

FATORES ASSOCIADOS À AUTOAVALIAÇÃO DE SAÚDE EM IDOSOS DA CIDADE DE PICOS - PIAUÍ

FACTORS ASSOCIATED WITH SELF-ASSESSMENT OF HEALTH IN THE ELDERLY CITY OF PICOS - PIAUÍ

FACTORES ASOCIADOS CON LA AUTOEVALUACIÓN DE LA SALUD DEL ANCIANOS DE LA CIUDAD DE PICOS - PIAUÍ

Sara Carolina Ribeiro Torquato¹; Joilane Alves Pereira Freire²; Aila de Oliveira Rodrigues Costa³; *Aderson José da Silva Júnior⁴; Karoline de Macêdo Gonçalves Frota⁵

RESUMO

INTRODUÇÃO: A autoavaliação vem sendo utilizada para diagnosticar risco de saúde do idoso, pois considera diversos fatores e não somente a presença de doenças. **OBJETIVO:** Determinar os fatores associados à autoavaliação da saúde considerando três dimensões: sociodemográficas, hábitos de vida e condições de saúde. **METODOLOGIA:** Estudo transversal com 94 idosos atendidos em Unidade Básica de Saúde em Picos/PI. A coleta de dados, com formulário específico, foi obtida por meio

de entrevistas. Utilizou-se análise estatística descritiva e Teste Exato de Fisher para associação entre variáveis qualitativas ($p < 0,05$). **RESULTADOS:** A autoavaliação em saúde foi relatada como “razoável a muito boa” e “ruim a muito ruim”, em 79,8% e 20,2% dos participantes, respectivamente. As variáveis com melhor percepção da saúde foram: sexo feminino; faixa etária de 60-69 anos; renda de 2 salários; casados ou viúvos e escolaridade variando 1 – 3 anos. Os idosos que se consultaram de 2 – 3 vezes/ano e os que não foram internados relataram melhor saúde. **CONCLUSÃO:** ressalta-se que o profissional deve estar atento ao diagnóstico de saúde dos idosos e capacitar-se para atender suas necessidades de forma integral, prevenindo doenças e promovendo saúde para que a independência e autonomia sejam características expressivas nesse estágio de vida.

DESCRITORES: autoavaliação, idoso, estado nutricional, saúde.

¹ Acadêmica do Curso de Nutrição da Universidade Federal do Piauí, Campus de Picos. Tel: (89) 99064132 E-mail: saranutri1@hotmail.com

² Nutricionista Doutoranda na área de Biotecnologia em Recursos Naturais pela Universidade Federal do Piauí - UFPI, 2014. Docente da Universidade Federal do Piauí - UFPI. E-mail: joilane@hotmail.com

³ Acadêmica do Curso de Nutrição, pela Universidade Federal do Piauí, Campus de Picos;

⁴ Bacharel em Nutrição pela Universidade Federal do Piauí, Campus de Picos. E-mail: piratajr1@hotmail.com

⁵ Nutricionista Doutora na área de Nutrição em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo - USP, 2007. Docente da Universidade Federal do Piauí - UFPI. E-mail: karolfrota@ufpi.edu.br

ABSTRACT

INTRODUCTION: The self-assessment has been used to diagnose risk of health problems, since it takes into account several factors and not just the presence of disease. **OBJECTIVE:** To determine factors associated with self-rated health factors considering three dimensions: socio-demographic, lifestyle and health. **METHODOLOGY:** Cross-sectional study with 94 elderly patients from a Basic Health Unit in Picos / IP. Data collection with a specific form, was obtained through interviews. We used descriptive statistics and Fisher's exact test for association between qualitative variables ($P < 0,05$). **RESULTS:** The self-assessment of health was reported as "fair to very good" and "bad to very bad" in 79.8% and 20.2% of participants, respectively. Variables with better perceived health were female; aged 60-69 years; 2 wage income; married or widowed and schooling ranging 1-3 years. Elderly people who have consulted 2-3 times / year and those who were not hospitalized reported better health. **CONCLUSION:** it is noteworthy that the physician must be aware of the diagnosis of the elderly and empower themselves to meet their needs holistically, preventing diseases and promoting health for the independence and autonomy are significant features in this stage of life.

KEY WORDS: self-assessment, elderly, nutritional status, health.

