



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAIBA  
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA  
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA**

**Autopercepção do estado de saúde e fatores associados em  
idosos residentes em Campina Grande-PB**

**Patrícia Leite de Oliveira Belém**

Dissertação apresentada à Universidade Estadual da Paraíba-UEPB, em cumprimento dos requisitos necessários para a obtenção do Título de Mestre em Saúde Pública. Área de Concentração Saúde Pública.

**Orientador(a): Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Tarciana Nobre de Menezes**

**CAMPINA GRANDE**

**2011**

**Patrícia Leite de Oliveira Belém**

**Autopercepção do estado de saúde e fatores associados em  
idosos residentes em Campina Grande-PB**

Dissertação apresentada à Universidade Estadual da Paraíba-UEPB, em cumprimento dos requisitos necessários para a obtenção do Título de Mestre em Saúde Pública. Área de Concentração Saúde Pública.

**Orientador(a): Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Tarciana Nobre de Menezes**

CAMPINA GRANDE

2011

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA CENTRAL – UEPB

B428a Belém, Patrícia Leite de Oliveira.  
Autopercepção do estado de saúde e fatores associados em idosos residentes em Campina Grande-PB [manuscrito] / Patrícia Leite de Oliveira Belém. – 2011.  
65 f.  
  
Digitado  
Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Universidade Estadual da Paraíba, Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa, 2011.  
  
“Orientação: Profa. Dra. Tarciana Nobre de Menezes, Departamento de Enfermagem”.

1. Saúde do idoso. 2. Saúde da família. 3. Atividade física. I. Título.

21. ed. CDD 613.704

# FOLHA DE APROVAÇÃO

Patrícia Leite de Oliveira Belém

## Autopercepção do estado de saúde e fatores associados em idosos residentes em Campina Grande-PB

Orientador(a): Prof.<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup>. Tarciana Nobre de Menezes

Dissertação apresentada à Universidade Estadual da Paraíba – UEPB, em cumprimento dos requisitos necessários para a obtenção do título de Mestre em Saúde Pública, Área de Concentração Saúde Pública.

Aprovada em: 18 de outubro de 2011.

### Banca Examinadora

Tarciana Nobre de Menezes

Prof. (a) Dr.(a): Tarciana Nobre de Menezes

Universidade Estadual da Paraíba

Maria das Graças Melo Fernandes

Prof. (a) Dr.(a): Maria das Graças Melo Fernandes

Universidade Federal da Paraíba

Maria do Carmo Eulálio

Prof. (a) Dr.(a): Maria do Carmo Eulálio

Universidade Estadual da Paraíba

*À minha irmã, Fernanda, por cumprir na minha vida o papel de mãe e amiga. Por permanecer ao meu lado, seja nos momentos alegres, seja nos momentos pela tristeza. Por acreditar sempre na minha capacidade, dando-me força para enfrentar os obstáculos.*

## AGRADECIMENTOS

*Primeiramente*, a Deus “...na verdade, é justo e necessário, é nosso dever e salvação dar-vos graças, sempre e em todo o lugar, senhor, Pai santo, criador do mundo e fonte da vida”.

Aos meus pais biológicos, Francisca (*in memoriam*) e Plácido (*in memoriam*), e meus pais adotivos e mais ainda de coração, Maria Cristina (*in memoriam*) e Francisco (*in memoriam*) pelo amor a mim devotado e pelo exemplo de vida por eles deixado.

Ao meu cunhado e primo, Diogo, por estar presente em minha formação e pela responsabilidade por grande parte de minha criação.

Aos meus sobrinhos, Beatriz e Diego, aos quais faltei muitas vezes com a minha presença (física), em momentos especiais, e dias comemorativos. Que eles nunca se sintam magoados pela minha ausência, e sim orgulhosos pelas minhas conquistas.

Ao meu noivo Klênio, pelo amor, companheirismo, dedicação, paciência e principalmente incentivo nesses últimos meses.

Aos colegas de Mestrado, especialmente Fabiana e Ana Raquel, aos quais, lembrando-me de cada um deles, enxergo o quanto, em algum momento, contribuíram para o meu crescimento profissional, pessoal ou espiritual.

Ao coordenador de campo, Fábio, e com o qual compartilhei momentos inesquecíveis, engraçados e inusitados durante a coleta de dados da pesquisa, juntamente com os colegas que participaram da coleta (Nathalie, Paulo, Carol, Bruna e Gabriel).

Ao meu colega e amigo, Rômulo pela ajuda com a estatística e pelo constante incentivo.

À minha orientadora, Dra. Tarciana, que em todo percurso do mestrado, proporcionou-me oportunidades, orientação e conselhos para meu crescimento científico e por conduzir meus passos no caminho do conhecimento e aperfeiçoamento intelectual.

À banca avaliadora, Dra. Maria das Graças e Dra. Carmita Eulálio, não só por aceitar o convite, mas pela dedicação ao ler o trabalho e contribuição para o aperfeiçoamento do mesmo.

*Por último*, porém não menos significante, aos idosos que participaram da pesquisa, sem os quais não seria possível a realização deste trabalho.

*“Quando as minhas pernas estiverem fracas,  
Eu não puder mais andar,  
Se eu cair, por favor,  
Ajude-me a levantar.  
Quando a minha visão enfraquecer,  
Ajude-me a não desesperar,  
Porque com os olhos da alma  
Tudo vai poder enxergar.  
Quando eu não me lembrar se estou indo  
Ou se estou voltando,  
Pode ter a certeza  
Que é a minha memória está apagando.  
Quando eu for me alimentar,  
E derrubar comida na mesa ou no chão,  
Não se irrite comigo,  
Tenha toda a certeza  
Que não por falta de atenção.  
Quando você perceber que estou triste,  
Procure me compreender e me animar,  
Falando coisas bonitas  
Que possa me alegrar.  
Quando eu estiver me comportando como criança,  
Peço para me livrar dos perigos  
Fazendo-me companhia brincando comigo.  
Se eu ficar doente e estou dando muito trabalho,  
Eu não queria te atrapalhar,  
A você peço desculpa não era o meu desejo  
Lembre se que eu já fui jovem,  
E idoso também você vai ficar.*

*(Zuzu do Cordel)*

## RESUMO

BELÉM, Patrícia Leite de Oliveira. **Autopercepção do estado de saúde e fatores associados em idosos residentes em Campina Grande-PB.** Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, 2011.

**Objetivo.** Avaliar a autopercepção do estado de saúde e fatores associados de idosos cadastrados na Estratégia Saúde da Família de Campina Grande-PB. **Metodologia.** Estudo transversal, de base domiciliar com coleta de dados primários, realizado com idosos (60 anos ou mais) de ambos os sexos. As variáveis estudadas foram: autopercepção da saúde, aspectos demográficos e socioeconômicos, número de doenças crônicas referidas e grau de dependência nas Atividades Básicas de Vida Diária. **Resultados.** Foram avaliados 420 idosos (68,1% mulheres), cuja média etária foi 71,57 anos. Do total de idosos 48,6% tinham idade entre 60 a 69 anos; 58,2% eram não brancos; 56,7% eram casados; 94% moravam acompanhados; 43,8% tinham de 1 a 4 anos de estudo e 46,9% pertencia à classe econômica C. Maior proporção dos idosos (45,8%) referiu duas ou três doenças crônicas, 65,9% era independente e 51,4% apresentou autopercepção de saúde regular. As variáveis sexo, número de doenças crônicas e grau de dependência nas atividades básicas de vida diária estiveram associadas à autopercepção na análise bivariada, e na multivariada, apenas as duas últimas. Os idosos com uma e duas ou mais doenças crônicas apresentaram menor chance de perceber a saúde como má em relação aos que referiram nenhuma. A chance dos idosos com dependência moderada e dependência total/severa apresentarem má percepção de saúde foi 6,52 e 6,41 vezes maior, respectivamente, em relação aos independentes. **Conclusões.** A autopercepção do estado de saúde dos idosos estudados está associada ao número de doenças crônicas e ao grau de dependência nas atividades básicas de vida diária. Os resultados deste estudo sugerem a necessidade de ações de prevenção e diagnóstico de doenças crônicas, de promoção e manutenção da capacidade funcional, assim como de prevenção ou tratamento de incapacidades.

**Descritores.** Idoso, autopercepção da saúde, doenças crônicas não transmissíveis, atividades básicas de vida diária.



## ABSTRACT

BELÉM, Patrícia Leite de Oliveira. **Self-perception of health status and associated factors among elderly residents in Campina Grande-PB.** Dissertation (Master of Public Health) - State University of Paraíba, Campina Grande, 2011.

**Objective:** To assess the self-perception of health status of elderly registered in the Family Health Strategy of Campina Grande-PB and associated factors. Material and method Cross-sectional household with primary data collection, carried out with elderly (60 years or more) of both sexes. The variables studied were: self-perception of health, demographic and socioeconomic factors, number of chronic diseases such and degree of dependence in Basic Activities of Daily Living (BADL). We evaluated 420 elderly (68.1% women) whose average age was 71.57 years. Of the total 48.6% were aged between 60 and 69 years, 58.2% were nonwhite, 56.7% were married, 94% lived together, 43.8% had 1-4 years of study and 46,9% belonged to class C. Higher proportion of elderly (45.8%) reported two or three chronic diseases was 65.9% and 51.4% had independent self-perceived health regularly. The variables sex, number of chronic diseases and BADL were associated with self-perception in the bivariate analysis and multivariate analysis, only number of chronic diseases and BADL. **Results:** The elderly with one or two or more chronic diseases were less likely to perceive health as poor than those who reported none. The chance of the elderly with moderate dependence and total dependence / severe presenting poor perception of health was 6.52 and 6.41 times higher, respectively, compared to independents. **Conclusions:** Self-perceived health status of the aged is associated with a number of chronic diseases and BADL. The results of this study suggest the need for prevention and diagnosis of chronic diseases, promotion and maintenance of functional capacity, as well as prevention or treatment of disabilities.

**KEYWORDS:** Aging, self-perceived health, chronic diseases, basic activities of daily living.

# ÍNDICE

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	<b>11</b>
1.1 CONSIDERAÇÕES SOBRE O ENVELHECIMENTO	11
1.2 AUTOPERCEPÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE	13
1.3 AUTOPERCEPÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE E FATORES ASSOCIADOS	15
<b>2 OBJETIVOS</b>	<b>22</b>
2.1 OBJETIVO GERAL	22
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	22
<b>3 MATERIAIS E MÉTODOS</b>	<b>23</b>
3.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO	23
3.2 AMOSTRA	23
3.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	23
3.4 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	24
3.5 COLETA DE DADOS	24
3.6 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS	26
3.7 ASPECTOS ÉTICOS	26
<b>4 RESULTADOS</b>	<b>28</b>
4.1 DESCRIÇÃO DAS VARIÁVEIS DEMOGRÁFICAS E SOCIOECONÔMICAS	28
4.2 DOENÇAS CRÔNICAS REFERIDAS	29
4.3 GRAU DE DEPENDÊNCIA NAS ABVD	30
4.4 AUTOPERCEPÇÃO DA SAÚDE	32
4.5 AUTOPERCEPÇÃO DA SAÚDE E FATORES ASSOCIADOS	33
<b>5 DISCUSSÃO</b>	<b>36</b>
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>46</b>
<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>47</b>
<b>ANEXO</b>	
<b>APÊNDICES</b>	

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1.</b> Distribuição dos idosos estudados, segundo variáveis demográficas, socioeconômicas e sexo. Campina Grande, PB. 2009/2010.	29
<b>Tabela 2.</b> Distribuição dos idosos estudados, segundo número de doenças crônicas referidas, sexo e grupo etário. Campina Grande, PB. 2009/2010.	30
<b>Tabela 3.</b> Distribuição dos idosos estudados, segundo grau de dependência nas Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD), sexo e grupo etário. Campina Grande, PB. 2009/2010	31
<b>Tabela 4.</b> Distribuição dos idosos estudados, segundo autopercepção da saúde, sexo e grupo etário. Campina Grande, PB. 2009/2010	32
<b>Tabela 5.</b> Análise bivariada dos fatores associados à autopercepção de saúde, segundo as variáveis demográficas e socioeconômicas. Campina Grande, PB. 2009/2010.	33
<b>Tabela 6.</b> Análise bivariada dos fatores associados à autopercepção de saúde, segundo o número de doenças crônicas e grau de dependência nas ABVD. Campina Grande, PB. 2009/2010.	34
<b>Tabela 7.</b> Análise multivariada dos fatores associados à autopercepção de saúde. Campina Grande, PB. 2009/2010.	35

## LISTA DE SIGLAS

<b>ABVD</b>	Atividades Básicas de Vida Diária
<b>AIVD</b>	Atividades Instrumentais de Vida Diária
<b>CF</b>	Capacidade funcional
<b>DCNT</b>	Doença Crônica Não Transmissível
<b>ESF</b>	Estratégia Saúde da Família
<b>IB</b>	Índice de Barthel
<b>IBGE</b>	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
<b>PNSPI</b>	Política Nacional de Saúde da Pessoa idosa
<b>PNAISH</b>	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem
<b>OMS</b>	Organização Mundial de Saúde

# 1 INTRODUÇÃO

## 1.1 CONSIDERAÇÕES SOBRE O ENVELHECIMENTO

O crescimento da população idosa tem sido tema constante de debate entre pesquisadores, gestores sociais e políticos de várias nações do mundo<sup>1,2</sup>. Apesar de o envelhecimento populacional ser um fenômeno de abrangência mundial, assume características distintas entre os países. Enquanto nos desenvolvidos vem ocorrendo gradativamente há algum tempo, em países subdesenvolvidos ou em desenvolvimento, entre eles o Brasil, é mais recente, acontecendo radicalmente e de modo acelerado<sup>1,3,4,5</sup>.

O envelhecimento populacional não se refere a indivíduos ou a gerações, mas à estrutura etária da população, com maior crescimento da faixa etária composta pelas pessoas idosas<sup>1,3</sup>. Esse processo é resultado da queda da taxa de natalidade e fecundidade, diminuição na taxa de mortalidade e aumento da expectativa de vida<sup>3,6,7,8</sup>.

O número de idosos brasileiros passou de 3 milhões, em 1960, para 20 milhões em 2008, representando um aumento de quase 700% em menos de 50 anos<sup>4</sup>. Em relação à expectativa de vida ao nascer do brasileiro, que no ano 2000 era de 63 anos para os homens e 65 para mulheres<sup>4</sup>, em 2009 chegava a 69,4 anos e 77 anos, respectivamente<sup>9</sup>. Resultados do Censo 2010, realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) mostraram que na região Nordeste, 10,28% da população era constituída por pessoas com 60 anos ou mais e na Paraíba, essa proporção era de 11,98%<sup>9</sup>.

Nas discussões sobre o envelhecimento, a idade cronológica tem sido o critério utilizado para considerar a pessoa idosa<sup>10</sup>. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS)<sup>11</sup>, nos países desenvolvidos é considerado idoso aquele indivíduo com 65 anos ou mais; enquanto que nos países em desenvolvimento aqueles com 60 anos ou mais. No Brasil, o Estatuto do Idoso define como pessoa idosa aquela com idade igual ou superior a 60 anos<sup>12</sup>. Vale ressaltar que a forma como cada um envelhece depende de suas características genéticas, do estado de saúde, do ambiente, das atividades desenvolvidas, das condições materiais e financeiras, do estilo de vida e da espiritualidade<sup>13</sup>. Deste modo, é fundamental considerar as

idades biológica, social e psicológica, que não coincidem, necessariamente, com a idade cronológica<sup>10</sup>.

Sabe-se que desde a concepção até a morte o organismo humano passa por diversas fases: desenvolvimento, puberdade, maturidade ou estabilização e envelhecimento. O envelhecimento, assim como as demais fases, é marcado por uma série de mudanças que vão desde as moleculares até as morfofisiológicas. No início da segunda década da vida surgem, de forma pouco perceptível, as primeiras mudanças atribuídas ao envelhecimento, porém as primeiras alterações funcionais e/ou estruturais aparecem no final da terceira década<sup>14</sup>.

