



Fatores que determinam a percepção negativa da saúde de idosos brasileiros

Factors determining the negative perception of the health of Brazilian elderly people

Camila Zanesco¹
Danielle Bordin²
Celso Bilynkiewicz dos Santos³
Erildo Vicente Müller²
Cristina Berger Fadel³

Resumo

Objetivo: Conhecer os fatores que determinam a percepção negativa da saúde de idosos brasileiros, considerando condições sociodemográficas, limitações funcionais e adoecimento, padrão de utilização de serviços de saúde e condição de saúde bucal. **Método:** Estudo transversal com dados provenientes da Pesquisa Nacional de Saúde (2013), a qual envolveu 23.815 idosos. Após o tratamento da base de dados, procedeu-se a redução de dimensionalidade realizada no ambiente do *Waikato Environment for Knowledge Analysis*. As variáveis relacionadas com a percepção em saúde foram avaliadas por meio da regressão logística, para mensurar a magnitude das associações. Considerou-se como variável desfecho a percepção da saúde e 36 variáveis independentes. **Resultados:** As variáveis mais fortemente relacionadas à percepção negativa da saúde dos idosos foram: analfabetismo (OR=1,48), baixa escolaridade, dificuldade total em realizar atividades instrumentais de vida diária (OR=2,04), impossibilidade de realizar qualquer atividade habitual por algum motivo de saúde (OR=3,20), presença de diagnóstico de doença física ou mental (OR=2,44), autopercepção de saúde bucal negativa (OR=1,92), procura acentuada por serviços de saúde nas últimas semanas (OR=1,16), consultas médicas e internação hospitalar nos últimos 12 meses (OR=1,40). **Conclusão:** O uso de metodologias multidimensionais é capaz de identificar a influência de aspectos determinantes da percepção negativa de saúde em idosos brasileiros e que os mesmos devem subsidiar a formulação de políticas públicas de saúde voltadas à população idosa.

Palavras-chave:

Autoimagem. Autoavaliação.
Saúde do Idoso. Percepção.

Abstract

Objective: To identify factors that determine the negative perception of the health of the Brazilian elderly, considering sociodemographic conditions, functional limitations and illness, patterns of utilization of health services and oral health condition. **Method:** A cross-sectional study with data from the National Health Survey (2013), involving 23,815

¹ Universidade Estadual de Ponta Grossa, Setor de Ciências Biológicas e da Saúde, Programa de Pós-graduação Strictu Sensu em Ciências da Saúde. Ponta Grossa, Paraná, Brasil.

² Universidade Estadual de Ponta Grossa, Setor de Ciências Biológicas e da Saúde, Departamento de Enfermagem e Saúde Pública. Ponta Grossa, Paraná, Brasil.

³ Universidade Estadual de Ponta Grossa, Setor de Ciências Biológicas e da Saúde, Departamento de Odontologia. Ponta Grossa, Paraná, Brasil.

elderly persons was carried out. Once the database was treated, dimensionality reduction was performed using the Waikato Environment for Knowledge Analysis. The variables related to health perception were evaluated through logistic regression to measure the magnitude of the associations. Health perception and 36 independent variables were considered as outcome variables. *Results:* The variables most strongly related to the negative perception of the health of the elderly were illiteracy (OR=1.48), low educational level, total difficulty in performing instrumental activities of daily living (OR=2.04), impossibility of performing any activity (OR=3.20), presence of a diagnosis of physical or mental illness (OR=2.44), negative self-perception of oral health (OR=1.92), an increased need for health services in recent weeks (OR=1.16), medical visits and hospitalization in the last 12 months (OR=1.40). *Conclusion:* The use of multidimensional methodologies can identify the influence of determinants of a negative perception of health among Brazilian elderly persons, and can support the formulation of public health policies aimed at the elderly population.

Keywords: Self Concept. Self-Assessment. Health of the Elderly. Perception.

INTRODUÇÃO

Uma inversão na pirâmide etária mundial vem sendo atualmente observada, resultante do aumento da expectativa de vida e do decréscimo das taxas de natalidade, processo que se intensifica quando considerada a realidade de países que se encontram em desenvolvimento. O aumento exponencial de indivíduos com 60 anos ou mais, denominados idosos, vem perpetuando diversas preocupações e dificuldades em torno dos serviços de saúde em âmbito global¹⁻³. Voltando-se para o território nacional brasileiro, as projeções para esse cenário daqui a mais de 40 anos (2060) estimam que em torno de 33,7% da população total do Brasil corresponderá a indivíduos idosos⁴.

