

Prevalência e fatores associados à percepção negativa da saúde em pessoas idosas no Brasil

Prevalence and factors associated with negative health perception by the Brazilian elderly

Roberto Jerônimo dos Santos Silva^{I,II}

Aldemis Smith-Menezes^{III}

Sheilla Tribess^{IV}

Vicente Rómo-Perez^V

Jair Sindra Virtuoso Júnior^{IV}

^I Pós graduação en Actividad Física y Salud de la Facultad de Ciencias de Educación y del Deporte – UVIGO, Pontevedra, España.

^{II} Departamento de Educação Física da Universidade Federal de Sergipe – UFS.

^{III} Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Sergipe – IFS, Campus Itabaiana, SE.

^{IV} Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Triângulo Mineiro – UFTM, Uberaba, MG.

^V Departamento de Didácticas Especiais da Facultad de Ciencias de Educación y del Deporte – UVIGO, Pontevedra, España.

Correspondência: Roberto Jerônimos dos Santos Silva. Departamento de Educação Física/Universidade Federal de Sergipe. Av. Marechal Rondon S/N - Jd. Rosa Elze - São Cristóvão - CEP 49100-000. E-mail: rjeronimoss@gmail.com

Resumo

Objetivo: Analisar os fatores associados à percepção negativa de saúde em idosos brasileiros. **Métodos:** Estudo de base populacional com delineamento transversal realizado no ano de 2009, em três cidades do Brasil. A amostra estratificada de forma aleatória simples foi composta de 909 adultos de 60 a 91 anos. Na identificação dos fatores associados com a percepção negativa de saúde (PNS), foi realizada análise bruta e multivariável por estimativas das Razões de Prevalência (RP), por meio da regressão de Poisson; $p < 0.05$. **Resultados:** A prevalência para PNS foi de 49,6%, e após análise multivariada foi observado associação para os homens com o aumento da idade $RP = 1,03$ ($IC = 1,01 - 1,06$), risco de desnutrição $RP = 1,66$ ($IC = 1,13 - 2,43$) e incapacidade funcional $RP = 1,79$ ($IC = 1,21 - 1,77$). Para as mulheres, o uso superior a dois medicamentos $RP = 1,41$ ($IC = 1,13 - 2,52$), hipertensão arterial $RP = 1,52$ ($IC = 1,43 - 1,97$) e a incapacidade funcional $RP = 1,36$ ($IC = 1,13 - 1,86$). **Conclusões:** Quase a metade dos idosos possuem uma PNS, de maneira que ações preventivas de diminuição ao uso de medicamentos e comportamentos que favoreçam melhores condições nutricionais devem estar atreladas às políticas públicas à promoção da autonomia funcional e do bem-estar dos idosos.

Palavras-chave: Saúde do idoso. Auto-avaliação (saúde). Autonomia funcional. Bem-estar. Percepção de saúde. idoso.

Abstract

Objective: To analyze the factors associated with negative health perception in older Brazilians. **Methods:** Population study of a cross-sectional sample, conducted in 2009 in three cities of Brazil. The stratified simple random sample consisted of 909 adults between 60 and 91 years of age. A gross and multivariate analysis by estimated prevalence rate (PR) using Poisson regression with calculation of adjusted prevalence ratios, $p < 0.05$ was performed to identify factors associated with negative perception of health (NPH). **Results:** The prevalence of NPH was 49.6%. After the multivariate association, a certain association for men with older age PR = 1.03 (CI = 1.01 to 1.06), risk of malnutrition PR = 1.66 (CI = 1.13 to 2.43) and disability PR = 1.79 (CI = 1.21 to 1.77) was observed. For women, the association was with taking more than two medications PR = 1.41 (CI = 1.13 to 2.52), hypertension PR = 1.52 (CI = 1.43 to 1.97) and functional disability PR = 1.36 (CI = 1.13 to 1.86). **Conclusions:** Nearly half of the elderly have NPH, therefore preventive actions that decrease drug use and encourage behaviors toward better nutritional conditions should be tied to public policies in order to promote the functional independence and well-being of the elderly.

Keywords: Elderly health. Self assessment in health. Functional autonomy. Wellness. Health perception. Elderly.

Introdução

A efetividade na avaliação do estado de saúde é uma das preocupações quando se procura avaliar as condições de saúde em idosos. Esta avaliação, quando se dispõe de local e equipamentos adequados, não se configura como problema; no entanto, os métodos clínicos e laboratoriais geralmente utilizados para a avaliação do estado de saúde em grupos populacionais podem se configurar como procedimentos inviáveis.

Outro ponto interessante trata da natureza subjetiva da auto-avaliação; de modo geral, os estudos de cunho epidemiológico terminam por não esclarecer quais elementos são considerados pelos idosos no que se refere ao seu estado de saúde¹.

Neste sentido, torna-se necessária a elaboração de estratégias simples, de fácil compreensão e baixo custo financeiro, de maneira a favorecer a eficácia em diagnósticos, sobretudo em inquéritos populacionais. Dentre as opções para avaliação do estado de saúde, as medidas subjetivas, por intermédio de escalas (questionários), parecem ser a estratégia mais viável em estudos populacionais em virtude de sua praticidade.

Nesta mesma linha de raciocínio, verifica-se que a percepção subjetiva de saúde se configura como a interpretação pessoal que os indivíduos fazem de sua própria saúde^{1,2}. Tal percepção está diretamente dependente das experiências pessoais, dos objetivos e dos mecanismos que as pessoas utilizam para lidar com decepções e fracassos, podendo ainda estar relacionada com as condições físicas e com o comprometimento funcional do sujeito^{2,3}.

A auto-avaliação subjetiva do estado de saúde tem merecido considerável atenção como um indicador associado ao declínio da autonomia funcional e até mesmo da mortalidade entre idosos^{3,4,5}. Tem sido largamente utilizada por ser uma variável simples de ser obtida, com o potencial de sintetizar uma complexa interação de fatores envolvidos na saúde do idoso, e com valor preditivo de mortalidade^{3,5}.

