



Carlos Henrique Guimarães Brasil

**AUTOPERCEPÇÃO POSITIVA DE SAÚDE ENTRE IDOSOS JOVENS E  
LONGEVOS E FATORES ASSOCIADOS**

Montes Claros - MG

2019



Carlos Henrique Guimarães Brasil

**AUTOPERCEPÇÃO POSITIVA DE SAÚDE ENTRE IDOSOS JOVENS E  
LONGEVOS E FATORES ASSOCIADOS**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família – ProfSaúde da Universidade Estadual de Montes Claros – Unimontes, como parte das exigências para a obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Linha de pesquisa: Atenção integral aos ciclos de vida e grupos vulneráveis.

Orientadora: Profa. Dra. Lucinéia de Pinho  
Coorientadora: Profa. Dra. Maria Fernanda Santos Figueiredo Brito.

B823a Brasil, Carlos Henrique Guimarães.  
Autopercepção positiva de saúde entre idosos jovens e longevos e fatores associados [manuscrito] / Carlos Henrique Guimarães Brasil. – 2019.  
90 f. : il.

Inclui Bibliografia.  
Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de Montes Claros - Unimontes, Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família/PROFSAÚDE, 2019.

Orientadora: Profa. Dra. Lucinéia de Pinho.  
Coorientadora: Profa. Maria Fernanda Santos Figueiredo Brito.

1. Autopercepção. 2. Envelhecimento. 3. Saúde do idoso. 4. Condições de saúde.  
I. Pinho, Lucinéia de. II. Brito, Maria Fernanda Santos Figueiredo. III. Universidade Estadual de Montes Claros. IV. Título.

Catálogo: Biblioteca Central Professor Antônio Jorge.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS

Reitor: Professor Antônio Avilmar de Souza

Vice-reitora: Professora Ilva Ruas de Abreu

Pró-reitor de Pesquisa: Professor José Reinaldo Mendes Ruas

Coordenadoria de Acompanhamento de Projetos: Professor Virgílio Mesquita Gomes

Coordenadoria de Iniciação Científica: Professora Sonia Ribeiro Arrudas

Coordenadoria de Inovação Tecnológica: Professora Sara Gonçalves Antunes de Souza

Pró-reitor de Pós-Graduação: Professor André Luiz Sena Guimarães

Coordenadoria de Pós-graduação *Lato-sensu*: Professor Marcos Flávio Silveira Vasconcelos  
D'Angelo

Coordenadoria de Pós-graduação *Stricto-sensu*: Professor Marcelo Perim Baldo

PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA -  
PROFSAÚDE

Coordenador: Professor Antônio Prates Caldeira

Coordenadora Adjunta: Professora Simone de Melo Costa



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CUIDADO PRIMÁRIO EM SAÚDE  
MESTRADO PROFISSIONAL SAÚDE DA FAMÍLIA



CANDIDATO: CARLOS HENRIQUE GUIMARÃES BRASIL

DATA: 14/03/2019

HORÁRIO: 16:00

TÍTULO DO TRABALHO: "AUTOPERCEPÇÃO POSITIVA DE SAÚDE EM IDOSOS JOVENS E LONGEVOS E FATORES ASSOCIADOS"

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: SAÚDE FAMÍLIA

LINHA DE PESQUISA: ATENÇÃO INTEGRAL AOS CICLOS DE VIDA E GRUPOS VULNERÁVEIS

BANCA (TITULARES)

ASSINATURAS

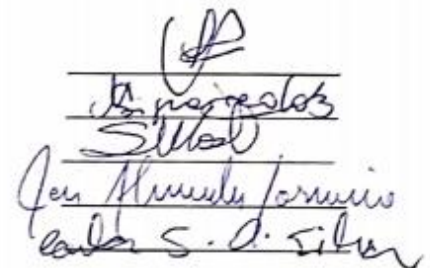
PROFª DRª LUCINÉIA DE PINHO (ORIENTADORA/PRESIDENTE)

PROFª. DRª MARIA FERNANDA SANTOS FIGUEIREDO (COORIENTADORA)

PROFª. DRª SIMONE DE MELO COSTA

PROF. DR. JAIR ALMEIDA CARNEIRO

PROFª DRª CARLA SILVANA DE OLIVEIRA E SILVA

  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

BANCA (SUPLENTE)

ASSINATURAS

PROFª DRª CLAUDIANA DONATO BAUMAN

PROFª DRª DANIELA ARAÚJO VELOSO

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

APROVADO

REPROVADO

Dedico este trabalho a minha esposa e filhos,  
impulsionadores da minha vida.

## AGRADECIMENTOS

A Deus, pela força e iluminação nos momentos difíceis.

Aos meus pais, pelo amor, dedicação e abnegação, sempre apoiando minhas escolhas.

Aos queridos sogros e família que me acolheu sem limites, com carinho, amparo e incentivo,  
meu muito obrigado.

À minha esposa Cristiane, pelo amor incondicional e paciência no decorrer de mais uma  
batalha.

Aos meus filhos, Lucas Gabriel e Maria Fernanda, que inundam meu coração todos os dias  
com amor e alegrias.

À Profa. Dra. Lucinéia de Pinho, orientadora paciente e dedicada, pelos ensinamentos e  
convivência.

À Profa. Dra. Maria Fernanda Santos Figueiredo Brito, coorientadora, colega de lutas na  
Atenção Primária.

À geriatra e doutoranda Luciana Colares Maia, pela serenidade e desprendimento,  
colaboradora impar para este estudo.

Aos colegas de Mestrado, em especial Ana Maria Ribeiro Nogueira e Eurides Maria Maia  
Atalahaun de Barros, pela amizade, companheirismo e palavras de força.

Ao Prof. Dr. Antônio Prates Caldeira, sempre ponderado, por nos induzir ao crescimento  
profissional de forma tranquila e racional.

Aos idosos que transformaram minha vida em um aprendizado contínuo e prazeroso, pela  
partilha das experiências de vida.

## RESUMO

A transição demográfica no Brasil provoca mudanças nas características epidemiológicas, econômicas e sociais do país. O envelhecimento aumenta a vulnerabilidade a agravos e a demanda por assistência, com impacto sobre o sistema de saúde. Este estudo teve por objetivo analisar a autopercepção positiva de saúde dos idosos jovens e idosos longevos atendidos pelas equipes da Estratégia Saúde da Família em Montes Claros – MG. Trata-se de pesquisa transversal e analítica, realizada com os idosos cadastrados em equipes que funcionam como polos da Residência em Medicina de Família e Comunidade no município. À época, haviam 138 equipes das quais um terço pertencente aos polos. Adotou-se amostragem probabilística por conglomerado em dois estágios, com seleção de 4 equipes para coleta. Foram incluídos todos os idosos cadastrados para avaliação por entrevistas em domicílio, por avaliadores treinados, utilizando-se o instrumento BOMFAQ (*Brazilian Older Americans Resources and Services Multidimensional Function Assessment Questionnaire*). Em caso de recusa, era sorteado outro indivíduo em substituição. Foram compilados dados relativos a sexo, idade, escolaridade, renda, autopercepção de saúde, capacidade funcional, avaliação cognitiva, uso de medicações ou polifarmácia, e polipatologias. A descrição e análise os dados contemplou os estratos de idosos jovens e longevos. Os dados foram tabulados com a utilização do software *IBM SPSS® versão 20.0* e submetidos à análise de regressão de *Poisson*. Participaram deste estudo 1750 idosos, sendo 81,15% de idosos jovens e 18,85% de longevos. A autopercepção positiva foi referida em 70,8% dos idosos. Foram associadas a autopercepção positiva de saúde entre os idosos jovens as variáveis: maior escolaridade (RP=1,28; p-valor=0,001), melhor renda familiar (RP=1,12; p-valor=0,030), enxergar bem (RP=1,13; p-valor=0,003), ter boa mastigação (RP=1,17; p-valor=0,026), ausência de insônia (RP=1,12; p-valor<0,001), ausência de polipatologias (RP=1,31; p-valor<0,001), não ser diabético (RP=1,14; p-valor=0,007), não ter quedas no último ano (RP=1,14; p-valor=0,001) e realizar prática regular de atividades físicas (RP=1,11; p-valor<0,001). Entre os idosos longevos houve associação com as variáveis ter boa mastigação (RP=1,41; p-valor=0,013), sono preservado (RP=1,42; p-valor<0,001) e realizar prática de atividades físicas (RP=1,24; p-valor=0,002). Houve prevalência elevada de autopercepção positiva de saúde entre os idosos, relacionada a diferentes fatores em cada estrato estudado. A diversidade de variáveis relacionadas a percepção de saúde nas faixas etárias e a heterogeneidade das características biopsicossociais e econômicas dentro da terceira idade apontam para a necessidade de estudos longitudinais.