Adentrar a faixa etária acima dos 60 anos é uma realidade que vem prosperamente se tornando acessível às populações de diversas classes sociais; no entanto, a literatura revela que idosos estão diretamente ligados a perdas da capacidade funcional de forma natural, gradual e progressiva, processo que pode ser intensificado pela presença de doenças e outras situações. O quadro imposto pelas limitações e a coagida dependência parcial ou total para desempenhar atividades englobadas como básicas ou instrumentais influenciam na percepção da saúde do indivíduo e compõe um grupo vasto de aspectos importantes para a qualidade de vida dos mesmos, muitos dos quais permanecem desconhecidos e podem preceder quadros de debilidade funcionais^{3,5,6}.

Baseando-se na pluralidade cultural e nas distintas realidades sociais em nível nacional e mundial, os inquéritos de saúde vêm ganhando espaço de destaque como sólida fonte de informações. A Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) caracterizou-se como um inquérito de base domiciliar com abrangência nacional, o qual objetivou de modo geral apresentar um panorama integrando a situação de saúde em relação à atenção, acesso e uso de recursos em saúde de toda a população brasileira e, conjuntamente, buscou conhecer outros aspectos como estilo de vida, percepção da saúde, cuidados e recursos dispensados no campo assistencial⁶⁻⁹.

A PNS possibilitou apreender aspectos que contribuem diretamente na percepção da saúde por parte do indivíduo idoso, e essa condição constituiu-se como essencial, consolidando-se como base para planejamentos e projeções no campo da saúde. A percepção da saúde demonstra através de uma esfera integral percebida pelo próprio indivíduo seu verdadeiro estado de saúde, possui influência de âmbito multidimensional e expressa aspectos objetivos e subjetivos¹⁰⁻¹². A percepção positiva perante a condição de saúde em que indivíduos idosos se encontram é essencial para que os mesmos possam viver de forma equilibrada e continuem interagindo com suas famílias e sociedade⁶.

A literatura disponível envolvendo a condição percebida de saúde dos idosos é vasta, no entanto predominam estudos que ponderam pequenos grupos populacionais submetidos a uma situação

ou serviço de saúde específico^{6,10,13-16}. Estudos que avaliam as amplas influências perante a percepção negativa de saúde de idosos, utilizando inquéritos de base nacional, não são encontrados, sendo premente considerar tal fonte de dados devido à sua imponência e abrangência, constituindo-se como parâmetro referencial para planejamentos de políticas e ações em saúde^{6,7,10-12}.

Seguindo o contexto em destaque, objetiva-se neste estudo conhecer os fatores que determinam a percepção negativa da saúde de idosos brasileiros, considerando conjuntamente condições sociodemográficas, limitações funcionais e adoecimento, padrão de utilização de serviços de saúde e condição de saúde bucal.

MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal, quantitativo, com dados provenientes do inquérito de base populacional – PNS, proposto pelo Ministério da Saúde e conduzido, em 2013, pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)¹⁷.

A pesquisa é de base domiciliar e o plano amostral utilizado contou com uma amostragem probabilística por conglomerados em três estágios, sendo os setores ou conjunto de setores censitários as unidades primárias de amostragem, os domicílios as unidades secundárias e os moradores maiores de idade selecionados, as unidades terciárias^{8,9,17}.

O tamanho da amostra foi definido considerando o nível de precisão desejado para as estimativas de alguns indicadores de interesse, resultando em informações de 205.546 indivíduos residentes em 60.900 domicílios investigados^{8,9,17}. Detalhes sobre o processo de amostragem e ponderação estão disponíveis no relatório da PNS¹⁷.

Os dados foram coletados por pesquisadores previamente calibrados. As informações foram obtidas por meio de entrevistas individuais e armazenadas em computadores de mão. Participaram da pesquisa indivíduos maiores de 18 anos. A entrevista foi direcionada por três formulários: o domiciliar, referente às características do domicílio; o relativo a todos os moradores do domicílio; e o

individual, respondido por um morador, sorteado, do domicílio com 18 anos ou mais de idade^{8,9,17}. Para o presente estudo considerou-se, exclusivamente, os dados dos indivíduos acima de 60 anos, proveniente dos dois últimos formulários (N= 23.815).

O inquérito nacional foi aprovado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa para seres humanos, do Ministério da Saúde, sob o parecer nº 328.159, de 26 de junho de 2013.

A variável desfecho *Percepção da saúde* é resultante da questão: *De um modo geral, como é o estado de saúde geral?* Tendo como respostas: muito *boa*, *boa*, *regular*, *ruim* e *muito ruim*. Para efeito de análise no presente estudo, as respostas foram agrupadas em positivas (padrões de resposta: *muito boa* e *boa*) e negativas (padrões de resposta: *regular*, *ruim* e *muito ruim*)^{10,14}. Essa questão foi respondida por um único morador do domicílio para todos os membros do lar, podendo, deste modo, não ser respondida especificamente pelo idoso.