Embora haja diversos estudos evidenciando a associação entre medidas de saúde objetivas e medidas auto-referidas de saúde, poucos se preocuparam em verificar a relação da percepção de saúde com a interação de diversos fatores (sociodemográficos e econômicos, capacidade funcional e com problemas de saúde)^{4,5}.

A análise dos fatores relacionados à auto-percepção de saúde estratificada por sexo permite identificar com mais detalhes as variáveis que interferem na saúde dos idosos, pois o processo de envelhecimento é marcado por diferenças no declínio físico e metabólico de homens e mulheres⁶, fato que pode desencadear percepções diferenciadas em torno da saúde.

O propósito deste estudo foi verificar, em idosos, a relação da percepção de saúde com aspectos sociodemográficos e econômicos, aspectos clínicos e comportamentais. O levantamento dessas informações proporciona o entendimento do papel da auto-avaliação do estado de saúde, servindo como referência para fundamentar programas na promoção à saúde no diagnóstico e acompanhamento de possíveis intervenções que venham a ser desenvolvidas a grupamentos etários mais avançados.

Métodos

Foi realizado um estudo transversal, com inquérito domiciliar, em três municípios interioranos brasileiros representando as regiões Nordeste, Sudeste e Sul do país (respectivamente, Distrito de Olivença em Ilhéus/BA, Caratinga/MG e Nova Santa Rosa/PR), no período de março a maio de 2009. A amostra populacional, foi calculada em 992 idosos (Caratinga = 463; Ilhéus = 148; Nova Santa Rosa = 298), considerando 95% de confiança, efeito desing 2,5, 80% de poder do teste, margem de erro (me) de 5,0% para as estimativas intervalares e uma proporção estimada de $n = 0,5$ para as proporções de interesse⁷.

Para o cálculo dos idosos, em cada município foi respeitada a proporção populacional, sendo que para o cálculo dos

idosos nos bairros elegíveis, a partir do procedimento de sorteio, em cada município utilizou-se a técnica de amostragem estratificada proporcional, que consta dos seguintes procedimentos na ordem de ocorrência:

- conhecimento do número de idosos em cada bairro com a utilização dos dados disponibilizados pelo Ministério da Saúde – Secretaria Municipal de Saúde nos respectivos municípios;
- cálculo da proporção que cada estrato (bairro) representa na população (p_i) onde N = número total de idosos nos municípios; N_i = número total de idosos em cada estrato (bairro)⁷;
- cálculo do número de sujeitos da amostra em cada estrato (n_i); onde “ n ” representa o número de idosos da amostra; p_i : proporção que cada estrato representa na população: $n_i = p_i * n$

Após o cálculo do número de idosos para a amostra em cada estrato (bairro ou distrito), foram considerados pelo menos 10 idosos naqueles setores, onde o cálculo amostral foi inferior a cinco. Utilizou-se a técnica de amostra sistemática para selecionar, dentro de cada bairro, os domicílios, nos quais os idosos foram entrevistados; portanto, a amostra inicial foi de 992 idosos. Com as perdas previstas (10%), obteve-se uma amostra final de 909 idosos.

Para a seleção dos idosos a serem entrevistados em cada bairro, após o cálculo do intervalo amostral realizou-se sorteio aleatório para selecionar o primeiro domicílio a ser visitado na primeira quadra do bairro. No sentido horário, os demais domicílios foram considerados em cada quadra, até percurso da totalidade do bairro. Nos domicílios em que não havia idoso, considerou-se aquele imediatamente posterior. Realizou-se a escolha por sorteio quando, na residência selecionada, havia mais de um idoso. Quando no domicílio selecionado havia idoso, mas este não estava em casa, agendou-se outro horário, e se no dia agendado o idoso estivesse ausente, considerou-se o domicílio imediatamente

posterior. Em condomínios (prédios ou casas), o entrevistador apresentou-se na portaria e questionou sobre o número de apartamentos ou casas existentes, elaborou um roteiro e deu sequência à seleção dos domicílios.

Utilizou-se o mapa de cada bairro disponibilizado pelas Secretarias Municipais de Saúde como itinerário para a seleção dos domicílios. Quando o bairro foi percorrido e não se alcançou o número de idosos desejado, voltou-se ao início do bairro, na casa subsequente à primeira casa selecionada e todos os procedimentos foram repetidos, até se obter o número desejado de idosos.

Para o presente estudo, a amostra populacional foi constituída por idosos que atenderam aos critérios de inclusão: ter 60 anos ou mais, residir na Zona Urbana dos municípios investigados e nos respectivos bairros ou distrito selecionados, não apresentar sintomatologia de confusão mental acentuada e aceitar participar da pesquisa.

Para a coleta de dados foi utilizada uma entrevista multidimensional, aplicada individualmente. Deve-se ressaltar que os instrumentos tiveram sua confiabilidade testada previamente ao estudo, constituído pelos seguintes itens:

- Dimensão sociodemográfica: idade, sexo, cor da pele, escolaridade (último grau completo), estado civil, atividade laboral, tamanho da família e nível socioeconômico (adotado o Critério Brasil de Classificação Econômica)*;
- Dimensão de saúde física e mental: autopercepção de saúde, consumo de bebidas alcoólicas e tabagismo, patologias em conformidade com a Classificação Internacional de Doenças (CID-10)⁸, risco de desnutrição pela Mini avaliação nutricional⁹, e atividades instrumentais da vida diária (AIVD) pela versão adaptada do Índice de Lawton¹⁰. Adotou-se o ponto de corte de 12 pontos para a presença de dependência funcional do

tipo moderada a grave, e sintomatologia depressiva avaliada por intermédio da Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15)¹¹, com o ponto de corte padrão de cinco pontos para a presença de sintomatologia depressiva;

- Aspectos de saúde mental: na avaliação da função cognitiva foi utilizado o Questionário Brazil Old Age Schedule (BOAS)**, com ponto de corte padrão de quatro pontos para a presença de alterações cognitivas severas e nível de atividade física habitual por intermédio da versão longa do Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ), adaptada para idosos¹².