O envelhecimento é considerado, portanto, um processo natural, dinâmico e progressivo, que leva à perda progressiva da capacidade de adaptação ao ambiente em que se vive e à maior incidência de doenças<sup>8</sup>. No entanto, o envelhecimento não deve ser sinônimo de doença, apesar da associação existente, tendo em vista que em qualquer fase da vida o ser humano é suscetível aos mais diversos tipos de doenças. Com o aumento da idade, o sistema imunológico humano diminui a capacidade de defender o organismo e, portanto, o indivíduo fica mais vulnerável às doenças, mas não necessariamente adoece<sup>15</sup>.

Dessa forma, surgem alterações no perfil de morbidade e mortalidade da população brasileira, uma vez que a ampliação da expectativa de vida vem levando grande parte da população a alcançar a velhice. Se outrora o foco de preocupação eram as doenças infectocontagiosas, atualmente há uma necessidade de maior atenção para as doenças crônicas não transmissíveis<sup>16,17</sup>.

Vale ressaltar que boa parte do Brasil ainda não dispõe de infra-estrutura e serviços de saúde que supram as demandas decorrentes das transformações demográficas vigentes, destacando-se a falta de acessibilidade às unidades de saúde, bem como carência de recursos humanos especializados<sup>8</sup>. O crescimento do número de pessoas idosas, certamente deverá refletir em uma mudança de estratégia em diversos setores do governo, principalmente no setor de saúde. Torna-se necessária uma reformulação, tanto em termos de gestão econômica ligada à saúde quanto em especialização e formação de profissionais capacitados a atender essa população, além de produção de conhecimento científico que agregue uma melhor compreensão aos conhecimentos já estabelecidos<sup>18</sup>.

## 1.2 AUTOPERCEPÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE

A avaliação da saúde incorpora diferentes domínios de estudo. Destacam-se entre esses domínios aqueles que avaliam a saúde por meio de exames laboratoriais e funcionais (saúde testada), a avaliação clínica feita por profissionais de saúde (saúde observada) e por fim, a baseada nos conhecimentos e crenças pessoais (saúde percebida)<sup>19</sup>. A autopercepção de saúde está relacionada a este último domínio e constitui um indicador válido e importante para avaliar as condições de saúde de um único indivíduo ou de uma população no seu aspecto geral<sup>20</sup>.

A autopercepção de saúde tem sido explorada mundialmente em diversos estudos<sup>20,21,22,23,24,25,26</sup>. Os autores que trabalham com essa temática utilizam diferentes termos para denominar autopercepção de saúde, como por exemplo, auto-avaliação de saúde<sup>27</sup>, condição de saúde autorreferida<sup>28</sup>, estado de saúde autorreferido<sup>29</sup> e estado subjetivo de saúde<sup>30</sup>. Entretanto, baseia-se no simples questionamento ao indivíduo: “Como o(a) senhor(a) considera a sua saúde?”, tratando-se, em suma, de um método de fácil aplicabilidade, viável e de baixo custo<sup>31</sup>.

Os estudos que avaliam a saúde por meio da autopercepção do indivíduo refletem condições objetivas de saúde em diferentes grupos populacionais, principalmente quanto à qualidade de vida e capacidade funcional<sup>32</sup>. A autopercepção indica o real estado da saúde, através de uma visão integrada do indivíduo, incluindo as dimensões biológica, psicológica e social<sup>27,33</sup>. Essa forma global de avaliar a saúde é uma das mais importantes características da autopercepção, uma vez que se aproxima do atual conceito de saúde proposto pela OMS, que a define como o “estado de completo bem-estar físico, mental e social e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade”<sup>34,35</sup>.

Além disso, a autopercepção de saúde tem sido estudada devido à sua forte associação com a mortalidade, independente de doenças crônicas referidas e fatores socioeconômicos<sup>31</sup>. Na Rússia, estudo longitudinal realizado com amostra da população geral de indivíduos maiores que 18 anos, verificou que a saúde auto-avaliada como ruim foi significativamente associada com a mortalidade<sup>36</sup>. Outro estudo, baseado num levantamento nacional de base comunitária em americanos de 70 anos ou mais de idade, também mostrou associação significativa entre autopercepção e mortalidade<sup>37</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 autopercepção e mortalidade, cujos idosos com autopercepção de saúde boa, má ou péssima apresentaram maior risco para óbito quando comparados aos que consideraram a saúde excelente<sup>38</sup>.

Embora o mecanismo dessa associação permaneça sem uma explicação, são levantadas algumas hipóteses, como a suposição de que a autopercepção negativa da saúde possa estar vinculada a uma menor participação nas práticas preventivas de saúde, com pouca adesão às recomendações médicas, configurando um aspecto comportamental dessa associação. Sugere-se, ainda, a hipótese de que a má autopercepção de saúde possa estar associada à uma modulação negativa que o sistema nervoso pode exercer sobre o sistema imunológico, gerando suscetibilidade à doenças futuras<sup>39</sup>.

Embora a autopercepção tenha sido considerado um indicador do estado de saúde válido em diferentes grupos populacionais<sup>40</sup> a utilização do mesmo é mais frequente nos estudos com populações idosas, uma vez que a autopercepção de saúde mantém-se constante durante a vida adulta e decresce aceleradamente na fase idosa<sup>31</sup>.

A situação de saúde da população idosa pode ser avaliada por indicadores como perfis de morbidade, mortalidade, presença de déficits físicos e cognitivos e utilização de serviços de saúde, porém, nos estudos relativos à saúde, a autopercepção vem sendo amplamente utilizado como instrumento de avaliação da condição de saúde<sup>41</sup>. A autopercepção da saúde é considerada um preditor relevante de bem-estar, útil para avaliar suas necessidades de saúde, pois ultrapassa a simples ausência de incapacidade ou de doença, consistindo em integralidade, funcionamento pleno do organismo, além do devido ajustamento social<sup>42</sup>.

Estudo representativo da população de idosos de Taiwan mostrou que a maior parte considerava a saúde regular (38,2%)<sup>43</sup>. No Brasil, em Bambuí-MG, estudo epidemiológico realizado em uma amostra da população idosa, verificou que 49,2% considerou a saúde razoável, enquanto que 24,7% referiu percepção da saúde boa/muito boa<sup>27</sup>. Lebrão e Laurenti<sup>44</sup>, em estudo no município de São Paulo, constataram que 53,8% dos idosos consideravam a sua saúde regular/ruim e que 46,2% a consideravam excelente, muito boa/boa. Na região Nordeste, na avaliação da autopercepção do estado de saúde de idosos no município de Itabuna-BA, as categorias regular/ruim e bom/muito bom apresentaram proporções próximas (49% e 51%, respectivamente)<sup>28</sup>.



Nesse contexto, estudos que analisam os fatores determinantes da autopercepção de saúde se tornam importantes, sobretudo, diante da associação da mesma com a mortalidade. Intervenções nesses fatores significam modificar a autopercepção de saúde e, conseqüentemente, reduzir a mortalidade<sup>31</sup>.

### 1.3 AUTOPERCEPÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE E FATORES ASSOCIADOS

O conhecimento dos fatores que influenciam na satisfação com a saúde entre idosos constitui um instrumento importante para o planejamento de políticas sociais voltadas a essa faixa etária<sup>42</sup>. Os fatores que vêm mostrando interferência na autopercepção de saúde são, essencialmente, demográficos, socioeconômicos, presença de doenças crônicas não transmissíveis e capacidade funcional<sup>18</sup>.

#### 1.3.1 Aspectos demográficos e socioeconômicos

As condições de saúde dos idosos vêm sendo associadas a fatores demográficos e sócio-econômicos<sup>45,46,47</sup>, os quais têm sido comumente estudados em relação à autopercepção da saúde, uma vez que influenciando na saúde, conseqüentemente, influenciarão na percepção que as pessoas têm da mesma<sup>14,25</sup>. Além disso, o estudo desses fatores é capaz de fornecer informações relevantes para o desenvolvimento de programas que visam à promoção de um envelhecimento ativo e saudável<sup>45</sup>.

O sexo tem sido uma variável demográfica bastante utilizada em estudos que avaliam os fatores associados à autopercepção de saúde<sup>27,21, 23,24</sup>. Em relação a esse fator, dados do IBGE<sup>49</sup> mostram que no Brasil há quase 4 milhões de mulheres a mais que homens, porém, não significa que nascem mais mulheres que homens. Para cada 105 crianças que nascem do sexo masculino, nascem 100 do sexo feminino, no entanto, o número de mortes de homens é maior que o de mulheres<sup>49</sup>. Fato decorrente das diferenças na exposição aos riscos ocupacionais, maiores taxas de mortalidade por causas externas entre os homens, diferenças

no consumo de tabaco e álcool e diferenças de atitudes em relação às doenças, uma vez que as mulheres utilizam os serviços de saúde com maior frequência<sup>50</sup>. Estudos confirmam que diferenças entre os sexos na percepção de saúde são importantes determinantes do comportamento em relação à procura por atendimento de saúde<sup>51,52</sup>.

Nesse contexto, a autopercepção da saúde pode apresentar maior sensibilidade para homens idosos. As mulheres por viverem mais do que os homens e experimentarem mais anos com doenças e incapacidades, tendem a avaliar mais negativamente a sua saúde, estando esta autopercepção negativa da saúde mais associada com a qualidade de vida<sup>39</sup>.

Damian et al.<sup>53</sup> estudando a população idosa de Madrid (Espanha) encontraram que as mulheres apresentavam pior percepção de saúde que os homens. Pesquisa com idosos da Tailândia, também encontrou pior autopercepção do estado de saúde entre as mulheres que entre os homens<sup>54</sup>. Analisando os dados da Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílio (PNAD) dos anos 1998 e 2003, Parayba<sup>55</sup> encontrou que, entre os idosos brasileiros, as mulheres declararam estado de saúde pior que os homens, exceto entre os idosos de 80 anos ou mais, em que a tendência se inverte, passando os homens a declararem um estado de saúde pior que aquele declarado pelas mulheres. Alves e Rodrigues<sup>18</sup> utilizando os dados oriundos do projeto Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento (SABE) na América Latina e Caribe, que no Brasil analisou uma amostra representativa dos idosos do município de São Paulo, verificaram que a chance de as mulheres idosas declararem saúde ruim foi 22% maior em comparação aos homens idosos.

A idade é outro fator fundamental da saúde na velhice, pois os problemas de saúde tendem a aumentar e a se agravar com o avançar da idade<sup>54</sup>. Até os 50 anos de idade, a autopercepção de saúde do indivíduo permanece relativamente constante e a partir desse período, quanto maior a idade pior é a avaliação da própria saúde<sup>55</sup>.

Os resultados do estudo de Baron-Epel e Kaplan<sup>41</sup>, com indivíduos israelenses de 45 a 75 anos, mostraram que a autopercepção de saúde esteve correlacionada negativamente com a idade. Estudo realizado na Espanha com 677 indivíduos com 65 anos ou mais, mostrou que a proporção de idosos com autopercepção do estado de saúde ruim tende a diminuir com o avançar da idade, no entanto, os idosos de 85 anos ou mais avaliaram a sua saúde melhor do que os idosos de 65 a 74 anos<sup>53</sup>. Por outro lado, em estudo desenvolvido por Silva e Menezes<sup>31</sup>, com uma amostra representativa dos idosos residentes em três distritos de baixa

renda do município de São Paulo, não foi encontrada associação entre idade e autopercepção de saúde.

Os perfis socioeconômicos como escolaridade e renda, juntamente com questões culturais, contribuem para o aparecimento de doenças, considerando que esses fatores podem dificultar a compreensão das pessoas sobre a necessidade de cuidado com a saúde ao longo da vida, adesão ao tratamento e a manutenção de um estilo de vida saudável, atitudes imprescindíveis para limitação dos fatores de risco<sup>56</sup>. Vale ressaltar que em 2007, 34,3% dos idosos brasileiros viviam com uma renda mensal familiar per capita de até um salário mínimo, e desses, 12,4% viviam apenas com meio salário mínimo ou menos, o que os caracterizava como absolutamente pobres<sup>57</sup>. Lima-Costa et. al<sup>58</sup>, estudando uma amostra representativa da população brasileira, encontraram que os idosos com renda mais baixa apresentavam pior percepção da saúde.

Outros estudos têm mostrado que as condições econômicas são significativamente relacionadas com a autopercepção de saúde<sup>23,29,42</sup>. Na Tailândia, os resultados de um estudo mostraram que tanto a educação como a renda eram fortes indicadores da autopercepção de saúde entre os idosos, atribuindo menores níveis de educação e renda ao aumento na probabilidade dessas pessoas perceberem sua saúde como menos favorável<sup>54</sup>. Lima-Costa e et al.<sup>27</sup> encontraram em estudo de coorte realizado em Bambuí-MG, uma associação independente entre auto-avaliação da saúde e a renda familiar. Os autores sugerem que essa influência pode ocorrer mesmo entre idosos com diferenças de renda relativamente pequenas.

### **1.3.2 Doenças crônicas não transmissíveis**

Os indivíduos idosos são acometidos por alterações influenciadas pelo envelhecimento, que afetam todos os órgãos e sistemas<sup>59</sup>. A ampliação da expectativa de vida da população acarreta o crescimento no número de idosos que apresentam alguma doença crônica não transmissível (DCNT)<sup>60</sup>, as quais são responsáveis por quase 60% das mortes em todo o mundo<sup>61</sup>.

O grupo das DCNT compreende basicamente as doenças cardiovasculares, diabetes mellitus, câncer e doenças respiratórias crônicas<sup>62</sup>. As DCNT são aquelas que se instalam permanentemente, podendo provocar incapacidades, gerando necessidade de readaptação com adoção de hábitos de vida diferenciados, tratamento e cuidados por um longo período<sup>63</sup>. Em geral, são doenças passíveis de controle, o qual depende do entendimento e aceitação do indivíduo a um novo estilo de vida, medidas que devem ser tomadas diante do diagnóstico de uma doença crônica<sup>63</sup>.

Estudo realizado em 41 municípios brasileiros, sendo 21 na região Sul e vinte na região Nordeste, com 4003 indivíduos com 65 anos ou mais de idade, verificou que 72% eram portadores de pelo menos uma DCNT, destes 48% residiam na região Sul e 52% na região Nordeste<sup>64</sup>. Barreto e Figueiredo<sup>65</sup>, utilizando dados da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL), realizado em 27 capitais brasileiras em 2006, encontraram que o relato de duas ou mais DCNT em idosos com idade  $\geq 70$  anos foi aproximadamente 22 vezes mais frequente entre os homens e 62 vezes entre as mulheres quando comparados a indivíduos na faixa etária de 30 a 39 anos.

Outro estudo com um grupo de 117 idosos frequentadores dos Centros de Referência e Cidadania em João Pessoa, PB verificou que entre as doenças crônicas mais prevalentes estavam primeiramente a hipertensão arterial sistêmica, seguida pelas dislipidemias, diabetes mellitus e doenças cardíacas<sup>66</sup>.

Pesquisas que estudam as DCNT, frequentemente, têm utilizado como forma de obter informação, o relato da presença das mesmas<sup>65,66,67,68</sup>. Os achados resultantes do relato de DCNT aproximam-se da prevalência real de doenças, além de medir a compreensão e aceitação pelo respondente, oferecendo ainda, como vantagem, a rapidez na obtenção da informação e o baixo custo, viabilizando a sua adoção em grandes populações<sup>69</sup>.

Vale ressaltar, que as informações autorreferidas estão sujeitas a vieses, uma vez que dependem do conhecimento da existência da doença ou informação de interesse pelo indivíduo, da capacidade de recordá-la e do desejo de informar. Além disso, a doença pode ainda não ter sido diagnosticada, ocorrendo subestimação do evento na população<sup>58</sup>. Em decorrência dessas limitações, estudos de base populacional têm sido conduzidos em diferentes países para determinar a validade do diagnóstico autorreferido<sup>69</sup>.

Ferraro e Su<sup>70</sup> investigaram, em um período de dez anos, qual das duas fontes de informação, exames clínicos ou autorreferência de DNCT, eram mais úteis para fins prognósticos, concluindo que ambas as medidas são preditoras de incapacidade. No entanto, as associações mais fortes foram observadas para a morbidade autorreferida, principalmente para doenças crônicas não severas.