**Palavras-chave:** Autopercepção. Envelhecimento. Saúde do idoso. Condições de Saúde.

## ABSTRACT

The demographic transition in Brazil causes changes in the epidemiological, economic and social characteristics of the country. Aging increases vulnerability to disease and the demand for care, with an impact on the health system. The objective of this study was to analyze the positive self-perception of health of young and longevous elderly people assisted by the teams of the Family Health Strategy in Montes Claros - MG. This is a cross-sectional and analytical research, conducted with the elderly registered in teams that function as poles of the Residence in Family and Community Medicine in the city. At the time, there were 138 teams of which one third belonged to the poles. Probabilistic sampling was adopted by conglomerate in two stages, with selection of 4 teams for collection. All elders registered for evaluation by home interviews, by trained evaluators, using the BOMFAQ (Brazilian Older Americans Resources and Services Multidimensional Function Assessment Questionnaire) instrument were included. In case of refusal, another individual was drawn in substitution. Data on gender, age, education, income, self-perception of health, functional capacity, cognitive evaluation, use of medications or polypharmacy, and polyopathologies were compiled. The description and analysis of the data included the strata of young and longevous elderly. The data were tabulated using IBM SPSS® software version 20.0 and submitted to Poisson regression analysis. Seventeen hundred and fifty elderly people participated in this study, 81.15% of them young and 18.85% longevous. Positive self-perception was reported in 70.8% of the elderly. Positive self-perception of health among the young elderly was associated with variables: higher education (PR=1.28; p-value=0.001), better family income (PR=1.12; p-value=0.030), good vision (PR=1.13; p-value=0.003), good chewing (PR=1.17; p-value=0.026), absence of insomnia (PR=1.12; p-value<0.001), absence of polyopathologies (PR=1.31; p-value<0.001), not being diabetic (PR=1.14; p-value=0.007), not having falls in the last year (PR=1.14; p-value=0.001) and performing regular physical activities (PR=1.11; p-value<0.001). Among the longevous elderly, there was an association with the variables having good chewing (PR=1.41; p-value=0.013), preserved sleep (PR=1.42; p-value<0.001) and performing physical activities (PR=1.24; p-value=0.002). There was a high prevalence of positive self-perception of health among the elderly, related to different factors in each stratum studied. The diversity of variables related to health perception in age groups and the heterogeneity of biopsychosocial and economic characteristics within the elderly point to the need for longitudinal studies.

**Keywords:** Self-perception. Aging. Health of the elderly. Health conditions.

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1</b> - Evolução da população de idosos no Brasil de 1950 a 2010 .....	17
<b>Quadro 2</b> – Distribuição etária e por sexo da população de Montes Claros - MG.....	29
<b>Quadro 3</b> - Descrição das variáveis socioeconômicas e de saúde avaliadas entre os idosos jovens e longevos. Montes Claros, MG, Brasil. ....	33

## LISTA DE GRÁFICOS

<b>Gráfico 1</b> – Pirâmides de distribuição da população por sexo e grupos etários em 2000 e 2010 em Montes Claros, MG, Brasil.....	28
--	----

## SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO</b> .....	<b>15</b>
<b>1 INTRODUÇÃO E REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	<b>16</b>
1.1. Envelhecimento populacional no Brasil.....	16
1.2. As Políticas de Saúde do Idoso e a Atenção Primária à Saúde no Brasil.....	18
1.3. Os idosos jovens e longevos .....	20
1.4. Saúde do idoso e Autopercepção da Saúde .....	21
1.5. Justificativa.....	24
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	<b>26</b>
2.1. Objetivo Geral .....	26
2.2. Objetivos Específicos .....	26
<b>3 METODOLOGIA</b> .....	<b>27</b>
3.1. Tipo de estudo.....	27
3.2. Cenário do estudo.....	27
3.3. População e amostra .....	29
3.4. Instrumento e coleta de dados.....	30
3.5. Análise estatística .....	35
3.6. Questões éticas .....	36
<b>4 PRODUTOS</b> .....	<b>38</b>
4.1 Artigo .....	39
<b>5 CONCLUSÃO</b> .....	<b>64</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>65</b>
<b>ANEXOS</b> .....	<b>70</b>
<b>ANEXO A – BOMFAQ (Brazilian Version of Older Multidimensional Functional Assessment Questionnaire)</b> .....	<b>70</b>
<b>ANEXO B – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa</b> .....	<b>77</b>
<b>APÊNDICES</b> .....	<b>79</b>
<b>APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)</b> .....	<b>79</b>
<b>APÊNDICE B – Termo de Consentimento Institucional (TCI)</b> .....	<b>82</b>
<b>APÊNDICE C</b> .....	<b>84</b>
<b>APÊNDICE D</b> .....	<b>86</b>
<b>APÊNDICE E</b> .....	<b>89</b>

## APRESENTAÇÃO

Trata-se de uma dissertação de Mestrado Profissional que aborda a autopercepção positiva de saúde entre idosos atendidos pelas equipes da Residência de Medicina de Família e Comunidade no Município de Montes Claros, Minas Gerais. Desde minha graduação e, posteriormente, durante a então Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade para Médicos e Enfermeiros pude conviver com idosos completamente saudáveis, bem como outros totalmente dependentes de cuidados. Atuando em atenção ambulatorial e domiciliar com outras categorias profissionais, ficava incomodado com grandes lacunas de conhecimento acerca desta população levando a ações insípidas ou iatrogênicas, o que motivou uma pós-graduação em Geriatria.

Atualmente, como preceptor da Residência em Medicina de Família e Comunidade e professor na graduação em Medicina, percebo o quanto nossa formação ainda é deficitária, não acompanhando o volume de novas informações acerca dos idosos. Importuna-me a dificuldade em aglutinar os conhecimentos fragmentados entre as áreas médicas e não médicas, bem como a complexidade de aliança de ações em benefício do ancião.

Nessa perspectiva, entendo o mestrado profissional como articulador entre a busca do conhecimento de problemas práticos e a qualificação para atuação no campo profissional.

## **1 INTRODUÇÃO E REVISÃO DE LITERATURA**

O envelhecimento populacional desafia os governos a adequações organizacionais direcionadas para a manutenção ou recuperação da funcionalidade dos anciãos. Simultaneamente, a demanda por suporte social e de saúde de forma integral e equânime demanda de instrumentos que possam auxiliar no planejamento de ações específicas (OMS, 2015).

### **1.1. Envelhecimento populacional no Brasil**

O aumento da proporção de idosos na população geral é um fenômeno global. A transição demográfica, também associada à ampliação da longevidade, contribui para as mudanças graduais nas características epidemiológicas, econômicas e sociais dos países que passam por esse fenômeno. Emerge a preocupação com a manutenção das capacidades físicas e mentais e a proteção contra problemas relacionados a condições crônicas de forma a garantir o envelhecimento saudável (OMS, 2015).

No Brasil, o envelhecimento populacional acontece de forma acelerada, tanto em números absolutos, quanto ao se considerar a contribuição nos estratos de idosos jovens e longevos. (Quadro 1). Esse processo, iniciado partir da segunda metade do século XX, sucedeu do descenso nos níveis de mortalidade geral da população brasileira, da queda das taxas de mortalidade infantil e do aumento da esperança de vida ao nascer (VASCONCELOS; GOMES, 2012; SIMÕES, 2016).

Entre 1950 e 1960, os níveis elevados de natalidade e de fecundidade, associados à redução da mortalidade infantil, determinaram as maiores taxas de crescimento populacional da história do país. Entre as décadas de 1960 e 1970, as taxas de natalidade mantiveram-se elevadas e a redução na mortalidade progrediu para faixas etárias mais



velhas, com aumento proporcional dos idosos em todas as regiões (VASCONCELOS; GOMES, 2012; SIMÕES, 2016; IBGE**ab**, s.d.).

**Quadro 1** - Evolução da população de idosos no Brasil de 1950 a 2010

Ano	População do Brasil	Idosos	Porcentagem de idosos na pop. geral	Idosos jovens	Porcentagem de idosos jovens na população geral	Porcentagem de idosos jovens na população de idosos	Idosos longevos	Porcentagem de idosos acima de 80 anos na pop. geral	Porcentagem de idosos acima de 80 anos na população de idosos
1950	51.941.767	2.259.429	4,35%	2.101.141	4,05%	92,99%	158.288	0,30%	7,01%
1960	70.070.457	3.476.262	4,96%	3.275.336	4,67%	94,22%	200.926	0,29%	5,78%
1970	93.139.067	5.152.152	5,53%	4.789.697	5,14%	92,96%	362.455	0,39%	7,04%
1980	119.002.706	7.473.100	6,28%	6.853.597	5,76%	91,71%	619.503	0,52%	8,29%
1990	146.825.475	10.614.410	7,23%	9.638.989	6,56%	90,81%	975.421	0,66%	9,19%
2000	169.799.170	14.351.792	8,45%	12.848.762	7,57%	89,53%	1.503.030	0,89%	10,47%
2010	190.755.799	20.534.832	10,76%	17.735.013	9,30%	86,37%	2.799.819	1,47%	13,63%

**FONTE:** IBGE. Distribuição da população de 60 anos e mais de idade, segundo os grupos de idade – 1950-1980. IBGE. População residente por grupos de idade, segundo os municípios e sexo. Sinopse do Censo Demográfico 2010.

