

Autopercepção de saúde e aspectos clínico-funcionais dos idosos atendidos em uma unidade básica de saúde no norte do Brasil

Self-perceived health and clinical-functional of elderly in a basic health unit in northern Brazil

Priscilla Barros Poubel¹, Edna Lamar da Costa Lemos², Fernando Costa Araújo³, Glereston Gomes Leite⁴, Iany da Silva Freitas¹, Rafael Moisés de Assis Silva¹, Thaissa Gomes Borralho¹, Carla Andréa Avelar Pires⁵.

1. Discente do curso de Medicina pela Universidade Federal do Pará (UFPA), Belém -PA, Brasil. 2. Prefeitura Municipal de Ananindeua, Belém-PA, Brasil. 3. Programa de Pós-graduação em Saúde da Amazônia pela Universidade Federal do Pará (UFPA), Belém-PA, Brasil. 4. Programa de Pós-graduação em Farmácia Clínica e Cuidados Farmacêuticos pela Escola Superior da Amazônia (ESAMAZ), Belém-PA, Brasil. 5. Docente do Instituto de Ciências da Saúde pela Universidade Federal do Pará (UFPA), Belém -PA, Brasil.

Resumo

Objetivo: O objetivo principal deste trabalho foi conhecer os aspectos clínicos e funcionais e a autopercepção de idosos atendidos em uma unidade básica de saúde localizada em Ananindeua-PA. **Materiais e Métodos:** Trata-se de um estudo transversal. Os dados foram coletados por meio de entrevista no domicílio dos usuários ou na sala de espera da unidade de saúde, com auxílio de um protocolo de pesquisa que continha questionamentos da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa. A população amostral foi de 134 idosos. As hipóteses foram avaliadas pelo teste de Qui-quadrado com correção de Yates e Teste G. Para a avaliação da força de associação, foi realizado o cálculo do Odds Ratio. **Resultados:** A maior parte da população era do gênero feminino, com idade entre 60 e 79 anos, raça parda e escolaridade de 4 a 7 anos de estudo. A doença mais frequente foi hipertensão arterial sistêmica. A maioria dos idosos possuía autopercepção de saúde positiva. Houve associação estatística da autopercepção de saúde com a presença de quedas no último ano ($p=0,01$), dificuldades para caminhar ($p=0,008$) e incapacidade para exercer atividades instrumentais de vida diária ($p=0,02$; $p=0,02$ e $p=0,001$). **Conclusão:** Concluiu-se que os idosos avaliados apresentam autopercepção de saúde positiva. Em geral, os dados clínicos e epidemiológicos constatados replicam achados de estudos nacionais. A caracterização desta amostra favorece a formulação de indicadores de saúde e implantação de ações preventivas.

Palavras-chave: Serviço de Saúde para idosos. Autoimagem. Epidemiologia.

Abstract

Objective: The aim of this study was to evaluate the self-perception of the health of elderly people and to identify the clinical and functional profile of elderly attended in one basic health care unit, in Ananindeua-PA. **Materials and Methods:** The research is characterized as transversal. Data were collected through interviews, in the users home or waiting room of the health unit, through a research protocol with Health Record questioning the Elderly. The sample size consisted of 134 elderlies. The hypotheses were evaluated by Yates-corrected Chi-square test and G test. For the analysis of the bond strength, odds ratio was used. **Results:** The majority of the population consisted of females, aging 60 through 79 years old, of mixed ethnicity, and scholarly ranging from 4 to 7 years of schooling. The most frequent disease was hypertension. Most elderly had positive or good self-reported health. There was statistical association of self-perceived health in the presence of falls in the last year ($p=0.01$), difficulty walking ($p=0.008$) and inability to perform instrumental activities of daily living ($p=0.02$; $p=0.02$ and $p=0.001$). **Conclusion:** It is concluded that the elderly evaluated have a positive self-perception of health. In general, the clinical and epidemiological data found replicate findings from national studies. The characterization of this sample favors the formulation of health indicators and implementation of preventive actions.

Key words: Health Services for the Aged. Self concept. Epidemiology.

INTRODUÇÃO

O desejo de longevidade encontra-se presente nos mais diversos tipos de organizações sociais. Devido à melhora significativa dos parâmetros de saúde, esse desejo vem-se tornando realidade: o envelhecimento populacional é comum na dinâmica demográfica da maioria dos países do mundo¹.