Os estudos têm indicado que a autopercepção de saúde é altamente correlacionada à DCNT<sup>20,39,68</sup>. Pesquisa realizada por Molarius e Janson<sup>71</sup>, com uma amostra representativa da população idosa da Suécia, verificou que as doenças crônicas estavam fortemente relacionadas com uma percepção negativa de saúde entre os idosos. Alves e Rodrigues<sup>18</sup>, em estudo realizado em São Paulo, verificaram que a presença de doenças crônicas associada ao sexo do idoso foi o determinante mais fortemente relacionado à autopercepção de saúde. Para os homens, a presença de quatro ou mais doenças crônicas implicou em risco 10,53 vezes maior de percepção ruim da própria saúde. Entre as mulheres, esse risco foi 8,31 vezes maior.

### **1.3.3 Capacidade Funcional**

A saúde é considerada determinante essencial da manutenção da independência e autonomia das pessoas. Uma condição de saúde ruim pode influenciar a perda da independência, que se refere à capacidade do indivíduo em realizar algo por seus próprios meios<sup>27,33</sup>. Essa capacidade para realização das atividades cotidianas é conhecida como capacidade funcional (CF), a qual é considerada um importante indicador da saúde do idoso<sup>72</sup>.

O conceito de CF é bastante complexo, abrangendo outros como os de deficiência, incapacidade, desvantagem, bem como os de autonomia e independência<sup>73</sup>. Além disso, a CF é considerada como a capacidade de manter as habilidades físicas e mentais necessárias para uma vida independente e autônoma. Sendo assim, o idoso que mantém sua autodeterminação e prescinde de qualquer ajuda ou supervisão para realizar suas necessidades básicas, deve ser considerado um idoso saudável, ainda que seja portador de uma ou mais doenças crônicas<sup>07</sup>.

De acordo com Papaléo Netto<sup>74</sup>, a CF do indivíduo começa a declinar, de forma lenta, a partir dos 30 anos, em função do processo natural e fisiológico do envelhecimento, da

influência da constituição genética, dos hábitos de vida, do meio ambiente, do contexto sócioeconômico e cultural e dos incidentes patológicos críticos que acometem o indivíduo. Dessa forma, as alterações do envelhecimento causam declínio da CF que se torna mais acentuado a partir dos 75 anos, ocasionando importantes limitações funcionais ao idoso<sup>75</sup>.

Avaliar a CF é uma tentativa sistematizada de medir, de forma objetiva, os níveis nos quais uma pessoa é capaz de desempenhar determinadas tarefas da vida cotidiana. De modo geral, representa uma maneira de medir se uma pessoa é ou não capaz de, independentemente, desempenhar as atividades necessárias para cuidar de si mesma e de seu entorno e, caso não seja, verificar se essa necessidade de ajuda é parcial (em maior ou menor grau) ou total<sup>76</sup>.

O surgimento do termo avaliação funcional, ocorreu nos anos 60 do século passado, mas sua importância só foi reconhecida pelos gerontólogos nos anos 70, quando estudos passaram a comprovar a validade clínica dos instrumentos de avaliação. A criação desses instrumentos para avaliação de desempenho funcional considerou as atividades cotidianas de um indivíduo, sendo a maior parte deles genéricos, ou seja, não são direcionados a uma população específica e de forma geral, avaliam o que o indivíduo é capaz de fazer<sup>77</sup>.

A avaliação da CF consiste na mensuração do grau de desempenho do indivíduo na realização das Atividades de Vida Diária (AVD), as quais são divididas em Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD) e Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD). As AIVD referem-se à capacidade de desempenhar as tarefas necessárias para a vida independente na comunidade como fazer compras, telefonar, viajar sozinho. Por sua vez, as ABVD consistem na realização das tarefas menos complexas, no entanto, fundamentais para o autocuidado e para a própria subsistência, tendo-se como exemplo alimentar-se, tomar banho, vestir-se, controlar as funções fisiológicas e caminhar, as quais refletem um grau mínimo de independência<sup>60,78</sup>.

Alguns instrumentos são utilizados para a avaliação da CF, como por exemplo, o Índice de Independência nas Atividades de Vida Diária proposto por Sidney Katz, conhecido como Índice de Katz, que avalia as ABVD<sup>76</sup>; a Medida da Independência Funcional (MIF), instrumento que quantifica a necessidade de ajuda para que o sujeito realize dezoito diferentes tarefas, sendo elas ABVD e AIVD<sup>79</sup>; e a escala proposta por Rikli e Jones que avalia doze tipos de atividades, sendo elas AIVD e ABVD<sup>80</sup>. Além desses, há o Índice de Barthel (IB), o qual vem sendo amplamente utilizado em estudos, especialmente com idosos, objetivando quantificar e monitorizar a (in)dependência para a realização das ABVD<sup>81,82,83,84</sup>. O IB

consiste em um instrumento que avalia o nível de independência do sujeito para a realização de dez atividades como: comer, higiene pessoal, uso dos sanitários, tomar banho, vestir e despir, controle de esfíncteres, deambular, transferência da cadeira para a cama, subir e descer escadas<sup>85</sup>.

A capacidade de a pessoa manter um desempenho adequado da sua atividade social, do estado emocional e intelectual é um fator importante para a manutenção de uma boa saúde, tanto física como psicológica, estando intimamente relacionada com a percepção que se tem da própria saúde<sup>86</sup>. Deste modo, a CF é considerada um forte determinante da percepção de saúde do idoso, pois à medida que o grau de dependência aumenta maior é a chance de o idoso autoperceber a sua saúde como ruim<sup>87</sup>.

Estudos têm encontrado relação entre a autopercepção de saúde e outras medidas de condição de saúde, entre elas, a CF<sup>18,42,88</sup>. Buscando investigar os fatores relacionados à autopercepção de saúde e à mortalidade entre idosos, Chiyoe et al.<sup>19</sup>, em Matsukawa-Japão, observaram que a CF estava associada a ambas, sendo um dos principais determinantes da autopercepção. Em Botucatu-SP um estudo encontrou como fator mais importante, relacionado à satisfação com a saúde entre idosos, ‘estar satisfeito’ com as atividades de vida diária, mostrando que a autonomia para a execução dessas atividades reflete o que mais se aproxima do que os entrevistados consideram saúde<sup>42</sup>.

A manutenção e a preservação da capacidade para desempenhar as ABVD são aspectos básicos para prolongar a independência pelo maior tempo possível e, com isso, o idoso manter a sua capacidade funcional<sup>89</sup>. O comprometimento das ABVD tem implicações importantes para a família, a comunidade, o sistema de saúde e para a vida do próprio idoso, uma vez que a incapacidade ocasiona maior vulnerabilidade e dependência na velhice<sup>60</sup>. Dessa forma, através da mensuração da capacidade em graus de dependência pode-se avaliar as reais necessidades da pessoa idosa<sup>90</sup>.

Diante do crescimento do número de idosos e das características particulares desse grupo etário em relação aos demais, torna-se importante o conhecimento das condições de vida dessas pessoas para o efetivo atendimento às suas necessidades sociais, econômicas, sanitárias e afetivas<sup>44</sup>. No âmbito da saúde, conhecer a autopercepção da mesma e os fatores a ela associados agrega subsídios para nortear decisões e definir prioridades de intervenções, principalmente perante os fatores modificáveis, podendo os estudos científicos, como este, contribuir na obtenção de informações e identificação dos fatores que interferem na saúde.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

Avaliar a autopercepção do estado de saúde e fatores associados de idosos cadastrados na Estratégia Saúde da Família (ESF) de Campina Grande-PB.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Descrever as características socioeconômicas e demográficas dos idosos.
- Avaliar a autopercepção do estado de saúde dos idosos.
- Verificar o número de doenças crônicas referidas pelos idosos.
- Avaliar o grau de dependência nas atividades básicas de vida diária dos idosos.
- Verificar associação entre autopercepção e características socioeconômicas, demográficas, número de doenças crônicas referidas e grau de dependência nas atividades básicas de vida diária.



### 3 MATERIAL E MÉTODOS

#### 3.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

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 bio-psico-sociais. O estudo caracteriza-se por ser de base domiciliar, do tipo transversal, com coleta de dados primários.

#### 3.2 AMOSTRA

Segundo informações da Secretaria de Saúde em 2008, existiam, no município de Campina Grande, 23.416 idosos cadastrados nas 63 Unidades de Saúde da Família, distribuídos nos seis Distritos Sanitários da cidade (Centro, Bela Vista, Palmeira, Catolé, Liberdade e Malvinas). A amostra foi calculada estimando-se uma prevalência dos desfechos de, no mínimo 25%. O cálculo do tamanho amostral foi realizado a partir da seguinte equação:  $\{[E^2 \times p(1-p)] \times c\} / A^2$ . 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.

Para a seleção dos idosos foi sorteada, em cada distrito sanitário, uma Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF). Em cada unidade foi realizado o levantamento dos idosos cadastrados e posteriormente feito o sorteio dos mesmos.

#### 3.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

- Idade igual ou superior a 60 anos.

- Ambos os sexos.
- Ter sido sorteado para compor a amostra.

### 3.4 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

- Idoso que apresentasse debilidade clínica grave, sem possibilidades terapêuticas.
- Ausência de informante adequado, caso houvesse necessidade.
- Idoso que estivesse ausente de Campina Grande por mais tempo que a pesquisa de campo naquela área de abrangência da UBSF selecionada.

### 3.5 COLETA DOS DADOS

A coleta dos dados foi realizada por três duplas de entrevistadores, devidamente treinados. Os dados coletados foram anotados em formulário específico (Apêndice A). A pesquisa maior, da qual este estudo faz parte, foi realizada em dois momentos. No primeiro, realizado no domicílio do idoso, obtiveram-se informações demográficas, sócio-econômicas, situação de saúde, condição funcional, psico-cognitiva, estado nutricional, utilização de medicamentos, hábitos de vida, redes de apoio social e grau de satisfação acerca dos serviços oferecidos pela ESF. No segundo momento, previamente marcado, realizado na UBSF de abrangência, coletou-se amostra sanguínea e avaliação bucal dos idosos. Todos os indivíduos foram convidados a participarem de todas as etapas da pesquisa, o que dependeu da aceitação e possibilidade individual para cada um.

As variáveis utilizadas neste estudo foram: autopercepção do estado de saúde, aspectos demográficos e socioeconômicos, número de doenças crônicas referidas e grau de dependência nas Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD), descritas a seguir:

### ✓ **Autopercepção do estado de saúde**

A autopercepção do estado de saúde foi avaliada por meio das respostas à questão: “Como o senhor(a) considera a sua saúde?”, tendo-se como opções de resposta: excelente, muito boa, boa, regular e má. Para fins estatísticos, essa variável foi dicotomizada, como autopercepção de saúde boa (excelente, muito boa, boa) e ruim (regular e má).

### ✓ **Aspectos demográficos e socioeconômicos**

Os dados demográficos incluíram informações sobre sexo (feminino, masculino), grupo etário (60 a 69 anos, 70 a 79 anos, 80 anos ou mais), cor (branca, não branca) e estado conjugal (solteiro, casado, separado, viúvo). Os aspectos socioeconômicos foram representados por anos de estudo (analfabeto, 1 a 4 anos, 5 a 8 anos e 9 anos ou mais), arranjo familiar (mora sozinho ou acompanhado) e nível socioeconômico.

O nível socioeconômico foi verificado por meio do Critério de Classificação Econômica Brasil, da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP)<sup>91</sup>, o qual é constituído por informações sobre o grau de instrução do idoso e itens de posse da família (televisão, rádio, banheiro, automóvel, empregada/mensalista, aspirador de pó, máquina de lavar, videocassete e/ou DVD, geladeira, freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex). Cada informação se refere a um número de pontos que são somados gerando uma pontuação, que na escala de estratificação econômica corresponde à classe econômica à qual o idoso pertence. De acordo com a pontuação os idosos foram classificados como pertencentes às classes A/B (17 a 34 pontos), C (11 a 16 pontos) e D/E (0 a 10 pontos).

### ✓ **Número de doenças crônicas referidas**

Questionou-se ao idoso se algum médico ou profissional de saúde lhe informou que ele apresentava alguma doença das citadas: hipertensão arterial, problema cardíaco, osteoporose, embolia/derrame, artrite/artrose/reumatismo, diabetes, doença crônica pulmonar e câncer. A variável utilizada foi o número das doenças referidas pelo idoso (0, 1, 2-3, 4 ou mais).

### ✓ Grau de dependência nas Atividades Básicas de Vida Diária

Para a avaliação do grau de dependência nas ABVD foi utilizado o Índice de Barthel (IB). O IB é uma medida genérica que avalia a capacidade funcional do indivíduo para executar atividades de vida diárias, tais 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 que varia de 0 a 100, segundo a classificação<sup>85</sup>:

• Independente	100
• Dependência Leve (escassa)	91-99
• Dependência moderada	61-90
• Dependência severa	21-60
• Dependência Total	0-20

### 3.6. PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

O banco de dados foi elaborado utilizando-se o aplicativo *Microsoft Office Excel 7.0*. As análises estatísticas foram obtidas através do aplicativo estatístico SPSS 16.0. Foi realizada análise descritiva das variáveis, apresentadas por meio de frequência relativa e absoluta.

Considerou-se como variável dependente a autopercepção do estado de saúde e como variáveis independentes os aspectos demográficos e socioeconômicos, número de doenças crônicas referidas e grau de dependência nas Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD). Para verificar a associação entre autopercepção de saúde e as variáveis independentes utilizou-se a análise estatística por meio da regressão logística com análises bivariadas e multivariadas. Foram inseridas no modelo multivariado as variáveis explicativas que apresentaram na análise bivariada a significância  $p < 0,25$ . Para retirar as variáveis que deixaram de ser significativas no modelo foi considerado o  $p > 0,10$ . O método adotado para introdução das variáveis no modelos foi o “backward stepwise - conditional”. Considerou-se um nível de significância  $p < 0,05$  e intervalo de confiança (IC) de 95%.

### 3.7. ASPECTOS ÉTICOS

O trabalho maior, do qual este faz parte, foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba (CAAE: 0228.0133.000-08). Os idosos receberam explicações a respeito do estudo e, ao concordarem com a participação, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B), segundo Resolução n.º 196, de 10 de outubro de 1996 do Conselho Nacional de Saúde que regulamenta pesquisas envolvendo seres humanos. Os idosos que se recusaram, não participaram do estudo e sendo assim, foram estabelecidos critérios de substituição. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi elaborado em duas vias, sendo uma retida pelo sujeito da pesquisa ou por seu representante legal e uma arquivada pelo pesquisador.

## 4 RESULTADOS

### 4.1 DESCRIÇÃO DAS VARIÁVEIS DEMOGRÁFICAS E SOCIOECONÔMICAS

A amostra deste estudo é constituída por 420 idosos (68,1% de mulheres). A idade dos idosos variou entre 60 e 104 anos, com média de 71,57 anos (DP= 9,19). A tabela 1 apresenta a distribuição dos idosos estudados segundo variáveis demográficas, socioeconômicas e sexo. A maior parte dos idosos apresentou idade entre 60 e 69 anos (48,6%). No grupo etário de 80 anos ou mais a proporção de homens foi superior à de mulheres (20,1% e 18,5%, respectivamente). Nos demais grupos etários houve maior proporção de mulheres.

Do total de idosos, a maioria foi classificada, quanto à cor, como não branca (50,7%). Ao verificar as informações por sexo, a maioria das mulheres era branca (52,8% ) e dos homens era não branca (58,2%). Quanto ao estado conjugal, 56,7% dos idosos eram casados, em que tanto homens como mulheres apresentavam-se em maior proporção nessa categoria. A proporção de mulheres viúvas (40,6%) foi mais de três vezes superior à de homens (11,9%). Quanto ao número de residentes no domicílio, 94% dos idosos moravam acompanhados. A proporção de mulheres que viviam sozinhas foi superior à dos homens (8,0% e 1,5%, respectivamente).

Quanto aos anos de estudo, a maior parte dos idosos (43,8%) estudaram de um a quatro anos. A proporção de analfabetos foi semelhante para homens e mulheres (26,1% e 26,9%, respectivamente). Em relação ao nível socioeconômico, a maior parte dos idosos pertencia ao nível C (45,7%). Entre os homens, houve uma maior proporção no nível A/B (50,0%), entre as mulheres foi no nível C (46,9%).

**Tabela 1.** Distribuição dos idosos estudados, segundo variáveis demográficas, socioeconômicas e sexo. Campina Grande, PB. 2009/2010.

