

# Autoavaliação do estado de saúde e fatores associados em idosos cadastrados na Estratégia Saúde da Família de Campina Grande, Paraíba

*Self-assessment of health status and associated factors in elderly persons registered with the Family Health Strategy of Campina Grande, Paraíba*

Patrícia Leite de Oliveira Belém<sup>1</sup>  
Rômulo Lustosa Pimenteira de Melo<sup>2</sup>  
Dixis Figueroa Pedraza<sup>3</sup>  
Tarciana Nobre de Menezes<sup>4</sup>

ARTIGOS ORIGINAIS / ORIGINAL ARTICLES

## Resumo

**Objetivo:** Verificar a associação entre autoavaliação negativa de saúde e variáveis socioeconômicas, demográficas e de saúde em idosos cadastrados na Estratégia Saúde da Família de Campina Grande-PB. **Método:** Estudo transversal, de base domiciliar com coleta de dados primários, realizado com idosos de ambos os sexos. Foram estudadas variáveis demográficas e socioeconômicas, número de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) referidas e grau de dependência nas atividades básicas de vida diária (ABVD). Os possíveis fatores associados à avaliação da saúde foram verificados por meio de regressão logística múltipla. **Resultados:** Foram avaliados 420 idosos (68,1% mulheres), cuja média etária foi 71,57 anos. Foi verificada associação positiva entre a avaliação negativa do estado de saúde e idosos acometidos por duas ou três DCNTs (OR=2,70; IC95%:1,47-4,96); acometidos por quatro ou mais DCNTs (OR=4,35; IC95%:1,58-12,01); com grau de dependência leve (OR=2,34; IC95%:1,13-4,87); dependência moderada (OR=2,11; IC95%:1,07-4,17) e com aqueles casados (OR=2,46; IC95%:1,01-6,01). **Conclusão:** Os resultados mostram que a avaliação negativa do estado de saúde esteve associada com o número de DCNTs referidas e com o grau de dependência nas ABVDs, assim como houve tendência de associação com idosos casados. Os resultados encontrados sugerem a necessidade de ações voltadas à prevenção e diagnóstico de doenças crônicas, assim como promoção e manutenção da capacidade funcional e prevenção ou tratamento de incapacidades.

**Palabras-clave:** Idoso; Avaliação; Saúde; Fatores de Risco; Fatores Associados.

<sup>1</sup> Faculdade Maurício de Nassau, Departamento de Enfermagem. Campina Grande, PB, Brasil.

<sup>2</sup> Universidade Federal da Paraíba, Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, Programa de Pós-graduação em Psicologia Social. João Pessoa, PB, Brasil.

<sup>3</sup> Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Departamento de Enfermagem, Programa de Pós-graduação em Saúde Pública. Campina Grande, PB, Brasil.

<sup>4</sup> Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Departamento de Fisioterapia, Programa de Pós-graduação em Saúde Pública. Campina Grande, PB, Brasil.

Financiamento da pesquisa: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e Ministério da Ciência e Tecnologia (MCT) (Edital MCT/CNPq nº 15/2007; Universal processo nº 479579/2007-5).

## Abstract

**Objective:** To determine the association between negative self-assessment of health status and sociodemographic variables and health indicators in elderly persons registered with the Family Health Strategy of Campina Grande, Paraíba. *Methodology:* A cross-sectional study with home-based primary data collection was carried out among elderly persons of both genders. The variables studied were: self-assessment of health, socioeconomic and demographic factors, number of referred chronic diseases and degree of dependence in basic activities of daily living. Possible factors associated with self-assessment of health were verified through multivariate logistic regression. *Results:* We evaluated 420 elderly persons (68.1% of whom were women) with an average age of 71.57 years. There was a positive association between negative self-assessment of health status and elderly persons with two or three chronic diseases (OR=2.70; CI95%:1.47-4.96), four or more chronic diseases (OR=4.35; CI95%:1.58-12.01), a mild degree of dependence (OR=2.34; CI95%:1.13-4.87), moderate dependence (OR=2.11; CI95%:1.07-4.17) and those who were married (OR=2.46; CI95%:1.01-6.01). *Conclusion:* The results show that the negative self-assessment of health status was associated with the number of referred chronic diseases and degree of dependence in basic activities of daily living. There was also a tendency towards association with married elderly persons. The results suggest the need for actions aimed at the prevention and diagnosis of chronic diseases, as well as the promotion and maintenance of functional capacity and disability prevention or treatment.

**Key words.** Elderly;  
Evaluation; Health; Risk  
Factors; Associated Factors.

## INTRODUÇÃO

O processo de envelhecimento acarreta redução gradual do estado de saúde, contribuindo para uma mudança no perfil epidemiológico, caracterizado por elevada prevalência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT),<sup>1</sup> tornando imprescindível a avaliação da situação de saúde deste segmento da população.