RESUMEN

La auto-evaluación ha sido utilizada para diagnosticar el riesgo de problemas de salud, ya que tiene en cuenta varios factores y no sólo la presencia de la enfermedad con objetivo determinar los factores asociados con factores de percepción de la salud, considerando tres dimensiones: socio-demográficos, estilos de vida y condiciones de salud. Es un estudio transversal con 94 pacientes de edad avanzada de una Unidad Básica de Salud (Picos-PI). La recolección de datos con una forma específica, se obtuvo a través de entrevistas. Se utilizó estadística descriptiva y la prueba exacta de Fisher para la asociación entre variables cualitativas ($P < 0,05$). La auto-evaluación de la salud fue reportado como "normal a muy bueno" y "malo o muy malo" en el 79,8% y el 20,2% de los participantes, respectivamente. Las variables con mejor percepción de salud eran mujeres; 60-69 años; 2 ingresos salariales; casado o viudo y la escolarización que van de 1-3 años. Las personas mayores que han consultado a 2-3 veces/año y los que no fueron hospitalizados reportaron una mejor salud. Hay que destacar que el médico debe tener en cuenta el diagnóstico de las personas de

edad y tener el poder para satisfacer sus necesidades de una manera integral, prevenir las enfermedades y promover la salud de la independencia y autonomía son características importantes en esta etapa de la vida.

DESCRIPTORES: autoavaliação, Idoso, estado nutricional, saúde.

1 INTRODUÇÃO

Uma boa autopercepção da saúde é vista como um indicador da qualidade de vida no idoso, assim como de mortalidade, sendo de fundamental importância e bastante utilizada como base em pesquisas. A mensuração do estado de saúde é bastante difícil, pois engloba diversos aspectos da vida do indivíduo, porém, é crescente e significativo a utilização da autoavaliação de saúde, mostrando-se um método confiável e recentemente mais utilizado que a observação direta para se analisar a saúde⁽¹⁾.

O que provoca maior incapacidade nos idosos é a presença de doenças crônicas que é um dos principais motivos pelo qual há uma maior procura dos serviços de saúde e conseqüentemente maiores gastos e um aumento na probabilidade do idoso declarar a sua saúde como sendo ruim. Ressalta-se que à medida que o idoso aumenta sua

incapacidade funcional maiores são as chances do idoso autoperceber a sua saúde como ruim, surgindo assim um novo paradigma de saúde, particularmente relevante⁽¹⁻²⁾.

A autoavaliação contempla vários aspectos: vida cognitiva, emocional e física, podendo ser um indicador de mortalidade, afinal, as pessoas que relatam sua saúde como sendo ruim apresentam maiores riscos de morte por inúmeras causas comparado àqueles que relatam ter uma boa saúde⁽³⁾. No processo de envelhecimento as alterações ocorrem em todas as partes do corpo, o olfato e o paladar se tornam menos agudos, a mastigação torna-se mais complicada devido à alteração na dentição, em consequência do surgimento de cáries e doenças periodontais e comprometimento na digestão, devido a menor secreção de ácido clorídrico e bile, aumentando as chances do idoso desenvolver desnutrição⁽⁴⁾.

A boa qualidade de vida se reflete na saúde, sendo fator primordial para promoção do bem estar no idoso, visto que estudos comprovam que presença do ambiente familiar e renda são determinantes da boa qualidade de vida. Além disso, a satisfação com a vida e o conforto domiciliar, como: acordar com disposição, realizar três ou mais refeições

diárias, presença de companhia, ausência de diabetes e a valorização do lazer, quando relacionado ao esforço, apresentam melhor satisfação com a vida⁽⁵⁾.

Sabendo-se que a população idosa cresce de maneira intensa no Brasil e as doenças crônicas não transmissíveis interferem diretamente na qualidade de vida e na capacidade funcional durante a terceira idade, a escolha do tema do presente trabalho se deve à relevância dessas informações para a saúde do idoso no Brasil, e o fato de conhecer os fatores que influenciam na percepção de saúde dos idosos visando identificar quais dimensões da saúde precisam ser fortalecidas para que esse grupo tenha atenção adequada às suas necessidades. Sendo assim, o objetivo deste estudo foi determinar os fatores associados à autoavaliação da saúde dos idosos considerando três dimensões: sociodemográficas, hábitos de vida e condições de saúde.