Variáveis	Sexo		
	Masculino	Feminino	Ambos os sexos
	N (%)	N (%)	N (%)
<b>Total</b>	<b>134 (31,9)</b>	<b>286 (68,1)</b>	<b>420 (100,0)</b>
<b>Grupo etário</b>			
60 a 69 anos	64 (47,8)	140 (49,0)	204 (48,6)
70 a 79 anos	43 (32,1)	93 (32,5)	136 (32,4)
80 ou mais	27 (20,1)	53 (18,5)	80 (19,0)
<b>Cor</b>			
Branca	56 (41,8)	151 (52,8)	207 (49,3)
Não branca	78 (58,2)	135 (47,2)	213 (50,7)
<b>Estado conjugal</b>			
Solteiro	5 (3,7)	21 (7,3)	26 (6,2)
Casado	107 (79,9)	131 (45,8)	238 (56,7)
Viúvo	16 (11,9)	116 (40,6)	132 (31,4)
Divorciado	6 (4,5)	18 (6,3)	24 (5,7)
<b>Arranjo familiar</b>			
Sozinho	2 (1,5)	23 (8,0)	25 (6,0)
Acompanhado	132 (98,5)	263 (92,0)	395 (94,0)
<b>Anos de estudo</b>			
Analfabeto	35 (26,1)	77 (26,9)	112 (26,7)
1 a 4 anos	52 (38,8)	132 (46,2)	184 (43,8)
5 a 8 anos	36 (26,9)	57 (19,9)	93 (22,1)
9 anos ou mais	11 (8,2)	20 (7,0)	31 (7,4)
<b>Nível socioeconômico</b>			
A/B	67 (50,0)	111 (38,8)	178 (42,4)
C	58 (43,3)	134 (46,9)	192 (45,7)
D/E	9 (6,7)	41 (14,3)	50 (11,9)

#### 4.2 NÚMERO DE DOENÇAS CRÔNICAS REFERIDAS

Quanto ao número de doenças crônicas referidas foram analisadas as informações de 419 idosos, tendo em vista o preenchimento incompleto dessa informação em um dos questionários. Na tabela 2 é apresentada a distribuição dos idosos segundo o número de doenças crônicas referidas, sexo e grupo etário. Do total de idosos, maior proporção (45,8%)

referiu apresentar duas ou três doenças crônicas. Em todos os grupos etários, a maior proporção foi de idosos referindo duas ou três doenças, assim como em ambos os sexos. É possível observar que a proporção de idosos que referiram ausência de doenças crônicas foi maior no grupo de 60 a 69 anos quando comparado aos demais grupos etários.

A proporção de homens que não referiu doença crônica (26,1%) foi mais que o dobro da proporção de mulheres (11,2%), enquanto a proporção de mulheres que referiu quatro ou mais doenças crônicas (11,6%) foi mais que o dobro da proporção de homens (5,2%).

**Tabela 2.** Distribuição dos idosos estudados, segundo número de doenças crônicas referidas, sexo e grupo etário. Campina Grande, PB, 2009/2010.

Sexo Grupo etário	Número de doenças crônicas referidas				
	0 N (%)	1 N (%)	2-3 N (%)	4 ou mais N (%)	Total N (%)
<b>Ambos os sexos</b>					
60 a 69 anos	41 (20,2)	66 (32,3)	78 (38,2)	19 (9,3)	204 (100,0)
70 a 79 anos	16 (11,7)	37 (27,2)	73 (53,7)	10 (7,3)	136 (100,0)
80 anos ou mais	10 (12,6)	17 (21,6)	41 (51,9)	11 (13,9)	79 (100,0)
<b>Total</b>	<b>67 (16,0)</b>	<b>120 (28,7)</b>	<b>192 (45,8)</b>	<b>40 (9,5)</b>	<b>419 (100,0)</b>
<b>Masculino</b>					
60 a 69 anos	21 (32,8)	21 (32,8)	19 (29,7)	3 (4,7)	64 (100,0)
70 a 79 anos	9 (20,9)	11 (25,6)	21 (48,8)	2 (4,7)	43 (100,0)
80 anos ou mais	5 (18,5)	8 (29,6)	12 (44,4)	2 (7,4)	27 (100,0)
<b>Total</b>	<b>35 (26,1)</b>	<b>40 (29,9)</b>	<b>52 (38,8)</b>	<b>7 (5,2)</b>	<b>134 (100,0)</b>
<b>Feminino</b>					
60 a 69 anos	20 (14,3)	45 (32,1)	59 (42,1)	16 (11,4)	140 (100,0)
70 a 79 anos	7 (7,5)	26 (28,0)	52 (55,9)	8 (8,6)	93 (100,0)
80 anos ou mais	5 (9,6)	9 (17,3)	29 (55,8)	9 (17,3)	52 (100,0)
<b>Total</b>	<b>32 (11,2)</b>	<b>80 (28,1)</b>	<b>140 (49,1)</b>	<b>33 (11,6)</b>	<b>285 (100,0)</b>

#### 4.3 GRAU DE DEPENDÊNCIA NAS ABVD

A distribuição dos idosos segundo grau de dependência nas Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD), sexo e grupo etário é apresentada na tabela 3. Foram analisadas as informações de 419 idosos, tendo em vista a ausência de dados referentes a essa variável em



um dos questionários. Do total de idosos, 65,9% foram classificados como independentes, seguido por 17,7% que apresentava dependência moderada.

A maioria dos idosos dos grupos etários de 60 a 69 anos e 70 a 79 anos foram classificados como independentes (81,8% e 61%, respectivamente), enquanto no grupo etário de 80 anos ou mais, a maior parte apresentava dependência moderada (43,7%). A dependência total aparece apenas nos idosos com 80 anos ou mais, com proporção de 3,8%. É possível observar que a proporção de independência foi menor nos grupos com idades mais avançadas, enquanto para a dependência moderada ocorre o oposto, sendo as proporções maiores nas idades mais avançadas. Ao verificar as informações por sexo, a maioria tanto dos homens como das mulheres, eram independentes (79,1% e 59,6%, respectivamente). Entre os homens, a segunda maior proporção foi de dependência leve (11,2%), enquanto entre as mulheres foi de dependência moderada (22,5%).

**Tabela 3.** Distribuição dos idosos, segundo grau de dependência nas Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD), sexo e grupo etário. Campina Grande, PB. 2009/2010.

Sexo  Grupo etário	Grau de dependência nas ABVD					
	Independência	Dependência leve	Dependência moderada	Dependência severa	Dependência total	Total
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
<b>Ambos os sexos</b>						
60 a 69 anos	166 (81,8)	21 (10,3)	16 (7,9)	0 (0,0)	0 (0,0)	203 (100,0)
70 a 79 anos	83 (61,0)	27 (19,9)	23 (16,9)	3 (2,2)	0 (0,0)	136 (100,0)
80 anos ou mais	27 (33,7)	12 (15,0)	35 (43,7)	3 (3,8)	3 (3,8)	80 (100,0)
<b>Total</b>	<b>276 (65,9)</b>	<b>60 (14,3)</b>	<b>74 (17,7)</b>	<b>6 (1,4)</b>	<b>3 (0,7)</b>	<b>419 (100,0)</b>
<b>Masculino</b>						
60 a 69 anos	57 (89,1)	4 (6,3)	3 (4,7)	0 (0,0)	0 (0,0)	64 (100,0)
70 a 79 anos	31 (72,1)	7 (16,3)	3 (7,0)	2 (4,7)	0 (0,0)	43 (100,0)
80 anos ou mais	18 (66,7)	4 (14,8)	4 (14,8)	0 (0,0)	1 (3,7)	27 (100,0)
<b>Total</b>	<b>106 (79,1)</b>	<b>15 (11,2)</b>	<b>10 (7,5)</b>	<b>2 (1,5)</b>	<b>1 (0,7)</b>	<b>134 (100,0)</b>
<b>Feminino</b>						
60 a 69 anos	109 (78,4)	17 (12,2)	13 (9,4)	0 (0,0)	0 (0,0)	139 (100,0)
70 a 79 anos	52 (55,9)	20 (21,5)	20 (21,5)	1 (1,1)	0 (0,0)	93 (100,0)
80 anos ou mais	9 (17,0)	8 (15,1)	31 (58,5)	3 (5,7)	2 (3,8)	53 (100,0)
<b>Total</b>	<b>170 (59,6)</b>	<b>45 (15,8)</b>	<b>64 (22,5)</b>	<b>4 (1,4)</b>	<b>2 (0,7)</b>	<b>285 (100,0)</b>

#### 4.4 AUTOPERCEPÇÃO DA SAÚDE

Em relação à autopercepção da saúde, a maioria dos idosos considerou a própria saúde regular (51,4%). A proporção de idosos que consideraram a saúde má foi maior nos grupos com mais idade (Tabela 4). Tanto entre os homens como entre as mulheres, foi maior a proporção de autopercepção de saúde regular (43,3% e 55,2%, respectivamente). 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 percepção regular. A proporção de idosos do sexo masculino com 80 anos ou mais que avaliou a saúde como má (29,6%) foi a maior, quando comparada aos demais grupos etários.

Entre as mulheres, nos três grupos etários, a maioria considerou a saúde regular. A proporção de mulheres que avaliou a saúde como boa foi maior no grupo de 60 a 69 anos (22,9%) em relação ao de 70 a 79 anos (21,5%), que por sua vez, foi menor em relação ao grupo de 80 anos ou mais (30,2%). Para a má percepção de saúde, a proporção foi maior entre as idosas com 70 a 79 anos (19,4%).

**Tabela 4.** Distribuição dos idosos estudados, segundo autopercepção da saúde, sexo e grupo etário. Campina Grande, PB. 2009/2010.

Sexo	Grupo etário	Autopercepção da saúde					Total
		Excelente	Muito boa	Boa	Regular	Má	
		N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	
<b>Ambos os sexos</b>							
	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>
<b>Masculino</b>							
	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>
<b>Feminino</b>							
	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>

## 4.5 AUTOPERCEPÇÃO DE SAÚDE E FATORES ASSOCIADOS

### 4.5.1 Análise bivariada das variáveis

A tabela 5 mostra as análises bivariadas das variáveis demográficas, socioeconômicas e autopercepção de saúde. Os resultados mostram que apenas o sexo apresentou associação estatisticamente significativa com autopercepção de saúde ( $p=0,008$ ), em que as mulheres apresentaram 1,78 vez mais chance de perceber a saúde como má, quando comparadas aos homens. O grupo etário, a cor, o estado conjugal, o arranjo familiar, anos de estudo e nível socioeconômico não apresentaram associação com a autopercepção da saúde.

**Tabela 5.** Análise bivariada dos fatores associados à autopercepção de saúde, segundo as variáveis demográficas e socioeconômicas. Campina Grande, PB. 2009/2010.

Variáveis	Boa percepção N (%)	Má percepção N (%)	P-valor	OR	IC 95%
<b>Sexo</b>					
Masculino	57 (42,5)	77 (57,5)		1,00	-
Feminino	84 (29,4)	202 (70,6)	<b>0,008</b>	1,78	1,16 - 2,72
<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)	0,330	0,76	0,43 - 1,32
80 anos ou mais	23 (28,7)	57 (71,3)	0,379	0,76	0,40 - 1,39
<b>Cor</b>					
Branca	69 (33,3)	138 (66,7)		1,00	-
Não branca	72 (33,8)	141 (66,2)	0,919	0,98	0,65 - 1,46
<b>Estado conjugal</b>					
Solteiro	13 (50,0)	13 (50,0)	-	1,00	-
Casado	82 (34,5)	156 (65,5)	0,235	0,50	0,15 - 1,57
Viuvo	38 (28,8)	94 (71,2)	0,912	0,95	0,39 - 2,31
Divorciado	8 (33,3)	16 (66,7)	0,654	1,24	0,48 - 3,13
<b>Arranjo familiar</b>					
Sozinho	11 (44,0)	14 (56,0)	-	1,00	-
Acompanhado	130 (32,9)	265 (67,1)	0,549	1,60	0,70 - 3,62
<b>Anos de estudo</b>					
Analfabeto	32 (28,6)	80 (71,4)	-	1,00	-
1 a 4 anos	58 (31,5)	126 (68,5)	0,281	1,58	0,68 - 3,62
5 a 8 anos	39 (41,9)	54 (58,1)	0,431	1,37	0,62 - 3,01
9 anos ou mais	12 (38,7)	19 (61,3)	0,752	0,87	0,38 - 2,00
<b>Nível socioeconômico</b>					
A/B	67 (37,6)	111 (62,4)	-	1,00	-
C	59 (30,7)	133 (69,3)	0,321	0,71	0,36 - 1,39
D/E	15 (30,0)	35 (70,0)	0,921	0,97	0,49 - 1,90

OR: *Odds ratio* (razão de chances) IC: Intervalo de confiança

A tabela 6 apresenta a análise bivariada dos fatores associados à autopercepção de saúde, segundo o número de DCNT e grau de dependência nas ABVD. O número de doenças foi fortemente associado à autopercepção de saúde ( $p < 0,001$ ). A chance de idosos que apresentaram uma DCNT referirem má autopercepção de saúde foi 5,88 vezes inferior, quando comparado à aqueles que não apresentaram nenhuma e entre os que relataram duas ou três DCNT essa chance foi 2,94 vezes inferior. No entanto, entre os idosos que referiram quatro ou mais DCNT, embora tenha sido verificado uma chance 1,29 vez menor de má percepção em relação à categoria de referência, a mesma não foi significativa.

Quanto ao grau de dependência nas ABVD, para os idosos classificados com dependência moderada e severa/total, a chance de má percepção foi, respectivamente, 5,57 e 5,36 vezes maior em relação aos idosos independentes. Entre os idosos com dependência leve, houve 1,86 vez mais chance de referir má percepção, porém sem significância estatística.

**Tabela 6.** Análise bivariada dos fatores associados à autopercepção de saúde, segundo o número de doenças crônicas e grau de dependência nas AVBVD. Campina Grande, PB. 2009/2010.

Variáveis	Boa percepção	Má percepção	p-valor	OR	IC 95%
<b>Nº DCR</b>					
0	37 (55,2)	30 (44,8)		1,00	
1	46 (38,3)	74 (61,7)	<b>0,000</b>	0,17	0,06 - 0,44
2-3	51 (26,6)	141 (73,4)	<b>0,019</b>	0,34	0,13 - 0,83
4 ou mais	7 (17,5)	33 (82,5)	0,233	0,59	0,24 - 1,40
<b>GDABVD</b>					
Independência	111 (40,2)	165 (59,8)		1,00	
Dependência leve	11 (18,3)	49 (81,7)	0,364	1,86	0,48 - 7,07
Dependência Moderada	14 (18,9)	60 (81,1)	<b>0,022</b>	5,57	1,28 - 24,17
Dependência severa ou total	5 (55,6)	4 (44,4)	<b>0,022</b>	5,36	1,27 - 22,56

NºDCNR: número de doenças crônicas referidas

OR: *Odds ratio* (razão de chances)

GDABVD: grau de dependência nas atividades básicas de vida diária

IC: Intervalo de confiança

### 4.5.1 Análise multivariada das variáveis

As variáveis independentes que mostraram associação com autopercepção do estado de saúde nas análises bivariadas foram: sexo, estado conjugal, número de doenças crônicas e grau de dependência nas atividades básicas de vida diária. Essas variáveis foram incluídas no modelo multivariado de regressão logística binária. No modelo final permaneceram apenas as variáveis número de doenças crônicas e atividades básicas de vida diária.

Quanto ao número de doenças crônicas, foi verificado que os idosos com uma e duas ou mais DCNT continuaram apresentando menor chance de apresentar má percepção de saúde em relação aos idosos que referiram nenhuma DCNT, agindo como um fator de proteção. Os resultados referentes ao grau de dependência nas ABVD indicaram que a dependência age como fator de risco para uma má percepção de saúde. Deste modo, a chance dos idosos com dependência moderada e dependência total/severa apresentarem má percepção de saúde é 6,52 e 6,41 vezes maior, respectivamente, em relação aos idosos independentes. A dependência leve não mostrou associação significativa com a autopercepção.