A variável dependente foi representada pela percepção negativa de saúde, constante dos idosos que referiram a saúde como regular ou ruim.

Para confecção do banco de dados foi utilizado o software Epidata, versão 3.1b, e as análises por meio do pacote estatístico SPSS (versão 15). De forma a extrair melhores informações da abordagem descritiva, foi realizada a análise de associação do qui-quadrado. Para a identificação dos fatores associados com a percepção negativa de saúde, foi realizada análise bruta e multivariável por meio da regressão de *Poisson*. Todas as variáveis foram para análise multivariável independente do p valor na análise bruta, seguindo o modelo teórico de determinação. Para escolha da sequência de seleção das variáveis de entrada no modelo multivariável foi utilizado o método “backward”.

Mediante a estratégia estabelecida de associações entre as dimensões estudadas, foram elaborados três modelos explicativos utilizando-se a regressão de *Poisson* e introduzindo as variáveis em forma de blocos, conforme segue: No *bloco* 1 estão as variáveis sexo, cor da pele e idade; no *bloco* 2, as variáveis cidade, estado civil, escolaridade, religião, condição socioeconômica,

*ABEP. Critério de Classificação Econômica Brasil 2003. Disponível em http://www.abep.org/codigosguias/ABEP_CCEB_2003 [Acessado em 20 de março de 2003]

**Veras R, Dutra S. Perfil do idoso brasileiro - questionário BOAS. Rio de Janeiro: UERJ, UnATI; 2008. 100 p. Disponível em: http://www.crde-unati.uerj.br/liv_pdf/perfil.pdf. [Acessado em 8 de julho de 2008]

ocupação, fonte atual de renda e rendimento mensal; no *bloco* 3, as variáveis nutrição, uso atual de fumo, consumo atual de álcool, atividade física regular no passado, avaliação cognitiva, sintomatologia depressiva e capacidade funcional na AIVD. As variáveis permaneceram no modelo quando o *p* valor do teste de wald foi $\leq 0,20$. Considerou-se um nível de significância $p < 0,05$ e intervalo de confiança (IC) de 95 %, com cálculo das razões de prevalências ajustadas.

Esta pesquisa seguiu os princípios éticos presentes na Declaração de Helsinque. Os protocolos de pesquisa foram avaliados e aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual de Santa Cruz, Brasil, (Parecer n°. 32/08).

Resultados

Participaram deste estudo 909 idosos (taxa de resposta de 91,63%). O elevado grau de déficit cognitivo e o não consentimento em participar do estudo foram os principais motivos das perdas amostrais.

A frequência de idosos que referiram a percepção negativa de saúde foi de 49,6%, sendo maior no sexo feminino (56,7%) do que no masculino (43,3%). A média de idade foi de 71,47 anos (DP=8,01), com amplitude de 60 a 91 anos.

A Tabela 1 descreve as características dos idosos por condição de saúde referida. Mais da metade da população foi classificada como de cor de pele branca; entretanto, não houve diferenças significativas na percepção de saúde entre os sexos. De forma similar, o estado civil não interferiu para as diferenças entre os sexos em relação à percepção de saúde negativa. A percepção de saúde negativa foi diferenciada para os sexos quando analisado o município.

A maioria dos idosos apresentou escolaridade até o ginásio completo (ensino fundamental), eram católicos e das classes econômicas C, D e E. No entanto, as diferenças na percepção de saúde negativa para os sexos foram observadas somente para classe econômica. Cerca de 3/4 dos

idosos eram aposentados, grupo que também se apresentou com elevada frequência de percepção negativa de saúde, sendo as prevalências diferenciadas para os sexos.

Também foi observado que cerca de dois terços dos idosos são classificados, quanto ao nível nutricional, como “normal”; além disso, observa-se uma relação do sexo com a percepção negativa de saúde. As prevalências de tabagismo e de consumo de álcool para aqueles que declaram percepção de saúde negativa foi diferenciada por sexo. Aproximadamente três quartos da amostra não consome álcool e não faz uso do fumo na atualidade.

Cerca de dois terços das pessoas não praticou atividade física no passado, sendo desse grupo as mulheres mais pessimistas em relação à saúde quando comparadas aos homens. Entre os inativos, 83% referiram a percepção negativa de saúde. Claramente, a maioria da amostra não apresenta alterações cognitivas do tipo “moderada” ou “severa” e “sintomatologia depressiva”. Por fim, as idosas com incapacidade funcional mostraram-se menos otimistas com relação ao estado de saúde.

As Tabelas 2 e 3 apresentam a análise bruta entre a percepção negativa da saúde e as variáveis independentes e análise ajustada, para as variáveis com $p < 0,20$, separadamente entre os sexos. Observando estas tabelas percebe-se que, em relação à variável “idade”, para ambos os sexos a média mais elevada de idade se apresentou associada à percepção negativa de saúde.

Entre as idosas, o baixo estrato econômico, e renda familiar, a inatividade física, a desnutrição, uso de medicamentos, problemas cardíacos, hipertensão arterial, diabetes mellitus, sintomatologia depressiva e incapacidade funcional apresentaram uma tendência de associação na análise bruta. Para o sexo masculino, algumas variáveis se comportaram diferentemente, sendo que a condição de viuvez, a baixa escolaridade, baixa renda familiar, inatividade física, estado de desnutrição, uso de dois ou mais medicamentos, problemas cardíacos, hipertensão arterial, diabetes mellitus, déficit

Tabela 1 - Características sociodemográficas e comportamentais associadas a percepção de saúde negativa em idosos. Brasil, 2008.

Table 1 - Sociodemographic and behavioral characteristics associated with the negative perception of health in the elderly. Brazil, 2008.