Na fase de pré-exploração dos dados foram elencadas 36 variáveis de interesse para compor as variáveis independentes, relacionadas a: características sociodemográficas; limitações funcionais e adoecimento; utilização de serviços de saúde, internações e urgências médicas; e condição de saúde bucal (Quadro 1). Todas as variáveis passaram por tratamento, sendo que as numéricas foram transformadas em categóricas, algumas variáveis foram recategorizadas, e outras dicotomizadas conforme o preconizado pela literatura¹⁸.

Para fins deste estudo, desenvolveu-se a variável *Dificuldade total em realizar Atividades Básicas de Vida Diária* (ABVD) por meio da junção das variáveis: dificuldade para comer sozinho com um prato colocado à sua frente; dificuldade para tomar banho sozinho; dificuldade para ir ao banheiro sozinho; dificuldade para se vestir sozinho; dificuldade para andar em casa sozinho de um cômodo a outro da casa; dificuldade para deitar ou levantar da cama sozinho; dificuldade para sentar ou levantar da cadeira sozinho. Já a *Dificuldade total em realizar Atividades Instrumentais de Vida Diária* (AIVD) foi proveniente das questões: dificuldade para fazer compras sozinho; dificuldade para administrar as finanças sozinho; dificuldade para tomar os remédios sozinho; dificuldade

para ir ao médico sozinho; dificuldade para sair sozinho utilizando um transporte; dificuldade para administrar as finanças sozinho (cuidar do seu próprio dinheiro). As variáveis foram dicotomizadas em com dificuldade, abrangendo os padrões de resposta: *não consegue, tem grande dificuldade, tem pequena dificuldade e*

sem dificuldade, considerando o padrão de resposta *não tem dificuldade*. A dificuldade funcional para as ABVD e AIVD foram definidas da mesma forma: dificuldade, independente do grau, para todas as atividades diárias investigadas, conforme estudos similares na literatura^{5,12,18}.

Quadro 1. Descrição das variáveis independentes utilizadas no estudo. PNS, Brasil, 2013.

Características sociodemográficas	
Sexo	Alfabetização
Idade	Nível de escolaridade
Cor	Renda
Vivência com cônjuge	Região de residência
Estado civil	
Limitações funcionais e adoecimento	
Presença de alguma doença crônica, física ou mental	Esteve acamado
A presença de doença crônica, física ou mental, limita de alguma forma suas atividades habituais	Número de dias acamado
Deixou de realizar quaisquer de suas atividades habituais por motivo de saúde	Dificuldade total em realizar Atividades Básicas de Vida Diária
Número de dias que deixou de realizar suas atividades habituais, por motivo de saúde	Dificuldade total em realizar Atividades Instrumentais de Vida Diária
Utilização de serviços de saúde	
Local que costuma procurar atendimento quando está doente	Motivo pela procura do atendimento
Tempo desde a última consulta médica	Local onde procurou o último atendimento de saúde
Número de consultas no último ano	Teve medicamentos receitados na última consulta
Procura por algum lugar, serviço ou profissional de saúde para atendimento relacionado à própria saúde nas últimas duas semanas	Utilizou alguma prática integrativa e complementar, isto é, tratamento como acupuntura, homeopatia, plantas medicinais e fitoterapia, etc.
Internações e urgências médicas	
Internação no último ano	Tempo internado
Número de internações no último ano	Atendimento de urgência no domicílio
Motivo da internação	
Condição de saúde bucal	
Percepção da saúde bucal	Perda dental superior
Dificuldade para comer	Número de dentes naturais presentes
Perda dental inferior	Uso de prótese dental

Após o tratamento completo da base de dados, realizou-se o teste de redução de dimensionalidade. Para tal, aplicou-se o método de Seleção de Atributos considerando a abordagem filtro no ambiente de Mineração de Dados, a saber, *Waikato Environment for Knowledge Analysis* (WEKA). Na abordagem filtro foi utilizado o algoritmo *Correlation-based Feature Selection* (CFS)¹⁹, por meio do método de validação cruzada de 10 Fold. Esse teste analisa ao mesmo tempo todas as variáveis incluídas na análise e identifica quais são as variáveis independentes que têm elevada relação com variável dependente e baixa relação entre si, eliminando toda e qualquer relação de confundimento. Para o modelo final foram consideradas apenas as variáveis com grande potencial para explicar a variável desfecho, o que possibilitou validar as relações puras e estritas das variáveis independentes e variável desfecho, com muito mais precisão que outros testes frequentemente utilizados na literatura. Além disso, os modelos assim gerados apresentam maior capacidade de explicação e taxa de acerto, além de extração do conhecimento potencialmente útil e desconhecido em uma grande base de dados¹⁹, como a base envolvida na presente análise.