2 METODOLOGIA

Pesquisa transversal de natureza qualitativa, realizada entre agosto a outubro de 2011, em Centro de Saúde no município de Picos - PI. Dos 561 idosos cadastrados apenas 94 participaram do estudo, sob livre demanda, em período de três meses. Os critérios de exclusão foram:

dificuldades cognitivas, de comunicação e de locomoção, abaixo de 60 anos e que não assinaram o TCLE.

Para obtenção dos dados sobre a autoavaliação, utilizou-se questionário de Lima Costa et al⁽⁶⁾, em que foram consideradas as seguintes variáveis, cujas informações foram obtidas no início do estudo: (a) auto-percepção “Você diria que a sua saúde é muito boa, boa, razoável, ruim ou muito ruim?”; (b) características sociodemográficas (idade, sexo, escolaridade, renda domiciliar mensal, estado conjugal e número de gerações morando no domicílio); (c) indicadores de rede social de apoio (frequência a clubes e associações, satisfação com relacionamentos pessoais); (d) hábitos de vida relacionados à saúde (fumante, consumo de álcool, frequência de atividade física); (e) função física (incapacidade para realizar uma ou mais funções da vida diária: tomar banho, vestir-se sozinho, transferir-se da cama para uma cadeira, ir ao banheiro ou alimentar-se sozinho); (f) indicadores de acesso e de uso de serviços de saúde (principais queixas quando precisa de cuidados médicos, número de consultas médicas e hospitalizações).

A partir dos valores de peso e estatura calculou-se o Índice de Massa Corporal (IMC), de acordo com a seguinte fórmula: $\text{peso}/\text{altura}^2$ (kg/m^2), sendo o

estado nutricional classificado segundo o critério para idosos LIPSCHITZ⁽⁷⁾ a circunferência da cintura foi obtida e comparada a referência da WHO⁽⁸⁾.

As análises estatísticas foram realizadas com o programa Stata 9.0 e o nível de significância de 5%. O protocolo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí (CAAE: 02338.0.045.000.11).

3 RESULTADOS

Do total de idosos avaliados (n=94), 69,15% são do sexo feminino. Na tabela 1 estão apresentados os resultados das variáveis socioeconômicas e

demográficas com relação às respostas da autoavaliação da saúde do idoso. Observou-se prevalência de autoavaliação da saúde como “razoável a muito boa” e “ruim a muito ruim” em 79,54 % e 20,14% dos participantes, respectivamente. No que se refere à faixa etária, 47,31% da amostra total tinha idade entre 60 a 69 anos. Mais de 50% da população tinha renda de até 2 salários mínimo. Aproximadamente 80% da amostra eram casados e viúvos, com escolaridade entre 1 a 3 anos e em sua maioria morando com os filhos (45%). Na tabela 1, ainda percebe-se que não houve associação entre as variáveis socioeconômicas e demográficas com a autoavaliação dos idosos (p>0,05).

Tabela 1. Autoavaliação da saúde de idosos relacionada às variáveis socioeconômicas e demográficas.

Autoavaliação do idoso							
Variáveis	Razoável a muito boa		Ruim a muito ruim		Total	(%)	*p
Sexo	N	%	N	%	N	%	
Masculino	24	25,53	5	5,30	29	30,85	0.760
Feminino	51	54,25	14	14,89	65	69,15	
Total	75	79,78	19	20,19	94	100,00	
Faixa etária							0.234
60 – 69 anos	36	38,29	8	8,51	44	47,31	
70 – 79 anos	29	30,85	7	7,44	36	38,71	
> 80 anos	9	9,57	4	4,25	13	13,98	
Total	74	78,71	19	20,20	93	100,00	
Renda							0.816
< 1 Salário	3	3,22	1	1,07	4	4,30	
Até 1 salário	15	16,12	3	3,22	18	19,35	
Até 2 salários	39	41,93	13	13,97	52	55,91	
3 ou mais	17	18,27	2	2,15	19	20,43	
Total	74	79,54	19	20,41	93	100,00	
Estado conjugal							0.890
Solteiro	6	6,45	1	1,07	7	7,52	
Casado	34	36,55	12	12,90	46	49,46	
Divorciado	2	2,15	1	1,07	3	3,22	
Viúvo	32	34,40	5	5,37	37	39,78	
Total	74	79,55	19	20,40	93	100,00	
ES**							0.526
Nenhum	21	22,58	8	8,60	29	31,18	
1 – 3 anos	34	36,55	8	8,60	42	45,16	
4 – 7 anos	11	11,82	3	3,22	14	15,05	
> 8 anos	8	8,60	0	0,00	8	8,60	
Total	74	79,55	19	20,42	93	100,00	
NGD***							
Vive só	17	18,27	6	6,45	23	24,73	
1	35	37,63	7	7,53	42	45,16	