Variáveis	Percepção da Saúde Negativa			
	Mulheres (n=295)		Homens (n=156)	
	n	%	%	p-valor*
Cor da Pele				
Branca	237	49,5	59,0	0,234
Parda	145	34,8	27,6	
Negra	67	15,7	13,5	
Estado Civil				
Solteiro	20	4,1	5,2	0,276
Casado	233	49,2	56,8	
Viúva	173	41,7	32,3	
Divorciado	24	5,1	5,8	
Cidade				
Caratinga	212	47,5	47,4	0,026
Ilhéus	77	20,3	11,2	
Nova Santa Rosa	158	32,2	41,4	
Escolaridade				
Analfabeto/Primário incompleto	313	69,4	69,9	0,544
Primário completo/Ginasial incompleto	116	25,2	26,9	
Ginasial completo	21	5,4	3,2	
Religião				
Católico	291	66,1	61,5	0,286
Protestante ou Evangélica	106	21,0	28,2	
Outros	47	11,5	8,3	
Nenhuma	07	1,4	1,9	
Condição Socioeconômica				
Classe A/B	37	7,1	10,3	0,045
Classe C	208	43,1	51,9	
Classe D/E	206	49,8	37,8	
Ocupação				
Aposentado, mas trabalha	17	2,7	5,8	<0,001
Só aposentado	357	75,9	85,3	
Só dona de casa	33	10,2	1,9	
Pensionista	30	9,5	1,3	
Trabalho Remunerado	14	1,7	5,8	
Fonte de Renda Atual				
Trabalho	25	3,4	9,6	0,002
Previdência /aposentadoria	387	85,4	86,5	
Bolsa Família	03	1,0	0	
Não Possui Renda	16	5,4	0	
Outros	20	4,7	3,8	

Tabela 1 - Características sociodemográficas e comportamentais associadas a percepção de saúde negativa em idosos. Brasil, 2008. (continuação)

Table 1 - Sociodemographic and behavioral characteristics associated with the negative perception of health in the elderly. Brazil, 2008. (continuation)

Variáveis	Percepção da Saúde Negativa			
	Mulheres (n=295)		Homens (n=156)	
	n	%	%	p-valor*
Nutrição				
Desnutrido	23	4,7	6,5	0,493
Risco de Desnutrição	113	27,7	23,4	
Normal	296	67,6	70,1	
Consumo Atual de Álcool				
Consome	41	7,1	12,8	0,045
Não Consome	410	92,9	87,2	
Uso do Fumo Atual				
Faz Uso	42	5,4	16,7	<0,001
Não Faz Uso	409	94,6	83,3	
Atividade Física no Passado				
Praticou	122	23,5	34,2	0,015
Não Praticou	327	76,5	65,8	
Atividade Física Atual				
Pratica	76	17,6	16,0	0,676
Não Pratica	370	82,4	84,0	
Alterações Cognitivas				
Sem alterações	401	89,5	89,0	0,863
Com alterações	48	10,5	11,0	
Sintomatologia Depressiva				
Sem sintomas	381	80,3	92,3	0,001
Com sintomas	70	19,7	7,7	
Capacidade Funcional na AIVD				
Sem Incapacidade Funcional	211	48,6	43,6	0,307
Com Incapacidade Funcional	239	51,4	56,4	

* teste de qui-quadrado. / *chi-square test

cognitivo e a incapacidade funcional foram associados à percepção negativa da saúde.

Na análise ajustada, o uso de dois ou mais medicamentos, a hipertensão arterial e a incapacidade funcional permaneceram associadas à percepção de saúde negativa para as mulheres; já para os homens, o aumento da idade, a desnutrição e a incapacidade funcional foram as variáveis que permaneceram no modelo de análise ajustada.

Discussão

O estudo identificou as variáveis associadas à percepção de saúde negativa em idosos em três cidades brasileiras. Apesar da relação com algumas morbidades, a incapacidade funcional é a variável que mais interfere na percepção pessimista do estado de saúde, independentemente do sexo.

Os dados sociodemográficos descritos na Tabela 1 indicam uma distribuição

Tabela 2 - Razão de Prevalência (RP) bruta e multivariável para variáveis independentes em relação a percepção negativa da saúde em mulheres. Brasil, 2008.

Table 2 - Crude and multivariable Prevalence Ratio (PR) for independent variables in the negative perception of health in women. Brazil, 2008.

Variáveis	Prevalência	Percepção Negativa da Saúde			
		Análise Bruta		Análise Multivariável*	
		RP (IC 95%)	Wald (p-valor)	RP (IC 95%)	Wald (p-valor)
Cor da Pele					
Branca	48,3	1	3,013 (0,222)		
Parda	59,3	1,23 (0,95-1,58)			
Negra	59,0	1,22 (0,88-1,70)			
Idade		1,02 (1,01-1,03)	4,636 (0,031)	1,01 (1,00-1,03)	1,616 (0,204)
Cidade					
Caratinga	58,8	1	0,698 (0,706)		
Ilhéus	58,8	1,12 (0,83-1,51)			
Nova Santa Rosa	51,6	0,98 (0,76-1,27)			
Estado Civil					
Solteiro	48,0	1	0,744 (0,863)		
Casado	51,6	1,08 (0,60-1,94)			
Viúva	56,4	1,18 (0,65-2,13)			
Divorciado	50,0	1,04 (0,49-2,23)			
Escolaridade					
Analfabeto	66,0	1	8,939 (0,063)	1	1,831 (0,767)
Primário Incompleto	56,4	0,86 (0,64-1,15)		0,94 (0,69-1,29)	
Primário Completo	46,4	0,71 (0,51-0,99)		0,85 (0,59-1,22)	
Ginasial Completo	40,0	0,61 (0,31-1,18)		0,74 (0,37-1,53)	
Colegial Completo	25,0	0,38 (0,16-0,88)		0,59 (0,21-1,65)	
Religião					
Católico	53,3	1	3,201 (0,202)		
Protestante ou Evangélica	47,0	0,88 (0,66-1,17)			
Outros	67,8	1,27 (0,90-1,80)			
Condição Socioeconômica					
Classe A/B	39,6	1	8,588 (0,014)	1	1,480 (0,477)
Classe C	47,2	1,24 (0,78-1,97)		0,90 (0,50-1,62)	
Classe D/E	63,4	1,66 (1,05-2,63)		1,05 (0,57-1,95)	
Ocupação					
Aposentado, mas trabalha	34,8	1	2,449 (0,654)		
Só aposentado	53,8	1,55 (0,77-3,13)			
Só dona de casa	60,0	1,73 (0,79-3,76)			
Pensionista	54,9	1,58 (0,72-3,76)			
Trabalho Remunerado	38,5	1,11 (0,36-3,38)			
Fonte de Renda Atual					
Trabalho	38,5	1	1,204 (0,877)		
Previdência /aposentadoria	53,7	1,40 (0,74-2,63)			
Bolsa família	50,0	1,30 (0,36-4,72)			
Não possui renda	57,1	1,49 (0,67-3,27)			
Outros	56,0	1,46 (0,65-3,28)			