Embora indicadores como perfis de morbidade, mortalidade, presença de déficits físicos e cognitivos e uso de serviços de saúde sejam frequentes na avaliação da situação de saúde da população idosa, a avaliação por meio da autoavaliação do estado de saúde é um instrumento que vem sendo mundialmente utilizado,<sup>2-8</sup> fundamentando-se no simples questionamento ao indivíduo: “Como o(a) senhor(a) considera a sua saúde?”. Conforme se observa, é um método de fácil aplicabilidade, viável e de baixo custo.<sup>9</sup>

Os estudos que avaliam a saúde por meio da autoavaliação do indivíduo refletem condições objetivas de saúde em diferentes grupos populacionais, principalmente quanto à qualidade de vida e capacidade funcional.<sup>10</sup> A autoavaliação indica o real estado da saúde, mediante uma visão integrada do indivíduo, incluindo as dimensões biológica, psicológica e social.<sup>11</sup>

Diante de sua característica multidimensional, diversos fatores podem influenciar a avaliação do estado de saúde. Com isso, estudos têm sido desenvolvidos com o intuito de verificar, de forma ampla, quais seriam as variáveis associadas à autoavaliação negativa da saúde, como é o caso de informações demográficas e socioeconômicas, suporte social, estilo de vida, condições de saúde e uso de serviços.<sup>11-17</sup>

Estudo realizado por Lima-Costa et al.<sup>15</sup> com dados de idosos da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 1998 e 2003, verificou que as variáveis escolaridade, número de condições crônicas e número de consultas médicas e hospitalizações nos últimos 12 meses apresentaram associação positiva com a autoavaliação “ruim” ou “muito ruim” da saúde.

A autoavaliação de saúde tem sido estudada, ainda, devido à sua forte associação com a mortalidade, independente de doenças crônicas referidas e fatores socioeconômicos.<sup>9</sup> No Brasil, estudo de coorte realizado com 1.667 idosos acima de 65 anos residentes no município de São Paulo-SP, no período de 1991 a 2001, encontrou associação significativa entre autoavaliação do estado de saúde e mortalidade, cujos idosos que avaliaram a saúde como boa, má ou péssima apresentaram maior risco de óbito,

quando comparados aos que consideraram a saúde excelente.<sup>18</sup> Neste contexto, estudos que analisam os fatores determinantes da autoavaliação de saúde tornam-se importantes, uma vez que intervenções nesses fatores significam modificar a autoavaliação de saúde e, conseqüentemente, reduzir a mortalidade.<sup>9</sup>

Em recente pesquisa, cujo objetivo foi realizar uma revisão sistemática da literatura sobre autoavaliação do estado de saúde na população idosa brasileira, constatou-se que há poucas publicações nacionais sobre o assunto, estando a maior parte concentrada na Região Sudeste, o que dificulta a realização de comparações entre regiões.<sup>19</sup> Desta forma, o presente estudo buscou verificar a associação entre autoavaliação negativa de saúde e variáveis socioeconômicas, demográficas e de saúde em idosos cadastrados na Estratégia Saúde da Família de Campina Grande-PB.

## MÉTODOS

Este estudo faz parte de um estudo maior intitulado: “*Avaliação multidimensional da saúde dos idosos cadastrados na Estratégia Saúde da Família no município de Campina Grande-PB e grau de satisfação acerca dos serviços oferecidos*”, cujo objetivo é avaliar esses idosos em seus aspectos biopsicossociais. O estudo caracteriza-se por ser de base domiciliar, do tipo transversal, com coleta de dados primários.

Segundo informações da Secretaria Municipal de Saúde, em 2008 existiam, no município de Campina Grande-PB, 23.416 idosos cadastrados nas 63 Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF), distribuídos nos seis Distritos Sanitários da cidade. A amostra do estudo maior foi calculada estimando-se uma prevalência dos desfechos de, no mínimo, 25% (diagnóstico de obesidade). O cálculo do tamanho amostral foi realizado a partir da seguinte equação:  $\frac{[E^2 \times p(1-p)] \times c}{A^2}$ . Onde:  $E$  é o limite de confiança (1,96),  $c$  é o coeficiente de correlação amostral (2,1), uma vez que a amostra é por conglomerado, e  $A$  é a precisão aceita para a prevalência estimada ( $A=6\%$ ). A amostra é proporcional a cada Distrito Sanitário, constituindo 420 idosos.

Foi sorteada uma UBSF em cada um dos seis distritos sanitários, nas quais se realizou um

levantamento do número de idosos cadastrados. A partir daí, foi calculada a proporção de idosos por unidade em relação ao total das seis unidades, com a qual foi definido o número de idosos, considerando o total de idosos a serem entrevistados. Sendo assim, nas seis UBSFs sorteadas foram entrevistadas as seguintes proporções (números) de idosos: 9,6% (40); 11,4% (48); 14,5% (61); 8,6% (36); 43,3% (182) e 12,6% (53), totalizando os 420 idosos. Em cada UBSF procedeu-se o sorteio sistemático de idosos com a elaboração de uma lista com os nomes de todos os idosos cadastrados. O número de idosos a serem saltados até chegar ao próximo idoso da lista a ser entrevistado foi definido a partir da razão entre o número total de idosos cadastrados e o número de idosos determinados para serem entrevistados naquela UBSF, gerando-se assim o número cinco. Como o cálculo foi proporcional, o número de saltos na lista foi o mesmo em todas as UBSFs. Desta forma, a cada idoso selecionado, foram saltados quatro idosos da lista. O 5º idoso foi o selecionado, e assim sucessivamente, a fim de se obter melhor distribuição e garantir que toda a lista fosse percorrida.