Em seguida, as variáveis relacionadas com a percepção em saúde foram avaliadas por meio da regressão logística, para mensurar a magnitude das associações. O modelo formado teve capacidade explicativa de 68,76%. Todas as análises foram realizadas no ambiente WEKA¹⁹.

RESULTADOS

Nos resultados da análise de seleção de atributos, verificou-se que as variáveis mais fortemente relacionadas à percepção de saúde entre idosos brasileiros foram: alfabetização (100%); nível de escolaridade (100%); impossibilidade de realizar de quaisquer atividades habituais por motivo de saúde (100%); diagnóstico de alguma doença crônica, física ou mental (100%); procura por algum lugar, serviço ou profissional de saúde para atendimento relacionado à própria saúde nas duas últimas semanas (100%); número de consultas ao médico

nos últimos 12 meses (100%); internação hospitalar nos últimos 12 meses (100%); dificuldade em realizar as AIVD (100%) e percepção da saúde bucal (80%). De acordo com a proposta metodológica, apenas essas variáveis serão consideradas para a presente análise.

A análise descritiva das então variáveis fortemente associadas com a percepção em saúde dos idosos pode ser visualizada na Tabela 1 e as razões de chances delas relataram percepção negativa em saúde, na Tabela 2. Essa avaliação negativa esteve presente em 56% dos idosos que conformaram a amostra do estudo.

A maioria dos idosos (76%) era alfabetizada, com baixo nível de escolaridade. Pode-se verificar que quanto menor o nível de escolaridade, maiores as chances de dispor de uma percepção de saúde negativa. Ainda, 89% e 93% dos idosos, respectivamente, relataram não apresentar impossibilidades de realizar quaisquer atividades habituais por motivos de saúde e dificuldade total para realizar as AIVD. Contudo, quando essas limitações encontravam-se presentes, as chances dos indivíduos em relatar uma percepção negativa foi de 3,20 e 2,04 vezes. No que tange as morbidades, 62% já haviam recebido um diagnóstico de alguma doença crônica, física ou mental, sendo essa condição responsável por aumentar em 2,44 as chances do indivíduo apresentar uma percepção negativa em saúde. Ainda, para os idosos que apresentaram percepção da saúde bucal negativa (19%), a razão de chance para avaliar negativamente a saúde geral foi 1,92 vezes maior, em relação aos que consideraram a saúde bucal como positiva.

Já em relação à utilização dos serviços de saúde, a necessidade de ser atendido em algum serviço de saúde (considerando o período das últimas duas semanas que antecederam a coleta de dados da PNS) foi presente para 76% dos respondentes. O número de consultas médicas no último ano foi de até três para a maioria dos idosos (42%) e 90% dos participantes estiveram internados durante determinado período, considerando os 12 meses anteriores a pesquisa (Tabela 1). As frequências aumentadas desses eventos estiveram associadas a maiores chances de idosos com percepção de saúde negativa (Tabela 2).

Tabela 1. Análise descritiva das variáveis independentes que apresentaram relação com a percepção em saúde dos idosos brasileiros. PNS, Brasil, 2013.

Variável dependente	Total	Percepção positiva	Percepção negativa
Percepção da saúde geral	N (%) 23.815 (100)	n (%) 10.461 (44)	n (%) 13.354 (56)
Variáveis independentes e classes	Total N (%)	Percepção positiva n (%)	Percepção negativa n (%)
Alfabetizado			
Sim	17.985 (76)	8.676 (52)	9.309 (48)
Não	5.830 (24)	1.785 (31)	4.045 (69)
Nível de escolaridade			
Graduação ou mais	2.343 (10)	1.680 (72)	663 (28)
Médio	3.253 (14)	1.917 (59)	1.336 (41)
Fundamental	2.247 (9)	955 (43)	1.292 (57)
Alfabetização	10.142 (43)	3.908 (39)	6.234 (61)
Não responderam	5.830 (24)	---	---
Impossibilidade de realizar quaisquer atividades habituais por motivo de saúde			
Não	21.141 (89)	10.070 (48)	11.071 (52)
Sim	2.674 (11)	391 (15)	2.283 (85)
Dificuldade total em realizar as Atividades Instrumentais de Vida Diária			
Não	22.265 (93)	10.194 (46)	12.071 (54)
Sim	1.550 (7)	266 (17)	1.282 (83)
Diagnóstico de alguma doença crônica, física ou mental			
Não	8.988 (38)	2.551 (28)	6.437 (72)
Sim	14.827 (62)	7.910 (53)	6.917 (47)
Avaliação de saúde bucal			
Positiva	6.734 (28)	3.613 (46)	3.121 (54)
Negativa	4.443 (19)	1.319 (30)	3.124 (70)
Não responderam	12.638 (53)	--	--
Procura por algum lugar, serviço ou profissional de saúde para atendimento relacionado à própria saúde nas duas últimas semanas			
Não	5.605 (24)	1.774 (32)	3.831 (68)
Sim	18.210 (76)	8.687 (48)	9.523 (52)
Número de consultas ao médico nos últimos 12 meses			
Até 3 vezes	10.079 (42)	5.035 (50)	5.044 (50)
De 4 a 6 vezes	5.490 (23)	1.916 (35)	3.574 (65)
De 7 a 9 vezes	1.007 (4)	295 (29)	712 (71)
De 10 a 14 vezes	2.125 (9)	511 (24)	1.614 (76)
De 15 a 19 vezes	270 (1)	59 (22)	211 (78)
De 20 a 29 vezes	348 (1)	60 (17)	288 (83)
30 ou mais vezes	184 (1)	26 (14)	158 (86)
Não responderam	4.312 (18)	--	--
Internação hospitalar nos últimos 12 meses			
Não	21.438 (90)	9.864 (46)	11.574 (74)
Sim	2.377 (10)	597 (25)	1.780 (75)

