








Fatores associados à piora da autopercepção de saúde em idosos: estudo longitudinal

Factors associated with worsening of self-rated health in older people: a longitudinal study

Fernanda Cardoso Rocha¹ 
Nourival Pereira Peixoto Neto¹ 
Giovana Ferreira Andrade¹ 
Jair Almeida Carneiro² 
Fernanda Marques da Costa¹ 

Resumo

Objetivo: identificar os fatores associados à piora da autopercepção de saúde em idosos residentes na comunidade ao longo do tempo. **Método:** Trata-se de um estudo longitudinal prospectivo e analítico. Na linha de base a coleta de dados ocorreu no domicílio a partir de uma amostragem aleatória, por conglomerados. A segunda coleta de dados foi realizada após um período médio de 42 meses. Foram analisadas variáveis sociodemográficas, relativas à saúde e uso de serviços de saúde. A autopercepção de saúde foi investigada pela questão: “Como o(a) Sr.(a) classificaria seu estado de saúde?”. Os resultados da classificação de saúde de cada pessoa idosa foram comparados entre os dois momentos do estudo (primeira onda e linha de base) definindo a variável dependente. As razões de prevalências ajustadas foram obtidas por análise múltipla de regressão de *Poisson* com variância robusta. **Resultados:** participaram das duas etapas do estudo 394 idosos, 21,1% pioraram a autopercepção de saúde, 26,7% melhoraram e 52,2% não apresentaram alteração. As variáveis que se mantiveram estatisticamente associadas à transição para uma avaliação pior de autopercepção de saúde foram: asma, hipertensão arterial sistêmica e fragilidade. **Conclusão:** a autopercepção de saúde é caracterizada por transição entre níveis de autoavaliação de saúde. Doenças crônicas e fragilidade mostraram associação longitudinal com a piora da autopercepção de saúde.

Palavras-chave:

Autoimagem. Idoso. Fatores de Riscos. Nível de Saúde. Estudos Longitudinais.

Abstract

Objective: to identify factors associated with worsening self-perception of health in community-dwelling older people over time. **Method:** This is a prospective and analytical longitudinal study. At baseline, data collection took place at home, based on random sampling by clusters. The second data collection was performed after an average period

¹ Universidade Estadual de Montes Claros, Departamento de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Cuidado Primário em Saúde. Montes Claros, MG, Brasil.

² Universidade Estadual de Montes Claros, Departamento de Saúde Mental e Coletiva, Programa de Pós-Graduação em Cuidado Primário em Saúde. Montes Claros, MG, Brasil.

Os autores declaram não haver conflito na concepção deste trabalho.

Não houve financiamento para a execução deste trabalho.

Correspondência/Correspondence
Fernanda Cardoso Rocha
nandac.rocha@hotmail.com

Recebido: 22/10/2021
Aprovado: 10/02/2022

of 42 months. Sociodemographic variables related to health and use of health services were analyzed. Self-perception of health was investigated by the question: "How would you classify your health status?". The results of the health classification of each older person were compared between the two moments of the study (first wave and baseline) defining the dependent variable. Adjusted prevalence ratios were obtained by multiple *Poisson* regression analysis with robust variance. *Results*: 394 older people participated in the two stages of the study, 21.1% worsened their self-perception of health, 26.7% improved and 52.2% showed no change. The variables that remained statistically associated with the transition to a worse self-rated health assessment were: asthma, systemic arterial hypertension and frailty. *Conclusion*: self-perception of health is characterized by a transition between levels of self-rated health. Chronic diseases and frailty showed a longitudinal association with worsening of self-rated health.

Keywords: Self-Conception. Elderly. Risk Factors. Health Status. Longitudinal Studies.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional brasileiro é recente e ocorre de maneira acentuada¹. Esse fenômeno demográfico traz implicações epidemiológicas importantes para o país, já que as pessoas idosas requerem cuidados de saúde permanentes e, conseqüentemente, demanda crescente por serviços de saúde².

Tal realidade representa um importante desafio para a estruturação da rede assistencial que precisa estar organizada no sentido de acolher adequadamente esse público. Para tanto, algumas linhas de cuidado devem ser adotadas a fim de auxiliar na organização desses serviços e para isso é fundamental conhecer as condições de saúde da população idosa. A avaliação da autopercepção do estado de saúde da pessoa idosa constitui relevante constructo para analisar as condições de saúde³. É um indicador qualitativo da percepção sobre a própria saúde, que pode ser aplicado em grupos populacionais, de forma eficaz, imediata e de baixo custo^{3,4}. Abrange componentes físicos, cognitivos e emocionais, bem como aspectos relacionados ao bem-estar e à satisfação com a própria vida^{5,6}, capaz de auspiciar, consistentemente, a morbimortalidade e o declínio da capacidade funcional^{3,7}. O estilo de vida inadequado⁶ incluindo tabagismo, sedentarismo e obesidade, presença de doenças crônicas^{6,8} como hipertensão, diabetes e asma e aspectos relativos à saúde mental⁹ tem sido associados à autopercepção negativa de saúde em alguns estudos transversais^{6,8,9}. Poucos estudos realizaram avaliações seriadas da autopercepção de saúde na população ao longo do tempo e no caso desses estudos a população foi

composta prioritariamente por adultos^{10,11}. Evidencia-se a necessidade de mais estudos que investiguem os fatores que de fato interferem, ao longo do tempo, na autopercepção de saúde das pessoas idosas e conseqüentemente em uma longevidade saudável do ponto de vista clínico e emocional.