À medida que se avançava pelos anos 80, houve redução acentuada dos indicadores de natalidade, fecundidade e mortalidade. Em 1980, o Brasil já possuía quase 120 milhões de habitantes, mais que o dobro que em 1950, com a participação de idosos aumentando de 4,3% para 6,3%. Essa tendência se manteve até 2010 e, mesmo com desaceleração do ritmo de crescimento populacional, a população quase duplicou novamente entre 1980 e 2010. Neste ano a população de idosos representava 10,8% do total de habitantes, com uma expectativa de vida superior a 70 anos para todas as regiões (VASCONCELOS; GOMES, 2012; SIMÕES, 2016; IBGE**b**, s.d.).

O *Índice de Envelhecimento* analisado entre os anos de 1970 e 2010 demonstrou o envelhecimento populacional presente em todo o país, mais acelerado no Sul e Sudeste (CLOSS; SCHWANKE, 2012). O aumento da longevidade determinou a permanência maior dos indivíduos na velhice, acentuando o crescimento do estrato populacional de 80 anos ou mais no Brasil (KUCHEMANN, 2012; CHAIMOWICZ *et al.*, 2013; SIMÕES, 2016). A população de idosos representava em 4,3% da população geral em 1950, chegando a 10,76% em 2010. Os maiores de 80 anos (idosos longevos) que em 1950 representavam 7% do total de idosos, já perfaziam 13,6% em 2010 (Quadro 1).

Considerados os números absolutos nesse período de 60 anos, a população geral cresceu 3,67 vezes e a população de idosos, 9,09 vezes. Entre os idosos, a população entre 60 e 79 anos aumentou 8,44 vezes enquanto aqueles com 80 anos ou mais acrescentaram 17,69 vezes o número inicial (Quadro 1).

## **1.2. As Políticas de Saúde do Idoso e a Atenção Primária à Saúde no Brasil**

A progressão da transformação do perfil demográfico e epidemiológico populacional vem sendo acompanhada pela criação e adequação gradual das políticas públicas voltadas para a atenção ao idoso, com a reorientação dos serviços de saúde, em especial, da atuação da Atenção Primária à Saúde (BRASIL, 2006a; CAMACHO; COELHO, 2010). Essas políticas, relativamente recentes, sofreram transformações de ações iniciais de cunho caritativo e paliativo para “estratégias institucionais que visem a promoção social, a prevenção da saúde e a garantia dos direitos humanos nos segmentos mais vulneráveis da população” (FERNANDES; SOARES, 2012).

Como o Brasil era considerado um país de jovens, praticamente todas as políticas públicas foram centradas na assistência da força produtiva, com pouca proteção ao segmento de idosos até meados da década de 1960. Posteriormente, a mudança gradual do perfil demográfico e epidemiológico induziu o surgimento de Leis e Portarias, ainda de caráter limitado e excludente, para garantir benefícios e serviços a quem envelhecia (FERNANDES; SOARES, 2012).

As mudanças mais abrangentes aconteceram apenas após promulgação da Constituição Federal de 1988. A Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/90 cria o Sistema Único de Saúde (SUS), instituindo o direito ao acesso universal e equânime aos serviços de saúde, ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, pautados na integralidade e na equidade (BRASIL, 1990). Em 1994, por ocasião da aprovação da Política Nacional do Idoso, o Estado explicita o objetivo de “assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições

para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade” (BRASIL, 1994).

Em 2003, o Estatuto do Idoso, destinado a regular os direitos dos maiores de 60 anos, responsabiliza a família, a comunidade, a sociedade e o Poder Público como entes que devem assegurar “com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária” (BRASIL, 2003). Em 2017, a Lei no 13.466/2017 modifica o Estatuto do Idoso e estabelece prioridade especial os maiores de 80 anos, reconhecendo a posição de maior vulnerabilidade deste segmento etário (BRASIL, 2017).

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (Portaria do Ministério da Saúde nº 2.528 de 2006) define as diretrizes e responsabilidade do setor de saúde voltadas para o envelhecimento saudável, com preservação funcional e manutenção da autonomia e da independência. Essa Portaria qualifica a Atenção Primária como ponto acolhimento preferencial, tendo a rede de serviços especializados de média e alta complexidade como referências de apoio (BRASIL, 2006ab).

A ideia que perpassa o esforço em torno das políticas públicas é a garantia do acesso, de maneira humanizada e em tempo adequado, focado na integralidade e na qualidade de vida. As ações devem ser direcionadas, portanto, para a manutenção e recuperação da funcionalidade dessa população e prevenção de processos que possam culminar com a incapacidade e, por fim, impactarem em dependência, hospitalizações ou internação em instituições de longa permanência (BRASIL, 2006ab; NUNES *et al.*, 2017).

O processo de envelhecimento populacional está em progressão e a IMPLEMENTAÇÃO de políticas públicas voltadas para as questões sociais e de saúde relacionadas a ele é tanto desafio imediato quanto demanda de planejamento a longo prazo (VASCONCELOS; GOMES, 2012). As peculiaridades desse grupo etário trazem à tona a necessidade da readequação do sistema de saúde com vistas para melhoria de condições de vida e demandas específicas (MELO *et al.*, 2017).

a Atenção Primária à Saúde (APS) representada pela Estratégia Saúde da Família (ESF), apresentada como porta de entrada no Sistema de Saúde, tem as atribuições de planejar, programar e realizar as ações que envolvem a atenção à saúde da pessoa idosa em sua área de abrangência. As atribuições também compreendem a atuação da equipe multiprofissional no levantamento e acompanhamento idosos em situação de fragilidade ou de risco funcional, além da promoção de ações educativas voltadas para a saúde da pessoa idosa (BRASIL, 2006a; NUNES *et al.*, 2017).

### **1.3. Os idosos jovens e longevos**

Nos chamados países em desenvolvimento, são considerados idosos os indivíduos com idade de 60 anos ou mais (OMS, 2015). Em virtude da grande amplitude etária nesta população há grande heterogeneidade nas características sociais, econômicas e epidemiológicas entre os idosos que aponta a necessidade da avaliação por estratos (AIRES; PASKULIN; MORAIS, 2010; HAZRA; GULLIFORD, 2017). Uma das estratificações mais utilizadas denomina o indivíduo com 60 a 79 anos de idoso jovem e aquele com 80 anos ou mais de idoso longo (OMS, 2015).

O avançar do envelhecimento determina aumento na frequência de “condições ocultas” ou de outras não classificadas como doenças fatais, que impactam negativamente no vínculo social e familiar, na capacidade funcional e no bem-estar. Na medida em que o crescimento relativo da parcela de maiores de 80 anos se acentua, sobressaem suas peculiaridades sobre os demais idosos, impactado no perfil epidemiológico, com ascensão de agravos degenerativos de início mais tardio, elevação na incidência dos cânceres e diabetes, indicação de redução nas taxas de eventos cardiovasculares e respiratórios, acúmulo de alterações funcionais e comprometimento da qualidade de vida. Na evolução da transição epidemiológica, essa fase foi denominada “Era das Doenças Degenerativas Tardias” (HAZRA; GULLIFORD, 2017).

Nos longevos brasileiros, sobressaem como características sociais a maior presença da viuvez, em especial entre as mulheres, e o menor grau de escolaridade, com grande concentração de analfabetos (PORCIÚNCULA *et al.*, 2014; CAMPOS *et al.*, 2014; SILVA; MARIN; RODRIGUES, 2015). Nas características econômicas, boa parcela desses idosos é responsável, parcial ou completamente, pelo sustento familiar, com renda proveniente predominantemente de aposentadoria (SILVA; MARIN; RODRIGUES, 2015).

Paralelamente, a proporção de homens e mulheres vem se alterando entre os idosos, levando à “feminização do envelhecimento”, em especial, nos idosos mais velhos (CHAIMOWICZ *et al.*, 2013). Há uma menor prevalência de agravos fatais, concentrados na população masculina, ligados principalmente a eventos cardiovasculares, acidentes e violência, enquanto na feminina existe uma maior exposição a doenças não letais, crônicas e incapacitantes, posto que elas têm maior cuidado com a própria saúde, maior busca por serviços de saúde e maior adesão a atividades preventivas (ALVES; LEITE; MACHADO, 2010; PORCIÚNCULA *et al.*, 2014; SILVA; MARIN; RODRIGUES, 2015). Há maior risco de fragilização das mulheres idosas e tendência a pior qualidade de vida, principalmente se somadas variáveis sócio-demográficas prevalentes de menor nível de escolaridade, viver só e ter que cuidar ou precisar de cuidados (BERLEZI *et al.*, 2016).

#### **1.4. Saúde do idoso e Autopercepção da Saúde**

O processo de envelhecimento é um fenômeno dinâmico, progressivo e irreversível ligado à redução fisiológica gradual das reservas homeostáticas e o consequente aumento da vulnerabilidade às agressões externas e internas (BRASIL, 2006a; CHAIMOWICZ *et al.*, 2013; REBOUÇAS *et al.*, 2013; GRDEN *et al.*, 2017). No envelhecimento normal, as alterações fisiológicas não determinam perda da funcionalidade global, ou seja, da capacidade de realizar suas atividades cotidianas de forma autônoma e independente, entretanto, a expressão da resiliência física, psicológica e social fica propensa à influência

de fatores genéticos, socioambientais e de patologias (MORAES; MARINO; SANTOS, 2010; ESQUENAZI; SILVA; GUIMARÃES, 2014).