2	17	18,27	4	4,30	21	22,6
Mais de 3	5	5,37	2	2,15	7	7,52
Total	74	79,54	19	20,41	93	100,00

Fonte: Dados da pesquisa original (2011)⁽⁹⁾

*Teste Exato de Fisher, com significância estatística de $p < 0,05$. ** (ES) = escolaridade; *** (NGD) = Número de gerações no domicílio.

Quanto aos hábitos de vida, observa-se que 92,55% dos idosos não são fumantes, 63,83% praticam atividade física 1 vez por mês e aproximadamente 50% nunca frequenta clubes e associações,

caracterizando práticas bastante sedentárias (Tabela 2).

Não houve associação entre as variáveis de hábitos de vida com a autoavaliação dos idosos ($p > 0,05$).

Tabela 2 Associação da autoavaliação da saúde com hábitos de vida dos idosos.

Fonte: Fonte: Dados da pesquisa original (2011)⁽⁹⁾

Variáveis	Autoavaliação do idoso				Total	(%)	†P
	Razoável a muito boa		Ruim a muito ruim				
	N	%	N	%	N	%	
Fumante atual							0.154
Não	68	72,34	19	20,21	87	92,55	
Sim	7	7,44	0	0,00	7	7,45	
Total	75	79,78	19	20,21	94	100	
Prática exercício físico							0.543
Menos de 1x/mês	43	45,74	17	18,08	60	63,83	
Pelo menos 1x/mês	10	10,63	0	0,00	10	10,63	
3-5 x/semana	22	23,40	2	2,13	24	25,53	
Total	75	79,77	19	20,21	94	100	
Frequenta clubes ou associações							0.384
Nunca	33	35,10	13	13,83	46	48,94	
Menos 1x/mês	13	13,83	3	3,19	16	17,02	
1x/mês ou mais	29	30,85	3	3,19	32	34,04	
Total	75	79,77	19	20,21	94	100,00	

†Teste Exato de Fisher ($p < 0,05$).

Na tabela 3, são apresentados os dados referentes ao número de consultas por anos e número de internações por ano e sua associação com a autoavaliação dos idosos. 78,79% da população estudada considero sua saúde de razoável a muito boa, destes mais de 55% realizaram de 2

ou mais consultas médicas nos últimos 12 meses. Um total de 76,60% da amostra não sofreu internação hospital nos últimos 12 meses. Houve associação significativa entre autoavaliação e número de consulta nos últimos 12 meses ($p = 0,012$).

Tabela 3. Relação da influência da autoavaliação dos idosos com as condições de saúde.

Variáveis	Autoavaliação do idoso				Total	(%)	† p
	Razoável a muito boa		Ruim/muito ruim				
* Consulta	N	%	N	%	N	%	
Nenhuma	13	13,82	0	0	13	13,83	0,012
1	9	9,57	3	3,1	12	12,77	
2 – 3	30	31,91	10	10,63	40	42,55	
≥ 4	22	23,40	6	6,38	29	30,85	
Total	74	78,70	19	20,11	94	100,00	
** Internações							
Nenhuma	59	62,76	13	13,82	72	76,60	0,470
1	14	14,89	4	4,25	18	19,15	
≥ 2	2	2,12	2	2,12	4	4,26	
Total	75	79,77	19	20,19	94	100,00	

Fonte: Fonte: Dados da pesquisa original (2011)⁽⁹⁾.

*Consultas médicas nos últimos 12 meses; **Internações hospitalares nos últimos 12 meses; †Teste Exato de Fisher ($p < 0,05$).