A coleta dos dados foi realizada por três duplas de entrevistadores, devidamente treinados, no período de agosto 2009 a maio 2010. Foram incluídos no estudo indivíduos com 60 anos de idade ou mais, de ambos os sexos e selecionados para compor a amostra. Foram excluídos idosos que apresentassem debilidade clínica grave, sem possibilidades terapêuticas, que estivessem ausentes de Campina Grande-PB por mais tempo que a pesquisa de campo naquela área de abrangência da UBSF selecionada.

Considerou-se como variável dependente a autoavaliação do estado de saúde, avaliada pelas respostas à questão: “Como o(a) senhor(a) considera a sua saúde?”. As opções de resposta foram: excelente, muito boa, boa, regular e má. Para fins estatísticos, essa variável foi dicotomizada como autoavaliação positiva do estado de saúde (excelente, muito boa, boa) e negativa (regular e má). As variáveis independentes foram os aspectos demográficos e socioeconômicos, número de DCNTs referidas e grau de dependência nas atividades básicas de vida diária (ABVD).

Os dados demográficos incluíram informações sobre sexo (feminino, masculino), grupo etário (60 a 69 anos, 70 a 79 anos, 80 anos ou mais), cor/raça (branca e não branca) e estado conjugal (solteiro, casado, separado, viúvo). Os aspectos socioeconômicos foram representados por anos de estudo (analfabeto, um a quatro anos, cinco a oito anos e nove anos ou mais), arranjo familiar (mora sozinho ou acompanhado) e nível socioeconômico (A/B, C, D/E). Este, verificado por intermédio do Critério de Classificação Econômica Brasil, da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP).<sup>20</sup>

Para obtenção da informação sobre o número das DCNTs referidas pelo idoso, foi feita a seguinte pergunta “Um médico ou outro profissional da saúde lhe disse que tem alguma dessas doenças?” Os idosos tiveram as seguintes opções de resposta: hipertensão arterial, problema cardíaco, osteoporose, embolia/derrame, artrite/artrose/reumatismo, diabetes, doença crônica pulmonar e câncer. Para fins estatísticos, neste estudo, os idosos foram classificados da seguinte forma: nenhuma DCNT, uma DCNT, duas ou três DCNTs, quatro ou mais DCNTs. Para a avaliação do grau de dependência nas ABVDs, foi utilizado o Índice de Barthel (IB)<sup>21</sup> que consiste na avaliação da capacidade funcional do indivíduo para executar diariamente atividades como: alimentar-se; vestir-se; realizar higiene pessoal; colocar aparelho ortopédico; ter controle urinário e intestinal; usar vaso sanitário; realizar deambulação; subir e descer escada e movimentar uma cadeira de rodas. O grau de dependência é estabelecido de acordo com a pontuação do IB,<sup>21</sup> cuja variação é de 0 a 100. A partir da pontuação, os idosos foram classificados como: independente (100 pontos), dependência leve (91-99 pontos), dependência moderada (61-

90 pontos), dependência severa (21-60 pontos) ou dependência total (0-20 pontos).

As análises estatísticas foram obtidas por meio do aplicativo estatístico SPSS 17.0. Para verificar a associação entre autoavaliação de saúde e as variáveis independentes, utilizou-se a regressão logística com análises bivariadas e múltiplas. Foram inseridas no modelo múltiplo as variáveis explicativas que apresentaram na análise bivariada a significância  $p < 0,25$ . O método adotado para introdução das variáveis nos modelos foi o “*forward stepwise*”. Considerou-se um nível de significância  $p < 0,05$  e intervalo de confiança (IC) de 95%.

A pesquisa, cujos dados foram utilizados neste estudo, foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba (CAAE: 0228.0133.000-08), seguindo todos os preceitos da Resolução n.º 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta pesquisas envolvendo seres humanos. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido após receberem explicações verbais e escritas a respeito do estudo.

## RESULTADOS

Foram avaliados 420 idosos (68,1% mulheres), com média etária defoi 71,57(±9,19) anos. Na tabela 1, encontra-se a distribuição dos idosos estudados, segundo autoavaliação da saúde, sexo e grupo etário. A maioria dos idosos considerou a própria saúde regular (51,4%). Entre os homens, somente no grupo etário de 70 a 79 anos, a maior parte considerou a saúde boa (41,9%), nos demais grupos etários predominou a avaliação regular. Entre as mulheres, nos três grupos etários, a maioria considerou a saúde regular.

**Tabela 1.** Distribuição dos idosos estudados, segundo autoavaliação da saúde, sexo e grupo etário. Campina Grande-PB, 2009-2010.