Estima-se que a população longeva apresente características socioeconômicas, psicológicas e morfofisiológicas diferenciadas em relação aos idosos mais jovens. Há naqueles um maior número de doenças crônicas, uso de medicamentos e busca por serviços de saúde, com gastos elevados em saúde e riscos para o desenvolvimento de incapacidades diversas (FIALHO *et al.*, 2014).

Ademais, frequência de “*condições ocultas*” ou que não possuem classificação de doenças fatais (fragilidade, demências, depressão, quedas, osteoartrose, incontinência urinária, dislipidemia, osteoporose, catarata e outras) cresce à medida que a população idosa aumenta. Esses agravos comumente não geram internações ou provocam aumento direto da mortalidade, mas são condições deletérias à capacidade funcional e ao bem-estar, com impacto negativo no vínculo social e familiar (HAZRA; GULLIFORD, 2017).

Os declínios de funcionalidade manifestam-se com limitações na realização de atividades de vida diária instrumentais (AVDI) e básicas (AVDB) e são preditores de risco para dependência. Os principais fatores que podem estar relacionados, além do próprio avançar da idade, são: sexo feminino, baixo nível educacional, presença de pelo menos uma doença crônica, comprometimento cognitivo, depressão e história de incapacidade prévia (ARIAS-MERINO *et al.*, 2012).

Essas limitações de atividades de vida podem decorrer de anomalias fisiológicas e psicológicas pela redução da capacidade adaptativa orgânica a agressores, com facilitação para a ocorrência das Síndromes Geriátricas. Estas são multifatoriais e os sintomas que as compõem não são específicos de sistema orgânico. Estão associados a riscos aumentados de deterioração da qualidade de vida, incapacidade, institucionalização e morte e podem se manifestar em déficits visual e auditivo, incontinência fecal e/ou urinária, úlceras por pressão, quedas, *delirium*, depressão, decrepitude e demência (KANE *et al.*, 2012; KIM; PARK; WON, 2018).

Mesmo nos idosos independentes, há associação entre pior qualidade de vida e alterações de funcionalidade na presença de polifarmácia, comprometimento sensorial, ausência de atividades que estimulem a cognição, não participação em atividades de grupo, suporte social baixo e obstáculos no ambiente doméstico (MACHÓN *et al.*, 2017).

Frente ao envelhecimento da população e diante da meta de maior longevidade associada a melhor qualidade de vida longa, é crescente o interesse em estudar os indivíduos nessa faixa etária e os fatores correlatos à percepção de saúde. Ao mesmo tempo, o aumento da expectativa de vida pode não significar uma melhora na qualidade de vida pelos obstáculos impostos pelos domínios físico e de meio ambiente (RUFINE *et al.*, 2013; VAGETTI *et al.*, 2013).

A autopercepção da saúde no idoso correlacionada às condições de saúde e à funcionalidade demonstra ser um bom indicador de qualidade de vida, de morbidade, de declínio funcional e preditor de mortalidade, em especial, ao englobar a avaliação dos aspectos de natureza física, funcional, cognitivos, emocionais e de bem-estar (CARDOSO *et al.*, 2014; CONFORTIN *et al.*, 2015; BUCCELLA; BRANDI, 2016). A aplicação para um número amplo de indivíduos em um curto intervalo de tempo também justifica a recomendação para seu emprego na avaliação para inquéritos populacionais (PAGOTTO; BACHION; SILVEIRA, 2013; PAVÃO; WERNECK; CAMPOS, 2013).

A Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) identificou que a percepção de saúde do idoso se baseia na ampla gama de fatores entendidos por um indivíduo como relacionados ao seu estado de saúde (BELÉM *et al.*, 2016). Essa influência multidimensional é expressa por aspectos objetivos e subjetivos, mas se liga ao estado orgânico objetivo (PAGOTTO; BACHION; SILVEIRA, 2013). A percepção de saúde dentro da terceira idade se expressa de forma heterogênea, com maior referência negativa entre os maiores de 80 anos, podendo estar relacionada às perdas funcionais, muito ligadas à prevalência de limitações físicas e doenças degenerativas crônicas (SILVA *et al.*, 2015).

Os principais fatores determinantes que podem influenciar a autopercepção de saúde são: demográficos (idade, sexo, estado conjugal e arranjo familiar), socioeconômicos (educação e renda), número de doenças crônicas (hipertensão, artrite ou reumatismo,

doença cardiovascular, diabetes, asma, bronquite ou enfisema, embolia ou acidente vascular cerebral e câncer), comportamentais (tabagismo, consumo de bebida alcoólica, e nível de atividade física) e a capacidade funcional (atividades de vida diárias) (SILVA *et al.*, 2012).

Fatores como menor renda, maior número de patologias, uso de múltiplas medicações, incontinência urinária, perda de força ou mobilidade de membros inferiores e condição de dependência estão ligados à percepção negativa (ANDERSSON; MARCUSSON; WRESSLE, 2014; CARDOSO *et al.*, 2014; MACHÓN *et al.*, 2017). Também estão envolvidos a presença de limitação sensorial, má qualidade de sono, má nutrição, baixo envolvimento em atividades cognitivamente estimulantes ou atividades de socialização (MACHÓN *et al.*, 2017), além da viuvez (REIS *et al.*, 2016).

A autopercepção positiva associou-se ao sexo masculino, maior escolaridade, consumo moderado de álcool, maior atividade de lazer, uso da internet, menor prevalência de morbidades, independência funcional ou dependência leve, ausência de quedas no último ano, menor uso de medicações (CONFORTIN *et al.*, 2015). A existência de suporte social e da rede de atenção à saúde para atenção ao idoso determinam impacto favorável em direção ao envelhecimento saudável e, conseqüentemente, sobre a autopercepção de saúde (ANDERSSON; MARCUSSON; WRESSLE, 2014; SILVA *et al.*, 2015; MACHÓN *et al.*, 2017).

## **1.5. Justificativa**

O percurso da transição demográfica no Brasil é acelerado e não está sendo acompanhado pela melhoria social e econômica proporcional, como visto em países considerados desenvolvidos. O envelhecimento populacional ocorre em uma velocidade muito maior que as medidas de adequação do Sistema de Saúde. Considerando-se a sobrecarga do Sistema Único de Saúde (SUS) pela vigência da *tripla carga de doenças* (agravos agudos, agravos crônico-degenerativos e causas externas), há necessidade premente do



conhecimento do perfil dos usuários para fins organizativos tanto no contexto geral quanto em nível local (MENDES, 2010).

O avançar da idade aumenta a vulnerabilidade a agravos agudos e crônicos e, conseqüentemente, possui o potencial de aumentar a demanda por assistência. Também pode elevar o impacto sobre o sistema de saúde em curto tempo, em especial, se considerada a velocidade do envelhecimento populacional e a dilatação da expectativa de vida. O crescimento do estrato de idosos de 80 anos ou mais já provoca demanda por assistência com um influxo maior que a capacidade de resposta atual dos sistemas de saúde (CAMACHO; COELHO, 2010; CANVIN *et al.*, 2018).

A implementação de estratégias e ações na APS voltadas para envelhecimento ativo e detecção precoce de condições potencialmente incapacitantes pode auxiliar na manutenção da capacidade funcional e, por fim, da qualidade de vida (BERLEZI *et al.*, 2016). Esse reforço da APS também se baseia na contribuição para reduzir o fardo causado pela multiplicidade de enfermidades já instaladas, favorecendo o envelhecimento bem-sucedido (WURM; WOLFF; SCHÜZ, 2014).

Assim, avaliar a autopercepção positiva de saúde nos idosos jovens e longevos pode propiciar a compreensão dos fatores relacionados à qualidade de vida e condições de saúde. O levantamento desses dados pode auxiliar na prestação da atenção à saúde do idoso e na organização do processo de trabalho em consonância com suas peculiaridades (BRASIL, 2006*ab*; CAMACHO; COELHO, 2010; FERNANDES; SOARES, 2012; CONFORTIN *et al.*, 2015; MEDEIROS *et al.*, 2016). Ainda, é capaz de contribuir para o direcionamento de ações intersetoriais que possam impactar, positivamente e de forma longitudinal, no bem-estar desta população.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1. Objetivo Geral**

- Analisar a autopercepção positiva de saúde dos idosos jovens e idosos longevos atendidos pelas equipes da Estratégia Saúde da Família em Montes Claros – MG.

### **2.2. Objetivos Específicos**

- Descrever o perfil dos idosos jovens e idosos longevos considerando as variáveis socioeconômicas, autopercepção positiva de saúde, capacidade funcional, avaliação cognitiva, polifarmácia e polipatologias.
- Estimar a prevalência da autopercepção positiva nos estratos etários do estudo.
- Identificar os fatores associados à variável autopercepção positiva de saúde entre idosos jovens e longevos.

### **3 METODOLOGIA**

Este trabalho é um subprojeto derivado do trabalho intitulado MATRICIAMENTO EM SAÚDE DO IDOSO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE DE MONTES CLAROS, MINAS GERAIS, BRASIL.