Tabela 2 - Razão de Prevalência (RP) bruta e multivariável para variáveis independentes em relação a percepção negativa da saúde em mulheres. Brasil, 2008. (continuação)

Table 2 - Crude and multivariable Prevalence Ratio (PR) for independent variables in the negative perception of health in women. Brazil, 2008. (continuation)

Variáveis	Prevalência	Percepção Negativa da Saúde			
		Análise Bruta		Análise Multivariável*	
		RP (IC 95%)	Wald (p-valor)	RP (IC 95%)	Wald (p-valor)
Rendimento Mensal					
Até 2 Salários Mínimos	59,6	1	10,457 (0,005)	1	3,872 (0,144)
2-4 Salários Mínimos	48,3	0,81 (0,62-1,06)		0,85 (0,64-1,13)	
> 4 Salários Mínimos	27,1	0,46 (0,27-0,76)		0,58 (0,31-1,05)	
Atividade Física (min/sem)					3,187 (0,074)
Ativo	45,4	1	11,479 (0,001)	1	
Inativo	66,4	1,49 (1,18-1,87)		1,28 (0,98-1,67)	
Atividade Física no Passado					
Praticou	40,6	1	7,322 (0,007)	1	2,468 (0,116)²
Não Praticou	58,9	1,45 (1,11-1,90)		1,26 (0,94-1,69)	
Nutrição					
Normal	48,2	1		1	2,077 (0,354)
Risco de Desnutrição	68,8	1,40 (1,08-1,82)	9,310 (0,010)	1,21 (0,92-1,60)	
Desnutrição	86,7	1,80 (1,06-3,16)		1,30 (0,70-2,41)	
Consumo Atual de Alcool					
Consome	43,8	1	0,252 (0,616)		
Não Consome	54,2	1,12 (0,71-1,78)			
Uso do Fumo Atual					
Faz Uso	41,0	1	0,687 (0,407)		
Não Faz Uso	54,2	1,24 (0,74-2,08)			
Uso de Medicamentos					
Nenhum	35,7	1		1	11,177 (0,004)³
1-2 Medicamentos	36,7	1,03 (0,59-1,79)	23,620 (<0,001)	0,85 (0,46-1,56)	
> 2 Medicamentos	67,9	1,90 (1,13-3,21)		1,41 (1,13-2,52)	
Problemas Cardíacos					
Não	71,1	1	6,217 (0,013)	1	0,038 (0,845)³
Sim	50,0	0,70 (0,53-0,93)		0,97 (0,71-1,32)	
Hipertensão Arterial					
Não	60,1	1	8,912 (0,003)	1	4,751 (0,029)³
Sim	40,2	1,67 (1,52-2,87)		1,52 (1,43-1,97)	
Diabetes Melito					
Não	65,3	1	4,199 (0,040)	1	0,000 (0,987)³
Sim	50,0	0,77 (0,59-0,99)		1,00 (0,78-1,33)	
Déficit Cognitivo (<2)					
Sem alterações	52,1	1	2,498 (0,114)	1	0,147 (0,702)⁴
Com alterações	68,9	1,25 (0,95-1,64)		0,93 (0,65-1,33)	
Sintomatologia Depressiva					
Sem	51,0	1	3,825 (0,050)	1	0,033 (0,857)⁴
Com	67,4	1,33 (1,00-1,78)		1,03 (0,73-1,45)	
Capacidade Funcional AIVD					
Sem Incapacidade Funcional	43,9	1	16,875 (<0,001)	1	3,673 (0,005)⁴
Com Incapacidade Funcional	66,8	1,63 (1,29-2,07)		1,36 (1,13-1,86)	

* Ajustada para o bloco do mesmo nível e o nível superior; p<0,05 / * Adjusted for same level and upper level block; p<0.05.

¹ bloco sociodemográfico; ² bloco comportamental; ³ bloco saúde / ¹ sociodemographic block; ² behavioral block; ³ health block.

Tabela 3 - Razão de prevalência (RP) bruta e multivariável para variáveis independentes em relação a percepção negativa da saúde em homens. Brasil, 2008.

Table 3 - Crude and multivariable Prevalence Ratio (PR) for independent variables in the negative perception of health in men. Brazil, 2008.