Investigar esses fatores é recomendado, tendo em vista a possibilidade de desenvolver ações para seu controle e assim impactar de forma positiva em uma longevidade mais funcional e proveitosa com melhor autoavaliação de saúde.

A necessidade de estudar as mudanças nos estados de saúde já foi sinalizada³ e podem representar ferramentas relevantes para direcionamentos em saúde pública³. O que reitera a relevância da presente investigação que pretende identificar mudanças na autopercepção de saúde ao longo do tempo, além das condições de saúde que levam a piora da autopercepção de saúde do idoso. Será relevante para a elaboração de propostas que possam prevenir a sua progressão e possíveis conseqüências. Portanto, este estudo teve por objetivo identificar os fatores associados à piora da autopercepção de saúde em idosos residentes na comunidade ao longo do tempo.

MÉTODO

Trata-se de um estudo de base populacional e domiciliar, com delineamento longitudinal, prospectivo e analítico com pessoas idosas não institucionalizadas, residentes na zona urbana de Montes Claros, município de porte médio do norte de Minas Gerais, situado no Sudeste do Brasil.

O município representa o principal polo urbano regional e possui população aproximada de 400 mil habitantes. O planejamento e execução do estudo foi norteado pelas diretrizes da *Equator*, por meio do instrumento *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology* (STROBE).

Para definição do tamanho da amostra na primeira fase da coleta (linha de base) foi utilizado o contingente populacional de pessoas idosas de 30.790 residentes na região urbana, de acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). A amostragem foi definida a fim de estimar a prevalência de cada desfecho em saúde explorado no inquérito epidemiológico. Para o número total de idosos alocados para o estudo na linha de base foram aplicados os seguintes parâmetros: nível de confiança de 95%, prevalência conservadora de 50% para os desfechos desconhecidos e erro amostral de 5%. Para o planejamento amostral adotou-se a amostragem por conglomerados e portanto foi necessário multiplicar o número amostral identificado por um fator de correção e efeito de delineamento (*deff*) de 1,5%. A fim de amenizar possíveis perdas e garantir a adequabilidade do tamanho da amostra foi adicionado 15% ao número amostral final. O cálculo amostral definiu 656 idosos como o número mínimo de pessoas para o estudo¹².

Os critérios de inclusão adotados foram: ter idade igual ou superior a 60 anos, residir no domicílio alocado e aceitar participar do estudo. A residência de todos os idosos entrevistados no ano-base (maio e julho de 2013) foi considerada elegível para a nova entrevista na primeira onda do estudo (entre novembro de 2016 e fevereiro de 2017). Foram excluídas as pessoas com mais de 60 anos que não haviam participado da primeira coleta de dados. Todos os domicílios selecionados foram visitados por até três vezes em dias e horários diferentes. Após isso, foram definidas como perdas as pessoas idosas não disponíveis para participação ainda que mediante agendamento. Outras perdas foram: pessoas idosas que mudaram de residência e as que haviam falecido, além dos idosos cujos cuidadores/familiares recusaram a participação no estudo. Os idosos que mudaram de endereço não foram procurados, pois não havia informações sobre o endereço atual.

A coleta de dados na linha de base foi realizada por entrevistadores que foram treinados e passaram por processo de calibração (Kappa 0,8). O processo de calibração consistiu em um treinamento dos entrevistadores que eram estudantes de graduação em enfermagem e medicina. Após o treinamento foram realizadas aplicações dos instrumentos de coleta de dados de forma repetida aos mesmos entrevistados ao longo de algumas semanas. Os resultados dessas entrevistas foram comparadas a fim de verificar a concordância entre os entrevistadores. Os resultados da etapa da calibração não foram contabilizados nos dados do estudo por serem parte do estudo piloto com finalidade de aperfeiçoar os instrumentos de coleta e treinar o entrevistadores. As entrevistas aconteceram no período de maio a julho de 2013. Como protocolo de coleta de dados os entrevistadores iniciavam de um ponto pré-estipulado em cada setor censitário sorteado. Os domicílios eram visitados de forma alternada, quando era encontrada uma pessoa idosa esta era convidada a participar do estudo. No caso de haver mais de uma pessoa idosa a mais velha era convidada a participar. Se não fosse encontrado nenhum idoso no domicílio seguia-se o percurso de pelo critério de alternância de domicílios.