Tabela 2. Razões de chances de percepção negativa da saúde geral, segundo variáveis independentes. PNS, Brasil, 2013.

Variável	Oddis Ratio (OR)
Alfabetizado	
Sim	1,00
Não	1,48
Nível de escolaridade	
Graduação	
Médio	1,11
Fundamental	1,42
Alfabetização	1,77
Impossibilidade de realizar quaisquer de atividades habituais por motivo de saúde	
Não	1,00
Sim	3,20
Dificuldade total em realizar as Atividades Instrumentais de Vida Diária	
Não	1,00
Sim	2,04
Diagnóstico de alguma doença crônica, física ou mental	
Não	1,00
Sim	2,44
Avaliação de saúde bucal	
Positiva	1,00
Negativa	1,92
Procura por algum lugar, serviço ou profissional de saúde para atendimento relacionado à própria saúde nas duas últimas semanas	
Não	1,00
Sim	1,16
Número de consultas ao médico nos últimos 12 meses	
Até 3 vezes	1,00
De 4 a 6 vezes	1,17
De 7 a 9 vezes	1,27
De 10 a 14 vezes	1,62
De 15 a 19 vezes	1,52
De 20 a 29 vezes	2,00
30 ou mais vezes	2,70
Internação hospitalar nos últimos 12 meses	
Não	1,00
Sim	1,40

DISCUSSÃO

Os resultados expostos evidenciam que, do total de idosos sob investigação na PNS em estudo, a percepção negativa da saúde foi prevalente para 56%, e esses achados apresentaram-se divergentes de estudos nacionais realizados em menor escala de abrangência, os quais encontraram a presença de percepção negativa em relação à saúde para cerca de 17,1%⁶ e 35,0%¹⁵ dos idosos participantes, respectivamente.

Os dados obtidos no presente estudo, condizentes à percepção negativa perante a saúde, equiparam-se a resultados semelhantes a investigações envolvendo idosos institucionalizados ou em situação de coresidência, onde a avaliação refere que aproximadamente 60% dos idosos encontravam-se insatisfeitos com a própria saúde^{6,12}. A realidade é preocupante visto que a percepção negativa em relação à saúde pode predizer ou relacionar-se com situações de declínio funcional, quadros de dependência, hospitalizações, e influência direta nas taxas de mortalidade dos idosos^{6,10-12}.

É importante salientar que os dados utilizados provenientes da PNS-2013, em referência ao público com 60 anos ou mais, foram coletados por meio de entrevista com o próprio idoso, ou outro morador do domicílio, estratégia com frequente utilização em pesquisas nacionais²⁰. Apesar de causarem, em um primeiro contato, a impressão de que podem não corresponder a real situação do indivíduo, estudos científicos disponíveis evidenciam que a seleção do respondente adotada para aquisição dos dados não tem contribuído significativamente para alterações de resultados^{20,21}, o que possibilita o uso desse método.

Alguns fatores que interferem diretamente na percepção da saúde já são conhecidos, como é caso da escolaridade: quando não alfabetizado, o indivíduo tem tendência superior para se autoperceber em uma situação ruim de saúde^{10,14}, coadunando com os resultados aqui encontrados, onde as razões de chances de avaliação ruim da saúde, em geral, diminuíram gradualmente conforme aumentam os anos de estudo. A ligação da escolaridade como fator protetor em relação à saúde do indivíduo é entrelaçada a oportunidade frente à obtenção de conhecimento e acesso às informações, aspectos que interferem no modo que esses idosos conduzem

as rotinas diárias, e as escolhas dos hábitos de vida, modulando o autocuidado e a propensão ao desenvolvimento de doenças¹⁴.