Variáveis	Prevalência	Percepção Negativa da Saúde			
		Análise Bruta		Análise Multivariável*	
		RP (IC 95%)	Wald (p-valor)	RP (IC 95%)	Wald (p-valor)
Cor da Pele					
Branca	44,2	1	2,166 (0,339)		
Parda	39,4	0,89 (0,62-1,28)			
Negra	58,3	1,32 (0,82-2,12)			
Idade (anos)		1,04 (1,03-1,06)	21,726 (<0,001)	1,03 (1,01-1,06)	9,133 (0,003)¹
Cidade					
Caratinga	40,7	1	2,858 (0,240)		
Ilhéus	34,7	0,85 (0,50-1,45)			
Nova Santa Rosa	51,2	1,26 (0,90-1,77)			
Estado Civil					
Solteiro	34,8	1	12,737 (0,005)	1	2,221 (0,528)¹
Casado	36,8	1,06 (0,51-2,18)		1,25 (0,57-2,74)	
Viúva	67,6	1,94 (0,92-4,10)		1,56 (0,69-3,51)	
Divorciado	56,3	1,62 (0,62-4,19)		1,70 (0,63-4,59)	
Escolaridade					
Analfabeto	62,9	1	12,702 (0,013)	1	2,264 (0,687)¹
Primário Incompleto	47,0	0,75 (0,51-1,11)		0,98 (0,64-1,50)	
Primário Completo	40,4	0,64 (0,42-0,99)		0,93 (0,57-1,51)	
Ginasial Completo	13,0	0,21 (0,06-0,67)		0,43 (0,13-1,48)	
Colegial Completo	12,5	0,20 (0,05-0,82)		0,55 (0,12-2,51)	
Religião					
Católico	42,1	1	2,153 (0,341)		
Protestante ou Evangélica	53,0	1,12 (0,88-1,80)			
Outros	38,1	0,88 (0,52-1,50)			
Condição Socioeconômica					
Classe A/B	32,0	1	1,516 (0,469)		
Classe C	43,3	1,19 (0,71-1,99)			
Classe D/E	50,4	1,37 (0,81-2,31)			
Ocupação					
Aposentado, mas trabalha	29,0	1	2,564 (0,633)		
Só aposentado	46,0	1,59 (0,81-3,11)			
Só dona de casa	50,0	1,72 (0,47-6,36)			
Pensionista	66,7	2,30 (0,50-10,63)			
Trabalho Remunerado	36,0	1,24 (0,49-3,12)			
Fonte de Renda Atual					
Trabalho	30,6	1	2,741 (0,254)		
Previdência /aposentadoria	45,8	1,50 (0,88-2,55)			
Outros	85,7	1,96 (0,76-5,05)			

Tabela 3 - Razão de prevalência (RP) bruta e multivariável para variáveis independentes em relação a percepção negativa da saúde em homens. Brasil, 2008. (continuação)

Table 3 - Crude and multivariable Prevalence Ratio (PR) for independent variables in the negative perception of health in men. Brazil, 2008. (continuation)

Variáveis	Prevalência	Percepção Negativa da Saúde			
		Análise Bruta		Análise Multivariável*	
		RP (IC 95%)	Wald (p-valor)	RP (IC 95%)	Wald (p-valor)
Rendimento Mensal					
Até 2 Salários Mínimos	49,5	1	8,122 (0,017)	1	2,020 (0,364)¹
2-4 Salários Mínimos	47,9	0,97 (0,69-1,35)		0,99 (0,70-1,40)	
> 4 Salários Mínimos	17,4	0,35 (0,17-0,73)		0,57 (0,26-1,25)	
Atividade Física (min/sem)					0,771 (0,380)²
Ativo	35,6	1	8,682 (0,003)	1	
Inativo	54,8	1,16 (1,17-2,20)		1,17 (0,82-1,67)	
Atividade Física no Passado					
Praticou	39,3	1	1,074 (0,300)		
Não Praticou	46,8	1,19 (0,86-1,66)			
Nutrição					
Normal	39,4	1		1	7,093 (0,029)²
Risco de Desnutrição	64,3	1,72 (1,20-2,47)		14,648 (0,001)	
Desnutrição	100	2,60 (1,36-4,98)		1,66 (1,13-2,43)	
				1,46 (0,71-2,98)	
Consumo Atual de Alcool					
Consome	37,0	1	0,257 (0,612)		
Não Consome	45,3	1,13 (0,70-1,84)			
Uso do Fumo Atual					
Faz Uso	43,3	1	0,001 (0,975)		
Não Faz Uso	44,2	0,99 (0,65-1,53)			
Uso de Medicamentos					
Nenhum	26,2	1		1	1,027 (0,598)³
1-2 Medicamentos	33,3	1,28 (0,72-2,25)		16,592 (<0,001)	
> 2 Medicamentos	60,2	2,30 (1,38-3,85)		1,03 (0,56-1,92)	
				1,26 (0,67-2,37)	
Problemas Cardíacos					
Não	74,0	1	18,231 (<0,001)	1	1,693 (0,193)³
Sim	36,4	0,49 (0,36-0,68)		0,77 (0,52-1,14)	
Hipertensão Arterial					
Não	53,1	1	6,974 (0,008)	1	1,532 (0,216)³
Sim	34,0	0,64 (0,46-0,89)		0,78 (0,53-1,15)	
Diabetes Melito					
Não	66,1	1	6,683 (0,010)	1	1,445 (0,229)³
Sim	40,6	0,62 (0,43-0,89)		0,78 (0,52-1,17)	
Déficit Cognitivo (<2)					
Sem alterações	41,5	1	21,494 (<0,001)	1	0,596 (0,440)⁴
Com alterações	81,0	2,28 (1,61-3,23)		1,28 (0,69-2,38)	
Sintomatologia Depressiva					
Sem	44,2	1	0,010 (0,920)	1	1,751 (0,186)⁴
Com	42,9	0,97 (0,54-1,75)		0,60 (0,28-1,28)	
Capacidade Funcional AIVD					
Sem Incapacidade Funcional	35,4	1	12,390 (<0,001)	1	4,738 (0,003)⁴
Com Incapacidade Funcional	54,3	1,85 (1,31-2,60)		1,79 (1,210-1,77)	

* Ajustada para o bloco do mesmo nível e o nível superior; p < 0,05. / * Adjusted for same level and upper level block; p<0.05.

¹ bloco sociodemográfico; ² bloco comportamental; ³ bloco saúde. / ¹ sociodemographic block; ² behavioral block; ³ health block.

semelhante aos dados para a população brasileira encontrados na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio, envolvendo 33.515 indivíduos idosos, para as proporções das variáveis sexo, renda, cor da pele, ocupação⁴.

A elevada taxa, correspondente a percepção positiva do estado de saúde, é semelhante à de outros estudos^{13,14}. A proporção de sujeitos que classificam o estado de saúde como “excelente/muito boa” ou “boa” apresentou uma média menor de idade do que aqueles que tiveram uma percepção menos otimista da saúde, assim como com relação aos aspectos relacionados a nível baixo de escolaridade e estrato econômico.