Sexo	Grupo etário	Autoavaliação do estado de saúde					Total
		Excelente n (%)	Muito boa n (%)	Boa n (%)	Regular n (%)	Má n (%)	
Ambos os sexos							
	60 a 69 anos	9 (4,4)	11 (5,4)	51 (25,0)	110 (53,9)	23 (11,3)	204 (100,0)
	70 a 79 anos	2 (1,5)	7 (5,2)	38 (27,9)	65 (47,8)	24 (17,6)	136 (100,0)
	80 anos ou mais	1 (1,2)	1 (1,2)	21 (26,3)	41 (51,3)	16 (20,0)	80 (100,0)
	<b>Total</b>	<b>12 (2,9)</b>	<b>19 (4,5)</b>	<b>110 (26,2)</b>	<b>216 (51,4)</b>	<b>63 (15,0)</b>	<b>420 (100,0)</b>
Masculino							
	60 a 69 anos	6 (9,4)	3 (4,7)	19 (29,7)	31 (48,4)	5 (7,8)	64 (100,0)
	70 a 79 anos	2 (4,7)	3 (7,0)	18 (41,9)	14 (32,6)	6 (14,0)	43 (100,0)
	80 anos ou mais	1 (3,7)	0 (0,0)	5 (18,5)	13 (48,1)	8 (29,6)	27 (100,0)
	<b>Total</b>	<b>9 (6,8)</b>	<b>6 (4,4)</b>	<b>42 (31,3)</b>	<b>58 (43,3)</b>	<b>19 (14,2)</b>	<b>134 (100,0)</b>
Feminino							
	60 a 69 anos	3 (2,1)	8 (5,7)	32 (22,9)	79 (56,4)	18 (12,9)	140 (100,0)
	70 a 79 anos	0 (0,0)	4 (4,3)	20 (21,5)	51 (54,8)	18 (19,4)	93 (100,0)
	80 anos ou mais	0 (0,0)	1 (1,9)	16 (30,2)	28 (52,8)	8 (15,1)	53 (100,0)
	<b>Total</b>	<b>3 (1,1)</b>	<b>13 (4,5)</b>	<b>68 (23,8)</b>	<b>158 (55,2)</b>	<b>44 (15,4)</b>	<b>286 (100,0)</b>

A prevalência e fatores demográficos e socioeconômicos associados à autoavaliação do estado de saúde são apresentados na tabela 2. Os resultados mostram que o sexo associou-

se positivamente com autoavaliação de saúde (OR=1,78; IC95%: 1,16-2,72) e ter cinco a oito anos de estudo associou-se de forma inversa (OR=0,55; IC95%: 0,310-0,990).

**Tabela 2.** Prevalência e fatores demográficos e socioeconômicos associados à autoavaliação do estado de saúde em idosos. Campina Grande-PB, 2009-2010.

Variáveis	Avaliação positiva n (%)	Avaliação negativa n (%)	OR	IC 95%	p-valor
<b>Sexo</b>					
Masculino	57 (42,5)	77 (57,5)	1,00	-	-
Feminino	84 (29,4)	202 (70,6)	1,78	1,16-2,72	0,008
<b>Grupo etário</b>					
60 a 69 anos	71 (34,8)	133 (65,2)	1,00	-	-
70 a 79 anos	47 (34,6)	89 (65,4)	1,01	0,64-1,60	0,963
80 anos ou mais	23 (28,7)	57 (71,3)	1,32	0,75-2,32	0,330
<b>Cor/raça</b>					
Branca	69 (33,3)	138 (66,7)	1,00	-	-
Não branca	72 (33,8)	141 (66,2)	0,98	0,65-1,46	0,919
<b>Estado conjugal</b>					
Solteiro	13 (50,0)	13 (50,0)	1,00	-	-
Casado	82 (34,5)	156 (65,5)	1,90	0,84-4,29	0,121
Viúvo	38 (28,8)	94 (71,2)	2,47	1,05-5,82	0,038
Divorciado	8 (33,3)	16 (66,7)	2,00	0,64-6,29	0,235
<b>Arranjo familiar</b>					
Sozinho	11 (44,0)	14 (56,0)	1,00	-	-
Acompanhado	130 (32,9)	265 (67,1)	1,60	0,70-3,62	0,259
<b>Anos de estudo</b>					
Analfabeto	32 (28,6)	80 (71,4)	1,00	-	-
1 a 4 anos	58 (31,5)	126 (68,5)	0,869	0,52-1,45	0,593
5 a 8 anos	39 (41,9)	54 (58,1)	0,554	0,31-0,99	0,046
9 anos ou mais	12 (38,7)	19 (61,3)	0,633	0,28-1,45	0,281
<b>Nível socioeconômico</b>					
A/B	67 (37,6)	111 (62,4)	1,00	-	-
C	59 (30,7)	133 (69,3)	1,36	0,88-2,09	0,162
D/E	15 (30,0)	35 (70,0)	1,41	0,72-2,77	0,321

OR= *odds ratio* (razão de chances); IC= intervalo de confiança.

A tabela 3 apresenta a prevalência e indicadores de saúde associados à autoavaliação do estado de saúde em idosos. A análise aponta que o número de DCNTs referidas apresentou associação positiva com a autoavaliação negativa

do estado de saúde ( $p < 0,05$ ). A autoavaliação negativa da saúde associou-se positivamente com a dependência leve (OR=3,00; IC95%:1,49-6,02) e moderada (OR=2,88; IC95%:1,54-5,41) (tabela 3).

**Tabela 3.** Prevalência e indicadores de saúde associados à autoavaliação do estado de saúde em idosos. Campina Grande-PB, 2009-2010.