A tabela 4 apresenta as variáveis antropométricas IMC e CC e sua associação com a autoavaliação de idosos. Observa-se que 46,80% da amostra encontrou-se eutrófica, quando avaliadas pelo IMC e 70,21% desses indivíduos, com

risco elevado para doenças cardiovasculares. No entanto, não houve associação entre as variáveis antropométricas e a autoavaliação do idoso ($p > 0,05$).

Tabela 4. Relação da autoavaliação do idoso com variáveis antropométricas.

Autoavaliação do idoso							
Variáveis	Razoável a muito boa		Ruim a muito ruim		Total	(%)	p
	N	%	N	%	N	%	
IMC*							0,965
Desnutrição	13	13,82	2	2,12	15	15,95	
Eutrofia	34	36,17	10	10,63	44	46,81	
Sobrepeso	28	29,78	7	7,44	35	37,24	
Total	75	79,77	19	20,20	94	100,00	
CC**							0,085
Normal	24	25,53	4	4,25	28	29,78	
Elevado	51	54,24	15	15,95	66	70,22	
Total	75	79,77	19	20,20	94	100,00	

Fonte: Fonte: Fonte: Dados da pesquisa original (2011)⁽⁹⁾.

*IMC= Índice de Massa Corporal; **CC =Circunferência da Cintura

4 DISCUSSÃO

Até o momento, são poucas as publicações nacionais sobre a autoavaliação do estado de saúde de idosos, estando a maior parte concentrada no Sudeste^(6, 10, 11,12) impossibilitando comparações entre as regiões. Embora não haja dados de todas as regiões brasileiras, existe um estudo com pessoas acima de 50 anos⁽¹³⁾ que investigou a saúde autoavaliada como ruim em algumas capitais brasileiras.

No presente estudo, as mulheres relataram melhor saúde que os homens, divergindo-se de outra pesquisa⁽¹⁴⁾, que encontraram 16% das mulheres com saúde ruim a muito ruim.

Em nossos achados, observou-se que os idosos entre a faixa etária de 60 a 69 anos de idade, que possuíam renda entre 2 a 3 salários mínimos e que apresentaram uma média de 3 anos de estudo, tiveram uma melhor percepção de sua saúde. Pesquisas realizadas em países desenvolvidos mostraram que a autoavaliação da saúde é grandemente influenciado pela situação econômica do idoso/e ou da família. Vale ressaltar que a baixa renda dos idosos atua negativamente no comportamento saudável, no ambiente domiciliar e no acesso aos serviços de saúde, mesmo quando disponibilizados adequadamente⁽¹⁵⁾. Os idosos mais pobres procuram menos os serviços de saúde, possuem baixa adesão aos tratamentos e tem pouco acesso aos medicamentos, o que

tem impacto direto nas condições de saúde do indivíduo⁽¹⁶⁾.

No que se refere ao estado conjugal e o número de gerações no domicílio, aqueles idosos que relatavam ser casados e ter pelo menos 1 filho, apontaram ter boa saúde. Desse modo, pode-se sugerir que morar sozinho é fator predisponente para o desenvolvimento da solidão, depressão e problemas psíquicos no idoso, que não obstante poderia agravar o estado de saúde e a qualidade de vida dos mesmos. Além disso, Camarano et al⁽¹⁷⁾, estabeleceram em seus estudos, que o número de idosos casados cresce principalmente entre as mulheres que diferentemente dos homens valorizam mais o casamento.

Segundo Alves⁽¹⁴⁾, a associação entre hábitos de vida e avaliação da saúde mostra que há uma redução do tabagismo com o aumento da idade. Esses hábitos e suas consequências se mostram mais evidentes em homens, devido principalmente a padrões culturais de décadas passadas onde o fumo era bem visto somente para homens. Estudos apontam que os fatores que podem contribuir para a não participação de idosos em atividades físicas e prática de esporte como observado na população avaliada nessa pesquisa, são: dificuldade de locomoção falta de entusiasmo, ausência de estímulo interno e externo,

estilo de vida, falta de oferta de atividades culturais com práticas corporais e ainda falta de condições socioeconômicas. Em função da causalidade reversa própria de estudos transversais, essa associação deve ser analisada com cautela, pois não se pode afirmar que o idoso não pratica atividade física porque está com percepção da saúde ruim ou, ao contrário, por sentir sua saúde ruim, parou de praticar atividade física.