No ano-base, entre os meses de maio e julho de 2013, foram investigadas 685 pessoas idosas (idade ≥ 60 anos). A primeira onda (segunda fase da coleta) do estudo ocorreu entre os meses de novembro de 2016 e fevereiro de 2017, visando dar continuidade à investigação. Nessa segunda fase, todas as residências de pessoas idosas que participaram do estudo no ano-base foram novamente visitadas para a segunda coleta de dados. Os instrumentos de coleta de dados são validados e já foram previamente empregados^{3,12}. As perguntas do questionário foram respondidas com o auxílio de familiares ou acompanhantes para os idosos incapazes de responder, seguindo orientações dos instrumentos de coleta de dados.

A variável dependente foi a transição para um estado pior de autoavaliação da saúde. Essa variável foi mensurada pela questão: “Como o(a) Sr.(a) classificaria seu estado de saúde?”, cujas respostas possíveis eram “muito bom”, “bom”, “regular”, “ruim” ou “muito ruim”. Os resultados da classificação de saúde de cada pessoa idosa foram comparados entre os dois momentos do estudo (primeira onda e linha de base)

definindo assim a variável dependente. As respostas da variável dependente foram dicotomizadas em dois níveis: piora e não piora da autopercepção de saúde.

Os dados para compor as variáveis independentes foram extraídos da primeira onda do estudo (segunda fase da coleta). As variáveis foram agrupadas em sociodemográficas, relativas a saúde e uso de serviços de saúde. Foram dicotomizadas da seguinte forma: sociodemográficas: sexo (masculino ou feminino); faixa etária (até 79 anos ou ≥ 80 anos); situação conjugal (com companheiro, que foi composta por casados e em união estável, ou sem companheiro, composta de solteiros, viúvos e divorciados); arranjo familiar (reside sozinho ou reside com outras pessoas); tempo de escolaridade (até quatro anos ou maior que quatro anos de estudo); leitura (sabe ler ou não sabe ler); prática religiosa (sim ou não); possui renda própria (sim ou não); renda familiar mensal (\leq salário mínimo ou $>$ que um salário mínimo). Relativas à saúde: existência de doenças crônicas referidas (hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, doenças cardíacas adquiridas (infarto agudo do miocárdio, insuficiência cardíaca secundária a outras doenças crônicas. Não foram consideradas cardiopatias congênitas), doença osteoarticular, asma, neoplasia, acidente vascular encefálico); polifarmácia, definida como uso de cinco ou mais medicamentos (sim ou não); perda de peso autorreferida (sim ou não); presença de cuidador (sim ou não); queda nos últimos 12 meses (sim ou não) e os níveis de fragilidade mensurada pela *Edmonton Frail Scale* (EFS)^{13,14}. Uso dos serviços de saúde: consulta médica nos últimos 12 anos (sim ou não); internação nos últimos 12 meses (sim ou não), avaliou-se ainda a percepção de dificuldade para utilização do serviço de saúde mais procurado (sim ou não). As doenças avaliadas foram identificadas mediante o relato do idoso e/ou cuidadores ou familiares. Não foi possível mensurar há quanto tempo o idoso era portador do doença em função da dificuldade de se encontrar registros médicos e também da fragilidade da memória para tal informação.

A EFS possibilita uma avaliação da fragilidade por meio de nove domínios, a partir de 11 itens com escore de zero a 17. Os valores dos scores determinam que entre zero e quatro não há presença de fragilidade; cinco e seis indicam uma aparente vulnerabilidade; sete e oito, sugerem fragilidade

leve; nove e 10, fragilidade moderada; e 11 ou mais, fragilidade severa^{13,14}. Foram considerados frágeis os idosos que apresentavam score ≥ 7 .

Para a organização dos dados foram realizadas análises descritivas seguidas de análises bivariadas que pretendiam identificar fatores associados à variável dependente (piora da autopercepção de saúde). Para tanto foi empregado o teste qui-quadrado. Estimou-se a magnitude das associações a partir das razões de prevalência (RP). Por meio da regressão de Poisson, com variância robusta, calcularam-se as RP ajustadas. As variáveis elegíveis para a elaboração do modelo final foram aquelas que na análise bivariada estiveram mais fortemente associadas com a piora da autopercepção de saúde, até o nível de significância de 20% ($p < 0,20$). Para a definição do modelo final adotou-se um nível de significância de 0,05 ($p < 0,05$).

O projeto de pesquisa que originou este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa por meio do parecer substanciado de nº 1.629.395. Todos os participantes foram orientados sobre a pesquisa tiveram a oportunidade de fazer perguntas e apresentaram seu consentimento. Todos assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

RESULTADOS

Dentre os 685 idosos avaliados no ano base, 92 se recusaram a participar da segunda fase do estudo, 78 idosos mudaram de residência e não foram localizados, 67 idosos tiveram os domicílios visitados por três vezes em dias e horários diferentes mas não foram encontrados e 54 idosos haviam falecido. Portanto, participaram deste estudo 394 idosos.