O maior desafio na atenção à pessoa idosa é garantir a melhor qualidade de vida, independência e funcionalidade possível. Por isso, o idoso tem recebido cada vez mais espaço na Atenção Primária à Saúde, por meio de ações de promoção à saúde e prevenção de doenças. Neste sentido, a avaliação da pessoa nesta fase da vida deve ser baseada no vínculo entre os profissionais de saúde e o idoso e a percepção integral do

indivíduo, com grande foco na funcionalidade².

Uma das formas de avaliar o estado de saúde dos idosos é a análise da autopercepção de saúde. Ainda que existam outros métodos de avaliação neste grupo populacional, a autopercepção mostra-se como um meio mais prático de se reunir tais informações. Mesmo que carregue em si certa carga de subjetividade, é capaz de predizer com eficácia a mortalidade e o declínio funcional³.

Diante da relativa escassez de pesquisas que abordem a autopercepção de saúde na população idosa da região norte, este estudo pode fornecer informações que direcionam

Correspondência: Priscilla Barros Poubel. Av. Magalhães Barata, No 979, Ed. Jardim Socilar, Apto. 719, CEP: 66.060-281, Belém. Pará, Brasil. E-mail: pri_poubel@hotmail.com **Conflito de interesse:** Não há conflito de interesse por parte de qualquer um dos autores.

Recebido em: 8 Set 2016; Revisado em: 12 Out 2016; 25Out 2016; Aceito em: 31 Out 2016

medidas preventivas para a melhoria da qualidade de vida e manutenção da funcionalidade do idoso assistido na Atenção Básica. Sendo assim, o objetivo principal do presente estudo foi conhecer a autopercepção de saúde e aspectos clínicos dos idosos atendidos na Unidade de Saúde da Família (USF) Cidade Nova 8, localizada em Ananindeua, município da região metropolitana de Belém-PA.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal, realizado na Unidade de Saúde da Família Cidade Nova 8, em Ananindeua, município localizado na região metropolitana de Belém-PA. A população amostral incluiu 134 indivíduos com idade equivalente ou superior a 60 anos, usuários do Sistema Único de Saúde, adscritos à USF, os quais foram selecionados por amostragem não probabilística de conveniência.

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas em visitas domiciliares ou na sala de espera de consultas da unidade de saúde. A pesquisa utilizou questionamentos presentes na Caderneta do Idoso – Versão Preliminar – lançada em fevereiro de 2014 para consulta pública. Este questionário baseou-se no Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional-20 (IVCF-20), validado por CARMO em 2014⁴. Os questionamentos incluíam:

- Avaliação sociofamiliar, contendo gênero, idade (categorizada em dois grupos: 60-79 anos e ≥ 80 anos), raça, estado civil e escolaridade;
- Questionamento acerca dos diagnósticos de doenças crônicas, sendo contabilizadas: insuficiência cardíaca, hipertensão arterial, acidente vascular cerebral, doença pulmonar obstrutiva crônica, diabetes mellitus, doença renal crônica, doença de Alzheimer, câncer, doença de Parkinson, depressão, osteoporose, osteoartrite, catarata e glaucoma;
- Questionamento acerca da autopercepção do estado de saúde, sendo os idosos categorizados em autopercepção de saúde positiva ou autopercepção de saúde negativa;
- Avaliação de marcadores clínicos, contendo: atividades instrumentais de vida diária (controle financeiro, realização de compras e realização de pequenos trabalhos domésticos) e básicas (tomar banho sozinho); cognição (relato por parte de familiares ou amigos de que o idoso está ficando esquecido, piora do esquecimento nos últimos meses, esquecimento afetando suas atividades do cotidiano); humor (sentimento de desânimo, tristeza ou desesperança no último mês e perda do interesse ou prazer em atividades antes prazerosas no último mês); mobilidade (duas ou mais quedas no último ano, problemas para caminhar que impeçam suas atividades cotidianas e continência esfinteriana) e comunicação (dificuldades na visão e audição).

Os resultados obtidos com o preenchimento dos questionários foram armazenados em planilhas eletrônicas, utilizando-se o software Microsoft® Office Excel® 2010, analisados no

software BioEstat® 5.0., e foram apresentados sob a forma de tabelas, quadros e gráficos. Foram consideradas associações significativas aquelas com o valor de $p \leq 0,05$. As hipóteses foram avaliadas pelos testes: Qui-quadrado com correção de Yates e teste G de aderência e independência. Para estimativa de efeito, foi utilizado o cálculo do Odds Ratio (OR), com intervalo de confiança de 95%.

