
	Sim	1,66	1,31-2,11	
	Não	1		
	Medicamentos			0,033
	2 ou mais	1,29	1,02-1,64	
	Até 1	1		

O segundo bloco foi constituído pelos comportamentos de risco, representado pelas variáveis, tabagismo e atividade física. Destacou-se como fator associado à autopercepção negativa de saúde o fato de ser ex-tabagista. A prevalência da autopercepção negativa de saúde foi 32% maior entre os ex-fumantes em relação aos que nunca fumaram. Contudo, não se observou associação significativa entre a prática insuficiente de atividade física e a autopercepção negativa de saúde.

O terceiro bloco, no qual estão agrupadas as doenças crônicas autorreferidas e uso de dois ou mais medicamentos. Os idosos que autorreferiram diabetes, artrite e doença do pulmão apresentaram maior probabilidade de autopercepção negativa de saúde (46; 31; 66%, respectivamente) do que os que não referiram tais patologias. Os idosos que faziam uso de dois ou mais medicamentos apresentaram uma maior probabilidade de autopercepção negativa de saúde (29%) do que os idosos que faziam uso de nenhum ou apenas um medicamento.

De acordo com a análise hierárquica, verificou-se que o estado de saúde (diabetes, artrite, doença do pulmão e uso de dois ou mais medicamentos) e o fato de ser ex-fumantes constituíram-se em fatores que determinaram a autopercepção negativa de saúde dos idosos.

## DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

Este estudo se propôs a identificar os fatores que são determinantes para uma autopercepção de saúde negativa em idosos residentes em uma comunidade de pequeno porte. Os principais achados desse estudo mostraram que os idosos com diabetes, artrite, doença pulmonar, os que são ex-fumantes e os que fazem uso de dois ou mais medicamentos estão associados com uma autopercepção negativa de saúde.

A prevalência de autopercepção negativa

de saúde autorreferida pelos idosos foi de 58,1%. Esse resultado é condizente com o estudo de Haseen *et al.* (18) o qual avaliou 30.427 idosos residentes na zona urbana da Tailândia e observou uma prevalência de 57%.

No Brasil, resultados superiores foram encontrados em estudos desenvolvidos nas regiões Sul (60,7%) e Nordeste (67,9%) (4), observando uma elevada autopercepção negativa de saúde na região nordeste. Esses resultados apontam que as diferenças regionais refletem as disparidades sociais, econômicas, comportamentais e de saúde no país. Prevalências inferiores foram encontradas por outros estudos (5, 6), os quais também apontaram que os idosos com maior número de doenças crônicas associadas à incapacidade funcional relataram uma pior percepção de saúde.

Nesse contexto, a presente pesquisa mostra uma elevada prevalência de autopercepção negativa de saúde em idosos. Essa semelhança foi encontrada em poucos estudos desenvolvidos no Brasil (4, 6, 19) ou em outros países (18) com a mesma faixa etária, tipo de estudo e pontos de corte. Isso demonstra a necessidade de uma maior discussão e de mais pesquisas relacionadas a essa temática, levando-se em consideração as diferenças geográficas, ambientais, e socioeconômicas em várias regiões do país para promover ações de saúde direcionadas de acordo com a especificidade de cada lugar.

No bloco de variáveis comportamentais, apenas tabagismo manteve-se associado à autopercepção negativa de saúde. Indivíduos idosos, considerados ex-fumantes, avaliaram sua saúde como negativa em maior percentual em relação aos que nunca fumaram. A relação entre idosos ex-fumantes e autopercepção negativa de saúde, observada neste estudo, também foi evidenciada em outro estudo (20). Alguns prováveis motivos são elencados para pior percepção de saúde em idosos ex-fumantes, tais como: dificuldade respiratória, declínio da capacidade funcio-

nal e da força muscular. Apesar de não ter sido objetivo deste estudo avaliar as causas da interrupção do tabagismo, infere-se que os idosos ex-fumantes podem ter apresentado pior percepção de saúde em função de possíveis patologias que culminaram na cessação do tabagismo.