Em relação à autopercepção de saúde, 21,1% dos idosos evoluíram para piora do indicador, 26,7% apresentaram melhora e 52,2% não apresentaram alteração (Tabela 1).

Nas Tabelas 2 e 3 são apresentados os resultados das análises bivariadas entre as a variável dependente (a piora da autopercepção de saúde) e a características das pessoas idosas. Nenhuma variável sociodemográfica se mostrou associada à piora da autopercepção de saúde.

Tabela 1. Transição entre os níveis de autopercepção de saúde em idosos da linha de base até a primeira onda do estudo em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil, 2013–2017.

Linha de base	Primeira Onda					
	Muito bom	Bom	Regular	Ruim	Muito Ruim	
Níveis de autopercepção	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Muito Bom	15 (3,8)	2 (13,3)	6 (40,0)	5 (33,3)	1 (6,7)	1 (6,7)
Bom	145 (36,8)	7 (4,8)	91 (62,8)	44 (30,3)	2 (1,4)	1 (0,7)
Regular	180 (45,7)	3 (1,7)	54 (30,0)	102 (56,7)	17 (9,4)	4 (2,2)
Ruim	48 (12,2)	0 (0,0)	9 (18,8)	26 (54,2)	11(22,9)	2 (4,2)
Muito Ruim	6 (1,5)	0 (0,0)	1 (16,7)	5 (83,3)	0 (0,0)	0 (0,0)

* Os percentuais indicam a proporção de cada nível de autopercepção de saúde em relação à linha de base.

Tabela 2. Análise bivariada entre a piora da autopercepção de saúde e variáveis sociodemográficas de pessoas idosas comunitárias acompanhados na primeira onda do estudo em Montes Claros, MG, Brasil, 2013–2017.

Variável Independente	Amostra n%	Piora da Autopercepção		<i>p-valor</i>
		Não n	Sim n	
Sexo				0,916
Masculino	131 (33,2)	103 (78,6)	28 (21,4)	
Feminino	263 (66,8)	208 (79,1)	55 (20,9)	
Faixa etária (média 73,9 ±7,9)				0,911
Até 79 anos	302 (76,6)	238 (78,8)	64 (21,2)	
≥ 80 anos	92 (23,4)	73 (79,3)	19 (20,7)	
Situação conjugal				0,820
Com companheiro	195 (49,5)	153 (78,5)	42 (21,5)	
Sem companheiro	199 (50,5)	158 (79,4)	41 (20,6)	
Arranjo familiar				0,586
Reside sozinho	50 (12,7)	38 (76,0)	12 (24,0)	
Não reside sozinho	344 (87,3)	273 (79,4)	71 (20,6)	
Escolaridade (em anos)				0,167
Até 4	99 (25,1)	228 (77,3)	67 (22,7)	
> 4	295 (74,9)	83 (83,8)	16 (16,2)	
Leitura				0,728
Sabe ler	300 (76,1)	238 (79,3)	62 (20,7)	
Não sabe ler	94 (23,9)	73 (77,7)	21 (22,3)	
Prática Religiosa				0,609
Sim	381 (96,7)	300 (78,7)	81 (21,3)	
Não	13 (3,3)	11 (84,6)	2 (15,4)	
Renda própria				0,359
Sim	355 (90,1)	278 (78,3)	77(21,7)	
Não	39 (9,9)	33 (84,6)	6(15,4)	
Renda familiar mensal				0,885
Até 1 salário mínimo	102 (25,9)	80 (78,4)	22 (21,6)	
> de 1 salário mínimo	292 (74,1)	231 (79,1)	61 (20,9)	

Tabela 3. Análise bivariada entre a piora da autopercepção de saúde de saúde e variáveis relativas à saúde e ao uso dos serviços de saúde de pessoas idosas comunitários acompanhadas na primeira onda do estudo em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil, 2013–2017.