O presente estudo baseou-se nas diretrizes e normas regulamentadoras, contidas na resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, que trata de pesquisas envolvendo seres humanos, e seguiu as recomendações do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa, sendo aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Instituto de Ciência da Saúde da Universidade Federal do Pará (CEP/ICS-UFPA), com Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 32589314.3.0000.0018 e parecer nº 778.511.

RESULTADOS

Os resultados mostraram que, da população estudada, aproximadamente 87 % (n = 116) tinham entre 60 e 79 anos, sendo a maioria do sexo feminino (67,9%). A variação de idade foi de 60 a 98 anos, apresentando a média etária de 68,9 anos ($\pm 8,4$) e mediana de 67 (Tabela 1).

Em relação à raça, em torno de 70% (n = 96) dos participantes eram pardos, e apenas um (1) se considerou amarelo (0,7%). Quanto à escolaridade, cinquenta por cento disseram ter estudado durante 4 a 7 anos (Tabela 1).

No que se refere às doenças crônicas, aproximadamente 86% dos participantes (n=115) possuíam alguma destas doenças. A doença mais frequente foi hipertensão arterial sistêmica, estando presente em 86 idosos (74,8%). Por outro lado, Parkinson e Alzheimer foram as patologias mais incomuns, ambas correspondendo a 1,7% do total de acometidos (Gráfico 1).

Como mostra a Tabela 2, setenta e dois participantes (53,7%) declararam autopercepção positiva de saúde.

Em relação à autopercepção de saúde (Tabela 3), houve associação estatística em alguns sistemas funcionais, como atividades instrumentais de vida diária e dificuldades de mobilidade.

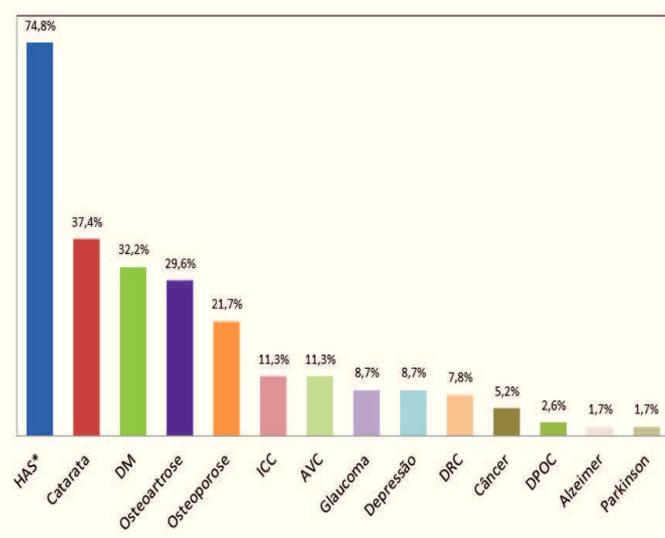
Calculando o Odds Ratio (Tabela 4), os fatores que diminuíram a chance de o idoso referir uma boa autopercepção de saúde foram: incapacidades para atividades instrumentais de vida diária, presença de duas ou mais quedas no último ano e dificuldade para caminhar.

Neste estudo, não foi evidenciada relação significativa ($p > 0,05$) da autopercepção de saúde com idade, sexo, escolaridade, raça, moradia sozinho ou não, trabalho atual e presença de doenças crônicas.

Tabela 1. Idade, sexo, raça e escolaridade dos idosos em uma USF de Ananindeua, Pará, 2014.

DADOS GERAIS	N	%
Faixa Etária (em anos)		
60 a 79*	116	86,6
> = 80	18	13,4
Média ± DP	68.9 ± 8.4	
Sexo		
Masculino	43	32,1
Feminino*	91	67,9
Raça		
Parda*	96	71,6
Branca	24	17,9
Preta	13	9,7
Amarela	1	0,7
Anos de estudo		
Nenhum	4	3,0
01 a 03	25	18,7
04 a 07*	67	50,0
08 ou mais	38	28,3

*p < 0.0001 (Teste G – Aderência)

Gráfico 1. Prevalência de doenças crônicas em idosos em uma USF de Ananindeua, Pará, 2014.**Tabela 2.** Autopercepção de saúde dos idosos em uma USF de Ananindeua, Pará, 2014.