**Tabela 7.** Análise multivariada dos fatores associados à autopercepção de saúde. Campina Grande, PB, 2009/2010.

Variáveis	p-valor	OR	IC 95%
<b>NºDCNT</b>			
0	-	1,00	-
1	<b>0,002</b>	0,20	(0,08 - 0,55)
2-3	<b>0,045</b>	0,39	(0,15 - 0,98)
4 ou mais	0,266	0,60	(0,24 - 1,49)
<b>GDABVD</b>			
Independência	-	1,00	-
Dependência leve	0,159	2,70	(0,68 - 10,56)x
Dependência moderada	<b>0,014</b>	6,52	(1,46 - 29,14)
Dependência severa ou total	<b>0,013</b>	6,41	(1,47 - 27,90)

DCNR: número de doenças crônicas referidas;

OR: *Odds ratio* (razão de chances)

GDABVD: grau de dependência nas atividades básicas de vida diária

IC: Intervalo de confiança

## 5 DISCUSSÃO

No Brasil, o aumento do número de pessoas idosas tem sido um desafio para a saúde pública, demandando altos recursos financeiros para adaptação dos serviços, capacitação de recursos humanos e produção de conhecimento científico que agregue melhor compreensão aos conhecimentos já estabelecidos, para que as pessoas idosas vivam com a melhor qualidade possível<sup>18</sup>. A avaliação da autopercepção de saúde constitui uma forma prática de se obter informações das condições de saúde<sup>31</sup>. A autopercepção de saúde tem se mostrado um indicador confiável e com validade equivalente a outras medidas mais complexas para a mensuração do estado de saúde do sujeito, além de ser de fácil aplicação<sup>27,58</sup>. Diante disso, estudos têm sido realizados utilizando esse indicador e sua relação com fatores demográficos, socioeconômicos, doenças crônicas e capacidade funcional<sup>18,20,28,31</sup>. No entanto, na literatura científica, os estudos que objetivavam avaliar a autopercepção de saúde de idosos e os fatores a ela associados são escassos na região Nordeste<sup>92,28</sup>, sendo ausentes na Paraíba, por conseguinte em Campina Grande-PB.

Neste estudo foi verificado que a maioria dos idosos era do sexo feminino, assim como em outros estudos realizados com idosos no Brasil<sup>31,42,93,94</sup>. Essa predominância feminina foi evidenciada no Censo Demográfico 2010, cujos dados mostraram uma relação de 96 homens para cada 100 mulheres no território nacional<sup>49</sup>. Ainda de acordo com os dados do Censo 2010, entre a população idosa da Paraíba, 51,6% eram mulheres e em Campina Grande essa proporção era de 52,7%<sup>49</sup>. A predominância do sexo feminino é um fenômeno mundial, denominado “feminização da velhice”<sup>95</sup> que está relacionado à maior expectativa de vida entre as mulheres, uma vez que se expõem menos aos riscos advindos de hábitos como tabagismo e etilismo, de atividades laborais, além de serem mais assíduas aos serviços de saúde, principalmente os da atenção básica, os quais são voltados para prevenção e promoção de saúde<sup>44,96</sup>.

Embora os estudos comparativos entre homens e mulheres estejam comprovando o fato de que os homens são mais vulneráveis às doenças, sobretudo às enfermidades graves e crônicas<sup>97,98,99,100</sup>, a maior sobrevivência entre as mulheres não significa que elas desfrutem de melhores condições de saúde, tendo em vista que apresentam maiores dificuldades funcionais relacionadas à idade avançada ou à cronicidade de doenças<sup>55,101,102,103,104</sup>. Enquanto as

mulheres convivem com as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), os homens morrem mais precocemente, devido à não procura aos serviços de saúde e não adesão aos tratamentos crônicos ou de longa duração<sup>105</sup>.

A maior parte da população estudada, assim como em outros estudos com idosos<sup>82,92,106,107</sup>, foi composta por idosos com idade entre 60 e 69 anos. Dados do Censo 2010 mostram que 55,12% dos idosos brasileiros estavam nesse mesmo grupo etário, considerado por alguns autores como idosos jovens<sup>108,109</sup>. Essa predominância de idosos jovens é esperada, uma vez que no Brasil o processo da transição demográfica é considerado recente em relação a países desenvolvidos<sup>110</sup>.

Neste estudo, a proporção de idosos com 80 anos ou mais foi superior à brasileira, que era de 14,5% em 2010<sup>94</sup>. Destaca-se que em um intervalo de 25 anos (1980 a 2005), o crescimento total da população brasileira com mais de 80 anos apresentou aumento de 246,0%, refletindo a ocorrência do que se denomina como transição demográfica acelerada<sup>111</sup>. Esse aumento exponencial no número de octogenários exige uma nova postura tanto por parte das políticas públicas, quanto da comunidade acadêmica, tendo em vista que essa população necessita atenção específica diante da fragilidade decorrente da idade avançada, sendo, geralmente, acometidos por alterações cognitivas aumentando a probabilidade de redução da capacidade funcional e, conseqüentemente, necessidade de cuidados<sup>112</sup>. Ressalta-se que a fragilidade é considerada uma síndrome em que ocorre diminuição de massa muscular e óssea, do metabolismo basal e reserva energética com conseqüente perda na capacidade de reação aos estressores que expõe idosos autônomos à perda funcional e dependência<sup>113</sup>.

Outro aspecto demográfico analisado neste estudo foi a cor da pele, onde a maioria foi classificada como não branca. Este resultado difere do estudo que utilizou dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD) de 2003, no qual foi verificado que 55,7% da população brasileira referiu sua cor como branca<sup>114</sup>. Em outro estudo realizado com idosos em Joinville- SC, de base domiciliar, a maioria dos idosos (89,5%) relatou pertencer à cor branca. Esse alto percentual foi atribuído pelo autor, às características estabelecidas pela colonização européia<sup>115</sup>. Nas demais regiões do Brasil, sobretudo no Nordeste, há uma maior miscigenação, o que possivelmente justifica a maior proporção de não brancos neste estudo.

Quanto ao estado conjugal, a maioria dos idosos era casada, fato também verificado em outros estudos com idosos<sup>42,68,116</sup>. Estudo realizado em Ibicuitinga-CE com a população de

idosos atendidos pela Estratégia Saúde da Família, também verificou que a maioria era casada<sup>117</sup>. Ao analisar os dados desta pesquisa, por sexo, foi verificada maior proporção de casados entre os homens e maior proporção de viuvez entre as mulheres, sendo esta proporção, quase quatro vezes maior que entre os homens. Os resultados de uma pesquisa em São Paulo mostraram que a proporção de casados foi quase o dobro entre os homens em relação às mulheres (79,2% e 41,3%, respectivamente), enquanto a proporção de viuvez foi quase quatro vezes maior entre as mulheres em relação aos homens (42,6% e 10,9%, respectivamente)<sup>44</sup>. Essa diferença entre os sexos é apontada por Lebrão e Laurenti<sup>44</sup>, como resultante da maior expectativa de vida entre as mulheres, além do fato de que entre os homens, em casos de divórcio ou viuvez, as taxas de recasamento são maiores que entre as mulheres.

A maior parte dos idosos desta pesquisa estudou de um a quatro anos, seguida por analfabetos. Estudo realizado por Valle et al.<sup>118</sup>, envolvendo idosos da coorte do Projeto Bambuí, encontrou resultados semelhantes, em que 64,8% da amostra apresentou escolaridade inferior a quatro anos completos. No Brasil, em 2008, 32,2% dos idosos eram analfabetos, indicando um alto percentual de analfabetismo<sup>119</sup>.

Pacheco e Santos<sup>120</sup> destacam que em décadas atrás as dificuldades de acesso à educação eram bem maiores, sobretudo para as mulheres. Os mesmos autores referem que idosos tendem a ter pouca escolaridade, uma vez que quando eram jovens nas primeiras décadas do século XX, o incentivo à educação, principalmente para as mulheres, não existia. Essa realidade revela-se, ainda, em outros aspectos como a habitação, cultura, renda e, principalmente, na saúde. Pessoas com maior instrução têm maiores preocupações com sua saúde e capacidade de recuperação, assim como hábitos higiênicos mais saudáveis<sup>121</sup>.

A maior parte dos idosos referiu apresentar duas ou três doenças crônicas. Os resultados deste estudo corroboram com estudo realizado com 224 idosos frequentadores dos Centros de Referência e Cidadania em João Pessoa-PB, no qual a maior parte dos idosos também referiu apresentar duas ou três morbidades crônicas<sup>66</sup>. Em São Carlos-SP, 75% dos idosos participantes de um estudo, referiram ao menos um agravo crônico<sup>50</sup>. Em relação à população brasileira em geral, Veras<sup>4</sup>, utilizando dados da PNAD 2003, verificou que em cada três indivíduos, um era portador de doença crônica e, entre os idosos, oito em cada dez eram acometidos por ao menos uma doença crônica. De acordo com Ramos<sup>122</sup> a população idosa brasileira, em 2009, apresentava alta prevalência de doenças crônicas, uma vez que



menos de 10% estavam livres de algum tipo de agravo crônico à saúde e mais de 10% referiram cinco ou mais doenças crônicas concomitantes.

Destaca-se que o Brasil vem enfrentando um desafio na adaptação das políticas públicas de saúde que atenda às demandas provenientes da alta prevalência de DCNT, uma vez que, ainda vive uma situação de elevados índices de doenças transmissíveis, acentuadas pelas diferenças sociais, em que uma considerável parcela da população do país vive em situação de pobreza, com acesso limitado aos serviços assistenciais básicos<sup>123</sup>.

Ao verificar o número de doenças de acordo com o sexo foi encontrado, nesta pesquisa, que a proporção de homens que não referiu doença crônica foi mais que o dobro da proporção de mulheres, enquanto a proporção de mulheres com quatro ou mais afecções crônicas foi mais que o dobro da proporção entre homens. Outros estudos mostram que as mulheres são mais acometidas e apresentam maior número de doenças crônicas<sup>96,124,125,126</sup>. Entretanto, a ocorrência de doenças crônicas entre os homens, pode apresentar-se subestimada, tendo em vista que a identidade masculina está culturalmente relacionada à menor procura aos serviços de saúde e desvalorização do autocuidado<sup>127</sup>.

Dessa forma, os homens têm adentrado o sistema de saúde pela atenção ambulatorial e hospitalar de média e alta complexidade, tendo como consequência o agravo da morbidade devido ao retardamento na atenção, além de maior custo para o sistema de saúde. Diante disso, o Ministério da Saúde, compreendendo as características específicas do homem e reconhecendo as necessidades de saúde desse grupo, publicou em agosto de 2008 a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, a qual foi apresentada como uma das prioridades do governo, desenvolvida com parceria entre gestores do Sistema Único de Saúde, sociedades científicas, sociedade civil organizada, pesquisadores acadêmicos e agências de cooperação internacional<sup>105</sup>.

Com relação às atividades básicas de vida diária (ABVD) a independência para a realização das mesmas foi predominante na população total deste estudo, assim como em ambos os sexos, tendo os homens apresentado maior proporção que as mulheres. Assim como este, outros estudos encontraram maior proporção de idosos independentes<sup>82,107,128,129</sup>. No município de Santa Cruz-RN, em amostra representativa dos idosos cadastrados no Sistema de Informação da Atenção Básica, foi verificado que a maioria dos idosos (86,8%) encontrava-se na situação de independência, ou seja, eram capazes de realizar todas as dez ABVD sem

nenhuma assistência<sup>121</sup>. Entretanto, em estudo realizado em três instituições de longa permanência para idosos (ILPI), localizadas em Taubaté-SP, apenas 37% do total de idosos foram classificados independentes para as ABVD<sup>130</sup>. Esses achados sugerem que os idosos inseridos na comunidade são mais ativos e apresentam melhor nível funcional que aqueles residentes nas ILPI. No entanto, conhecer o grau de dependência nas ABVD dos idosos na comunidade é indispensável para uma melhor articulação dos serviços de saúde na assistência a esse grupo etário.

Analisando a capacidade funcional entre as regiões brasileiras, Parayba<sup>55</sup> encontrou maior prevalência de incapacidade funcional entre mulheres idosas na região Norte (19,6%) e menor na região Sul (14,7%), atribuindo esses achados às disparidades regionais relacionadas à (in)capacidade funcional, a qual é considerada dependente das características demográficas, socioeconômicas, comportamentais e de saúde da população. Del Duca<sup>131</sup> encontrou em seu estudo associação entre dependência para as ABVD e variáveis demográficas e socioeconômicas como sexo, cor da pele, situação conjugal, além de observar uma tendência direta com a idade e inversa com a escolaridade. Embora algumas variáveis como sexo, cor da pele e idade não possam ser modificadas, é possível direcionar maior atenção à saúde desses grupos em risco, desenvolvendo, principalmente, ações relacionadas à prevenção. Entretanto, a educação, por exemplo, pode ser melhorada a qualquer momento da vida, devendo ser estimulada, inclusive pelos profissionais de saúde.

Ao verificar a distribuição do grau de dependência nas ABVD por grupo etário, chama atenção, neste estudo, o fato de que a dependência total se fez presente apenas no grupo etário de 80 anos ou mais, reforçando a constatação de que a incapacidade funcional tem como um dos principais agravantes a idade avançada<sup>3,73,132</sup>. Estudo realizado em Mobbar ao Nordeste da Nigéria, com idosos da zona rural, utilizando o índice de Barthel, encontrou que a prevalência de limitação funcional em pelo menos uma ABVD, era de 12,4% na faixa etária 60-64 anos e 98,3% nos idosos com 75 anos ou mais<sup>133</sup>. Tendo em vista o maior grau de dependência entre os idosos acima de 75 anos, torna-se importante a realização de estudos com esse grupo etário que possibilitem conhecer o perfil dos mesmos, podendo auxiliar na definição de estratégias de promoção de saúde, além de retardar ou prevenir as incapacidades naqueles mais jovens<sup>82,107,114,134</sup>.

Ainda com relação aos octogenários deste estudo, é importante destacar que a maior parte apresentou dependência apenas moderada, seguida de independência. Provavelmente, esse achado é reflexo de fatores que contribuem para a independência funcional dos idosos como a melhoria da tecnologia médica, mudanças comportamentais; desenvolvimento de aparelhagem específica para pessoas com problemas de saúde; melhoria da condição socioeconômica e aumento do nível educacional<sup>121</sup>.

Quanto à autopercepção de saúde, da amostra total deste estudo, a maioria dos idosos considerou a própria saúde regular, seguida pela percepção boa. Resultado semelhante foi encontrado em inquérito domiciliar com 2.924 idosos, realizado em Uberaba-MG, onde maior parte dos idosos apresentou autopercepção de saúde regular (43,5%) e boa (39,9%)<sup>135</sup>. Em amostra representativa dos idosos de Porto Alegre, 43,2% consideraram a saúde regular e 34,0% boa<sup>136</sup>. Entretanto estudo realizado na Espanha, com idosos residentes em Madri (n=722) mostrou que a maior parte (41,8%) referiu a saúde como boa, seguida de regular (36,6%)<sup>53</sup>. O fato de idosos residentes em países desenvolvidos relatarem melhor estado de saúde em relação aos idosos residentes em países subdesenvolvidos ou em desenvolvimento, parece estar relacionado às questões socioeconômicas, tendo em vista que esse aspecto tem sido associado em diversos estudos com a autopercepção<sup>18,27,44</sup>.

Ao verificar as informações sobre a autopercepção de saúde por grupo etário, foi observado, neste estudo, que os grupos com idade mais avançada apresentaram maiores proporções de má autopercepção da saúde. Estudos têm mostra que os idosos em grupos etários mais elevados referem pior autopercepção de saúde do que os mais novos<sup>137,138,139</sup>. Ao comparar adultos e idosos, Siqueira et al.<sup>140</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>41</sup>.

Diante da influência da idade na autopercepção de saúde, nota-se que, enquanto em estudos realizados com idosos as proporções de autopercepção negativas são maiores que as positivas, acontece o oposto em estudos que avaliam a autopercepção de diferentes faixas etárias. Em estudo transversal com 2.988 indivíduos de todas as faixas etárias, residentes em áreas cobertas pela Estratégia Saúde da Família (ESF), na zona urbana do município de Porto Alegre-RS, foi constatado que 54,2% referiram a saúde como boa, 25,3% regular e 17,3%

muito boa<sup>141</sup>. Darchs<sup>33</sup>, utilizando dados da PNAD/98, constatou que, entre a população brasileira com 15 anos ou mais, 46,61% considerou a saúde boa, e 25,54% regular, com aumento significativo da probabilidade dos indivíduos referirem o estado de saúde como ruim a partir dos 65 anos de idade, sendo a idade considerada o determinante mais importante do estado de saúde autopercebido.