Os resultados evidenciam também que indivíduos impedidos de realizar, por algum motivo de saúde, quaisquer das atividades habituais, tendem a eleger a saúde como ruim, quando em comparação com aqueles que não tiveram tal impasse. O mesmo ocorre com a dificuldade total em realizar as AIVD. As AIVD são um agrupamento de ações consideradas mais complexas quando em comparação com as ABVD, por englobarem a independência na comunidade e também aspectos cognitivos³. A redução ou a privação da autonomia, decorrentes das limitações impostas repetidamente pela presença de doenças e de seus agravos, induzem o indivíduo a sentir-se incapaz, aspecto contribuinte para a percepção negativa em relação à situação de saúde^{3,22,23}.

Em conjunto aos aspectos acima citados, revelou-se também que idosos com diagnóstico de doença crônica, física ou mental, têm mais chances (OR=2,44) de perceberem-se em situação ruim de saúde, quando em comparação com indivíduos que não receberam tal diagnóstico. As circunstâncias impostas pela presença de doenças influenciam em aspectos físicos, sociais, culturais e econômicos, modificando a qualidade de vida de sujeitos e corroborando para percepção negativa da saúde. Estudos demonstram que quanto maior o número de doenças presentes, piores são as condições em relação à capacidade funcional e a percepção da saúde dos indivíduos^{6,10}. O conhecimento e a reflexão a respeito da percepção da saúde do idoso permitem a profissionais da saúde a individualização de estratégias de educação e de prestação de cuidados, gerando maior adesão ao tratamento e melhoria de sua qualidade de vida.

Condição similar foi também visualizada em relação à saúde bucal, onde os dados mostram que a classificação negativa da mesma culmina em maior possibilidade de idosos também ponderarem a saúde geral como ruim (OR=1,92). O fato não gera surpresas, uma vez que a cavidade bucal faz parte do indivíduo e, modernamente, é considerada como influenciadora direta do seu contexto geral de saúde, sendo contribuinte para níveis elevados de qualidade de vida e percepção da saúde²⁴⁻²⁶.

Nos indivíduos idosos, as condições de saúde bucal sofrem influência direta das condições funcionais, as quais podem comprometer a capacidade de higiene dental, e tornar o idoso dependente de familiares ou cuidadores para realizar tal ação, situação de difícil aceitação²⁷. Apesar da expansão no campo da saúde, a área da saúde bucal ainda tem muito a progredir, visando à efetividade de ações para os públicos anteriormente afastados ou mutilados, como é o caso da população idosa. Reinsere ou insere de fato esses indivíduos nas políticas públicas de saúde deve ser desafio incessante de gestores atuais^{24,27,28}, uma vez que as condições de saúde bucal acarretam em desfechos negativos para aspectos nutricionais, sociais e de saúde em geral²⁹.

No que tange à utilização dos serviços de saúde, idosos que os buscaram nas duas últimas semanas apresentaram maior probabilidade de avaliarem a saúde geral como ruim, assim como aqueles que realizaram um elevado número de consultas médicas anuais e que passaram por internação hospitalar nos últimos 12 meses. A grande demanda por utilização de serviços decorrentes de indivíduos com autopercepções negativas de saúde podem ser reflexo da presença de doenças, principalmente as crônicas e degenerativas e de quadros de debilidade funcionais, relações acima citadas. Estudos mostram que idosos com limitações funcionais mais graves e com diagnóstico de maior número de doenças demandam maior utilização dos serviços de saúde quando comparados com os que convivem com a presença de doenças sem imposição de limitações físicas impeditivas^{3,10,23,28,30}. Os enfrentamentos vivenciados pelos indivíduos em situação de doença crônica e internação hospitalar, ou seja, todos os esforços despendidos para angariar sua admissão nos serviços de saúde podem então estar diretamente relacionados com a sua avaliação negativa de saúde.

No entanto, ao considerar as consultas realizadas com o profissional médico, deve-se ponderar que essa ação possa estar vinculada não somente a realização de tratamentos, mas também a oportunidade precoce para realização de diagnósticos, encaminhamentos para demais serviços e ações relacionadas à prevenção em saúde²⁸. Protocolos estaduais, como é o caso do paranaense, preconizam a realização de três consultas anuais para idosos em risco de fragilidade³¹,

condizente com o número médio de consultas exposto pela maioria dos idosos investigados. Para minimizar as situações excedentes vislumbradas, sugere-se o fortalecimento de orientações e acompanhamento adequado junto aos familiares e cuidadores³².