Autopercepção da saúde	Nº	%
Positiva	72	53,7
Negativa	62	46,3
Total	134	100,0

Tabela 3. Frequência da associação entre autopercepção de saúde versus sistemas funcionais em idosos em uma USF de Ananindeua, Pará, 2014.

ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA	AUTOPERCEPÇÃO DE SAÚDE				Total	p-valor*
	POSITIVA	%	NEGATIVA	%		
Instrumentais						
Deixou de fazer compras por conta da saúde.	8	33,3	16	66,7	24	0.04
Deixou de controlar seu dinheiro por conta da saúde.	7	31,8	15	68,2	22	0.02
Deixou de realizar trabalhos domésticos por conta da saúde.	9	29,0	22	71,0	31	0.003
Básicas						
Deixou de tomar banho sozinho por conta da saúde.	7	38,9	11	61,1	18	0.26
COGNIÇÃO						
Algun familiar ou amigo afirmou que está ficando esquecido.	26	48,1	28	51,9	54	0.37
O esquecimento está piorando nos últimos meses.	14	40,0	21	60,0	35	0.13
O esquecimento está impedindo de realizar atividades.	7	46,7	8	53,3	15	0.75
HUMOR						
No último mês, apresentou desânimo, tristeza ou desesperança.	12	44,4	15	55,6	27	0.38
No último mês, perdeu interesse por atividades antes prazerosas.	11	50,0	11	50,0	22	0.88
MOBILIDADE						
Duas ou mais quedas nos últimos 12 meses.	10	34,5	19	65,5	29	0.03
Possui dificuldades para caminhar que impeça a realização de alguma atividade.	9	32,1	19	67,9	28	0.01
Perde urina ou fezes, sem querer.	11	61,1	7	38,9	18	0.67
COMUNICAÇÃO						
Tem problemas de visão que impedem realização de alguma atividade.	17	56,7	13	43,3	30	0.87
Tem problemas de audição que impedem realização de alguma atividade.	8	53,3	7	46,7	15	0.95

* Teste do Qui-quadrado com correção de Yates.

Tabela 4. Força de associação entre autopercepção de saúde e sistemas funcionais em idosos em uma USF de Ananindeua, Pará, 2014.

ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA	AUTOPERCEPÇÃO DE SAÚDE	
	OR (IC 95%)	p-valor
Instrumentais		
Deixou de fazer compras por conta da saúde.	0,35 (0,14 - 0,91)	0,04
Deixou de controlar seu dinheiro por conta da saúde.	0,33 (0,12 - 0,89)	0,02
Deixou de realizar trabalhos domésticos por conta da saúde	0,25 (0,10 - 0,62)	0,003
Básicas		
Deixou de tomar banho sozinho por conta da saúde.	-	0,26
COGNIÇÃO		
Algun familiar ou amigo afirmou que está ficando esquecido.	-	0,37
O esquecimento está piorando nos últimos meses.	-	0,13
O esquecimento está impedindo de realizar atividades.	-	0,75
HUMOR		
No último mês, apresentou desânimo, tristeza ou desesperança	-	0,38
No último mês, perdeu interesse por atividades antes prazerosas.	-	0,88

	AUTOPERCEPÇÃO DE SAÚDE	
	OR (IC 95%)	p-valor
MOBILIDADE		
Duas ou mais quedas, nos últimos 12 meses	0,36 (0,15 - 0,86)	0,03
Possui dificuldades para caminhar que impeça a realização de alguma atividade	0,32 (0,13 - 0,78)	0,01
Perde urina ou fezes, sem querer	-	0,67
COMUNICAÇÃO		
Tem problemas de visão que impedem realização de alguma atividade.	-	0,87
Tem problemas de audição que impedem realização de alguma atividade.	-	0,95

DISCUSSÃO

O estudo em questão mostrou que a maior parte da população dos idosos avaliados possuía entre 60 a 79 anos, com o percentual de 86,6%. Este dado se alinha ao que foi descrito para a população brasileira e também para a população da região norte⁵.