Diferentemente do que foi encontrado neste estudo, resultados de outras pesquisas<sup>53,142</sup> mostraram que os idosos de grupos etários mais velhos (80 anos ou mais) relatavam uma melhor percepção de saúde, em comparação com os grupos etários mais jovens. De acordo com Pagotto<sup>142</sup> isso é atribuído a um processo de adequação dos idosos ou do reconhecimento da degradação das condições de saúde como natural do envelhecimento. No idoso, a autopercepção da saúde se edifica dentro do contexto no qual o idoso está inserido, que abrange alterações físicas e mentais próprias ao processo de envelhecimento, associadas a questões culturais e ambientais<sup>27,143</sup>. Diante das peculiaridades desse grupo etário de 80 anos ou mais, torna-se essencial investigações que busquem explicações para esclarecer o comportamento desse grupo etário em relação à autopercepção de saúde.

Entre as variáveis demográficas e socioeconômicas qualificadoras dos idosos deste estudo, apenas o sexo apresentou associação estatisticamente significativa com a autopercepção de saúde na análise bivariada, a qual indicou maior chance de má percepção entre as mulheres. Esse achado corrobora com outros estudos em que sexo e autopercepção estiveram associados<sup>20,28,31,34</sup>. Parayba<sup>55</sup>, analisando as desigualdades de gênero em saúde entre os idosos no Brasil, encontrou que as mulheres idosas declararam um estado de saúde pior do 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 autopercepção negativa da saúde mais associada com a qualidade de vida<sup>39</sup>.

O número de DCNT e o grau de dependência nas ABVD também estiveram associadas à autopercepção de saúde na análise bivariada, sendo essas duas variáveis, neste estudo, as únicas que permaneceram no modelo final da análise multivariada. O estudo de Alves e Rodrigues<sup>18</sup> também encontrou associações significativas entre essas variáveis e 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 as variáveis e a autopercepção de saúde.

Referir DCNT apresentou-se como fator de proteção para má autopercepção de saúde, uma vez que as chances dos idosos que referiram doença crônica considerarem a saúde má foram menores em relação àqueles que não referiram doenças crônicas. Este resultado vai de encontro aos achados de outros estudos, nos quais as DCNT são consideradas como fator de risco à má percepção do estado de saúde<sup>20,39,68</sup>. Estudo realizado com idosos, baseado nos dados do *Health Interview Survey* em Barcelona-Espanha, indicou que as doenças crônicas são importantes determinantes do declínio da autopercepção do estado de saúde do idoso<sup>144</sup>. Molarius e Janson<sup>71</sup>, avaliando o impacto das doenças crônicas na autopercepção de saúde, numa amostra representativa da população da Suécia, também verificaram que as doenças crônicas podem estar associadas com uma pobre percepção de saúde entre os idosos.

No entanto, assim como neste, estudos anteriores encontraram uma boa autopercepção de saúde entre os indivíduos portadores de doenças crônicas<sup>18,54,68</sup>. O estudo de Alves e Rodrigues<sup>18</sup> mostrou que os idosos que referiram “uma doença crônica” e “quatro ou mais doenças crônicas” apresentaram maiores riscos de autoperceber a sua saúde como ruim em relação àqueles que não apresentavam doenças, porém, referir “duas a três” doenças, foi apontado como fator de proteção (OR= 0,44). Outro estudo com idosos, realizado por Paskulin<sup>68</sup> mostrou que, apesar de a maioria dos idosos (81%) ter referido boa saúde, elevada proporção (69,2%) relatou ser portadora de doenças crônicas. Cott et al.<sup>145</sup> verificaram, em pesquisa de saúde realizada no Canadá, que 79% dos indivíduos que reportaram a presença de doenças crônicas classificaram sua saúde como sendo boa ou excelente.

Esses achados podem ter como possível explicação o fato dos idosos se considerarem saudáveis quando as doenças estão controladas<sup>18</sup>. Um aspecto a ser considerado é que, no Brasil, têm-se adotado um sistema de saúde voltado para a prevenção primária, baseado na detecção precoce, controle e dispensação de medicação, principalmente com relação à hipertensão e o diabetes, doenças crônicas de maior prevalência. Através do HiperDia, um sistema de informação em saúde criado pelo Ministério da Saúde em 2002, é possível monitorar pacientes atendidos e cadastrados na rede ambulatorial do SUS, permitindo ao paciente o acompanhamento médico e acesso gratuito à medicação<sup>146,147</sup>. Além disso, os achados deste estudo reforçam a ideia de que a percepção de ser doente está mais relacionada

às incapacidades do que a ser portador de danos crônicos<sup>68</sup>. Neste contexto, as doenças que provocam maiores danos à capacidade funcional, como as neurológicas crônicas, o câncer e a artrite reumatóide, têm sido associadas a uma pior classificação da autopercepção do estado de saúde, uma vez que a doença por si só não interfere na percepção de saúde e sim o seu impacto na funcionalidade<sup>72</sup>.

A variável que mais influenciou na percepção de saúde dos idosos deste estudo foi o grau de dependência nas ABVD. Os idosos com dependência moderada ou dependência severa/total apresentaram maiores chances de má percepção da sua própria saúde em relação aos idosos classificados como independentes. Os resultados do estudo de Alves e Rodrigues<sup>18</sup> mostraram que os idosos com dependência nas AVBD apresentavam 2,7 vezes mais chance de referir uma má percepção de saúde em relação ao idoso independente. Lima-Costa et al.<sup>27</sup> encontraram, em estudo seccional, realizado com informações da coorte de Bambuí-MG, associação significativa entre auto-avaliação da saúde e incapacidade para realizar ABVD, sendo por eles considerado 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, tendo em vista que as ABVD são componentes da capacidade funcional, outros estudos têm apontado que sua diminuição está associada com uma percepção ruim de saúde para o idoso<sup>28,31,148</sup>. Esses achados podem ser atribuídos ao fato de que o envelhecimento acarreta prejuízos ao desempenho motor e, por conseguinte, à realização das ABVD, exercendo impacto negativo nas condições de saúde dessas pessoas<sup>149</sup>.

Utilizando dados de uma coorte de base populacional, no município de São Paulo-SP, em que os participantes foram acompanhados por dez anos, d'Orsi<sup>113</sup> verificou que aumento da idade, comprometimento cognitivo, hipertensão arterial, asma e diabetes foram fatores de risco para perda funcional. Por outro lado, a manutenção de trabalho remunerado, relacionamento mensal com amigos, assistir TV e participar de atividades manuais foram fatores independentes de proteção. Nesse mesmo estudo, a autopercepção de saúde foi considerada preditora de incapacidade funcional.

Por outro lado, Rocha<sup>28</sup>, estudando uma amostra constituída por 35 idosos, com 60 anos ou mais, residentes em domicílios localizados na zona urbana de Itabuna-BA, observou que a condição de saúde referida não influenciou a autonomia funcional, sendo esse achado atribuído pelo autor à elevada autonomia na realização das atividades da vida diária,

confirmando o pressuposto de que manutenção da capacidade funcional é fundamental para a preservação de sua saúde<sup>87</sup>.

Nesse sentido, a manutenção da capacidade funcional entre os idosos, torna-se prioridade das políticas de saúde. De acordo com a Política Nacional de Saúde da pessoa Idosa (PNSPI)<sup>150</sup>, a promoção do envelhecimento ativo deve ser meta de toda ação de saúde, uma vez que envelhecer ativamente significa manter a capacidade funcional e a autonomia. É importante destacar que a dependência não é um estado permanente e sim um processo dinâmico cuja evolução pode se modificar e até ser prevenida ou reduzida se houver ambiente e assistência adequados<sup>90</sup>.

Discutindo acerca das políticas dirigidas ao idoso, Martins<sup>151</sup> fez indagações sobre quais são as reais necessidades dos idosos, que critérios são utilizados para defini-las e como satisfazê-las adequadamente, de que forma os profissionais da saúde estão se preparando/capacitando para cuidar dos idosos, e, principalmente, se os idosos têm tido oportunidade de desenvolver autonomia e independência. Estudo que buscou identificar o perfil de idosos atendidos em USF, em Aparecida de Goiânia-GO, apontou a necessidade de preparar os profissionais para atuarem na promoção à saúde, na prevenção de agravos, no tratamento e na reabilitação de doenças, em especial as crônico-degenerativas, visando à melhoria da qualidade de vida no domicílio, com autonomia e independência<sup>152</sup>. Em estudo sobre as concepções e práticas dos agentes comunitários de saúde na atenção à saúde do idoso, foi verificado relatos dos agentes mostrando dificuldades na resolutividade das queixas dos idosos, e uma prática entre os profissionais voltada para a marcação de exames e consultas, além de dispensação de medicamentos. Nota-se que a maior dificuldade encontrada na atenção à saúde do idoso ainda é a falta de adaptação dos profissionais a essa nova realidade, os quais precisam direcionar sua atuação para a promoção de saúde e prevenção.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A autopercepção da saúde teve como determinantes, neste estudo, o sexo, o grau de dependência nas atividades básicas de vida diária (ABVD) e o número de doenças crônicas referidas, tendo as mulheres apresentado mais chances de perceber a saúde como má, quando comparadas aos homens.

O grau de dependência nas ABVD foi a variável que mais influenciou na autopercepção da saúde, reforçando o ideia de que a manutenção da funcionalidade é um aspecto de suma importância para a saúde dos idosos, devendo ser prioridade no âmbito da assistência aos mesmos. Quanto ao número de doenças crônicas, chamou atenção o fato de essa variável ter sido fator de proteção para a má autopercepção de saúde, indo de encontro às inferências de outros estudos, nos quais foram qualificadas como fator de risco.

Apesar da avaliação da autopercepção do estado se saúde mostrar um perfil generalizado da saúde dos idosos, a mesma é de relevância para o direcionamento e otimização da atenção aos mesmos, sobretudo na atenção básica cujo foco é a promoção e proteção da saúde. Dessa forma, o conhecimento dos fatores associados à autopercepção possibilita intervenções mais específicas dos profissionais de saúde, tendo como consequência ações mais efetivas e eficientes, por conseguinte melhorias em seu estado de saúde.

Sugerem-se mais estudos para identificar outros fatores determinantes da autopercepção da saúde, bem como confirmar os fatores já associados, sobretudo, esclarecer a influência das doenças crônicas. Apesar da importância da realização de estudos transversais, como forma de verificar a situação de saúde de populações, deve ser enfatizado que em estudos desse tipo não é possível estabelecer relação de causalidade diante das associações encontradas, sendo mais recomendados estudos longitudinais, no intuito de melhor estabelecer essas relações.



## REFERÊNCIAS

1. Carvalho JAM, Garcia RA. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. Cad. saúde pública. 2003;19(3):725-33.
2. Rodrigues RAP, Kusumota L, Marques S, Fabrício SCC, Cruz IR, Lange C. Política nacional de atenção ao idoso e a contribuição da enfermagem. Texto & contexto enferm. 2007;16(3):536-545.
3. Costa EFA, Porto CC, Soares AT. Envelhecimento populacional brasileiro e o aprendizado de geriatria e gerontologia. Rev. da UFG [internet]. 2003 [Acesso em: 03 junho 2010];5(2):7-10. Disponível em: [www.proec.ufg.br](http://www.proec.ufg.br).
4. Veras R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações Rev. saúde pública. 2009;43(3):548-54.
5. Martin AG. O envelhecimento populacional sob o viés do controle jurisdicional de políticas públicas para os idosos. Rev. Espaço Acadêmico. 2011;10(119):182-191.
6. Carvalho Filho ET, Papaléo Netto M, Garcia YM. Biologia e teorias do envelhecimento. In: Carvalho Filho ET, Papaléo Netto M. Geriatria: fundamentos, clínica e terapêutica. 2ª ed. São Paulo: Atheneu; 2005. p. 3-18.
7. Veras RP. Modelos contemporâneos no cuidado à saúde: novos desafios em decorrência da mudança do perfil epidemiológico da população brasileira. Revista USP. 2001;51:72-85.
8. Paschoal SMP. Autonomia e Independência. In: Papaleó Netto M (org.). Tratado de gerontologia. 2ª ed. São Paulo: Atheneu, 2007. 609-21.
9. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Sinopse do Censo Demográfico 2010[internet]. 2011[Acesso em: 2011 ago 22]. Disponível em: [http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/sinopse/default\\_sinopse.shm](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/sinopse/default_sinopse.shm)
10. Silva MC. O processo de envelhecimento no Brasil: desafios e perspectivas. Textos Envelhecimento [Internet]. 2005 [acesso em; 2011 Out 10];8(1):43-60. Disponível em: [http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1517-59282005000100004&lng=pt](http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-59282005000100004&lng=pt).
11. Organização Pan-americana da Saúde. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília: OPAS; 2005.

12. Brasil. Ministério da Saúde. Estatuto do Idoso/Ministério da Saúde. – 1. ed., 2.<sup>a</sup> reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2003.
13. Lima Filho JB, Sarmiento SMG. Envelhecer bem é possível. Cuidando de idosos na família e na comunidade. São Paulo: Edições Loyola; 2004.
14. Carvalho Filho, ET. Fisiologia do envelhecimento. In: Papaléo Netto, M. Tratado de Gerontologia. 2 ed. São Paulo: Atheneu, 2007. p. 105-119.
15. Santos GA. Os conceitos de saúde e doença na representação social da velhice. *Textos & contextos enferm.* 2002;1(1):1-12.
16. Instituto Brasileiro de Pesquisas Geográficas Síntese de Indicadores Sociais- Tabelas- Aspectos demográficos. 2009. Acesso em: 15 de Jul de 2010. Disponível em: [http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indic\\_sociosaude/2009/indicsaude.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indic_sociosaude/2009/indicsaude.pdf)
17. Ramos LR. Epidemiologia do envelhecimento. In: Freitas et al. Tratado de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara-koogan; 2001. p.72-8.
18. Alves LC, Rodrigues RN. Determinantes da autopercepção de saúde entre idosos do Município de São Paulo, Brasil. *Rev. panam. salud pública.* 2005;17(5/6):333–41.
19. Sadana R, Mathers CD, Lopez AD, Murray CJL, Iburg KM. Comparative analyses of more than 50 household surveys on health status. In: Murray CJL, Salomon JA, Mathers CD, Lopez AD. Summary measures of population health: concepts, ethics, measurement and applications. Geneva: WHO; 2002. p.369-86.
20. Barros MBA, Zanchetta LM, Moura EC, Malta DC. Auto-avaliação da saúde e fatores associados, Brasil, 2006. *Rev. saúde pública.* 2009;43(Supl2):27-37.
21. Chiyoe M, Takaaki K, Koji T, Hiroshi Y, Hideaki T. Determinants of self-rated health: could health status explain the association between self-rated health and mortality? *Arch. gerontol. geriatr.* 2006;43(3):369-80.
22. Bailis DS, Segall A, Chipperfield JG. Two views of self-rated general health status. *Soc. sci. med.* 2003;56(2):203-17.
23. Cheng YH, Chi I, Boey KW, Ko LS, Chou KL. Self-rated economic condition and health of elderly persons in Hong Kong. *Soc. sci. med.* 2002;55(8):1415-24.
24. Ramkumar A, Quah JLS, Wong T, Yeo LSH, Nieh CC, Shankar A et al. Self-rated health, associated factors and diseases: a community-based cross-sectional study of Singaporean adults aged 40 years and above. *Ann. Acad. Med. Singap.* 2009;38(7):606-7.
25. Ahmad K, Jafar TH, Chaturvedi N. Self-rated health in Pakistan: results of a national health survey. *BMC public health.* 2005;51(1):1-7.