#### **3.1. Tipo de estudo**

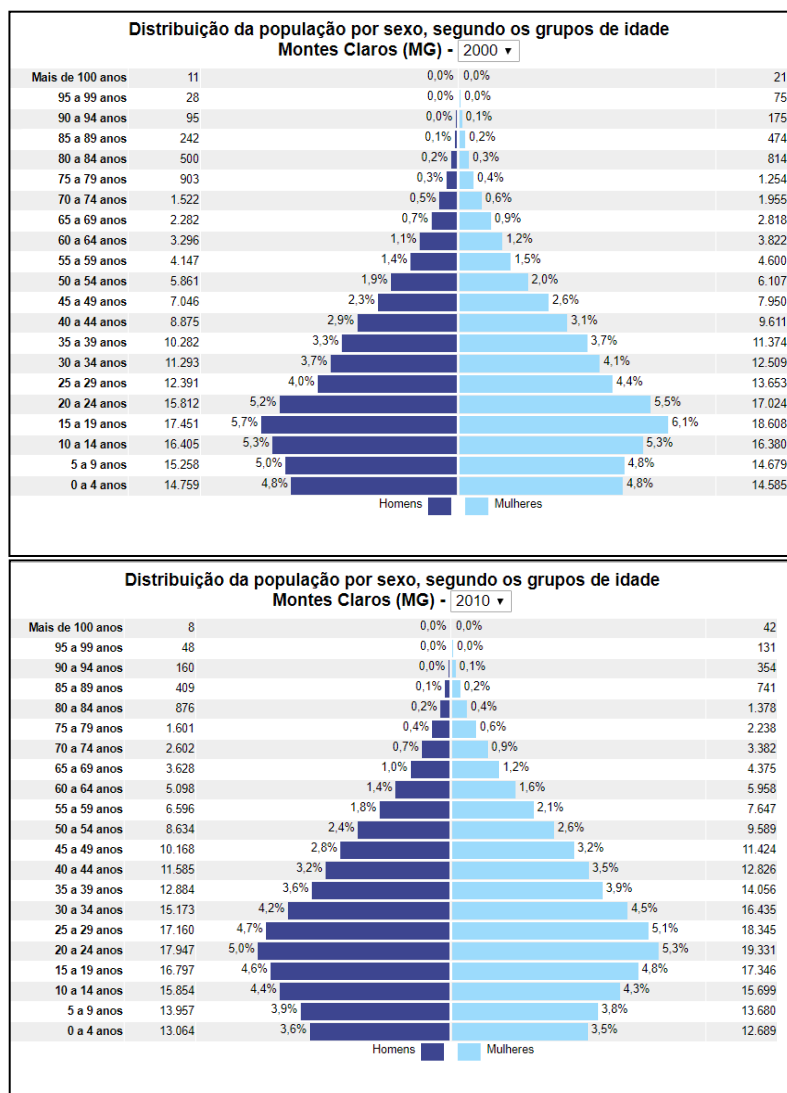
Trata-se de um estudo transversal e analítico.

#### **3.2. Cenário do estudo**

Este trabalho foi desenvolvido no Município de Montes Claros, localizado ao norte do Estado de Minas Gerais e dimensionado como sexto maior município do Estado em termos populacionais e o maior município da região norte (PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTES CLAROS, [s.d.]).

O município constitui-se de população predominantemente urbana. Segundo dados do Censo do IBGE de 2010, possuía 361.915 habitantes dos quais 9,13% eram maiores de 60 anos (IBGE, 2010). A estimativa para 2018 foi de uma população total de 404.804 habitantes (IBGE, [s.d.]). O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) em 2010 foi de 0,77, considerado alto (PNUD, IPEA, FJP, [s.d]).

**Gráfico 1** – Pirâmides de distribuição da população por sexo e grupos etários em 2000 e 2010 em Montes Claros, MG, Brasil.



**FONTE:** IBGE. População residente por grupos de idade, segundo os municípios e sexo. Sinopse do Censo Demográfico 2010.

No que refere à transição demográfica local, a pirâmide etária segue a tendência nacional de redução gradual da proporção de crianças com aumento da participação de idosos, ainda que se tenha um estrato importante da população de jovens e adultos (Gráfico 1).

Entre 2000 e 2010, a população do município teve um incremento de 17,9% e a população de idosos aumentou em 62,7%. A proporção das mulheres na população de idosos nesse intervalo manteve-se estável, com as respectivas porcentagens de 56,25% e 56,31% (Quadro 2) (IBGE, 2010a, 2010b).

Quanto ao estrato de idosos longevos, o aumento relativo entre 2000 e 2010 foi de 86,3%, com um crescimento na participação entre os idosos de 4,66%. A maior proporção de sexo feminino se manteve relativamente estável, variando de 64,02% para 63,8% (Quadro 1 e 2) (IBGE, 2010a, 2010b, [s.d.]).

**Quadro 2** – Distribuição etária e por sexo da população de Montes Claros - MG

Ano	População Geral			População de idosos				População acima de 80 anos				
	Homens	Mulheres	Total	Homens	Mulheres	Total	% da pop. geral	Homens	Mulheres	Total	% na pop. Geral	% na pop. de idosos
	148.460	158.478	306.938	8.879	11.418	20.297	6,61	876	1.559	2.435	0,79	12,00
	174.249	187.666	361.915	14.430	18.599	33.029	9,13	1.501	2.646	4.147	1,15	12,56

**FONTE::** IBGE, 2010a, 2010b.

Segundo dados do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil (CNES), em Montes Claros, há atualmente 131 equipes de Saúde da Família, provendo cobertura de assistência de 97,75% da população (DATASUS, 2017). Há 38 equipes vinculadas à Residência em Medicina de Família e Comunidade do Hospital Universitário Clemente de Faria – HUCF da Unimontes, agrupadas em 13 polos educacionais, cobrindo 28,35% da população.

### 3.3. População e amostra

O estudo base foi realizado com os idosos de 60 anos ou mais no município de Montes Claros, MG, cadastrados em equipes da ESF, vinculadas aos polos da Residência de Medicina de Família e Comunidade.

O cálculo amostral foi feito pela fórmula para população infinita. O tamanho da amostra foi definido considerando-se uma população estimada de 394.350 habitantes na cidade de Montes Claros, sendo 8,17% idosos, ou seja, 33.930 pessoas de 60 anos ou mais. Considerou-se a frequência do evento estudado de 50%, por se tratar de uma frequência conservadora e que produz um “N” maior. O intervalo de confiança foi estimado em

95% e a margem de erro amostral de 3% e correção pelo efeito do desenho ( $deff=1,5$ ). O tamanho da amostra calculado foi de 1.708 indivíduos.

A seleção da amostra ocorreu pela técnica de amostragem probabilística por conglomerados em dois estágios. O primeiro estágio envolveu a realização do sorteio dos polos da Residência de Medicina de Família e Comunidade da zona urbana de Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. O segundo estágio foi o sorteio das equipes e microáreas de cada polo. Participaram do estudo base todos os idosos pertencentes às equipes selecionadas com condições para responder os questionários e com cuidador disponível durante as visitas de coleta. Todos foram informados sobre os propósitos da pesquisa, manifestando concordância expressa. Foram excluídos do estudo os idosos ausentes do domicílio após três tentativas de entrevista. O total de idosos entrevistados foi de 1750.

No presente estudo foi utilizada toda a amostra investigada, separada para fins de análise em dois estratos: idosos jovens (de 60 a 79 anos) e idosos longevos (de 80 anos ou mais).

#### **3.4. Instrumento e coleta de dados**

Para coleta de dados foi utilizado o instrumento *Brazilian Older Americans Resources and Services Multidimensional Function Assessment Questionnaire* (BOMFAQ). As variáveis investigadas foram alocadas nos blocos socioeconômico - vida social, situação financeira - e de saúde física e mental - saúde mental, saúde física e execução de atividades diária (BLAY; RAMOS; DE MARI, 1988).

O BOMFAQ é uma versão brasileira derivada da metodologia *Older Americans Resources and Services* (OARS), adaptado e validado no Brasil (BLAY; RAMOS; MARI, 1988) (ANEXO A).

Esse instrumento compõe-se de duas partes que podem ser utilizadas em conjunto ou separadamente, sendo que a parte 'A' se refere às condições clínico-funcionais e a parte

‘B’ se refere aos serviços de saúde (BLAY; RAMOS; DE MARI, 1988; RODRIGUES, 2008).

A *parte ‘A’* avalia cinco dimensões funcionais: vida social, situação financeira, saúde mental, saúde física e execução de atividades diárias (BLAY; RAMOS; MARI, 1988; RODRIGUES, 2008). Compõe-se por 101 perguntas das quais 70 são dirigidas ao idoso diretamente, 10 são dirigidas a um cuidador ou informante próximo e 14 são respondidas pelo próprio entrevistador. As questões restantes são a incorporação de cinco escalas funcionais com pontuação de 1 a 6, destacando-se que, precedendo a aplicação do instrumento, há avaliação preliminar da capacidade de resposta do entrevistado pelo *Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ)*. O SPMSQ é questionário com 10 questões que sinaliza a possível necessidade de outro informante qualificado em virtude de decréscimo cognitivo quando o idoso apresenta 3 ou mais erros. Determina-se a incapacidade global pelo somatório das pontuações de incapacidade em cada uma das áreas (RODRIGUES, 2008).