É importante ressaltar que a população acima de 80 anos é a que mais cresce proporcionalmente no país, o que ocorre devido à queda da mortalidade de idosos mais jovens observada nos últimos anos. Em 1975, esta faixa populacional representava 12% do total de idosos, e hoje já corresponde a 14,3%. Estima-se que, até 2030, eles serão 21% dos idosos^{6,7}. No presente estudo, 13,4% dos idosos possuíam mais de 80 anos.

Diversos estudos apontam para uma maior longevidade da população feminina. Este fenômeno é caracterizado como “feminização” do envelhecimento populacional, que resulta da maior expectativa de vida das mulheres que, em média, vivem oito anos a mais que os homens. Isso ocorre devido a fatores como: melhora no rastreamento do câncer de mama, colo uterino e outros tipos de cânceres com maior prevalência nas mulheres, maior exposição de homens a fatores de risco para o desenvolvimento de doenças crônicas e eventos agudos com alto potencial de desfecho fatal, a exemplo do cigarro e tabagismo. Além disso, as mortes violentas, cujas vítimas, quando jovens e adultas, são homens em mais de 90% dos casos⁸.

Assim como mostra o processo descrito acima, este estudo evidencia um predomínio da população feminina entre os idosos. Entre a população estudada, as mulheres representaram um percentual de 67,9%. Quando se compara à população brasileira, as mulheres compõem um percentual de 55,5% dos idosos; enquanto na região Norte, elas representam 50,33%⁵. Uma das explicações para a predominância do sexo feminino em nosso estudo é a de que, tradicionalmente, as mulheres buscam mais os serviços de saúde que os homens. O contexto cultural brasileiro contribui para esse processo, pois impõe que o homem é o ser provedor, sendo a ideia de cuidados com saúde associada à fragilidade, e os serviços de saúde costumam

ser visualizados como locais de mulheres e crianças^{9,10}. Por esse motivo, o percentual elevado de mulheres idosas no presente estudo pode ter-se comportado como um viés de seleção.

No que se refere à raça, houve discordância com o que é observado na população idosa brasileira. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a maioria da população idosa brasileira era composta por brancos, com um percentual de 55,4%⁵. Entretanto, neste estudo, foi observada uma predominância da cor parda entre os idosos (71,6%). Isto pode ser explicado pela grande miscigenação existente no estado do Pará e região Norte.

Em um trabalho realizado com idosos atendidos por equipes de uma Estratégia de Saúde da Família no município de Goiânia, 39,7% não possuíam escolaridade¹¹. Em outro estudo, este realizado com idosos de Florianópolis, apenas 35,8% possuíam escolaridade superior a 4 anos¹². É importante ressaltar que este último estudo também contou com a participação de idosos não atendidos pelo SUS e com níveis socioeconômicos mais elevados. Tais achados indicam, portanto, que a população participante deste estudo possui um grau de escolaridade superior ao observado no restante do país, fato considerado interessante, dado os baixos indicadores de educação presentes no estado do Pará.

De acordo com o IBGE, 75,5% dos idosos brasileiros relataram que são portadores de alguma doença crônica⁵. Ao serem analisados os dados do presente estudo, observou-se que 85,8% dos participantes possuíam alguma doença crônica. Constata-se, portanto, uma prevalência acima da encontrada no restante do país.

Entre as patologias descritas, a mais frequente foi hipertensão arterial sistêmica (HAS), com o percentual de 74,8%. Tal enfermidade é um problema de saúde pública, visto que a sua morbimortalidade e os custos com seu tratamento são elevados. Além disso, há aumento do risco de comorbidades, como infarto agudo do miocárdio, acidente vascular encefálico e doença renal crônica. Por se tratar de uma doença assintomática, na

maioria das vezes, existe escassez na procura dos indivíduos por auxílio do sistema de saúde, o que dificulta o diagnóstico e a adesão ao tratamento¹³.

A prevalência de HAS em idosos brasileiros é de 50,63%, e de idosos da região Norte é 43% em idosos. Observa-se, assim, uma frequência menor do que a encontrada no estudo em questão⁵.

As patologias menos presentes nos pacientes do estudo foram a Doença de Alzheimer e a Doença de Parkinson, ambas com prevalência de 1,7%. Tal dado discorda do que é observado na literatura atual, tendo em vista a importante presença da demência observada nesta faixa da população.