Variáveis	Avaliação positiva n (%)	Avaliação negativa n (%)	OR	IC 95%	p-valor
<b>N° DCNT referidas</b>					
0	37 (55,2)	30 (44,8)	1,00	-	-
1	46 (38,3)	74 (61,7)	1,89	1,04-3,46	0,038
2-3	51 (26,6)	141 (73,4)	3,30	1,86-5,86	<b>&lt;0,0001</b>
4 ou mais	7 (17,5)	33 (82,5)	5,80	2,26-14,89	<b>&lt;0,0001</b>
<b>GD-ABVD</b>					
Independência	111 (40,2)	165 (59,8)	1,00	-	-
Dependência leve	11 (18,3)	49 (81,7)	3,00	1,49-6,02	<b>0,002</b>
Dependência moderada	14 (18,9)	60 (81,1)	2,88	1,54-5,41	<b>0,001</b>
Dependência severa ou total	5 (55,6)	4 (44,4)	0,54	0,14-2,05	0,364

DCNT= doenças crônicas não transmissíveis; GD-ABVD= grau de dependência nas atividades básicas de vida diária; OR= *odds ratio* (razão de chances); IC= intervalo de confiança.

As variáveis incluídas no modelo múltiplo de regressão logística bivariada foram: número de DCNTs, grau de dependência nas ABVDs, sexo, anos de estudo e estado conjugal. A tabela 4 apresenta o modelo final, no qual permaneceram as variáveis: número de DCNT, grau de dependência nas ABVDs e estado conjugal.

Entre os idosos que referiram duas a três DCNTs (OR=2,7; IC95%:1,47-4,96), e entre aqueles que referiram quatro ou mais DCNTs

(OR=4,35; IC95%:1,58-12,01) foi verificada associação positiva com autoavaliação negativa do estado de saúde. Os graus de dependência leve (OR=2,34; IC95%:1,13-4,87) e moderada (OR=2,11; IC95%:1,07-4,17) mantiveram-se positivamente associados com a autoavaliação negativa da saúde. Na análise múltipla foi verificada tendência de associação positiva entre estar casado e autoavaliar a saúde de forma negativa (OR=2,46; IC95%:1,01-6,01) (tabela 4).

**Tabela 4.** Análise múltipla dos fatores associados à autoavaliação do estado de saúde. Campina Grande-PB, 2009-2010.

Variáveis	OR	IC 95%	p-valor
N° DCNT referidas			
0	1,00	-	-
1	1,79	0,95-3,35	0,070
2-3	2,70	1,47-4,96	<b>0,001</b>
4 ou mais	4,35	1,58-12,01	<b>0,004</b>
GD-ABVD			
Independência	1,00	-	-
Dependência leve	2,34	1,13-4,87	<b>0,022</b>
Dependência moderada	2,11	1,07-4,17	<b>0,032</b>
Dependência severa ou total	0,33	0,08-1,36	0,125
Estado conjugal			
Solteiro	1,00	-	-
Casado	2,46	1,01-6,01	<b>0,047</b>
Viúvo	2,16	0,85-5,49	0,107
Divorciado	2,51	0,73-8,64	0,146

DCNT= doenças crônicas não transmissíveis; GD-ABVD= grau de dependência nas atividades básicas de vida diária; OR= *odds ratio* (razão de chances); IC= intervalo de confiança.

## DISCUSSÃO

O presente estudo traz informações sobre a autoavaliação do estado de saúde de idosos. Os resultados da análise múltipla mostram que o número de DCNTs, o grau de dependência e estado civil casado foram independentemente associados à autoavaliação do estado de saúde, ajustados pelo sexo e anos de estudo.

A autoavaliação do estado de saúde tem se mostrado um indicador confiável e com validade equivalente a outras medidas mais complexas para a mensuração do estado de saúde, além de ser de fácil aplicação.<sup>9,11</sup> Diferentes termos têm sido utilizados em estudos para denominar autoavaliação de saúde, como por exemplo, autopercepção de saúde,<sup>9,13,22</sup> condição de saúde autorreferida,<sup>23</sup> estado de saúde autorreferido<sup>24</sup> e estado subjetivo de saúde.<sup>25</sup>

Neste estudo, a maioria dos idosos apresentou autoavaliação do estado de saúde regular, seguida pela avaliação boa. Resultado semelhante foi encontrado em estudo com amostra representativa dos idosos de Porto Alegre-RS, no qual se observou que 43,2% consideraram a saúde regular e 34,0% boa.<sup>26</sup> Entretanto, estudo realizado na Espanha, com idosos residentes em Madri (n=722), mostrou que a maior parte referiu a saúde como boa (41,8%), seguida de regular (36,6%).<sup>5</sup> O fato de idosos residentes em países desenvolvidos relatarem melhor estado de saúde em relação aos idosos residentes em países em desenvolvimento pode estar relacionado às questões socioeconômicas, tendo em vista que esse aspecto tem sido associado em diversos estudos com a autoavaliação,<sup>6,11,13,27</sup> nos quais as condições socioeconômicas mais elevadas estão associadas a melhores avaliações do estado de saúde.