Avalia-se a vida social por quantidade e adequação das interações sociais e disponibilidade de recursos auxiliares nas enfermidades ou incapacidades. O instrumento agrega informações sobre estado civil, composição familiar, relações sociais, sentimento de solidão e autoavaliação dos recursos sociais (RODRIGUES, 2008).

Sobre a questão econômico-financeira, engloba rendimentos e auto percepção de sua adequação às necessidades. Aborda situação laboral pessoal e do cônjuge, origem e valor de rendimentos, número de dependentes, moradia, proporção de gastos, necessidade de amparo financeiro complementar, cobertura por plano ou seguro de saúde, comparativo com pessoas em situação semelhante, possibilidade de pequenos gastos extras e perspectiva de rendimentos futuros (RODRIGUES, 2008). A avaliação de saúde mental, iniciada pelo SPMSQ, trata também da satisfação com a vida, existência de sintomas psiquiátricos (*Short Psychiatric Evaluation Schedule – SPES*), autoavaliação da saúde mental atual e comparação com o estado há 5 anos.

A saúde física é avaliada considerando-se os últimos 6 meses, referindo-se a consultas médicas, incapacidades físicas temporárias, hospitalizações ou internação em outras

instituições de saúde. Também verifica a necessidade percebida de consultas, uso de medicações prescritas no mês anterior, doenças presentes e sua interferência nas atividades cotidianas, incapacidades físicas, alterações visuais e auditivas, uso de dispositivos auxiliares e próteses, problemas por consumo de álcool, prática de atividades físicas ou de esportes cansativos, autoavaliação da saúde física, comparação do estado atual com o existente há 5 anos e interferência dos problemas de saúde nas atividades diárias (RODRIGUES, 2008).

Na avaliação das atividades de vida diária (AVD) são incluídas atividades mais complexas ou instrumentais (telefonar, utilizar meios de transporte, fazer compras, preparar refeições, fazer as tarefas domésticas, tomar os medicamentos, lidar com o dinheiro) e atividades básicas (comer, vestir-se e despir-se, cuidar da aparência, andar, realizar transferência, tomar banho, continência esfinteriana). Também é verificada a existência de auxílio para o desempenho nas tarefas (RODRIGUES, 2008).

Ao fim da primeira *parte*, o avaliador categoriza os valores encontrados em cada uma das áreas segundo parâmetros, classificando a capacidade funcional em categorias: 1 - muito bom, 2 - bom, 3 - ligeiramente insatisfatório, 4 - moderadamente insatisfatório, 5 - fortemente insatisfatório e 6 - totalmente insatisfatório. Os perfis funcionais de mesma pontuação são considerados equivalentes, ou seja, indivíduos de uma mesma categoria têm capacidade funcional equivalente. Quando se combina as capacidades nas áreas, resultam em 32 perfis funcionais que vão desde capacidade satisfatória em todas as áreas à capacidade insatisfatória completa (RODRIGUES, 2008).

A *parte 'B'* mede a utilização atual dos serviços de saúde, a frequência e a necessidade percebida, permitindo a aferição dos programas de intervenção e a tomada de decisões orientada pelo impacto dos recursos e serviços. Além dos serviços verificados na *parte 'A'* (consultas médicas, dispositivos auxiliares e próteses, ajuda econômica e ajuda para a compra de comida), aborda as categorias de serviços gerais de apoio; serviços sociais e recreativos; serviços de saúde; serviços de apoio econômico; serviços de apoio, avaliação e coordenação, além de serviços não classificados (RODRIGUES, 2008).



Para fins de análise estatística, as variáveis foram categorizadas conforme descrito no Quadro 03.

**Quadro 3** - Descrição das variáveis socioeconômicas e de saúde avaliadas entre os idosos jovens e longevos. Montes Claros, MG, Brasil.

Blocos de análise	Variável	Categoria original	Categorização para o estudo
Socioeconômico	Idade	Anos	Idoso não longevo (60 a 79 anos)
			Longevo (80 anos ou mais)
	Sexo	Masculino	Masculino
		Feminino	Feminino
	Cor da pele	Branca	Branca
		Preta Parda Amarela Indígena	Não branca
		Analfabeto	Analfabeto
		Escolaridade	Sabe ler/escrever ou primário incompleto. Primário completo.
	Ginásio Colégio/curso superior		5 anos ou mais
	Estado conjugal	Casado União estável	Com companheiro
		Solteiro Divorciado/separado Viúvo	Sem companheiro
		Exerce atividade remunerada	Sim, exercendo atividade Não, aposentado por tempo de serviço. Não, aposentado por saúde. Não, pensionista (pensão do cônjuge ou pensão vitalícia). Não, não recebe nada (dona de casa, dependente). Não, outra situação.
	Renda familiar	Valor em reais (R\$)	Menos de 1 salário mínimo <sup>(a)</sup>
			Entre 1 a menos de 2 salários mínimos
			Entre 2 a menos de 3 salários mínimos
			3 ou mais salários mínimos
	Mora com quem	Só/ ninguém mais vive permanentemente junto.	Sozinho
Somente com cuidador profissional (1 ou +) Somente com cônjuge. Com outros da sua geração (com ou sem cônjuge). Com filhos (com ou sem cônjuge).		Com alguém	

		Com netos (com ou sem cônjuge). Outros arranjos	
Saúde física e mental	Autopercepção da saúde	Ótima/boa	Positiva
		Má/péssima	Negativa
	Dificuldade visual	Sim, com melhora. Sim, sem melhora. É cego.	Sim
		Não, mas necessitaria. Não, não tem necessidade.	Não
	Dificuldade auditiva	Sim, com melhora. Sim, sem melhora.	Sim
		Não, mas necessitaria. Não, não tem necessidade.	Não
	Uso de prótese dentária	Sim, superior e ou inferior. Sim, necessitaria refazer.	Sim
		Não, mas necessitaria superior e ou inferior.	Não
		Não, não tem necessidade.	
	Dificuldade para mastigar	Muito frequente Sempre	Frequentemente/Sempre
		Raramente	Raramente
		Nunca	Nunca
	Dificuldade para engolir	Muito frequente Sempre	Frequentemente/Sempre
		Raramente	Raramente
		Nunca	Nunca
	Alterações no sono	Sim, dorme fácil, mas acorda muito à noite. Sim, dificuldade de pegar no sono, mas não acorda muito à noite. Sim, dificuldade para pegar no sono e acorda muito à noite.	Sim
		Não, dorme fácil e não acorda muito à noite.	Não
	Polifarmácia	Quantidade de medicações referidas	Sim
			Não
	Comprometimento cognitivo	Escore no Minimental para a escolaridade sugere comprometimento cognitivo <sup>(b)</sup>	Sim
		Escore no Minimental para a escolaridade sugere sem comprometimento cognitivo <sup>(c)</sup>	Não
	Polipatologia	Quantidade de patologias referidas no questionário.	Sim
			Não
	Insônia	Sim, interfere na vida. Sim, não interfere na vida.	Sim
		Não.	Não
	Hipertensão arterial	Sim, interfere na vida. Sim, não interfere na vida.	Sim
		Não.	Não
	Diabetes mellitus	Sim, interfere na vida. Sim, não interfere na vida.	Sim
Não.		Não	
Obesidade	Sim, interfere na vida.	Sim	

		Sim, não interfere na vida.	
		Não.	Não
	Depressão	Sim, interfere na vida.	Sim
		Sim, não interfere na vida.	
		Não.	Não
	Queda no último ano	Sim, mas não afetou a capacidade de locomoção.	Sim
		Sim, e afetou a capacidade de locomoção.	
		Não	Não
	Prática de atividade física	Sim	Sim
		Não	Não

**FONTE:** Dados coletados pelo BOMFAQ para o estudo MATRICIAMENTO EM SAÚDE DO IDOSO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE DE MONTES CLAROS, MINAS GERAIS, BRASIL, 2017.

<sup>(a)</sup> Categorizado com a referência de 1 salário equivalente a R\$937,00

<sup>(b)</sup> Pontuação  $\leq 13$  para analfabetos e  $\leq 24$  para mais de 8 anos de escolaridade<sup>21</sup>.

<sup>(c)</sup> Pontuação  $\geq 13$  para analfabetos e  $\geq 24$  para mais de 8 anos de escolaridade<sup>21</sup>.

Os dados foram coletados por profissionais de saúde e estudantes previamente capacitados e ocorreu nos domicílios dos idosos, em horários acordados, no período de setembro de 2016 a maio de 2017.

### 3.5. Análise estatística

Todas as análises estatísticas foram realizadas utilizando-se o *software* estatístico IMB SPSS<sup>®</sup> (*Statistical Package Social Science*), versão 20.0 para Windows. Para a análise dos dados neste estudo, os idosos foram estratificados em dois grupos: jovens (de 60 a 79 anos) e longevos (com 80 anos ou mais). Foi realizada a análise descritiva por meio da frequência absoluta e relativa.

A autopercepção de saúde positiva foi utilizada como variável dependente. Essa variável é composta pelas alternativas ótima, boa, má e péssima no instrumento original, que foram categorizadas em autopercepção positiva (ótima/boa) ou negativa (má/péssima) no presente estudo (Quadro 3).