Os dados brasileiros relacionados à epidemiologia da demência são escassos, ainda assim, estima-se uma prevalência de 800 mil portadores de demência no país e, dentre estes, 450 mil portadores de Doença de Alzheimer¹⁴. Em estudo realizado em Catanduva-SP, foram avaliados 1656 idosos, sendo encontrada demência em 7,1% deles e constatada a Doença de Alzheimer como sua principal causa¹⁵. Além disso, estudo brasileiro realizado com 164 idosos institucionalizados apresentou prevalência de demência em 10,4% dos indivíduos entrevistados, e 1,2% deles possuía Doença de Parkinson¹⁶.

Em posse de tais informações e diante da discrepância entre os dados deste estudo e os mais recentes trabalhos, levanta-se a hipótese de subdiagnóstico para a Doença de Alzheimer na população participante.

A autoavaliação de saúde é um importante preditor de sobrevivência entre idosos. A percepção ruim de saúde acarreta maior uso dos serviços de saúde¹⁷. No presente estudo, a autopercepção de saúde foi considerada positiva pela maioria dos indivíduos, semelhante ao que foi encontrado em Bambuí-MG com 1742 idosos¹⁸, em Recife-PE com 227 idosos¹⁹ e em um município de Santa Catarina com 100 idosos²⁰.

Juntamente com as Atividades de Vida Diária, a mobilidade é uma medida frequentemente utilizada para avaliar a capacidade funcional do indivíduo. A mobilidade se refere à capacidade de o indivíduo sair de sua residência. Por sua vez, a capacidade funcional é um componente teórico da autopercepção de saúde²¹.

Em Porto Alegre-RS, foi realizada uma pesquisa com 1078 idosos a qual avaliou a autopercepção de saúde e evidenciou relação estatística com a queixa de dificuldade para movimentar-se, com necessidade de auxílio para higiene e para as atividades de casa²². Gama e colaboradores²³, em estudo realizado com 5139 idosos em área rural da Espanha, encontraram que as atividades de vida diária e mobilidade estavam fortemente associadas com a autopercepção de saúde. Em estudo realizado no Brasil, Siqueira e colaboradores²⁴ encontraram forte associação de autopercepção de saúde ruim com presença de queda em idosos.

Esse estudo evidenciou dados semelhantes, com autopercepção de saúde associada com as três atividades instrumentais de vida diária pesquisadas ($p = 0,02$, $0,02$ e $0,001$), dificuldade para caminhar ($p = 0,008$) e queda no último ano ($p = 0,01$).

Outras pesquisas também evidenciaram associação estatística com autopercepção de saúde semelhante ao encontrado neste estudo. Em município do estado da Bahia, foi realizado um estudo com 191 idosos assistidos pela Estratégia Saúde da Família, o qual evidenciou relevância estatística da autopercepção de saúde com necessidade de auxílio para Atividades instrumentais de vida diária²⁵. Estudo realizado com 1656 idosos residentes da zona urbana de Florianópolis-SC mostrou associação da autopercepção de saúde com a presença de queda no último ano e dependência para alguma atividade de vida diária²⁶.

Por outro lado, no presente estudo, não houve associação estatística da autopercepção de saúde com alguns dados esperados. Contrário ao encontrado nesta peça, na literatura, há estudos com evidência de associação com sexo, idade, escolaridade e presença de doenças crônicas^{25, 26, 27}.

Porém, concordando com o encontrado nesta análise, pesquisas também não encontraram associação estatística com sexo, idade e raça^{28, 29, 30}.

A autoavaliação do idoso em relação ao seu estado de saúde é um indicador relevante do seu bem-estar geral, útil para avaliar suas necessidades de saúde e prever sua sobrevivência. A autopercepção de saúde pode ser utilizada como ferramenta para melhorar as condições de saúde e o acesso do idoso ao serviço de saúde³¹.

Embora a mensuração do estado geral de saúde da população idosa seja tarefa difícil, a autopercepção de saúde tem-se mostrado um método confiável. A maioria dos idosos referiu positivamente sua saúde, e um número expressivo deles relatou ser portador de alguma doença crônica. Além disso, grande parte dos que referiram mal sua saúde possuem alguma incapacidade funcional. Isso sugere que a autopercepção de saúde está mais relacionada às incapacidades, e não a danos crônicos.