Ao verificar as informações sobre a autoavaliação do estado de saúde por grupo etário, foi observado, neste estudo, que os grupos com idade mais avançada apresentaram maiores proporções de má autoavaliação da saúde. Estudos têm mostrado que os idosos em grupos etários mais elevados referem pior autoavaliação de saúde do que os mais novos.<sup>28,29</sup> Ao comparar adultos e idosos, Siqueira et al.<sup>29</sup> observaram que quase dois terços dos idosos consideraram sua saúde como regular ou ruim, enquanto entre os adultos foi menos da metade. Os resultados de uma pesquisa via telefone, com indivíduos israelenses de 45 a 75 anos, mostraram que a autopercepção de saúde esteve correlacionada negativamente com a idade.<sup>2</sup>

Diferentemente do que foi encontrado neste estudo, resultados de outras pesquisas<sup>4,30</sup> mostraram que os idosos de grupos etários mais velhos (80 anos ou mais) relatavam uma melhor avaliação de saúde, em comparação com os grupos etários mais jovens. De acordo com Pagotto et al.,<sup>30</sup> esse fato é atribuído a um processo de adequação dos idosos ou do reconhecimento da degradação das condições de saúde como natural ao envelhecimento. No idoso, a autoavaliação da saúde edifica-se dentro do contexto ao qual o idoso está inserido, e que abrange alterações físicas e mentais próprias ao processo de envelhecimento, associadas a questões culturais e ambientais.<sup>11</sup> Diante das peculiaridades desse grupo etário de 80 anos ou mais, tornam-se essenciais investigações que busquem explicações para esclarecer o comportamento desse grupo etário em relação à autoavaliação de saúde.

Os resultados da análise bivariada mostraram que entre as variáveis demográficas e socioeconômicas deste estudo, a variável sexo apresentou associação positiva com a autoavaliação do estado de saúde, porém anos de estudos apresentou associação inversa com a variável desfecho.

Parayba & Simões,<sup>31</sup> analisando as desigualdades entre os sexos na saúde dos idosos no Brasil, observaram que as mulheres idosas declararam um estado de saúde pior que os homens, exceto entre os idosos de 80 anos ou mais, apontando uma tendência inversa, em que os homens declararam estado de saúde pior que as mulheres.

As mulheres, uma vez que vivem mais que os homens e experimentam mais anos com doenças e incapacidades, tendem a avaliar mais negativamente a sua saúde, estando esta autoavaliação negativa da saúde mais associada com a qualidade de vida.<sup>32</sup>

Quanto à escolaridade, o estudo, que incluiu idosos participantes da PNAD 1998 e 2003 e da coorte de idosos de Bambuí-MG, verificou que nos três grupos de estudo a escolaridade (quatro a sete anos; oito anos ou mais de estudo) esteve inversamente associada à autoavaliação ruim ou muito ruim da saúde.<sup>15</sup> A escolaridade constitui mediador importante entre a condição socioeconômica e a autoavaliação do estado de saúde.<sup>33</sup> Certamente, isso se deve ao fato de os indivíduos com níveis elevados de renda e escolaridade apresentarem acesso a bens e serviços de saúde que lhes assegurem melhor qualidade de vida e, por conseguinte, melhor estado de saúde.

O número de DCNT e as ABVDs também apresentaram associação positiva com a autoavaliação do estado de saúde na análise bivariada. Variáveis estas que permaneceram no modelo final, juntamente com o estado conjugal.

Estudo de Alves & Rodrigues,<sup>13</sup> assim como a presente pesquisa, verificou associações significativas do número de DCNT e ABVD com a autopercepção. No entanto, além das variáveis utilizadas neste estudo, esses autores incluíram atividades instrumentais de vida diária e uma variável denominada “informante” (referindo-se à pessoa que respondeu à entrevista, podendo ser o idoso ou outro informante), encontrando associação entre todas essas variáveis e a autopercepção de saúde.

Referir DCNT, neste estudo, esteve positivamente associada à autoavaliação negativa do estado de saúde. Esse resultado é similar aos achados de outros estudos.<sup>3,15,16,22,27,32</sup> Estudo realizado com idosos em São Paulo-SP verificou que a presença de quatro ou mais doenças crônicas esteve positivamente associada à autoavaliação negativa da saúde, tanto em homens como em mulheres.<sup>34</sup> Considerando determinadas morbidades, estudo realizado por Pagotto et al.,<sup>30</sup> verificou associação entre percepção ruim de saúde e presença de diabetes *mellitus* e problemas

osteomusculares. Molarius & Janson,<sup>5</sup> avaliando o impacto das doenças crônicas na autoavaliação de saúde em uma amostra representativa da população da Suécia, verificaram que as doenças crônicas podem estar associadas com uma pobre avaliação de saúde entre os idosos.

Essa associação entre a presença de DCNT e autoavaliação negativa da saúde é preocupante, haja vista a elevada prevalência de doenças crônicas em idosos. Estudo realizado por Lima-Costa et al.<sup>1</sup> com idosos no Brasil verificou que 53,3% apresentavam hipertensão arterial, 24,2% artrite ou reumatismo, 17,3% problemas cardíacos e 16,1% diabetes.