Além disso, quando ocorrem excessivas consultas em curtos períodos de tempo, como é mostrado nos achados por uma parcela de indivíduos do presente estudo, o fato pode estar relacionado com a resolutividade dos serviços de saúde²⁸. Esses aspectos são plausíveis para reflexões, visto que, muitas vezes, o sentido percorrido por gestores e profissionais de saúde não oferece respostas satisfatórias para as reais necessidades de saúde da população, gerando lacunas e disfunções na resolutividade de um serviço ou sistema de saúde.

O presente estudo apresentou como limitação o fato de a variável desfecho *Percepção da saúde* poder ser apreendida por um membro do domicílio e não necessariamente pelo indivíduo idoso; e contou com a subjetividade intrínseca a percepção em saúde, podendo, conseqüentemente, ser prontamente alterada pelas condições contextuais, estado emocional e físico em que o indivíduo se encontra no momento em que ocorre a coleta de dados¹⁰⁻¹². Contudo, a sua subjetividade não desqualifica a sua relevância para orientar decisões políticas e de planejamento em saúde³³.

CONCLUSÃO

Identificou-se a influência de múltiplos aspectos que determinam à percepção negativa da saúde de idosos brasileiros, sendo eles: nível de instrução educacional, dificuldade em realizar atividades instrumentais da vida diária, impossibilidade de realizar qualquer atividade habitual por algum motivo de saúde, possuir diagnóstico de doença crônica, condição de saúde bucal ruim, procura acentuada por serviços de saúde, consultas médicas e internamentos.

Neste amplo percurso teórico e metodológico, ter conhecimento pleno dos fatores que impactam na percepção em saúde da população idosa, com ênfase nas condições percebidas de forma negativa, consiste em estratégia com potencial impacto para a formulação de políticas públicas de saúde

voltadas à população idosa e, conseqüentemente, para o respaldar do planejamento de estratégias preventivas ampliadas e da qualidade dos serviços ofertados, proporcionado maior qualidade de vida na longevidade.

Reitera-se aqui, que os achados do presente estudo, em sua maioria, são plausíveis de modificação, concentrando as ações no campo da capacitação do indivíduo, da promoção da saúde e da oportunização do acesso precoce em serviços de saúde.

REFERÊNCIAS

1. Nunes JD, Saes MO, Nunes BP, Siqueira FCV, Soares DC, Fassa MEG, et al. Indicadores de incapacidade funcional e fatores associados em idosos: estudo de base populacional em Bagé, Rio Grande do Sul. *Epidemiol Serv Saúde* 2017;26(2):295-304.
2. Brito KQD, Menezes TN, Olinda RA. Incapacidade funcional: condições de saúde e prática de atividade física em idosos. *Rev Bras Enferm.* 2016;69(5):825-32.
3. Fialho CB, Lima-Costa MF, Giacomini KC, Loyola Filho AI. Capacidade funcional e uso de serviços de saúde por idosos da Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil: um estudo de base populacional. *Cad Saúde Pública.* 2014;30(3):599-610.
4. Carmo JF, Oliveira ERA, Morelato RL. Dificuldade funcional e fatores associados em idosos após o acidente vascular cerebral em Vitória – ES, Brasil. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2016;19(5):809-18.
5. Pereira LC, Figueiredo MLF, Beleza CMF, Andrade EMLR, da Silva MJ, Pereira AFM. Fatores preditores para incapacidade funcional de idosos atendidos na atenção básica. *Rev Bras Enferm.* 2017;70(1):112-8.
6. Jerez-Roig J, Souza DLB, de Andrade FLJP, de Lima Filho BF, de Medeiros RJ, de Oliveira NPD, et al. Auto percepção da saúde em idosos institucionalizados. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2016;21(11):3367-75.
7. Damacena GN, Szwarcwald CL, Malta DC, Souza Júnior PRB, Vieira MLFP, Pereira CA, et al. O processo de desenvolvimento da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil, 2013. *Epidemiol Serv Saúde.* 2015;24(2):197-206.
8. Souza-júnior PRB, de Freitas MPS, Antonaci GA, Szwarcwald CL. Desenho da amostra da Pesquisa nacional de saúde 2013. *Epidemiol Serv Saúde.* 2015;24(2):207-16.
9. Szwarcwald CL, Malta DC, Pereira CA, Vieira MLFP, Conde WL, Souza de Júnior PRB, et al. Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil: concepção e metodologia de aplicação. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2014;19(2):333-42.
10. Belém PLO, de Melo RLP, Pedraza DF, de Menezes TN. Autoavaliação do estado de saúde e fatores associados em idosos cadastrados na Estratégia Saúde da Família de Campina Grande, Paraíba. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2016;19(2):265-76.
11. Jardim R, Barreto SM, Giatti L. Auto-relato e relato de informante secundário na avaliação da saúde em idosos. *Rev Saúde Pública.* 2010;44(6):1120-9.
12. da Silva IT, Pinto Junior EP, Vilela ABA. Auto percepção de saúde de idosos que vivem em estado de coresidência. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2014;17(2):275-87.
13. Pagotto V, Nakatani AYK, Silveira EA. Fatores associados à autoavaliação de saúde ruim em idosos usuários do Sistema Único de Saúde. *Cad Saúde Pública.* 2011;27(8):1593-1602.
14. Confortin SC, Giehl MWC, Antes DL, Schneider IJC, D'orsi E. Auto percepção positiva de saúde em idosos: estudo populacional no Sul do Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2015;31(5):1049-60.
15. Borges AM, Santos G, Kummer JA, Fior L, Molin VD, Wibelinger LM. Auto percepção de saúde em idosos residentes em um município do interior do Rio Grande do Sul. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2014;17(1):79-86.
16. Nunes JD, Saes MO, Nunes BP, Siqueira FCV, Soares DC, Fassa MEG, et al. Indicadores de dificuldade funcional e fatores associados em idosos: estudo de base populacional em Bagé, Rio Grande do Sul. *Epidemiol. Serv. Saúde.* 2017;26(2):1-11.
17. Brasil. Ministério de Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde 2013: Percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas. Rio de Janeiro: IBGE; 2014.
18. Duca GFD, da Silva MC, Hallal PC. Dificuldade funcional para atividades básicas e instrumentais da vida diária em idosos. *Rev Saúde Pública.* 2009;43(5):796-805.