Fato interessante foi apresentado em estudo não-probabilístico de um ambulatório de geriatria com 125 sujeitos com idades superiores a 60 anos¹⁵; nessa investigação foi identificado que o conceito de saúde na velhice se traduz mais por sua condição de autonomia e independência do que pela presença ou ausência de doença. Os autores do estudo¹⁵ ressaltam que a percepção negativa pode estar relacionada à comparação com outros indivíduos, pois se comparar com outras pessoas tem papel relevante na avaliação e construção da realidade e no enfrentamento de eventos negativos, sobretudo pela capacidade do sujeito de se comparar com pessoas que supostamente estão em condições piores que a sua.

Considerando que a auto-avaliação do estado de saúde reflete, com relativa precisão, o estado geral de saúde, o inquérito populacional realizado em 18 capitais de Estados no Brasil aponta que as piores condições de saúde das regiões brasileiras estão relacionadas às desigualdades sociais¹⁶.

Entre todos os elementos da situação de vida de uma pessoa idosa, a saúde é o que está mais atrelado a fatores socioeconômicos, à educação e à presença de doenças, fatores que contribuem para determinar a sensação de bem-estar¹⁷. Os resultados indicam a relação da percepção negativa da saúde com aspectos nutricionais insuficientes, a inatividade física, alterações cognitivas, sintomatologia depressiva e da incapacidade funcional.

Os resultados deste estudo são semelhantes aos de outros estudos^{13,14,18}, evidenciando que avaliações subjetivas otimistas não estariam associadas somente à ausência de doenças. Convém ressaltar que a autopercepção negativa de saúde configura-se em preditor de maior risco de mortalidade em comparação com sujeitos que mantêm uma percepção positiva da saúde³.

Apesar de a maioria dos idosos ter relatado condições de saúde positiva, quase metade da população estudada encontrava-se em situação de risco de desnutrição ou até mesmo desnutrida; aproximadamente um terço faz uso de bebidas alcóolicas, fuma regularmente e apresenta sintomas depressivos, e mais da metade relatou alguma incapacidade funcional na realização de atividades instrumentais da vida diária. Estes resultados justificam o impacto do envelhecimento na demanda de serviços de saúde.

A percepção do estado de saúde da pessoa idosa é determinada por vários fatores interatuantes^{16,17}. A organização em blocos destas variáveis permite identificar a potencialidade de cada fator de forma independente.

Entre os aspectos intervenientes na percepção de saúde, as alterações decorrentes do declínio das funções cognitivas tem sido identificada como um dos fatores determinantes para a percepção negativa do estado de saúde dos idosos, mesmo quando controlada para variáveis sociodemográficas². Entretanto, a complexidade do processo remete a um constructo explicativo de ciclo, pois o declínio da função cognitiva está relacionado a uma série de fatores, entre os quais se destaca o baixo nível de atividade física¹⁹.

No presente estudo, na análise não ajustada, diversas variáveis se apresentam associadas à percepção negativa de saúde. Algumas destas também são citadas em outros estudos, a exemplo do aumento da idade que ocasiona muitas vezes uma perda na autoconfiança, refletindo na percepção subjetiva do estado de saúde, nos problemas de saúde e no uso de dois ou mais medicamentos contínuos.

A percepção da saúde parece estar, em princípio, associada às condições medicamentosas impostas pelas doenças referidas e não ao possível aspecto limitador da doença ao idoso. Neste caso, a sintomatologia depressiva e a incapacidade funcional refletem essas limitações, aparecendo também associadas à percepção menos otimista da saúde³.

Fato interessante, na contra-mão deste raciocínio, foi observado em estudo de abordagem qualitativa realizado no município de Bambuí/MG, em que a maior parte dos entrevistados definiu a sua saúde como “boa” ou “razoável,” embora a maioria apresentasse condições crônicas de saúde que variavam em grau e necessidade¹. Em geral, os idosos condicionam o significado de saúde e de doença à capacidade laboral ou de realização de atividades de lazer, o que sugere uma forte relação entre a percepção positiva ou negativa de saúde às condições de realizar atividades da vida diária e de interação social¹.

Na análise multivariada poucas variáveis permaneceram associadas à percepção negativa da saúde, em função das possíveis interações e confusões. Sendo assim, para as mulheres apenas o uso de dois ou mais medicamentos, a hipertensão arterial e a incapacidade funcional na realização das atividades instrumentais da vida diária permaneceram associados à avaliação negativa da saúde.

A presença da hipertensão arterial no modelo final de estudo pode ser explicada, em parte, pelo impacto da enfermidade no dia-a-dia das pessoas, exigindo o controle pressórico e o uso regular de medicamentos. Como o uso contínuo de medicamentos é um indicador para o próprio indivíduo que algo não está adequado, aliado as dificuldades ao acesso e controle no uso diário do medicamento, pode interferir para uma percepção menos otimista da saúde.

Nos homens, o aumento da idade, a desnutrição e a incapacidade funcional foram as variáveis que permaneceram no modelo de análise ajustada. O aumento da idade tem sido constantemente associado à

perda da auto-eficácia e à avaliação negativa da saúde. Neste caso, a surpresa foi o fato da idade não ter permanecido no modelo final para o sexo feminino, talvez por conta da força de outras variáveis que se sobrepuseram aos aspectos demográficos.

Já o estado de desnutrição é algo que merece atenção, principalmente quando se avalia os homens. Talvez parte desta insatisfação esteja atrelada ao sentimento de incapacidade funcional e de receio com relação às mudanças corporais frente à desnutrição. Entretanto, na maior parte das vezes o estado de desnutrição está atrelado à baixa condição econômica e a uma maior vulnerabilidade para ser acometido por doenças.