Variável Independente	Amostra n (%)	Piora da Autopercepção		p-valor
		Não n (%)	Sim n (%)	
Hipertensão Arterial				0,033
Sim	281 (71,3)	214 (76,2)	67 (23,8)	
Não	113 (28,7)	97 (85,8)	16 (14,2)	
Diabetes <i>Mellitus</i>				0,234
Sim	90 (22,8)	67 (74,4)	83 (21,1)	
Não	304 (77,2)	244 (80,3)	60 (19,7)	
Doença Cardíaca				0,436
Sim	110 (27,9)	84 (76,4)	26 (23,6)	
Não	284 (72,1)	227 (79,9)	57 (20,1)	
Doença Osteoarticular				0,431
Sim	189 (48,0)	146 (77,2)	43 (22,8)	
Não	205 (52,0)	165 (80,5)	40 (19,5)	
Asma				0,021
Sim	29 (7,4)	18 (62,1)	11 (37,9)	
Não	365 (92,6)	293 (80,3)	72 (19,7)	
Neoplasia				0,210
Não	356 (90,4)	284 (79,8)	72 (20,2)	
Sim	38 (9,6)	27 (71,1)	11 (28,9)	
Acidente Vascular Encefálico				0,959
Não	365 (92,6)	288 (78,9)	77 (21,1)	
Sim	29 (7,4)	23 (79,3)	6 (20,7)	
Polifarmácia				0,038
Não	287 (72,8)	234 (81,5)	53 (18,5)	
Sim	107 (27,2)	77 (72,0)	30 (28,0)	
Perda de Peso Autorreferida				0,373
Não	335 (85)	267 (79,7)	68 (20,3)	
Sim	59 (15)	44 (74,6)	15 (25,4)	
Presença de Cuidador				0,614
Sim	348 (88,3)	276 (79,3)	72 (20,7)	
Não	46 (11,7)	35 (76,1)	11 (23,9)	
Queda nos últimos 12 meses				0,276
Não	271 (68,8)	218 (80,4)	53 (19,6)	
Sim	123 (31,2)	93 (75,6)	30 (24,4)	
Fragilidade				<0,001
Sim	111 (28,2)	100 (69,0)	45 (31,0)	
Não	283 (71,8)	211 (84,7)	38 (15,3)	

continua

Continuação da Tabela 3

Variável Independente	Amostra n (%)	Piora da Autopercepção		<i>p</i> -valor
		Não n (%)	Sim n (%)	
Consulta médica nos últimos 12 meses				
Sim	34 (8,6)	29 (85,3)	5 (14,7)	0,341
Não	360 (91,4)	282 (78,3)	78 (21,7)	
Internação nos últimos 12 meses				0,080
Sim	57 (14,5)	40 (70,2)	17 (29,8)	
Não	337 (85,5)	271 (80,4)	66 (19,6)	
Dificuldade de Acesso				0,140
Sim	130 (33,0)	97 (74,6)	33 (25,4)	
Não	264 (67,0)	214 (81,1)	50 (18,9)	

No modelo final as covariáveis que permaneceram estatisticamente associadas à piora da autopercepção

de saúde, após análise múltipla, foram: asma, hipertensão arterial sistêmica e fragilidade (Tabela 4).

Tabela 4. Fatores associados à piora da autopercepção de saúde em idosos comunitários em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil, 2013–2017.

Variável Independente	RP *(ajustado)	**IC95%	<i>p</i> -valor
Fragilidade			< 0,001
Sim	1,147	1,063 - 1,236	
Não	1		
Asma			0,048
Sim	1,139	1,001 - 1,294	
Não	1		
Hipertensão arterial			0,049
Sim	1,020	1,001 - 1,130	
Não	1		

*RP- Razão de prevalência, ** IC95% - Intervalo de Confiança.

DISCUSSÃO

Este estudo mostrou que houve variação entre os diferentes níveis de autopercepção de saúde de pessoas idosas durante o período médio de acompanhamento (42 meses). Doenças crônicas e fragilidade mostraram associação longitudinal com a piora desses níveis de autopercepção de saúde.

É importante destacar que não foram encontradas diferenças significativas para as principais características entre a população de idosos

acompanhada do ano-base e a população de idosos considerada como perdas (57,5%) no decorrer do seguimento deste estudo. Logo, aponta para uma perda não diferencial¹⁵.

O processo dinâmico da autopercepção de saúde de pessoas idosas que residem na comunidade, ao longo do tempo, foi constatado neste estudo. Pouco mais da metade do grupo de idosos manteve o padrão da avaliação anterior, enquanto cerca de um quinto apresentou piora e aproximadamente um quarto demonstrou melhora.

Os fatores associados à melhora da autopercepção de saúde não foram investigados neste estudo. Isso se deve ao fato de não terem sido consideradas variáveis como alimentação, nível de atividade física, apoio social e autonomia que de acordo com a literatura são capazes de influenciar positivamente a autopercepção de saúde^{6,8}.

Os resultados deste estudo evidenciam associação significativa da piora da autopercepção do estado de saúde com a fragilidade. As pessoas idosas frágeis apresentam vulnerabilidade fisiológica para manter ou recuperar a homeostase após a ocorrência de eventos estressores. Essa descompensação da homeostase surge quando eventos agudos, físicos, sociais ou psicológicos são capazes de promover o aumento de efeitos deletérios sobre os diferentes sistemas orgânicos de pessoas idosas frágeis. Trata-se da diminuição das reservas energéticas decorrente de alterações relacionadas ao processo de envelhecimento, compostas por sarcopenia, desregulação neuroendócrina e disfunção imunológica¹⁶⁻¹⁸. Assim a síndrome da fragilidade com tantas interferências na funcionalidade e na autonomia do idoso é capaz de interferir negativamente ao longo do tempo na sua autoavaliação de saúde.