Os idosos que não frequentam clubes ou associações (35,10%), seguido daqueles que os frequentam pelo menos uma vez ao mês (30,85%) definiram bem a própria saúde, corroborando com os dados encontrados por Lima-Costa⁽⁶⁾, ao estudar a estrutura da auto avaliação da saúde entre idosos.

Os dados mostram que a relação da autoavaliação da saúde com as condições de saúde entre os idosos, encontra-se melhor percebida entre aqueles que obtiveram consultas de pelo menos 2 a 3 vezes nos últimos 12 meses. Resultados esses que divergem de outros trabalhos como os de Lima-Costa⁽⁶⁾ que relatam uma percepção negativa por parte dos idosos quando se apresenta essa frequência de consultas, pois possivelmente a presença mais constante em consultórios pode estar relacionada a um problema de saúde já instalado. O que também pode explicar o fato da maioria dos idosos auto avaliarem

de forma benéfica sua saúde quando não apresentaram nenhuma internação nos últimos 12 meses.

Nossa pesquisa nos leva a inferir que o maior número de consultas pode estar relacionado à melhor percepção da saúde e melhor bem estar, visto que em termos relativos, as mulheres realizam mais consultas e apresentam um maior percentual de adequação na percepção da saúde. Além disso, a percepção de ser doente pode estar mais relacionada às incapacidades do que a ser portador de doenças crônicas. Recente estudo buscou compreender os significados atribuídos à autoavaliação da saúde do idoso e revelou que a idéia mais presente na compreensão de saúde pelos idosos está vinculada a permanecer ativo dentro das capacidades físicas e de mobilidade, executar os próprios desígnios e ser independente nas atividades cotidianas⁽¹⁾.

Aproximadamente metade da população estudada apresentou estado nutricional de eutrofia, no entanto quando foi avaliado o risco cardiovascular pela CC observou-se que dois terços da amostra apresentou risco elevado. Tais dados podem ter sido divergentes em virtude dos pontos de corte para IMC em idosos ser mais elevado comparado ao de adultos, enquanto que os pontos de cortes para CC são os mesmos de adultos o que pode

superestimar a prevalência de inadequação da CC, conseqüentemente do risco cardiovascular. Além disso, observou uma prevalência importante de desnutrição entre os idosos (15,95%), fato explicado pelas condições peculiares que condicionam o seu estado nutricional às alterações fisiológicas próprias do envelhecimento, às enfermidades presentes, aos fatores socioeconômicos, psicológicos e de estrutura familiar Campos⁽¹⁸⁾. A presença de múltiplas doenças e as hospitalizações frequentes, além do baixo nível socioeconômico, perda de autonomia e solidão contribuem para a perda de peso do idoso⁽¹⁸⁾. Apesar disso, não ficou caracterizada a influencia do estado nutricional na autoavaliação da saúde nesses indivíduos.

Vale ressaltar que é abrangente a autopercepção de saúde, além disso, deve-se considerar o conceito ampliado e complexo de saúde, e desse modo, a autoavaliação é influenciada não apenas pela presença da doença, suas causas e conseqüências, mas também pelo bem-estar, nível de satisfação com a vida, capacidade funcional e qualidade de vida, configurando-se como um importante indicador para ser investigado e diagnosticado em serviços de saúde. A heterogeneidade de fatores associados indica que a saúde dos idosos é definida

por determinantes que se aproximam do conceito ampliado de saúde⁽¹⁾.

Diante dos resultados obtidos nessa pesquisa, considera-se uma prevalência relevante de 20,1% de idosos que auto avaliaram sua saúde como “ruim a muito ruim”, nesse sentido, recomenda-se o desenvolvimento de estudos sobre esta temática na população que mais cresce no país, em diferentes cenários. Pagotto⁽¹⁾ afirma que devido à ausência de valores de referência considerados aceitáveis, sugere-se, o valor máximo de 25% para a prevalência de autoavaliação de saúde ruim entre idosos. Prevalências de autoavaliação negativa acima desse valor devem suscitar uma avaliação específica de determinantes por profissionais de saúde para identificar medidas de reversão ou minimização, envolvendo políticas públicas de saúde, educação permanente de profissionais e políticas sociais.