Considerou-se como variáveis independentes as características sociodemográficas (sexo, cor de pele, escolaridade, estado conjugal, execução de atividade remunerada, renda e com quem mora), saúde física e mental (dificuldade visual, dificuldade auditiva, prótese dentária, dificuldade para mastigar, dificuldade para engolir, alterações no sono, insônia, polifarmácia, comprometimento cognitivo, polipatologia, hipertensão, diabetes, obesidade, depressão, queda e prática de atividade física).

Considerando-se peso de ponderação, foram realizadas as análises univariada e bivariada para cada grupo, e as variáveis que apresentaram valor-p até 0,20 foram selecionadas para a análise múltipla. A magnitude da associação entre a variável independente e as independentes, foi medida pela razão de prevalência (RP) bruta e ajustada, que foram estimadas através da regressão de Poisson com variância robusta. Utilizou-se o nível de significância de 0,05. Para avaliar a qualidade dos modelos, foi utilizado o teste de *deviance*.

### **3.6. Questões éticas**

O estudo principal do qual este deriva foi conduzido de acordo com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, Ministério da Saúde (BRASIL, 2013). O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Montes Claros – CEP/Unimontes, parecer número 1.628.652 (ANEXO B).

Cada participante assinou um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE após elucidação da natureza da pesquisa, objetivo, metodologia e procedimentos, benefícios, riscos, desconfortos e precauções do estudo. O anonimato e a confidencialidade das informações fornecidas são garantidos, além da utilização exclusivamente para fins científicos. Os indivíduos puderam optar por participar ou não da pesquisa, bem como desistir a qualquer momento, sem qualquer tipo de ônus (APÊNDICE A).

Para realização do trabalho, houve anuência da Secretaria Municipal de Saúde de Montes Claros – MG, em cujas unidades de saúde foi realizada a coleta de dados e a intervenção prevista no estudo base através do Termo de Consentimento Institucional – TCI (APÊNDICE B).

#### 4 PRODUTOS

Em conformidade com os quesitos do ProfSaúde, foi produzido o artigo **AUTOPERCEPÇÃO POSITIVA DE SAÚDE ENTRE IDOSOS JOVENS E LONGEVOS E FATORES ASSOCIADOS**, formatado segundo as normas de publicação no periódico *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*.

Também foram produzidos dois resumos expandidos e um texto com orientações que deverá compor uma cartilha com orientações ao público leigo, em especial, aos idosos e familiares. O primeiro, **CHARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE IDOSOS JOVENS E LONGEVOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM MONTES CLAROS, MG**, foi apresentado no I Congresso Internacional em Ciências da Saúde e II Simpósio de Atualização em Doença de Chagas promovido pela Universidade Estadual de Montes Claros – UNIMONTES em novembro de 2018 (APÊNDICE C). O segundo resumo, **CAPACIDADE FUNCIONAL PARA ATIVIDADES DA VIDA DIÁRIA DE IDOSOS JOVENS E LONGEVOS**, foi apresentado nos anais do 12º FÓRUM DE ENSINO, PESQUISA, EXTENSÃO E GESTÃO (FEPEG), promovido pela Universidade Estadual de Montes Claros – UNIMONTES em dezembro de 2018 (APÊNDICE D).

No texto a ser incorporado à cartilha (APÊNDICE E), constam observações acerca da relação entre a autopercepção das condições de saúde do idoso e a estimativa da funcionalidade e da qualidade de vida. Assinala também a possibilidade de utilização dessa percepção na construção de intervenções direcionadas para a manutenção e recuperação da autonomia e independência.

#### **4.1 Artigo**

**AUTOPERCEPÇÃO POSITIVA DE SAÚDE ENTRE IDOSOS JOVENS E  
LONGEVOS E FATORES ASSOCIADOS**

**AUTOPERCEPÇÃO POSITIVA DE SAÚDE ENTRE IDOSOS**

**POSITIVE SELF-PERCEPTION OF HEALTH AMONG YOUNG AND  
LONGEVIOUS ELDERLY AND ASSOCIATED FACTORS**

**POSITIVE SELF-PERCEPTION OF HEALTH AMONG ELDERLY**

## RESUMO

*Objetivo:* identificar os fatores associados à autopercepção positiva de saúde e sua prevalência em idosos jovens e longevos atendidos pelas equipes da Estratégia Saúde da Família. *Método:* Pesquisa transversal e analítica, realizada com idosos cadastrados em equipes da Estratégia Saúde da Família, que funcionam como polos da Residência em Medicina de Família e Comunidade no município de Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. Adotou-se amostragem probabilística por conglomerado em dois estágios. Para a coleta de dados utilizou-se o instrumento *Brazilian Older Americans Resources and Services Multidimensional Function Assessment Questionnaire* (BOMFAQ), que contemplou as dimensões socioeconômica e de saúde física e mental. Na análise de dados foi realizada a regressão de *Poisson*. *Resultados:* Participaram deste estudo 1750 idosos, sendo 1420 jovens e 330 longevos. A autopercepção positiva foi referida entre 70,8% dos idosos. Foram associadas a autopercepção positiva de saúde entre os idosos jovens as variáveis: maior escolaridade (RP=1,28), melhor renda familiar (RP=1,12), boa acuidade visual (RP=1,13), boa mastigação (RP=1,17), sono preservado (RP=1,12), não haver polipatologias (RP=1,31), ausência de diabetes (RP=1,14), não haver quedas no último ano (RP=1,14) e prática regular de atividades físicas (RP=1,11). Entre os idosos longevos houve associação com as variáveis boa mastigação (RP=1,41), não possuir alterações no sono (RP=1,42) e prática de atividades físicas (RP=1,24). *Conclusão:* Identificou-se prevalência elevada de autopercepção positiva de saúde entre os idosos. Há associação entre esta variável com variáveis socioeconômicas e de saúde física e mental.

**Palavras-chave:** Autopercepção. Envelhecimento. Saúde do idoso. Condições de Saúde.



## ABSTRACT

*Objective:* To identify the factors associated with positive self-perception of health and its prevalence in young and longevous elderly people assisted by the Family Health Strategy teams. *Method:* Cross-sectional and analytical research, carried out with elderly people registered in Family Health Strategy teams, who function as poles of Residence in Family and Community Medicine in the municipality of Montes Claros, Minas Gerais, Brazil. Probabilistic sampling by conglomerate in two stages was adopted. For data collection, the *Brazilian Older Americans Resources and Services Multidimensional Function Assessment Questionnaire* (BOMFAQ) was used, which included the socioeconomic and physical and mental health dimensions. In the data analysis, Poisson regression was performed. *Results:* 1750 elderly people participated in this study, being 1420 young people and 330 longevous. Positive self-perception was reported among 70.8% of the elderly. The following variables were associated with positive self-perception of health among the young elderly: higher education (PR=1,28), better family income (PR=1,12), good visual acuity (PR=1,13), good chewing (PR=1,17), preserved sleep (PR=1,12), no polyopathologies (PR=1,31), no diabetes (PR=1,14), no falls in the last year (PR=1,14) and regular practice of physical activities (PR=1,11). Among the longevous elderly, there was an association with the variables good chewing (RP=1,41), no changes in sleep (PR=1,42) and physical activity (PR=1,24). *Conclusion:* A high prevalence of positive self-perception of health among the elderly was identified. There is an association between this variable and socioeconomic and physical and mental health variable.

**Keywords:** Self-perception. Aging. Health of the elderly. Health conditions.

## INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é um fenômeno global decorrente da Transição Demográfica e se associa à ampliação da longevidade. Este contexto contribui para as mudanças nas características epidemiológicas, econômicas e sociais<sup>1</sup>. Esse fenômeno está relacionado ao declínio nos níveis de mortalidade geral, à queda das taxas de mortalidade infantil e ao aumento da esperança de vida ao nascer<sup>2,3</sup>.

A amplitude etária na composição dos idosos determina distinções entre os estratos de idosos jovens (entre 60 e 79 anos) e longevos (de 80 anos ou mais) que devem ser consideradas devido características clínicas específicas. À medida que os idosos longevos assumem maior proporção na população, a frequência de “condições ocultas” ou não classificadas como doenças fatais aumenta, que impactam negativamente no vínculo social e familiar, na capacidade funcional e no bem-estar<sup>4</sup>. Acresce-se o aumento da prevalência de múltiplas morbidades, deficiências ou dependências determinam pior qualidade de vida<sup>5,6</sup>. O custo da manutenção das capacidades físicas e mentais e a estruturação de mecanismos de proteção contra problemas relacionados às condições crônicas pressionam os setores da socioeconômicos e de saúde<sup>7</sup>.

A preocupação para o preparo do sistema de saúde para o envelhecimento favoreceu a criação de políticas públicas voltadas para a Atenção em Saúde para a população idosa<sup>8-12</sup>. A Atenção Primária à Saúde (APS), representada pela Estratégia Saúde da Família (ESF), recebe atribuições de planejar, programar e realizar as ações que envolvem a atenção à saúde da pessoa idosa em sua área de abrangência. Também é determinada a atuação da equipe multiprofissional no levantamento e acompanhamento idosos em situação de fragilidade ou de risco funcional, além da promoção de ações educativas voltadas para a saúde da pessoa idosa<sup>8,13</sup>.