A relação entre fragilidade de pessoas idosas e autopercepção negativa da saúde já foi identificada em estudos transversais^{3,19,20}. Entretanto, não foi encontrado na literatura outro estudo que avaliasse os determinantes da piora da autopercepção de saúde em pessoas idosas ao longo do tempo o que inviabilizou a comparação de resultados do presente estudo com outras investigações semelhantes.

Revisão sistemática recente mostra que a fragilidade é altamente prevalente em idosos sul-americanos, com taxas mais altas do que as encontradas na Europa e na Ásia²¹. Esses achados indicam a necessidade de propostas capazes de evitar a progressão, tanto da fragilidade, quanto da autopercepção de saúde de idosos em direção a resultados negativos para a saúde. Esse aspecto é particularmente importante para os profissionais de saúde que assistem essa população. As equipes da Estratégia Saúde da Família devem estabelecer maior aproximação com esses indivíduos, com a

implantação de protocolos assistenciais direcionados às ações necessárias para um envelhecimento saudável e com qualidade de vida, com foco na promoção e na prevenção dos aspectos determinantes da fragilidade. Isso trará benefícios para a população com possíveis impactos na fragilidade e na melhora da autopercepção de saúde².

A piora da autopercepção de saúde também se associou à asma. Considerado um dos principais problemas de saúde pública, a asma é uma inflamação obstrutiva crônica dos brônquios com exacerbações agudas reversíveis, causada pela reação aumentada por vários estímulos inalatórios ou alimentares, ocasionando constrição da musculatura dos brônquios, edema da sua parede e hipersecreção das glândulas mucosas, levando a quadro clínico característico: dispnéia, tosse, sibilos²².

A asma já foi associada a autopercepção negativa de saúde entre idosos^{19,20}. Entretanto, não foram encontrados outros estudos que mostrassem relação da asma com a piora da autopercepção ao longo do tempo. É possível estabelecer um paralelo entre a possível gravidade dos casos da doença, que podem inclusive oferecer risco de morte¹⁹ e seus impactos negativos na piora da autopercepção de saúde. O quadro clínico da asma pode variar de indivíduo para indivíduo, assim como em um mesmo idoso. Há épocas que o quadro clínico pode apresentar sintomatologia exacerbada, necessitando atendimentos de emergência e internação hospitalar. Geralmente, os idosos asmáticos também têm outras doenças crônicas não-transmissíveis concomitantes que complicam e influenciam o tratamento da asma^{19,20} e podem também impactar na piora da autopercepção de saúde. Embora não exista cura, existem tratamentos que melhoram muito os sintomas da asma e proporcionam o controle da doença^{22,23}. Ações de prevenção dos gatilhos relacionados a crises da asma devem fazer parte dos esforços rotineiros dos profissionais de saúde que acompanham esses idosos no sentido de diminuir a exacerbação da doença e assim evitar o agravamento do indicador de piora da autopercepção de saúde.

A piora da autopercepção de saúde mostrou-se associada ainda à hipertensão arterial sistêmica (HAS) em idosos comunitários. Estudos transversais também

identificaram essa associação^{24,25}. A hipertensão arterial sistêmica pode interferir negativamente na autopercepção de saúde em idosos²⁶. Indivíduos hipertensos são orientados a restrição de alguns alimentos, a realização de atividade física, ao uso correto de medicações anti-hipertensivas. Tais mudanças no estilo de vida podem levar o idoso a ter uma percepção negativa da própria saúde. Com o passar do tempo o agravamento da condição de hipertensão associada ao acréscimo de medicações pode contribuir para a piora da autopercepção negativa da saúde.

Nesse sentido, a educação em saúde é um dos principais dispositivos para viabilizar e efetivar a promoção da saúde dessa população, pois fortalece o desenvolvimento da responsabilidade individual e coletiva para a prevenção de agravos²⁶⁻²⁸. Recomenda-se o estabelecimento de parcerias entre as equipes da Estratégia Saúde da Família e programas de academia ao ar livre, equipes de apoio multidisciplinar, idosos e seus cuidadores para o desenvolvimento de ações de promoção de saúde e prevenção das complicações da HAS. Essas são possibilidades de desenvolver ações duradoras que gerem nos idosos a sensação de pertencimento ao grupo de cuidados a saúde. Tais ações estão embasadas nos estudos de literacia em saúde²⁹ e podem favorecer a adesão prolongada com resultados muito positivos também na autopercepção de saúde em longo prazo.

Evidencia-se que os aspectos encontrados como determinantes para uma piora da autopercepção de saúde estão associados às doenças crônicas e fragilidade que podem impactar negativamente na autonomia e independência do idoso. Uma velhice com tais limitações, de maneira geral, podem interferir na piora da autopercepção de saúde.