Neste estudo, a variável grau de dependência nas ABVDs apresentou associação positiva com a autoavaliação negativa do estado de saúde. Resultados similares foram encontrados em outros estudos realizados no Brasil.<sup>11,13,17</sup> Os resultados de um estudo realizado em São Paulo-SP<sup>13</sup> mostraram que os idosos com dependência nas ABVDs apresentavam 2,7 vezes mais chance de autoavaliar a saúde como ruim em relação ao idoso independente. Estudo seccional realizado com informações da coorte de idosos de Bambuí-MG<sup>11</sup> encontrou associação significativa entre autoavaliação da saúde e incapacidade para realizar ABVD, sendo considerada incapacidade a limitação para realizar uma ou mais das seguintes atividades: tomar banho, vestir-se, transferir-se da cama para uma cadeira, ir ao banheiro ou alimentar-se. Da mesma forma, considerando-se que as ABVDs são componentes da capacidade funcional, outros estudos têm apontado que, para o idoso, sua diminuição está associada com avaliação ruim de saúde.<sup>9,23</sup> Esses achados podem ser atribuídos ao fato de que o envelhecimento acarreta prejuízos ao desempenho motor e, por conseguinte, à realização das ABVDs, exercendo impacto negativo nas condições de saúde dessas pessoas. Com isso a possibilidade de realizar as atividades do cotidiano faz com que o idoso sintam-se com saúde.<sup>7</sup>

O presente estudo apresenta limitações inerentes a estudos transversais, pois, embora tenham sido observadas associações entre autoavaliação do estado de saúde e indicadores de saúde, não é possível estabelecer relação de causalidade. Soma-se a isso, o fato de a variável dependente

ser uma condição percebida, a qual necessita de esclarecimentos mais aprofundados sobre o poder de aspetos biopsicossociais sobre a mesma. Ainda, sobre a variável desfecho, há que se considerar que os estudos utilizam diferentes formas de realizar a pergunta, assim como utilizam diferentes categorias de respostas. Desta forma, observa-se a necessidade de uniformização desses aspectos, facilitando, assim, a comparação entre as pesquisas.<sup>11,35</sup>

Essas limitações, contudo, não comprometem os resultados obtidos, tendo em vista que os procedimentos metodológicos utilizados foram suficientes para que o objetivo do estudo fosse atingido. Além disso, foram analisadas variáveis que abrangem diferentes domínios (demográficos, socioeconômicos e de saúde), contribuindo, assim, para uma avaliação mais abrangente da autoavaliação do estado de saúde e de quais dessas variáveis estariam a ela associadas.

## CONCLUSÃO

Os resultados mostram que a avaliação negativa do estado de saúde esteve associada com o número de doenças crônicas referidas, com o grau de dependência nas atividades básicas de vida diária, assim como apresentou tendência de associação com estado conjugal. Esses resultados sugerem a necessidade de ações voltadas à prevenção e diagnóstico de doenças crônicas, assim como promoção e manutenção da capacidade funcional e prevenção ou tratamento de incapacidades. Sabendo-se que a dependência não é uma situação permanente, mas um processo dinâmico cuja evolução pode ser prevenida ou amenizada, observa-se a importância de se assegurar ambiente e assistência adequados aos idosos.

Diante desses achados, ressalta-se a relevância de se conhecer os fatores associados à autoavaliação de saúde dos idosos para o direcionamento e otimização da atenção aos mesmos, sobretudo na atenção básica cujo foco é a promoção e proteção da saúde. Desta forma, sugere-se a realização de estudos que identifiquem outros fatores determinantes da autoavaliação do estado de saúde, assim como a avaliação desse indicador entre os idosos seja uma atividade de rotina nos serviços de saúde.