A associação entre autopercepção negativa de saúde e ex-fumantes é condizente com outro estudo (21), realizado em Belo Horizonte com dados do Projeto Bambuí, para pessoas com mais de 60 anos. Nesse estudo foi observado, especialmente nos homens, que indicadores de incapacidade funcional, doenças crônicas, como angina, infarto e artrite, e uma autoavaliação negativa da saúde estão consistentemente associados com ex-tabagistas.

A relação entre diabetes autorreferida e autopercepção negativa de saúde também foi evidenciada nesse estudo, assim como foi corroborada em outro estudo (22, 23) e pode ser explicada em função das limitações ou incapacidades na realização das atividades cotidianas, da dificuldade de controle da doença e das restrições alimentares, fatores que podem ter contribuído para uma pior percepção de saúde pelos idosos.

Algumas pesquisas (24) mostraram associação entre artrite autorreferida e autopercepção negativa de saúde, assim como foi observado no presente estudo. Essa relação pode ser decorrente da presença de dores articulares, muitas vezes incapacitantes, que limitam as atividades desenvolvidas pelos idosos no seu dia-a-dia, contribuindo para avaliação negativa da própria saúde, além de ser uma das mais frequentes doenças relatadas pelos idosos.

Os idosos que referiram diagnóstico de doença do pulmão apresentaram associação positiva com autopercepção negativa de saúde. De acordo com Francisco *et al.* (25) a prevalência de doença pulmonar revelou-se significativamente mais elevada entre os idosos que consideraram sua saúde ruim ou muito ruim. Nesse sentido, infere-se que indivíduos

com problemas crônicos de saúde associados à polimorbidades tendem a avaliar sua saúde de forma negativa.

Segundo Silva *et al.* (26) pessoas com doença pulmonar crônica apresentam dificuldades para manter suas atividades cotidianas, o que contribui para o declínio gradual das atividades físicas, causando irritabilidade e frustração. Na visão desses autores, o indivíduo incapaz de cuidar de si mesmo tem sua autoestima e confiança abaladas, o que pode repercutir em uma percepção negativa da própria saúde.

A relação entre uso de dois ou mais medicamentos e autopercepção negativa de saúde é condizente com alguns estudos realizados no Brasil (6, 27). Embora o estudo de Silva *et al.* (6) tenha apresentado o mesmo ponto de corte, apenas o sexo feminino apresentou associação positiva com autopercepção negativa da saúde. Nesse contexto, os estudos supracitados apontam que, à medida que a população envelhece, há uma elevada prevalência de doenças crônicas. Isso, consequentemente, aumenta a quantidade de medicamentos consumidos, afetando diretamente o estado de saúde e alterando negativamente a forma como o idoso a avaliará.

De acordo com Marin *et al.* (28) condições frequentes entre os idosos, tais como alta prevalência de condições crônicas, uso de múltiplos medicamentos, prescrições inadequadas e problemas relacionados à automedicação, podem alterar negativamente o estado de saúde desses indivíduos.

A autopercepção é uma medida de saúde validada com dados de indicadores clínicos de morbidade e de mortalidade, além de ser um bom marcador das diferenças nos subgrupos populacionais. É importante também como ferramenta para monitorar resultados na clínica e em programas de saúde pública, visto que sua aplicabilidade no âmbito da saúde parte do pressuposto de que os sujeitos que definem o seu estado de saúde como ruim apresentam mais percepções do envelhecimento negativas do que os sujeitos que

definiram a sua saúde como boa ou excelente (29).

Algumas considerações devem ser feitas em relação ao tipo de estudo apresentado e à existência de pesquisas voltadas para essa temática. O estudo transversal é restrito à identificação de associações, impossibilitando o estabelecimento da direção causal das relações encontradas, além de não permitir a realização de análises de temporalidade entre exposição e desfecho. A existência de poucos estudos envolvendo os fatores associados à autopercepção negativa de saúde em idosos residentes em municípios de pequeno porte e com baixos indicadores de saúde restringiu a comparação desses com os achados do presente estudo.