O presente estudo apresenta algumas limitações. A impossibilidade de avaliar as transições de autopercepção de saúde que ocorreram em intervalos de tempo menores que o período decorrido entre a

linha de base e a primeira onda do estudo. Também não foi possível avaliar os fatores associados à melhora da autopercepção de saúde por não terem sido investigadas variáveis que podem estar ligadas a uma possível melhora. Além disso, algumas variáveis estudadas foram autorrelatadas. Todavia, a despeito dessas limitações, este trabalho possui amostra aleatória, com número expressivo de idosos comunitários. Além disso, trata-se de um estudo inédito que mostra o que de fato influencia na piora do indicador de autopercepção de saúde. Destaca-se ainda o seu potencial de direcionamento de esforços que possam melhorar a autopercepção de saúde entre idosos.

A compreensão dos fatores que interferem nas variações da autopercepção de saúde é fundamental para que seja elaborado um plano de cuidados direcionado aos idosos que busque intervir nos aspectos determinantes da autopercepção ao longo do tempo. No caso dos idosos do município em estudo os esforços devem ser destinados a idosos que possuem doenças crônicas e para aqueles que apresentam algum nível de fragilidade.

CONCLUSÃO

A autopercepção de saúde mostrou-se dinâmica com transição entre níveis de autoavaliação de saúde durante o período de acompanhamento. Algumas condições de saúde foram associadas à piora da autopercepção de saúde em idosos comunitários: doenças crônicas e fragilidade. Uma parcela significativa dos idosos apresentou melhora da autopercepção de saúde. Esses resultados devem ser considerados pelas equipes de assistência à saúde na realização de ações planejadas destinadas a saúde do idoso e direcionadas à melhora do indicador de autopercepção de saúde.

Editado por: Maria Helena Rodrigues Galvão

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. World report on ageing and health [Internet]. Geneva: WHO; 2015 [acesso em 12 jan. 2021]. Disponível em: <http://www.who.int/ageing/events/world-report-2015-launch/en>.
2. Veras RP, Oliveira M. Envelhecer no Brasil: a construção de um modelo de cuidado. *Ciênc Saúde Colet*. 2018;23(6):1929-36. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.04722018>.

3. Carneiro JA, Gomes CAD, Durães W, Jesus DR, Chaves KLL, Lima CA, et al. Autopercepção negativa da saúde: prevalência e fatores associados entre idosos assistidos em centro de referência. *Ciênc Saúde Colet.* 2020;25(3):909-18. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020253.16402018>.
4. Aguilar-Palacio I, Carrera-Lasfuentes P, Rabanaque MJ. Salud percibida y nivel educativo en España: tendencias por comunidades autónomas y sexo (2001-2012). *Gac Sanit.* 2015;29(1):37-43. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2014.07.004>.
5. Pagotto V, Bachion MM, Silveira EA. Autoavaliação da saúde por idosos brasileiros: revisão sistemática da literatura. *Rev Panam Salud Publica.* 2013;33(4):302-10. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2013.v33n4/302-310/pt>.
6. Pavão ALB, Werneck GL, Campos MR. Autoavaliação do estado de saúde e a associação com fatores sociodemográficos, hábitos de vida e morbidade na população: um inquérito nacional. *Cad Saúde Pública.* 2013;29(4):723-34. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2013000400010>.
7. Feng Q, Zhu H, Zhen Z, Gu D. Self-rated health, interviewer-rated health, and their predictive powers on mortality in old age. *J Gerontol Ser B Psychol Sci Soc Sci.* 2016;71(3):535-50. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/geronb/gbu186>.
8. Peres MA, Masiero AV, Longo GZ, Rocha GC, Matos IB, Najnie K, et al. Auto-avaliação da saúde em adultos no Sul do Brasil. *Rev Saúde Pública.* 2010;44(5):901-11. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/rsp/2010.v44n5/901-911/pt>.
9. Meireles AL, Xavier CC, Andrade ACS, Friche AAL, Proietti FA, Caiaffa WT. Self-rated health in urban adults, perceptions of the physical and social environment, and reported comorbidities: the BH Health Study. *Cad Saúde Pública.* 2015;31Suppl:1-17. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00076114>.
10. Andrade GFD, Loch MR, Silva AMR. Mudanças de comportamentos relacionados à saúde como preditores de mudanças na autopercepção de saúde: estudo longitudinal (2011-2015). *Cad Saúde Pública.* 2019;35(4):e00151418. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00151418>.
11. SargenT-Cox K, Cherbuin N, Morris L, Butterworth P, Anstey KJ. The effect of health behavior change on self-rated health across the adult life course: a longitudinal cohort study. *Prev Med.* 2014;58:75-80. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2013.10.017>.
12. Carneiro JA, Ramos GCF, Barbosa ATF, Mendonça JMG, Costa FM, Caldeira AP. Prevalence and factors associated with frailty in non-institutionalized older adults. *Rev Bras Enferm.* 2016;69(3):435-42. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690304i>.
13. Rolfson DB, Majumdar SR, Tsuyuki RT, Tahir A, Rockwood K. Validity and reliability of the Edmonton Frail Scale. *Age Ageing.* 2006;35(5):526-9. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/ageing/af1041>.
14. Fabrício-Wehbe SCC, Schiaveto FV, Vendrusculo TRP, Haas VJ, Dantas RAS, Rodrigues RAP. Cross-cultural adaptation and validity of the “Edmonton Frail Scale - EFS” in a Brazilian elderly sample. *Rev Latinoam Enferm.* 2009;17(6):1043-9. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692009000600018>.
15. Carneiro JA, Lima CA, Costa FM, Caldeira AP. Cuidados em saúde estão associados à piora da fragilidade em idosos comunitários. *Rev Saúde Pública.* 2019;53(32):1-9. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2019053000829>.
16. Lacas A, Rockwood K. Frailty in primary care: a review of its conceptualization and implications for practice. *BMC Med.* 2012;10(1):1-9. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/1741-7015-10-4>.
17. Clegg A, Young J, Iliffe S, Rikkert MO, Rockwood K. Frailty in elderly people. *Lancet.* 2013;381(9868):752-62. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)62167-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)62167-9).
18. Lourenço RA, Moreira VG, Mello RGB, Santos ISS, Lin SM, Pinto ALF, et al. Consenso brasileiro de fragilidade em idosos: conceitos, epidemiologia e instrumentos de avaliação. *Geriatr Gerontol Aging.* 2018;12(2):121-35. Disponível em: <https://doi.org/10.5327/Z.2447-211520181800023>.
19. Medeiros SM, Silva LSR, Carneiro JA, Ramos GCF, Barbosa ATF, Caldeira AP. Fatores associados à autopercepção negativa da saúde entre idosos não institucionalizados de Montes Claros, Brasil. *Ciênc Saúde Colet.* 2016;21(11):3377-86. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320152111.18752015>.
20. Usnayo REK, Monteiro GTR, Amaral CA, Vasconcelos MTL, Amaral TLM. Autoavaliação negativa da saúde em pessoas idosas associada a condições socioeconômicas e de saúde: inquérito populacional em Rio Branco, Acre. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2020;23(5):e200267. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-22562020023.200267>.