5 CONCLUSÕES

Os resultados mostram uma prevalência de autoavaliação negativa em idosos relevante, e, portanto, sugere-se uma avaliação específica de determinantes de saúde para identificar medidas de reversão ou minimização deste contexto na região, envolvendo políticas públicas de

saúde, educação permanente de profissionais e políticas sociais.

Em função do crescimento da população idosa e da aplicabilidade da autoavaliação do estado de saúde como indicador das condições gerais de saúde da população, pesquisas sobre esta temática são bem-vindas e possibilitarão conhecer, acompanhar e comparar resultados para orientar a tomada de decisão no tocante à formulação de políticas de saúde para o país. Portanto, o estado, profissionais de saúde e toda a sociedade precisam ter mais atenção à saúde do idoso, não só devido ao ciclo no qual o mesmo se encontra, mais especialmente devido ao aumento da expectativa de vida, propiciado pela evolução dos últimos anos.

REFERÊNCIAS

1. 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.
2. Ramos LR. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso. *Cad. Saúde Pública*. 2003; 19(3):793–8.

3. Marcellini F. Health perception of elderly people: the results of a longitudinal study. *Arch. Gerontol. Geriatr. Suppl.* 2002; 35(1): 181-9
4. Menezes TN, Marucci MFN. Antropometria de idosos residentes em instituições geriátricas. *Rev. Saúde Pública.* 2005; 39(2):169-75.
5. Costa M FL, Barreto SM, Giatti L. Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na pesquisa nacional por amostra de domicílios. *Cad. Saúde Pública.* 2004;19(1) :735-43.
6. Lima-Costa MF, Firmo JOA, Uchôa EA. A estrutura da auto-avaliação da saúde entre idosos: projeto Bambuí. *Rev Saude Publica.* 2004;38(6):827-34.
7. Lipschitz, DA. Screening for nutritional status in the elderly. *Rev Journal Article.* 1994; 21(1): 55-67
8. WHO Expert Committee (1995) The Use and Interpretation of Anthropometry. WHO Technical Report Series no. 854. Geneva: WHO.
9. Silva Júnior, AJ. Fatores associados à autoavaliação de saúde em população de idosos na cidade de Picos – PI [Monografia]. Picos: Departamento de Nutrição, Universidade Federal do Piauí; 2011.
10. Sousa AI, Silver LD. Perfil sociodemográfico e estado de saúde auto-referido entre idosas de uma localidade de baixa renda. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* 2008;12(4):706- 16.
11. Lima-Costa MF, Firmo JOA, Uchôa E. Differences in self-rated health among older adults according to socioeconomic circumstances: the Bambuí Health and Aging Study. *Cad Saúde Pública.* 2005;21(3):830-9.
12. Jardim R, Barreto SM, Giatti L. Self-reporting and secondary informant reporting in health assessments among elderly people. *Rev Saude Publica.* 2010; 44(6):1120-9.
13. Souza MC, Otero UB, Almeida LM, Turci SRB, Figueiredo, VC, Lozana JA. Auto-avaliação de saúde e limitações físicas decorrentes de problemas de saúde. *Rev Saúde Pública.* 2008; 42(4):741-9.

14. Alves LC. Determinantes da autopercepção de saúde dos idosos do município de São Paulo [dissertação]. Minas Gerais: Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional, Universidade Federal de Minas Gerais; 2004.
15. Travassos C, Viacava F, Laguardia J. Os Suplementos Saúde na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) no Brasil. Rev Bras Epidemiol. 2008; 11(1):98–112.
16. Lima-Costa MF, Barreto SM, Firmo JOA, Uchôa E. Socioeconomic position and health in a population of Brazilian elderly: the Bam-buí Health and Aging Study (BHAS). Rev Panam Salud Publica. 2003; 13 (6):387–94.
17. Camarano AA, Kanso S, Melo JL. Como vive o idoso brasileiro? In: Camarano AA, organizador. Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60? Rio de Janeiro: Ícone; 2004.
18. Campos MAG, Pedrosa ERP, Lamounier JA, Colosimo EA, Abrantes MM. Estado nutricional e fatores associados em idosos. Rev Assoc Med Bras. 2006; 52 (1):214-21.

Sources of funding: No
Conflict of interest: No
Date of first submission: 2012-12-19
Last received: 2014-11-18
Accepted: 2014-11-18
Publishing: 2014-11-28