Como limitações do estudo, pode-se apontar o tamanho reduzido da amostra, fato que pode ter contribuído para a falta de associação estatística da autopercepção de saúde com alguns fatores esperados. Outra limitação deste estudo é o fato de ter sido utilizada uma amostra por conveniência, o que restringe o poder de generalização e inferência para todo o município. Em relação ao instrumento utilizado para a coleta de dados, há escassez de estudos que utilizem o mesmo instrumento, o que diminui a capacidade de comparação.

A caracterização desta amostra traz dados que podem ser usados pela equipe de saúde como ferramenta para melhorar as condições de saúde e o acesso ao serviço para os idosos. Sugere-se, por exemplo, o fortalecimento da atuação da

Atenção Básica em práticas de promoção de saúde e prevenção de doenças crônicas, estimulando, por exemplo, a prática de exercícios físicos e a alimentação saudável. Diante da possibilidade de subdiagnóstico de doenças causadoras de demências, recomenda-se reafirmar, junto à equipe de saúde, a necessidade da aplicação dos testes de rastreio destas

patologias, a exemplo do miniexame do estado mental.

Tais ações, que abordam os fatores determinantes da autopercepção de saúde, podem contribuir positivamente para a promoção de saúde e qualidade de vida dos idosos.

REFERÊNCIAS

1. Camarano AA, Kanso S, Fernandes D. Envelhecimento populacional, perda de capacidade laborativa e políticas públicas. Mercado de Trabalho. 2013 Fev; (54): 21-29.
2. Lima-Costa MF, Loyola AI Filho, Matos DL. Tendências nas condições de saúde e uso de serviços de saúde entre idosos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (1998, 2003). Ca de Saúde Pública. 2007; 23(10):2467-2478. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007001000021>.
3. Idler EL, Benyamini Y. Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. J Health Soc Behav. 1997 Mar; 38(1): 21-37. PubMed PMID: 9097506.
4. Carmo JA. Proposta de um índice de vulnerabilidade clínico-funcional para a atenção básica: um estudo comparativo com a avaliação multidimensional do idoso [Dissertação]. Belo Horizonte (MG): Universidade Federal de Minas Gerais; 2014.
5. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Coordenação de Comunicação Social. Guia do Censo 2010 para jornalistas. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2010.
6. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira, 2010. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2010.
7. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Projeção da população do Brasil por sexo e idade - 1980-2050 [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE, DEPIS; 2008 [acesso em 20 jul 2016]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>.
8. Kuchemann BA. Envelhecimento populacional, cuidado e cidadania: velhos dilemas e novos desafios. Soc. estado. 2012 Jan-Abr; 27(1): 165-180. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-69922012000100010>.
9. Levorato CD, Mello LM, Silva AS, Nunes AA. Fatores associados à procura por serviços de saúde numa perspectiva relacional de gênero. Ciênc. saúde coletiva. 2014 Abr; 19(4): 1263-74. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014194.01242013>.
10. Janini JP, Bessler D, Vargas AB. Educação em saúde e promoção da saúde: impacto na qualidade de vida do idoso. Saúde Debate. 2015 Abr-Jun; 39 (105): 480-490.
11. Nunes DP, Nakatani AYK, Silveira EA, Bachion MM, Souza MR. Capacidade funcional, condições socioeconômicas e de saúde de idosos atendidos por equipes de Saúde da Família de Goiânia (GO, Brasil). Ciênc. saúde coletiva. 2010 Set; 15(6): 2887-98. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000600026>.
12. Antes DL, Ribeiro DF, Schneider IJC, Benedetti TRB, d'Orsi E. Socioeconomic profile of the elderly in Florianópolis: comparative analysis studies Perfil do Idoso 2002 and EpiFloripa Idoso 2009. Rev bras epidemiol 2014 Mar; 17:189-202.
13. Mendes GS, Moraes CF, Gomes L. Prevalência de hipertensão arterial sistêmica em idosos no Brasil entre 2006 e 2010. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2014 Jul-Set; 9(32):273-278.
14. Prado MA, Caramelli P, Ferreira ST, Cammarota M, Izquierdo I. Envelhecimento e memória: foco na doença de Alzheimer. Revista USP. 2007 Set-Nov; 75:42-49.