## REFERÊNCIAS

1. Lima-Costa MF, Matos DL, Camargos VP, Macinko J. Tendências em dez anos das condições de saúde de idosos brasileiros: evidências da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (1998, 2003, 2008). *Ciê Saú Coletiva* 2011;16(9):3689-96.
2. Baron-Epel O, Kaplan G. General subjective health status or age-related subjective health status: does it make a difference? *Soc Sci Med* 2001;53(9):1373-81.
3. Barros MBA, Zanchetta LM, Moura EC, Malta DC. Auto-avaliação da saúde e fatores associados, Brasil, 2006. *Rev Saú Pública* 2009;43(Supl 2):27-37.
4. Damian J, Ruigomez A, Pastor V, Martin-Moreno JM. Determinants of self assessed health among Spanish older people living at home. *J Epidemiol Community Health* 1999;53(7):412-6.
5. Molarius A, Janson S. Self-rated health, chronic diseases, and symptoms among middle-aged and elderly men and women. *J Clin Epidemiol* 2002;55(4):364-70.
6. Borim FSA, Barros MBA, Neri AL. Autoavaliação da saúde em idosos: pesquisa de base populacional no município de Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad Saú Pública* 2012;28(4):769-80.
7. Ferretti F, Nierotka RP, Silva MR. Concepção de saúde segundo relato de idosos residentes em ambiente urbano. *Interface: comunicação, saúde, educação* 2011;15(37):565-72.
8. French DJ, Browning C, Kendig H, Luszcz MA, Saito Y, Sargent-Cox K, et al. A simple measure with complex determinants: investigation of the correlates of self-rated health in older men and women from three continents. *BMC Public Health* 2012;12:1-12.
9. Silva TR, Menezes PR. Autopercepção de saúde: um estudo com idosos de baixa renda de São Paulo. *Rev Med* 2007;86(1):28-38.
10. Leinonen R, Heikkinen E, Jylhä M. Changes in health, functional performance and activity predict changes in self-rated health: a 10-year follow up study in older people. *Arch Gerontol Geriatr* 2002;35(1):79-92.
11. Lima-Costa MF, Firmo JOA, Uchoa E. A estrutura da auto-avaliação da saúde entre idosos: Projeto Bambuí. *Rev Saú Pública* 2004;38(6):827-34.
12. Silva PA. Determinantes individuais e sociais do estado de saúde subjetivo e de bem-estar da população sênior de Portugal. *Cad Saú Pública* 2014;30(11):1-15.
13. Alves LC, Rodrigues RN. Determinantes da autopercepção de saúde entre idosos do Município de São Paulo, Brasil. *Rev Panam Salud Publica* 2005;17(5/6):333-41.
14. Lima-Costa MF, Firmo JOA, Uchoa E. Differences in self-rated health among older adults according to socioeconomic circumstances: the Bambuí Health and Aging Study. *Cad Saú Pública* 2005;21(3):830-9.
15. Lima-Costa MF, Peixoto SV, Matos DL, Firmo JOA, Uchoa E. A influência de respondente substituto na percepção de saúde de idosos: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (1998, 2003) e na coorte de Bambuí, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saú Pública* 2007;23(8):1893-902.
16. Santiago LM, Novaes CO, Mattos IE. Factors associated with self-rated health among older men in a medium-sized city in Brazil. *J Mens Health* 2010;7(1):55-63.
17. Jardim R, Barreto SM, Giatti L. Self-reporting and secondary informant reporting in health assessments among elderly people. *Rev Saú Pública* 2010;44(6):1120-9.
18. Xavier AJ, D'orsi E, Sigulem D, Ramos LR. Orientação temporal e funções executivas na predição de mortalidade entre idosos: estudo Epidoso. *Rev Saú Pública* 2010;44(1):148-58.
19. Pagotto V, Bachion MM, Silveira EA. Autoavaliação da saúde por idosos brasileiros: revisão sistemática da literatura. *Rev Panam Salud Publica* 2013; 33(4):302-10.
20. Associação Nacional de Empresas de Pesquisa. Critério de Classificação Econômica Brasil. São Paulo: ANEP; 1999.
21. Araújo F, Ribeiro JLP, Oliveira A, Pinto C. Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Rev Port Saú Pública* 2007;25(2):59-66.
22. Nunes APN, Barreto SM, Gonçalves LG. Relações sociais e autopercepção da saúde: projeto envelhecimento e saúde. *Rev Bras Epidemiol* 2012;15(2):415-28.
23. Rocha SV. Condição de saúde auto-referida e autonomia funcional entre idosos do Nordeste do Brasil. *Rev APS* 2010;13(2):170-4.
24. Sousa AI, Silver LD. Perfil sociodemográfico e estado de saúde auto-referido entre idosas de uma localidade de baixa renda. *Esc Anna Nery Rev Enferm* 2008;12(4):706-16.
25. Merquiades JH. A importância do exercício físico para a qualidade de vida dos idosos. *Rev Bras Presc Fisiol Exercício* 2009;3(18):597-614.
26. Hartmann ACVC. Fatores associados a autopercepção de saúde em idosos de Porto Alegre [tese]. Porto Alegre: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Instituto de Geriatria e Gerontologia; 2008.

27. Pagotto V, Bachion MM, Silveira EA. Autoavaliação da saúde por idosos brasileiros: revisão sistemática da literatura. *Rev Panam Salud Publica* 2013;33(4):302-10.
28. Agostinho MR, Oliveira MC, Pinto MEB, Balardin GU, Harzheim E. Autopercepção da saúde entre usuários da Atenção Primária em Porto Alegre, RS. *Rev Bras Med Fam Comunidade* 2010;5(17):9-15.
29. Siqueira FV, Facchin LA, Piccini R, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, et al. Atividade física em adultos e idosos residentes em áreas de abrangência de unidades básicas de saúde de municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil. *Cad Saúde Pública* 2008;24(1):39-54.
30. Pagotto V, Nakatani AYK, Silveira EA. Fatores associados à autoavaliação de saúde ruim em idosos usuários do Sistema Único de Saúde. *Cad Saúde Pública* 2011;27(8):1593-1602.
31. Parahyba MI, Simões CCS. A prevalência de incapacidade funcional em idosos no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva* 2006;11(4):967-74.
32. Idler EL. Discussion: gender differences in self-rated health, in mortality and in the relationship between the two. *Gerontologist* 2003;43(3):372-5.
33. Dachs JNW, Santos APR. Auto-avaliação do estado de saúde no Brasil: análise dos dados da PNAD/2003. *Ciênc Saúde Coletiva* 2006;11(4):887-94.
34. Alves LS, Rodrigues RN. Determinantes da autopercepção de saúde entre idosos do Município de São Paulo, Brasil. *Rev Panam Salud Publica* 2005;17(5/6):333-41.
35. Dachs JNW. Determinantes das desigualdades na auto-avaliação do estado de saúde no Brasil: análise dos dados da PNAD/1998. *Ciênc Saúde Coletiva* 2002;7(4):641-57.

Recebido: 23/10/2014

Revisado: 16/3/2015

Aprovado: 03/6/2015