A autopercepção negativa de saúde esteve associada de maneira positiva aos idosos ex-fumantes, com diagnóstico autorreferido de diabetes, artrite, doença do pulmão e aos que faziam uso de dois ou mais medicamentos.

As reflexões expostas neste manuscrito sobre os fatores associados à autopercepção negativa de saúde fornecem uma visão ampla das condições de saúde dos idosos deste município e poderão subsidiar a atuação dos profissionais de saúde, tanto no ensino como na assistência, direcionada à saúde do idoso, com foco nas ações de promoção da saúde e prevenção de agravos para um envelhecimento ativo e com melhores condições de vida, além de direcionar o foco para futuros estudos.

## REFERÊNCIAS

1. IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística: Sinopse do censo demográfico de 2010 [Internet]. Brasília: IBGE; 2010 [citado 15 out 2011]. Disponível em: [http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default\\_sinopse.shtm](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default_sinopse.shtm)
2. Glat R, Pletsch MD. O método de história de vida em pesquisas sobre auto-percepção de pessoas com necessidades educacionais especiais. *Revista Educação Especial*. 2009; 22(34): 139-154.
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): 415-22.
4. Rodrigues MA, Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, et al. Uso de serviços ambulatoriais por idosos nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2008; 24(10): 2267-78.
5. Arnadottir SA, Gunnarsdottir ED, Stenlund H, Lundin-Olsson L. Determinants of self-rated health in old age: A population-based, cross-sectional study using the International Classification of Functioning. *BMC Public Health* [Internet]. 2011 Aug [citado 23 abr 2012]; (11): 670. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3175467/>
6. Silva RJS, Smith-Menezes A, Tribess S, Rómo-Perez V, Virtuoso Junior JS. Prevalência e fatores associados à percepção negativa da saúde em pessoas idosas no Brasil. *Rev Bras Epidemiol*. 2012; 15(1): 49-62.
7. Reis RH, Schwartz E, Lima LM, Lange C, Feijó AM, Duarte GC. Autopercepção de saúde de idosos usuários de um serviço de oncologia. *Rev. Eletr. Enf* [Internet]. 2014 jul/set [citado 20 abr 2012]; 16(3): 612-8. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/revista/v16/n3/pdf/v16n3a16.pdf>
8. PNUD - Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Atlas de desenvolvimento humano no Brasil 2000 [Internet]. Brasil: PNUD; 2012 [citado 4 abr 2012]. Disponível em: [http://www.atlas-brasil.org.br/2013/pt/perfil\\_m/lafaiete-coutinho\\_ba](http://www.atlas-brasil.org.br/2013/pt/perfil_m/lafaiete-coutinho_ba)
9. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística/Censos Demográficos 1991, 2000 e 2010. Índice de Gini da renda domiciliar per capita - Bahia 2010 [Internet]. Brasília: IBGE; 2010 [citado 10 fev 2012].

- Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/ibge/censo/cnv/giniba.def>
10. Coqueiro RS, Barbosa AR, Borgatto AF. Nutritional status, health conditions and socio-demographic factors in the elderly of Havana, Cuba: data from SABE survey. *J Nutr Health Aging*. 2010; 14(10): 803-8.
  11. Craig CL, Marshall AL, Sjöström M, Bauman AE, Booth ML, Ainsworth BE, et al. International physical activity questionnaire: 12-country reliability and validity. *Med Sci Sports Exerc*. 2003; 35(8): 1381-95.
  12. Mazo GZ, Benedetti TRB. Adaptação do questionário internacional de atividade física para idosos. *Rev Bras Cineantropom Desempenho Hum*. 2010; 12(6): 480-484.
  13. Almeida OP, Almeida AS. Confiabilidade da versão brasileira da escala de depressão em geriatria (GDS) versão reduzida. *Arq Neuropsiquiatr*. 1999; 57(2b): 421-426.
  14. Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. *JAMA*. 1963; 185(12): 914-9.
  15. Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *The Gerontologist*. 1969; 9(3 Part 1): 179-86.
  16. Hoeymans N, Feskens EJM, Van den Bos GAM, Kromhout D. Measuring functional status: cross-sectional and longitudinal associations between performance and self-report (Zutphen Elderly Study 1990-1993). *J Clin Epidemiol*. 1996; 49(10): 1103-10.
  17. Victora CG, Huttly SR, Fuchs SC, Olinto MT. The role of conceptual frameworks in epidemiological analysis: a hierarchical approach. *Int J Epidemiol*. 1997; 26(1): 224-227.
  18. Haseen F, Adhikari R, Soonthorndhada K. Self-assessed health among Thai elderly. *BMC Geriatr* [Internet]. 2010 [citado 15 Mar 2011]; 10(30): 1-9. Disponível em: <http://bmcgeriatr.biomedcentral.com/articles?query=Self-assessed+health+among+Thai+elderly&volume=10&searchType=&tab=keyword>
  19. Santos M, Mattos I. Condições de vida e saúde da população idosa do Município de Guaramiranga-CE. *Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília*. 2011; 20(2): 193-201.
  20. Freitas DHM, Campos FCA, Linhares LQ, Santos CR, Ferreira CB, Diniz BS, et al. Autopercepção de saúde e desempenho cognitivo em idosos residentes na comunidade. *Rev Psiquiatr Clín*. 2010; 37(1): 32-5.
  21. Peixoto SV, Firmo JOA, Lima-Costa MF. Condições de saúde e tabagismo entre idosos residentes em duas comunidades brasileiras (Projetos Bambuí e Belo Horizonte). *Cad Saude Publica*. 2006; 22(9): 1925-34.
  22. Mendes TAB, Goldbaum M, Segri NJ, Barros MBA, Cesar CLG, Carandina L, et al. Diabetes mellitus: fatores associados à prevalência em idosos, medidas e práticas de controle e uso dos serviços de saúde em São Paulo, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2011; 27(6): 1233-43.
  23. Francisco PMSB, Belon AP, Barros MBAB, Carandina L, Alves MCGP, Goldbaum M, et al. Diabetes auto-referido em idosos: prevalência, fatores associados e práticas de controle. *Cad Saude Publica*. 2010; 26(1): 175-184.
  24. Pagotto V, Nakatani AYK, Silveira E. Fatores associados à autoavaliação de saúde ruim em idosos usuários do sistema Único de Saúde. *Cad Saude Publica*. 2011; 27(8): 1593-1602.
  25. Francisco PMSB, Donalisio MR, Barros MBA, Cesar CL, Carandina L, Goldbaum M. Fatores associados a doença pulmonar em idosos. *Rev Saude Publica*. 2006; 40(3): 428-35.
  26. Silva DMGV, Souza SS, Francioni FF, Meirelles BHS. Quality of life from the perspective of persons with chronic respiratory diseases: the contribution of a social group. *Rev Lat Am Enfermagem*.

- 2005; 13(1): 7-14.
27. Silva AL, Ribeiro AQ, Klein CH, Acurcio FA. Utilização de medicamentos por idosos brasileiros, de acordo com a faixa etária: um inquérito postal. *Cad Saude Publica*. 2012; 28(6): 1033-45.
28. Marin MJS, Cecilio LCO, Perez AE, Santella F, Silva CB, Gonçalves Filho JR, et al. Caracterização do uso de medicamentos entre idosos de uma unidade do Programa Saúde da Família. *Cad Saude Publica*. 2008; 24(7): 1545-55.
29. Ron P. Elderly people's attitudes and perceptions of aging and old age: the role of cognitive dissonance? *Int J Geriatr Psychiatry*. 2007; 22(7): 656-62.