15. Herrera E Junior, Caramelli P, Nitrini R. Estudo epidemiológico populacional de demência na cidade de Catanduva, estado de São Paulo, Brasil. Rev. psiquiatr. clin 1998;25(2):70-3.
16. Dantas CMHL, Bello FA, Barreto KL, Lima LS. Capacidade funcional de idosos com doenças crônicas residentes em instituições de longa permanência. Rev. bras. enferm. 2013 Nov-Dez; 66(6):914-20. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672013000600016>.
17. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa nacional por amostra de domicílios. Rio de Janeiro, v.30, p.1-133, 2009. http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/59/pnad_2009_v30_br.pdf.
18. Lima-Costa MF, Firmo JOA, Uchôa E. A estrutura da auto-avaliação da saúde entre idosos: projeto Bambuí. Rev. Saúde Pública. 2004 Dez; 38(6): 827-34. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102004000600011>.
19. Porciúncula RCR, Carvalho EF, Barreto KML, Leite VMM. Perfil socioepidemiológico e autonomia de idosos em Recife-PE, Nordeste do Brasil. Rev bras geriatra. gerontol. 2014;17(2):315-25. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1809-98232014000200009>.
20. Souza F, Dias AM. Condição multidimensional de saúde dos idosos inscritos na estratégia saúde da família. Arq. Ciênc. Saúde. 2015 Out-Dez; 22 (4): 73-77. doi: <http://dx.doi.org/10.17696/2318-3691.22.4.2015.157>.
21. Katz S. Assessing self-maintenance: activities of daily living, mobility, and instrumental activities of daily living. J Am Geriatric Soc. 1983 Dec; 31(12):721-27. PubMed PMID: 6418786.
22. Cardoso MC, Marquesan FM, Lindôso ZCL, Schneider R, Gomes I, Carli GA. Análise da capacidade funcional dos idosos de Porto Alegre e sua associação com autopercepção de saúde. Estud interdiscipl envelhec 2012;17(1):111-24.
23. Gama EV, Damián JE, Pérez de Molino J, López MR, Lopez Pérez M, Gavira Iglesias FJ. Association of individual activities of daily living with self-rated health in older people. Age Ageing. 2000 May; 29(3):267-70. PubMed PMID: 10855912.
24. Siqueira FV, Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, et al. Prevalência de quedas em idosos e fatores associados. Rev. Saude Publica. 2007; 41(5):749-56. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102007000500009>.
25. Silva IT, Pinto EP Jr, Vilela ABA. Autopercepção de saúde de idosos que vivem em estado de coresidência. Rev bras geriatra: gerontol 2014; 17(2):275-87. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1809-98232014000200006>.
26. Confortin SC, Giehl MWC, Antes DL, Schneider IJC, D'orsi E. Autopercepção positiva de saúde em idosos: estudo populacional no Sul do Brasil. Cad saúde pública. 2015 Maio; 31(5):1049-1060. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00132014>.
27. Alves LC, Rodrigues RN. Determinantes da autopercepção de saúde entre idosos do Município de São Paulo, Brasil. Rev Panam Salud Publica. 2005; 17(5/6): 333-41.
28. Borim FSA, Barros MBA, Neri AL. Autoavaliação da saúde em idosos: pesquisa de base populacional no município de Campinas, São Paulo, Brasil. Cad J. Health Biol Sci. 2017; 5(1): 71-78

78 Autopercepção de saúde dos idosos em uma unidade básica

Saude Publica. 2012 Abr; 28(4):769-80. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012000400016>.

29. Hartmann ACVC. Fatores associados a autopercepção de saúde em idosos de Porto Alegre [Tese]. Porto Alegre (RS): Pontifícia Universidade Católica; 2008.

30. Nunes APN, Barreto SM, Gonçalves LG. Relações sociais e autopercepção da saúde: Projeto Envelhecimento e Saúde. Rev bras epidemiol. 2012 Jun;

15(2):415-28. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2012000200019>.

31. Borges AM, Santos G, Kumer JA, Fior VD, Wibelinger LM. Autopercepção de saúde em idosos residentes em um município do interior do Rio Grande do Sul. Rev. bras geriatra: gerontol. 2014 Jan-Mar;17(1):79-86. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1809-98232014000100009>.

Como citar este artigo/How to cite this article:

Poubel PB, Lemos ELC, Araújo FC, Leite GG, Freitas IS, Silva RMA, et al. Autopercepção de saúde e aspectos clínico-funcionais dos idosos atendidos em uma unidade básica de saúde no norte do Brasil. J Health Biol Sci. 2017 Jan-Mar; 5(1):71-78.