A incapacidade funcional reflete a condição de realizar as funções sociais, sendo que alguns resultados indicam que a auto-avaliação positiva de saúde tende a refletir certo esforço do idoso em permanecer ativo, preservar sua identidade intersubjetiva e o seu papel no grupo^{1,4}.

É interessante destacar que as condições físicas não são suficientes para determinar a forma de o idoso perceber o estado de saúde. Entretanto, algumas condições patológicas e comportamentais contribuem para uma percepção negativa do estado de saúde.

Algumas limitações podem ser destacadas no estudo: o fato de os idosos disponíveis para entrevistas serem aqueles supostamente aqueles com percepção de saúde positiva; e o delineamento transversal impede assegurar a relação de causa e efeito entre as variáveis, sendo que as medidas de autopercepção podem ter sofrido interferência em relação à baixa escolaridade dos participantes e de aspectos motivacionais dos participantes. Entretanto, o procedimento estatístico adotado permitiu estimar as prevalências das variáveis associadas à percepção negativa de saúde; além disso, os avaliadores do estudo passaram por treinamento, no intuito de minimizarem as interferências motivacionais e até mesmo de sincronizar as explicações durante a entrevista às possíveis dúvidas dos respondentes em face à variação de escolaridade.

Conclusões

A presença de limitações na realização das atividades instrumentais da vida diária, mesmo quando controladas para os fatores socioeconômicos, demográficos e de saúde, manteve-se associada à percepção negativa do estado de saúde. Desta forma, o elemento essencial mediador da auto-avaliação pessimista da saúde pode ser a própria dependência, sugerindo que o declínio na capacidade funcional possa ser o maior

indicador para o próprio indivíduo de sua condição na velhice.

A elaboração de políticas públicas direcionadas a saúde e ao bem estar da pessoa idosa exige o constante monitoramento de diversos comportamentos e condições que possam afetar o idoso no seu dia-a-dia. Os resultados desse estudo oferece ao gestor de saúde informações que podem auxiliar a redução de custos e tempo na avaliação dos idosos.

Referências

1. Fonseca MGUP, Firmo JOA, Loyola Filho, AI; Uchôa, E. Papel da autonomia na auto-avaliação da saúde do idoso. *Rev Saúde Pública* 2010; 44: 159-65.
2. Freitas DHM, Campos FCA, Linhares LQ, Santos CR, Ferreira CB, Diniz BS, Tavares A. Autopercepção de saúde e desempenho cognitivo em idosos residentes na comunidade. *Rev Psiq Clin* 2010; 37: 32-5.
3. Desalvo KB, Muntner P. Discordance between physician and patient self-rated health and all-cause mortality. *Ochsner J* 2011; 11: 232-40.
4. Alves LC, Leite IC, Machado CJ. Fatores Associados à incapacidade funcional dos idosos no Brasil: análise multinível. *Rev Saúde Pública* 2010; 44: 1-11.
5. Kivinen P, Halonen P, Eronen M, Nissinen A. Self-rated health, physician-rated health and associated factors among elderly men: The Finnish cohorts of the Seven Countries Study. *Age Aging* 1998; 27: 41-7.
6. Leblanc ES, Wang PY, Lee CG, Barrett-Connor E, Cauley JA, Hoffman AR et al. Higher testosterone levels are associated with less loss of lean body mass in older men. *J Clin Endocrinol Metab* 2011; 96(12): 3855-63.
7. Arango HG. *Bioestatística teórica e computacional com banco de dados reais em disco*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.
8. Organização Mundial da Saúde. Classificação Internacional de Doenças e problemas relacionados à saúde: décima revisão (CID-10). São Paulo: Centro Colaborador da OMS para Classificação de Doenças em Português; 1993
9. Guigoz Y, Vellas B. The Mini Nutritional Assessment (MNA) for grading the nutritional state of elderly patients: presentation of the MNA, history and validation. *Nestle Nutr Workshop Ser Clin Perfrom Programme* 1999; 1: 3-11.
10. Santos RL, Virtuoso Júnior JS. Confiabilidade da versão Brasileira da escala de atividades instrumentais da vida diária. *RBPS* 2008; 21: 290-6.
11. Almeida OP, Almeida SA. Confiabilidade da versão brasileira da escala de depressão em geriatria (GDS) versão reduzida. *Arq Neuropsiquiatr* 1999; 57: 421-6.
12. Benedetti TRB, Mazo GZ, Barros MVG. Aplicação do questionário internacional de atividades físicas (IPAQ) para avaliação do nível de atividades físicas de mulheres idosas: validade concorrente e reprodutibilidade teste-reteste. *Rev Bras Ciênc Mov* 2004; 12: 25-34.
13. Ramos LR. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. *Cad Saude Publica* 2003; 19: 793-8.
14. Virtuoso Júnior JS, Guerra RO. Fatores associados às limitações funcionais em idosas de baixa renda. *Rev Assoc Med Bras* 2008; 54: 430-5.
15. Spolito G; Diogo MJD; Cintra FA; Neri AL; Guariento ME; Sousa MLR. Relações entre o bem-estar subjetivo e a funcionalidade em idosos em seguimento ambulatorial. *Rev Bras Fisioter* 2010; 14: 81-9.
16. Souza MC, Otero UB, Almeida LM, Turci SRB, Figueiredo VC, Lozan JA. Auto-avaliação de saúde e limitações físicas decorrentes de problemas de saúde. *Rev Saúde Pública* 2008; 42(4): 741-9.
17. Silva MCS, Lautert L. O senso de auto-eficácia na manutenção dos comportamentos promotores de saúde de idosos. *Rev Esc Enferm USP*. 2010; 44: 61-7.
18. Ruiz T, Chalita LVAS, Barros MBA. Estudo de sobrevivência de uma coorte de pessoas de 60 anos e mais no município de Botucatu (SP) – Brasil. *Rev bras epidemiol* 2003; 6: 227-36.
19. Vance D, Wadley V, Ball K, Roenker D, Rizzo M. The effects of physical activity and sedentary behavior on cognitive health in older people. *J Aging Phys Act* 2005; 13(3): 294-313.