26. Asfar T, Ahmad B, Rastam S, Mulloli TP, Ward KD, Maziak W. Self-rated health and its determinants among adults in Syria: a model from the Middle East. *BMC public health*. 2007;177(7):1-9.
27. Lima-Costa MF, Firmo JOA, Uchoa E. A estrutura da auto-avaliação da saúde entre idosos: Projeto Bambuí. *Rev. saúde pública*. 2004;38(6):827-34.
28. Rocha SV. Condição de saúde autorreferida e autonomia funcional entre idosos do Nordeste do Brasil. *Rev. APS*. 2010;13(2):170-4.
29. 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.
30. Merquiades JH. A importância do exercício físico para a qualidade de vida dos idosos. *Rev. bras. de Prescrição e Fisiologia do Exercício*. 2009;3(18):597-614.
31. Silva TR, Menezes PR. Autopercepção de saúde: um estudo com idosos de baixa renda de São Paulo. *Rev. med*. 2007;86(1):28-38.
32. 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.
33. Dachs JNW. Determinantes das desigualdades na auto-avaliação do estado de saúde no Brasil: análise dos dados da PNAD/1998. *Cienc. saúde coletiva*. 2002; 7(4):641-57.
34. Beltrão KI, Sugahara S. Comparação de informações sobre saúde das populações brasileiras e norte-americana baseada em dados da PNAD/98 e NHIS/96. *Cienc. saúde coletiva*. 2002; 7(4):841-867
35. BRASIL, Ministério da Saúde. Inquérito Domiciliar sobre Comportamentos de Risco e Morbidade Referida de Doenças e Agravos Não-Transmissíveis: Brasil. 15 capitais e Distrito Federal, 2002-2003. Rio de Janeiro: INCA. 2004.
36. Perlman F, Bobak M. Determinants of self rated health and mortality in Russia – are they the same? *Int. j. equity health*. 2008; 25:7-19.
37. Miller TR, Wolinsky FD. Self-rated health trajectories and mortality among older adults. *The journals of gerontology. Series B, Psychological sciences and social sciences*. *J. gerontol. Ser. B, Psychol. sci. soc. sci*. 2007; 62(1): S22-7.
38. Xavier AJ, D'orsi E, Sigulem D, Ramos LR. Orientação temporal e funções executivas na predição de mortalidade entre idosos: estudo Epidoso. *Rev. saúde pública*. 2010; 44(1):148-58.

39. Idler EL. Discussion: gender differences in self-rated health, in mortality and in the relationship between the two. *Gerontologist*. 2003; 43(3):372-5.
40. 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.
41. 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.
42. Jóia CL, Ruiz T, Donalísio MR. Grau de satisfação com a saúde entre idosos do Município de Botucatu, Estado de São Paulo, Brasil. *Epidemiol. serv. saúde*. 2008; 17(3):187-94.
43. Goldman N, Gleit DA, Chang MC. The role of clinical risk factors in understanding self-rated health. *Ann. epidemiol.* 2004; 14(1):49–57.
44. Lebrão ML, Laurenti R. Saúde, bem-estar e envelhecimento: o estudo SABE no município de São Paulo. *Rev. bras. epidemiol.* 2005; 8(2):127-41.
45. Alves LC, Leite IC, Machado CJ. Perfis de saúde dos idosos no Brasil: análise da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios de 2003 utilizando o método grade of member ship. *Cad. saúde pública*. 2008; 24(3):535-46.
46. Nunes MCR, Ribeiro RCL, Rosado LEFPL, Franceschini SCC. Influência das características sociodemográficas e epidemiológicas na capacidade funcional de idosos residentes em Ubá, Minas Gerais. *Rev. bras. fisioter.* 2008; 13(5):376-82.
47. Huisman M, Kunst AE, Mackenbach JP. Socioeconomic inequalities in morbidity among the elderly; a European overview. *Soc. sci. med.* 2003; 57(5):861–73.
48. WHO. Envelhecimento ativo: uma política de saúde/World Health Organization; tradução Suzana Gontijo. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.
49. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Sala de Imprensa: Sinopse do Censo Demográfico 2010. Primeiros resultados definitivos do Censo 2010. [ acesso em 2011 ago 24]. Disponível em: [http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia\\_visualiza.php?id\\_noticia=1866&id\\_pagina=1](http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1866&id_pagina=1)
50. Feliciano AB, Moraes AS, Freitas ICM. O perfil do idoso de baixa renda no Município de São Carlos, São Paulo, Brasil: um estudo epidemiológico. *Cad. saúde pública*. 2004; 20(6):1575-85.

51. Louvison MCP; Lebrão, ML, Duarte, YAO, Santos, JLF, Malik, AM, Almeida, ES. Desigualdades no uso e acesso aos serviços de saúde entre idosos do município de São Paulo. *Rev. saúde pública* 2008; 42(4):33-40.
52. Barreto SM, Figueiredo RC. Doença crônica, auto-avaliação de saúde e comportamento de risco: diferença de gênero. *Rev. saúde pública*. 2009; 43(Supl 2):38-47.
53. 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.
54. Zimmer Z, Amornsirisomboon P. Socioeconomic status and health among older adults in Thailand: an examination using multiple indicators. *Soc. sci. med*. 2001; 52(8):1297-311.
55. Parahyba MI, Simoes CCS. A prevalência de incapacidade funcional em idosos no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*. 2006; 11(4):967-74.
56. McCullough ME, Laurenceau JP. Gender and natural history of self-rated health: a 59-year longitudinal study. *Health psychol*. 2004; 23(6):651-5.
57. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística- IBGE. Síntese de Indicadores Sociais. Rio de Janeiro: IBGE, 2007.
58. Lima-Costa MF, Peixoto SV, Matos DL, Firmo JOA, Uchôa E. A influência de respondente substituto na percepção da saúde de idosos: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (1998, 2003) e na coorte de Bambuí, Minas Gerais, Brasil. *Cad. saúde pública*. 2007; 23(8):1893-902.
59. Carvalho Filho ET. Medicina preventiva no idoso. *Rev. bras. clín. ter*. 2003; 29(1):8-18.
60. Alves LC, Leimann BCQ, Vasconcelos MEL, Carvalho MS, Vasconcelos AGG, Fonseca TCO et al. A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do Município de São Paulo, Brasil. *Cad. saúde pública*. 2007; 23(8):1924-30.
61. World Health Organization. The world health report 2002: reducing risks, promoting healthy life. Geneva; 2002.
62. Achutti A, Azambuja MIR. Doenças crônicas não-transmissíveis no Brasil: repercussões do modelo de atenção à saúde sobre a seguridade social. *Ciênc. saúde coletiva*. 2004; 9(4):833-40.
63. Almeida MF, Barata RB, Montero CV, Silva ZP. Prevalência de doenças crônicas auto-referidas e utilização dos serviços de saúde, PNAD/1998, Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*. 2002; 7(4):743-56

64. Rodrigues MAP, Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS. Uso de serviços básicos de saúde por idosos portadores de condições crônicas, Brasil. *Rev. saúde pública.* 2009; 43(4):604-612.
65. Barreto SM, Figueiredo RC. Doença crônica, auto-avaliação de saúde e comportamento de risco: diferença de gênero. *Rev. saúde pública.* 2009; 43(Supl 2):38-47.
66. Leite-Cavalcanti C Rodrigues-Gonçalves MC, Rios-Asciutti LS, Leite-Cavalcanti A. Prevalência de doenças crônicas e estado nutricional em um grupo de idosos brasileiros. *Rev. salud pública.* 2009; 11(6):865-877.
67. Rodrigues MAP, Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS. Uso de serviços básicos de saúde por idosos portadores de condições crônicas, Brasil. *Rev. saúde pública.* 2009; 43(4):604-12.
68. Paskulin LMG, Vianna LAC. Perfil sócio demográfico e condições de saúde auto-referidas de idosos de Porto Alegre. *Rev. saúde pública.* 2007; 41(5):757-68.
69. Faerstein E, Chor D, Lopes CS. Confiabilidade da História Referida de Diagnóstico e Tratamento de Hipertensão Arterial. Diferenciais Segundo Gênero, Idade e Escolaridade. O Estudo Pró-Saúde. *Arq. bras. cardiol.* 2001; 76:297-300.
70. Ferraro KF, Su Y. Physician-evaluated and self-reported morbidity for predicting disability. *Am. j. public health.* 2000; 90(1):103-8.
71. 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.
72. Costa EC, Nakatani AYK, Bachion MM. Capacidade de idosos da comunidade para desenvolver Atividades de Vida Diária e Atividades Instrumentais de Vida Diária. *Acta Paul. enferm.* 2006; 19(1):43-35.
73. Rosa TEC, Benicio MHD, Latorre MRDO, Ramos LR. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. *Rev. saúde pública.* 2003; 37(1):40-48.
74. Papaléo Neto M. *Tratado de Gerontologia.* 2 ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2007.
75. Mazo GZ, Lopes MA, Benedetti TB. *Atividade física e o idoso: concepção gerontológica.* Porto Alegre: Sulina, 2001.
76. Duarte YAO, Andrade CL, Lebrão ML. O Índice de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos. *Rev. Esc. Enferm. USP.* 2007; 41(2):317-25.
77. Kawasaki K, Cruz KCT, Diogo MJDE. A utilização da Medida de Independência Funcional (MIF) em idosos. *Med. rehabil.* 2004; 23(3):57-60.

78. Guedes DV, Silva KCA, Banhato EFC, Mota MMPE. Fatores associados à capacidade funcional de idosos da comunidade. *HU Rev.* 2007; 33(4):105-11.
79. Riberto M, Miyazaki MH, Jucá SSH, Sakamoto H, Novazzi-Pinto PP, Battistella LR. Validação da versão brasileira da medida de independência funcional. *Acta Fisiátrica.* 2004;11(2):72-6.
80. Rikli RE, Jones CJ. Development and validation of a functional fitness test for community-residing older adults. *J. Aging Phys. Act.* 1999; 7:129-61.
81. Paixão Júnior CM, Reichenheim ME. Uma revisão sobre instrumentos de avaliação do estado funcional do idoso. *Cad. saúde pública.* 2005; 21(1):7-19.
82. Santos KA, Koszuoski R, Dias-da-Costa JS, Pattussi MP. Fatores associados com a incapacidade funcional em idosos do Município de Guatambu, Santa Catarina, Brasil. *Cad. saúde pública.* 2007; 23(11):2781-8.
83. Torres GV, Reis LA, Reis LA, Fernandes MH. Qualidade de vida e fatores associados em idosos dependentes em uma cidade do interior do Nordeste. *J. bras. psiquiatr.* 2009; 58(1):39-44.
84. Minosso JSM, Amendola F, Alvarenga MRM, Oliveira MAC. Validação, no Brasil, do Índice de Barthel em idosos atendidos em ambulatórios. *Acta paul. enferm.* 2010; 23(2):218-23.
85. Fernanda Amendola<sup>2</sup>, Maria Amélia de Campos OliveiraAraújo F, Ribeiro JLP, Oliveira A, Pinto C. Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *RPSP.* 2007; 25(2):59-66.
86. Camero MJC, Ocaña MJR, Rodríguez JBR. Nivel de dependencia y percepción de salud tras La valoración enfermera. *Gerokomos.* 2008; 19(4):25-31.
87. Ramos LR. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. *Cad. saúde pública.* 2003; 19(3):793-8.
88. Pimenta FAP, Simil FF, Tôrres HOG, Amaral CFS, Rezende CF, Coelho TO et al. Avaliação da qualidade de vida de aposentados com a utilização do questionário SF-36. *Rev. Assoc. Med. Bras.* 2008; 54(1):55-60.
89. Guimaraes LH, Galdino DCA, Martins FLM, Abreu SR, Lima M, Vitorino DFM. Avaliação da capacidade funcional d idosos em tratamento fisioterapêutico. *Rev. neurociênc.* 2004;12(3):130-3.
90. Caldas C. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. *Cad. Saúde Pública.* 2003;19(3):773-81.

91. Brasil. Critério Padrão de Classificação econômica do Brasil/1997. ABA, ANEP, ABIPEME, 2000.
92. Rocha F. Nível de atividade Física habitual e autopercepção de saúde em idosas no município de Jequié-BH. RBPS. 2007; 20(3):161-7.
93. Pereira JC, Barreto SM, Passos VMA. O perfil de saúde cardiovascular dos idosos brasileiros precisa melhorar: estudo de base populacional. Arq. bras. cardiol. 2008; 91(1):1-10.
94. Victor JF, Ximenes LB, Almeida PC, Vasconcelos FF. Perfil sociodemográfico e clínico de idosos atendidos em Unidade Básica de Saúde da Família. Acta paul. enferm. 2009; 22(1):49-54.
95. Salgado CDS. Mulher idosa: a feminização da velhice. Estud. interdiscipl. envelhec. 2002; 4:7-19.
96. Romero DE. Diferenciais de gênero no impacto do arranjo familiar no status de saúde dos idosos brasileiros. Ciênc. saúde coletiva. 2002; 7(4):777-94.
97. Nardi A, Glina S, Favorito LA. Primeiro Estudo Epidemiológico sobre Câncer de Pênis no Brasil. Int. braz. j. urol. 2007; 33:1-7.
98. Courtenay WH. Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health. Soc. sci. med. 2000; 50:1385-401.
99. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Indicadores e Dados Básicos - Brasil – 2006. Folheto do IDB-2006idb, 2006. [acesso em: 2011 jun 13]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2006/folder.htm>
100. Laurenti R, Jorge MHPM, Gotlieb SLD. Perfil epidemiológico da morbimortalidade masculina. Ciênc. saúde coletiva. 2005; 10(1):35-46.
101. Baptista DBDA. Idosos no município de São Paulo: expectativa de vida ativa e perfis multidimensionais de incapacidade a partir da SABE [dissertação]. Belo Horizonte (MG): Universidade Federal de Minas Gerais; 2003.
102. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico 2000: características gerais da população, resultados da amostra. Rio de Janeiro: IBGE, 2003.
103. Camargos MCS, Perpetuo IHO, Machado CJ. Expectativa de vida com incapacidade funcional em idosos em São Paulo, Brasil. Rev. panam. salud pública. 2005; 17(5-6):379-38.



104. Camargos MCS, Machado CJ, Rodrigues RN. Disability life expectancy for the elderly, city of São Paulo, Brazil, 2000: gender and educational differences. *J. biosoc. sci.* 2007; 39(3):455-63.
105. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº 1.944/GM, de 27 de agosto de 2009, que institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
106. Benedetti TRB, Mello ALSF, Gonçalves LHT. Idosos de Florianópolis: auto-percepção das condições de saúde bucal e utilização de serviços odontológicos. *Ciênc. saúde coletiva.* 2007; 12(6):1683-90.
107. Fiedler MM, Peres KG. Capacidade funcional e fatores associados em idosos do Sul do Brasil: um estudo de base populacional. *Cad. saúde pública.* 2008; 24(2):409-15.
108. Veras RP. Atenção preventiva ao idoso: uma abordagem de saúde coletiva. In: Papaléo Netto M. *Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada.* São Paulo: Atheneu, 2000. p.383-93.
109. Camarano AA, Parsinato MT. Envelhecimento da População Brasileira: Uma contribuição Demográfica. IPEA. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Texto para discussão no. 858. Rio de Janeiro. Janeiro/2002.
110. Wong, LLR, Carvalho JA. O rápido processo de envelhecimento populacional do Brasil: sérios desafios para as políticas públicas. *Rev. bras. estud. popul.* 2006; 23(1):5-26.
111. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico de 2000: revisão 2004. Rio de Janeiro (RJ): IBGE; 2004 [acesso em 2010 Abr 28]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm>
112. Pavarini SCI, Barha EJ, Mendiondo MS, Filizola CLA, Petrilli JF Filho, Santos AA. Family and social vulnerability: a study with octogenarians. *Rev. latinoam. enferm.* 2009; 17(3):374-9.
113. D'orsi E, Xavier AJ, Ramos LR. Trabalho, suporte social e lazer protegem idosos da perda funcional: estudo epidioso. *Rev. saúde pública.* 2011; 45(4):685-92.
114. Alves LC, Leite IC, Machado CJ. Fatores associados à incapacidade funcional dos idosos no Brasil: análise multinível. *Rev. saúde pública.* 2010; 44(3):468-78.
115. Mastroeni MF, Erzinger GS, Mastroeni SSBS, Silva NN, Marcucci MFN. Perfil demográfico de idosos da cidade de Joinville, Santa Catarina: estudo de base domiciliar. *Rev. bras. epidemiol.* 2007; 10(2):190-201.