21. Coelho-Junior HJ, Marzetti E, Picca A, Calvani R, Cesari M, Uchida MC. Prevalence of prefrailty and frailty in South America: a systematic review of observational studies. *J Frailty Aging*. 2020;9:197-213. Disponível em: <https://doi.org/10.14283/jfa.2020.22>.
22. Pecher SA. Asma brônquica no idoso. *Rev Para. Med*. 2007;21(3):47-51. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/pdf/rpm/v21n3/v21n3a08.pdf>.
23. Barbosa ATF, Carneiro JA, Ramos GCF, Leite MT, Caldeira AP. Fatores associados à Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica em idosos. *Ciênc Saúde Colet*. 2017;22(1):63-73. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017221.13042016>.
24. Silva RJS, Smith-Menezes A, Tribess S, Rómo-Perez V, Virtuoso Jr. JS. Prevalência e fatores associados à percepção negativa da saúde em pessoas idosas no Brasil. *Rev Bras Epidemiol*. 2012;15(1):49-62. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1415-790X2012000100005>.
25. Loyola Filho AI, Firmo JOA, Uchôa E, Lima-Costa MF. Fatores associados à autoavaliação negativa da saúde entre idosos hipertensos e/ou diabéticos: resultados do projeto Bambuí. *Rev Bras Epidemiol*. 2013;16(3):559-71. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1415-790X2013000300001>.
26. Zanin C, Jorge MGS, Klein SR, Knob B, Lusa AC, Wibelinger LM. Autopercepção de saúde em idosos com hipertensão arterial sistêmica. *Rev Interdiscipl Ciênc Méd MG*. 2017;1(1):28-36. Disponível em: <http://revista.fcmmg.br/ojs/index.php/ricm/article/view/5/3#>.
27. Vasconcelos MIO, Farias QLT, Nascimento FG, Cavalcante ASP, Mira QLM, Queiroz MVO. Educação em saúde na atenção básica: uma análise das ações com hipertensos. *Rev APS*. 2017;20(2):253-62. Disponível em: <https://doi.org/10.34019/1809-8363.2017.v20.15943>.
28. Seabra CAM, Xavier SPL, Sampaio YPCC, Oliveira MF, Quirino GS, Machado MFAS. Educação em saúde como estratégia para promoção da saúde dos idosos: Uma revisão integrativa. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2019;22(4):e190022. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562019022.190022>.
29. Oscalices MIL, Okuno MFP, Lopes MBT, Batista REA, Campanharo CRV. Literacia em saúde e adesão ao tratamento de pacientes com insuficiência cardíaca. *Rev Esc Enferm USP*. 2019;53:e03447. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2017039803447>.