19. Frank E, Hall MA, Witten IH. Data mining: practical machine learning tools and techniques. 4ª ed. San Francisco: Morgan Kaufmann; 2016.
20. Lima-Costa MF. 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):1893-1902.
21. Ferreira DN, Matos DL, de Loyola Filho AI. Ausência de consulta médica de rotina entre idosos hipertensos e/ou diabéticos: um estudo epidemiológico baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2008. *Rev Bras Epidemiol*. 2015;18(3):578-94.
22. Nunes JD, Saes MO, Nunes BP, Siqueira FCV, Soares DC, Fassa MEG, et al. Indicadores de incapacidade funcional e fatores associados em idosos: estudo de base populacional em Bagé, Rio Grande do Sul. *Epidemiol Serv Saúde*. 2017;26(2):295-304.
23. Medeiros SM, Silva LSR, Carneiro JA, Ramos GCF, Barbosa ATF, Cladeira AP. Fatores associados à autopercepção negativa da saúde entre idosos não institucionalizados de Montes Claros, Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2016;21(11):3377-86.
24. Klippel R, Grden CRB, Pleis LE, Klippel YAM, Borges PKO. Saúde bucal de idosos de uma equipe de saúde da família no município de Ponta Grossa/PR. *Odontol Clín.-Cient*. 2012;11(3):203-9.
25. Godoi H, de Mello ALSF, Caetano JC. Rede de atenção a saúde bucal: organização em municípios de grande porte de Santa Catarina, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2014;30(2):318-32.
26. Seraphim APCG, Chiba FY, Pereira RF, Mattera MSLC, Moimaz SAS, Sumida DH. Relationship among periodontal disease, insulin resistance, salivary cortisol, and stress levels during pregnancy. *Braz Dent J*. 2016;27(2):123-7.
27. Sales MVG, Fernandes Neto JA, Catão MHCV. Condições de saúde bucal do idoso no Brasil: uma revisão de literatura. *Arch Health Invest*. 2017;6(3):120-4.
28. Silva AMM, Mambrini JVM, Peixoto SV, Malta DC, Lima-Costa MF. Uso de serviços de saúde por idosos brasileiros com e sem limitação funcional. *Rev Saúde Pública*. 2017;51(5):1-10.
29. Austregésilo SC, Leal MCC, Marques APO, Vieira JCM, de Alencar DL. Acessibilidade a serviços de saúde bucal por pessoas idosas: uma revisão integrativa. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2015;18(1):189-99.
30. Perez M. A população idosa e o uso de serviços de saúde. *Rev HUPE*. 2008;7(1):30-7.
31. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, Superintendência de Atenção à Saúde. *Linha guia da saúde do idoso*. Curitiba: SESA; 2017.
32. dos Reis LA, Gomes NP, dos Reis LA, Menezes TMO, Couto TM, Aguiar ACSA, et al. Relação familiar da pessoa idosa com comprometimento da capacidade funcional. *Aquichan*. 2015;15(3):393-402.
33. Vale EB, Mendes ACG, Moreira RS. Autopercepção da saúde bucal entre adultos na região Nordeste do Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2013;47(3):98-108.

Recebido: 23/12/2017

Revisado: 12/03/2018

Aprovado: 20/04/2018