116. Costa EC, Nakatani AYK, Bachion MM. Capacidade de idosos da comunidade para desenvolver Atividades de Vida Diária e Atividades Instrumentais de Vida Diária. *Acta paul. enferm.* 2006; 19(1):43-35.
117. Garcia ESS, Saintrain MVL. Perfil epidemiológico de uma população idosa atendida pelo Programa Saúde da Família. *Rev. enferm. UERJ.* 2009; 17(1):18-23.
118. Valle EA, Castro-Costa E, Firmo JOA, Uchoa E, Lima-Costa MF. Estudo de base populacional dos fatores associados ao desempenho no Mini Exame do Estado Mental entre idosos: Projeto Bambuí. *Cad. saúde pública.* 2009; 25(4):918-26.
119. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Síntese de Indicadores Sociais: Uma análise das condições de vida da população brasileira. Estudos e pesquisas- Informação Demográfica e Socioeconômica, número 23. Rio de Janeiro, 2008.
120. Pacheco RO, Santos SSC. Avaliação global de idosos em unidade de PSF. *Textos envelhecimento.* 2004; 7(2):45-61.
121. Maciel ACC, Guerra RO. Influência dos fatores biopsicossociais sobre a capacidade funcional de idosos residentes no nordeste do Brasil. *Rev. Brás. epidemiol.* 2007; 10(2): 178-89.
122. RAMOS, Luiz Roberto. Saúde Pública e envelhecimento: o paradigma da capacidade funcional. *BIS, Bol. Inst. Saúde.* 2009; 47:40-41.
123. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. *Saúde Brasil 2006: uma análise da desigualdade em saúde.* Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
124. Santos SAL, Tavares DMS, Barabosa MH. Fatores socioeconômicos, incapacidade funcional e número de doenças entre idosos. *Rev. eletrônica enferm.* [Internet]. 2010 [acesso em 2011 jun 20]; 12(4): 692-7. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n4/v12n4a14.htm>.
125. Moura EC, Morais Neto OL, Malta DC, Moura L, Silva NN, Bernal R, et al. Vigilância de Fatores de Risco para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal (2006). *Rev. bras. epidemiol.* 2008;11(Suppl 1):20-37.
126. Firmo JOA, Lima-Costa MF, Barreto SM. The Bambui Health and Aging Study (BHAS): Factors associated with the treatment of hypertension in older adults in the community. *Cad. saúde pública.* 2003; 19(3):815-25.

- 127.Araújo MAL, Leitão GCM. Acesso à consulta a portadores de doenças sexualmente transmissíveis: experiências de homens em uma unidade de saúde de Fortaleza, Ceará, Brasil. *Cad. saúde pública*. 2005; 21(2):396-403.
- 128.Coelho Filho JM, Ramos LR. Epidemiologia do envelhecimento no Nordeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. *Rev. saúde pública*. 1999; 33(5):445-53.
- 129.Lima-Costa MF, Barreto S, Giatti L. Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. *Cad. saúde pública*. 2003;19(3):735-43.
- 130.Araujo MOPH, Ceolim MF. Avaliação do grau de independência de idosos residentes em instituições de longa permanência. *Rev. Esc. Enferm. USP*. 2007;41(3):378-85
- 131.Del-Duca GF, Silva MC, Hallal PC. Incapacidade funcional para atividades básicas e instrumentais da vida diária em idosos. *Rev. saúde pública* 2009; 43(5):796-805.
132. Karsch UM. Idosos dependentes: famílias e cuidadores. *Cad. saúde pública*. 2003;19:861-6.
- 133.Abdulraheem IS, Oladipo AR, Amodu MO. Prevalence and Correlates of Physical Disability and Functional Limitation among Elderly Rural Population in Nigeria *J Aging Res*. 2011(2011).
- 134.Santos SAL, Tavares DMS, Barabosa MH. Fatores socioeconômicos, incapacidade funcional e número de doenças entre idosos. *Rev. eletrônica enferm.*[Internet]. 2010 [acesso em 2011 jun 5]; 12(4): 692-7. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n4/v12n4a14.htm>.
- 135.Tavares DMS, Guidetti GECB, Saúde MIBM. Características sócio-demográficas, condições de saúde e utilização de serviços de saúde por idosos. *Rev. eletrônica enferm.* [Internet]. 2008 [acesso em 2011 jun 5]; 10(2):299-309. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n2/v10n2a02.htm>
136. Hartmann ACVC. Fatores associados a autopercepção de saúde em idosos de Porto Alegre[tese]. Porto Alegre-RS: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Instituto de Geriatria e Gerontologia; 2008.
- 137.Lima-Costa MF, Firmo JO, Uchôa E. Differences in self-rated health among older adults according to socioeconomic circumstances: the Bambuí Health and Aging Study. *Cad. saúde pública*. 2005;21(3):830-9.

138. Wong R, Pelaez M, Palloni A. Self-reported general health in older adults in Latin America and the Caribbean: usefulness of the indicator. *Rev. panam. salud pública.* 2005;17(5-6):323-32.
139. 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.
140. Siqueira FV, Facchin LA, Piccini R, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, Hallal PC. 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.
141. Fernandes LC, Bertoldi AD, Barros AJD. Utilização dos serviços de saúde pela população coberta pela Estratégia de Saúde da Família. *Rev. saúde pública* 2009; 43(4):595-603.
142. 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):1593-602.
143. Lima-Costa MF, Peixoto SV, Matos DL, Firmo JOA, Uchoa E. A influência de respondente substituto na percepção da saúde de idosos: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (1998, 2003) e na coorte de Bambuí, Minas Gerais, Brasil. *Cad. saúde pública.* 2007; 23(8):1893-902.
144. Orfila F, Ferrer M, Lamarca R, Alonso J. Evolution of self-rated health status in the elderly: cross-sectional vs. longitudinal estimates. *J. clin. epidemiol.* 2000;53(6):563-70.
145. Cott CA, Gignac MA, Badley EM. Determinants of self rated health for Canadians with chronic disease and disability. *J. epidemiol. community health.* 1999;53(11):731-6.
146. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Conjunta nº 112, de 19 de junho de 2002. Institui o fluxo de alimentação da base nacional do Hiperdia.
147. Miranzi SSC, Ferreira FS, Iwamoto HH; Pereira GA, Miranzi MAS. Qualidade de vida de indivíduos com diabetes mellitus e hipertensão acompanhados por uma equipe de saúde da família. *Texto & contexto enferm.* 2008;17(4):672-9.
148. Walker JB, Maxwell CJ, Hogan DB, Ebly EM. Does self-rated health predict survival in older persons with cognitive impairment? *J. am. geriatr. soc.* 2004;52:1895-900.
149. Andreotti RA, Okuma SS. Validação de uma bateria de testes de atividades da vida diária para idosos fisicamente independentes. *Rev. paul. educ. fís.* 1999;13(1):46-66.

150. Brasil. Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Diário Oficial da União 2006.
151. Martins JJ, Schier J, Erdmann AL, Albuquerque GL. Políticas públicas de atenção à saúde do idoso: reflexão acerca da capacitação dos profissionais da saúde para o cuidado com o idoso. Rev. bras. geriatr. gerontol. 2007;10(3):371-82.
152. Araujo MAS, Nakatani AYK, Silva LBS, Bachion MM. Perfil do idoso atendido por um programa de saúde da família em Aparecida de Goiânia. Revista da UFG. 2003; 5(2): [Acesso em 2010 jun 28]; Disponível em: URL: [http://www.proec.ufg.br/revista\\_ufg/idoso/perfil.html](http://www.proec.ufg.br/revista_ufg/idoso/perfil.html)

## APÊNDICE A

### FORMULÁRIO

Data da entrevista: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_                      UBSF: \_\_\_\_\_

Entrevistadores: \_\_\_\_\_

Há necessidade de informante? Não  Sim  Qual? \_\_\_\_\_

O idoso está acamado? Não  Sim  Tem condições de se locomover? Não  Sim

#### 1. Dados pessoais:

Sexo  M     F    Cor \_\_\_\_\_    Estado civil \_\_\_\_\_

Identificação: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_    Idade: \_\_\_\_\_    Telefone contato: \_\_\_\_\_

Anos de estudo:     analfabetos                       1 a 4 anos de escolaridade  
                                   5 a 8 anos de escolaridade     9 ou mais anos de escolaridade

#### 2. Dados socioeconômicos:

Qual o grau de instrução do(a) Sr.(Sra.)?					
Analfabeto/Primário incompleto	Analfabeto/Até 3ª série fundamental	0			
Primário completo/Ginasial incompleto	Até 4ª série fundamental	1			
Ginasial completo/ Colegial incompleto	Fundamental completo	2			
Colegial completo/Superior incompleto	Médio completo	4			
Superior completo	Superior completo	8			
Qual a quantidade dos seguintes itens há no domicílio?	Critério (ABIPEME)				
	Não tem	1	2	3	4 ou +
Televisão em cores	0	1	2	3	4
Rádio	0	1	2	3	4
Banheiro	0	4	5	6	7
Automóvel	0	4	7	9	9
Empregada mensalista	0	3	4	4	4
Máquina de lavar	0	2	2	2	2
Vídeo cassete e/ou DVD	0	2	2	2	2
Geladeira	0	4	4	4	4
Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)	0	2	2	2	2

### 3. Situação de saúde

#### 3.1. Como o(a) senhor(a) considera a sua saúde?

excelente     muito boa     boa     regular     má

#### 3.2. Um médico ou outro profissional da saúde lhe disse que tem alguma dessas doenças?

Pressão alta	Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	NS <input type="checkbox"/>	Artrite/artrose/ reumatismo	Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	NS <input type="checkbox"/>
Problema cardíaco	Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	NS <input type="checkbox"/>	Diabetes	Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	NS <input type="checkbox"/>
Osteoporose	Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	NS <input type="checkbox"/>	Doença crônica pulmonar	Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	NS <input type="checkbox"/>
Embolia/derrame	Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	NS <input type="checkbox"/>	Câncer	Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>	NS <input type="checkbox"/>

### 4. Avaliação funcional

#### 4.1. Escala de Barthel

Item	Questão	Posso fazer sozinho	Posso fazer com ajuda de alguém	Não posso fazer de jeito nenhum
1	Beber de uma xícara	4	0	0
2	Comer	6	0	0
3	Vestir a parte superior do corpo. Fechar botões.	5	3	0
4	Vestir a parte inferior do corpo. Colocar meias e calçados. Fechar botões, zíper, amarrar calçado.	7	4	0
5	Colocar membro artificial ou aparelho ortopédico.	0	-2	0 (não se aplica, pois não usa)
6	Pentear-se.	5	0	0
7	Lavar-se ou banhar-se.	6	0	0
8	Controle da urina.	10 Não apresenta episódios de incontinência (por uma semana, pelo	5 Incontinência ocasional (máximo uma perda em 24h), ou necessita de	0 (incontinente ou uso de sonda sem habilidade para

		menos), ou usa sozinho sondas de alívio.	ajuda para o uso de sonda	manejar)
9	Controle das excreções intestinais.	10  Não apresenta episódios de incontinência.  Se uso de supositório, enema, faz sozinho	5  Incontinência ocasional (máximo 1x/semana).  Necessita de ajuda para o uso de enemas)	0 (incontinente total)
10	Uso do vaso sanitário.	15  Usa o vaso sanitário ou urinol. Senta-se e levanta-se sem ajuda (embora use barras de apoio). Limpa-se e veste-se sem ajuda	7  Necessita de ajuda para manter o equilíbrio, limpar-se e vestir a roupa.	0
11	Ir e sair do banheiro.	6	3	0
12	Entrar e sair da banheira ou chuveiro.	1	0	0
13	Andar 50 metros no plano (meia quadra).	15  Caminhar sem ajuda, embora utilize bengalas, muletas, próteses ou andador.	10	0
14	Subir e descer um andar de escadas.	10	5	0
15	Se não andar: movimentar a cadeira de rodas.	5	0	0 (não se aplica, pois não usa)
Sub-Total				
			Total	



## APÊNDICE B



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE – CCBS  
NÚCLEO DE ESTUDOS E PESQUISAS EPIDEMIOLÓGICAS – NEPE

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, \_\_\_\_\_ aceito livremente participar do estudo intitulado "Avaliação multidimensional da saúde dos idosos atendidos pela Estratégia Saúde da Família no município de Campina Grande/PB e grau de satisfação acerca dos serviços oferecidos" sob responsabilidade da pesquisadora Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Tarciana Nobre de Menezes.

**Propósito do Estudo:** Avaliar o idoso de Campina Grande atendido pela Estratégia de Saúde da Família em seus aspectos bio-psico-sociais.

**Participação:** Ao concordar em participar, deverei estar à disposição para responder a algumas perguntas referentes a dados demográficos, sócio-econômicos, situação de saúde e psico-cognitivos, utilização de medicamentos, hábitos de vida, redes de apoio social e grau de satisfação quanto aos serviços oferecidos pela estratégia. Além disso, permitirei a aferição da minha pressão arterial e das seguintes variáveis antropométricas: peso, estatura, dobra cutânea tricipital (DCT) e dobra cutânea subescapular (DCS), perímetro do braço (PB), perímetro da cintura (PC), perímetro do quadril (PQ), perímetro do abdome (PA), perímetro da panturrilha (PP) e altura do joelho, bem como a realização de testes de capacidade funcional, avaliação da saúde bucal e coleta de sangue.

**Riscos:** Este estudo não trará risco para minha integridade física ou moral.

**Benefícios:** As informações obtidas com esse estudo poderão ser úteis cientificamente e de ajuda para os idosos.

**Privacidade:** A identificação dos participantes será mantida em sigilo, sendo que os dados científicos resultantes do presente estudo poderão ser divulgados em congressos e publicados em revistas científicas. Minha participação é, portanto, voluntária, podendo desistir a qualquer momento do estudo, sem qualquer consequência para mim.

**Dúvidas e/ou reclamações:** Em caso de dúvidas e/ou reclamações entrar em contato com Tarciana Nobre de Menezes (33153415).

Campina Grande, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_.

-----  
Assinatura do participante do estudo

ou impressão dactiloscópica

-----  
Assinatura do pesquisador

## ANEXO

## Aprovação da Comissão de Ética em Pesquisa

Andamento do projeto - CAAE - 0228.0.133.000-08

**Título do Projeto de Pesquisa**  
 AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL DA SAÚDE DOS IDOSOS ATENDIDOS PELA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE/PB E GRAU DE SATISFAÇÃO ACERCA DOS SERVIÇOS OFERECIDOS

Situação	Data Inicial no CEP	Data Final no CEP	Data Inicial na CONEP	Data Final na CONEP
Aprovado no CEP	09/07/2008 09:27:07	20/08/2008 14:45:35		

Descrição	Data	Documento	Nº do Doc	Origem
2 - Recebimento de Protocolo pelo CEP (Check-List)	09/07/2008 09:27:07	Folha de Rosto	0228.0.133.000-08	CEP
1 - Envio da Folha de Rosto pela Internet	02/07/2008 21:52:51	Folha de Rosto	FR205237	Pesquisador
3 - Protocolo Aprovado no CEP	20/08/2008 14:45:35	Folha de Rosto	0228.0.133.000-08	CEP

Voltar

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA  
 PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA  
 COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

D.P. Araújo  
 Profª Dra. Doralúcia Pedrosa de Araújo  
 Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa



Pathy Belem &lt;pathybelem@gmail.com&gt;

---

## Novo artigo (CSP\_1363/11)

1 mensagem

---

Cadernos de Saude Publica <cadernos@ensp.fiocruz.br>

20 de outubro de 2011 04:57

Para: pathybelem@gmail.com

Prezado(a) Dr(a). Patricia Leite de Oliveira Belem:

Confirmamos a submissão do seu artigo "Autopercepção do estado de saúde e fatores associados em idosos" (CSP\_1363/11) para Cadernos de Saúde Pública. Agora será possível acompanhar o progresso de seu manuscrito dentro do processo editorial, bastando clicar no *link* "Sistema de Avaliação e Gerenciamento de Artigos", localizado em nossa página <http://www.ensp.fiocruz.br/csp>.

Em caso de dúvidas, envie suas questões através do nosso sistema, utilizando sempre o ID do manuscrito informado acima. Agradecemos por considerar nossa revista para a submissão de seu trabalho.

Atenciosamente,

Prof. Carlos E.A. Coimbra Jr.  
Prof. Mario Vianna Vettore  
Editores



### **Cadernos de Saúde Pública / Reports in Public Health**

Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Fundação Oswaldo Cruz

Rua Leopoldo Bulhões 1480

Rio de Janeiro, RJ 21041-210, Brasil

Tel.: +55 (21) 2598-2511, 2508 / Fax: +55 (21) 2598-2737

[cadernos@ensp.fiocruz.br](mailto:cadernos@ensp.fiocruz.br)

<http://www.ensp.fiocruz.br/csp>