A autopercepção da saúde tem sido recomendada para aferir as condições de saúde de uma população pela coincidência entre a percepção e o estado de saúde real, além da aplicação ampla e rápida<sup>14</sup>. No idoso, a autopercepção remete à correlação de condição de saúde e funcionalidade e é um bom indicador de qualidade de vida, de morbidade, de declínio funcional e preditor de mortalidade<sup>14-17</sup>.

A avaliação da autopercepção positiva da saúde permite a compreensão dos fatores relacionados a qualidade de vida e condições de saúde. Assim, o levantamento desses dados pode auxiliar na prestação da atenção à saúde ao idoso e na organização do processo de trabalho para a consonância com suas peculiaridades<sup>8,9,11,12,16</sup>. Ainda, pode contribuir para o direcionamento de ações intersetoriais que possam impactar positivamente e de forma longitudinal no bem-estar desta população<sup>11,12,16</sup>.

Este estudo visa identificar os fatores associados à autopercepção positiva de saúde e sua prevalência em idosos jovens e longevos atendidos pelas equipes da Estratégia Saúde da Família em Montes Claros – MG.

## **MÉTODOS**

O presente estudo deriva do projeto de intervenção intitulado “Matriciamento em Saúde do Idoso na Atenção Primária em Saúde de Montes Claros, Minas Gerais, Brasil”.

Trata-se de uma pesquisa transversal e analítica, realizada com idosos cadastrados em equipes da Estratégia Saúde da Família as quais funcionam como polos da Residência em Medicina de Família e Comunidade (RMFC). O município está localizado no norte de Minas Gerais, dimensionado como sexto maior em termos populacionais e o maior desta região do Estado<sup>18</sup>. Segundo o

IBGE, no censo de 2010, havia uma população de 361.915 habitantes com predomínio da população urbana (95,17%) e 9,13% de maiores de 60 anos<sup>19</sup>. Entre as 131 equipes de Saúde da Família no município (97,75% de cobertura), 38 equipes eram vinculadas à RMFC do Hospital Universitário Clemente de Faria/Unimontes, agrupadas em 13 polos educacionais (28,35% de cobertura).

O cálculo amostral foi feito para população infinita e considerou a população estimada para o município à época de 394.350 habitantes, sendo 33.930 idosos (8,17%). Para essa população de idosos, considerou-se a frequência do evento estudado de 50%, o intervalo de confiança de 95%, a margem de erro de 3% e correção pelo efeito do desenho ( $d_{eff}=1,5$ ). A amostra calculada foi de 1.708 indivíduos. A seleção da amostra ocorreu por amostragem probabilística por conglomerados em dois estágios, com sorteio dos polos da RMFC da zona urbana do município, seguido do sorteio das equipes e microáreas de cada polo. Foram incluídos todos os idosos pertencentes às equipes selecionadas com condições para responder os questionários e com cuidador disponível durante as visitas de coleta. Foram excluídos do estudo os idosos ausentes do domicílio após três tentativas de entrevista.

Para coleta de dados foi utilizado o instrumento *Brazilian Older Americans Resources and Services Multidimensional Function Assessment Questionnaire* (BOMFAQ)<sup>20</sup>. As variáveis investigadas foram agrupadas em blocos: socioeconômico e de saúde física e mental<sup>20</sup>. Para fins de análise, as variáveis foram categorizadas conforme descrito nos Quadros 01 e 02.

**Quadro 01** – Categorização das variáveis socioeconômicas dos idosos jovens e longevos. Montes Claros, MG, Brasil.

Variável	Categoria original	Categorização para o estudo
Idade	Anos	Idoso não longo (60 a 79 anos)
		Longo (80 anos ou mais)
Sexo	Masculino	Masculino
	Feminino	Feminino
Cor da pele	Branca	Branca

	Preta Parda Amarela Indígena	Não branca
Escolaridade	Analfabeto	Analfabeto
	Sabe ler/escrever ou primário incompleto. Primário completo.	Até 4 anos
	Ginásio Colégio/curso superior	5 anos ou mais
Estado conjugal	Casado União estável	Com companheiro
	Solteiro Divorciado/separado Viúvo	Sem companheiro
Exerce atividade remunerada	Sim, exercendo atividade	Sim
	Não, aposentado por tempo de serviço. Não, aposentado por saúde. Não, aposentado por idade. Não, pensionista (pensão do cônjuge ou pensão vitalícia). Não, não recebe nada (dona de casa, dependente). Não, outra situação.	Não
Renda familiar	Valor em reais (R\$)	Menos de 1 salário mínimo <sup>(a)</sup>
		Entre 1 a menos de 2 salários mínimos
		Entre 2 a menos de 3 salários mínimos
		3 ou mais salários mínimos
Mora com quem	Só/ ninguém mais vive permanentemente junto.	Sozinho
	Somente com cuidador profissional (1 ou +) Somente com cônjuge. Com outros da sua geração (com ou sem cônjuge). Com filhos (com ou sem cônjuge). Com netos (com ou sem cônjuge). Outros arranjos	Com alguém

<sup>(a)</sup> Categorizado com a referência de 1 salário equivalente a R\$937,00.

**Quadro 02** – Categorização das variáveis de saúde física e mental dos idosos jovens e longevos. Montes Claros, MG, Brasil.

Variável	Categoria original	Categorização para o estudo
Autopercepção da saúde	Ótima/boa	Positiva
	Má/péssima	Negativa
Dificuldade visual	Sim, com melhora. Sim, sem melhora. É cego.	Sim
	Não, mas necessitaria. Não, não tem necessidade.	Não
Dificuldade auditiva	Sim, com melhora. Sim, sem melhora.	Sim
	Não, mas necessitaria. Não, não tem necessidade.	Não
Uso de prótese dentária	Sim, superior e ou inferior. Sim, necessitaria refazer.	Sim

	Não, mas necessitaria superior e ou inferior. Não, não tem necessidade.	Não
Dificuldade para mastigar	Muito frequente	Frequentemente/Sempre
	Sempre	
	Raramente	Raramente
Dificuldade para engolir	Nunca	Nunca
	Muito frequente	Frequentemente/Sempre
	Sempre	
Alterações no sono	Raramente	Raramente
	Nunca	Nunca
	Sim, dorme fácil, mas acorda muito à noite. Sim, dificuldade de pegar no sono, mas não acorda muito à noite. Sim, dificuldade para pegar no sono e acorda muito à noite.	Sim
Polifarmácia	Não, dorme fácil e não acorda muito à noite.	Não
	Quantidade de medicações referidas	Sim Não
Comprometimento cognitivo	Escore no Minimental para a escolaridade sugere comprometimento cognitivo <sup>(a)</sup>	Sim
	Escore no Minimental para a escolaridade sugere sem comprometimento cognitivo <sup>(b)</sup>	Não
Polipatologia	Quantidade de patologias referidas no questionário.	Sim Não
	Insônia	Sim, interfere na vida.
Sim, não interfere na vida.		
Não.		Não
Hipertensão arterial	Sim, interfere na vida.	Sim
	Sim, não interfere na vida.	
	Não.	Não
Diabetes mellitus	Sim, interfere na vida.	Sim
	Sim, não interfere na vida.	
	Não.	Não
Obesidade	Sim, interfere na vida.	Sim
	Sim, não interfere na vida.	
	Não.	Não
Depressão	Sim, interfere na vida.	Sim
	Sim, não interfere na vida.	
	Não.	Não
Queda no último ano	Sim, mas não afetou a capacidade de locomoção.	Sim
	Sim, e afetou a capacidade de locomoção.	
	Não	Não
Prática de atividade física	Sim	Sim
	Não	Não

<sup>(a)</sup> Pontuação  $\leq 13$  para analfabetos e  $\leq 24$  para mais de 8 anos de escolaridade<sup>21</sup>.

<sup>(b)</sup> Pontuação  $\geq 13$  para analfabetos e  $\geq 24$  para mais de 8 anos de escolaridade<sup>21</sup>.

Os dados foram coletados por profissionais de saúde e estudantes previamente capacitados e ocorreu nos domicílios dos idosos, em horários acordados, no período de setembro de 2016 a maio de 2017.

Para a análise dos dados, os idosos foram estratificados em dois grupos: jovens (de 60 a 79 anos) e longevos (de 80 anos ou mais). Foi realizada a análise descritiva por meio da frequência simples e relativa. Utilizou-se como variável dependente a autopercepção de saúde positiva. Esta variável é composta pelas alternativas ótima, boa, má e péssima, que foram categorizadas em autopercepção positiva (ótima/boa) ou negativa (má/péssima). Considerou-se como variáveis independentes as características sociodemográficas (sexo, cor de pele, escolaridade, estado conjugal, execução de atividade remunerada, renda e com quem mora), saúde física e mental (dificuldade visual, dificuldade auditiva, prótese dentária, dificuldade para mastigar, dificuldade para engolir, alterações no sono, insônia, polifarmácia, comprometimento cognitivo, polipatologia, hipertensão, diabetes, obesidade, depressão, queda e prática de atividade física).

Inicialmente, realizou-se a análise bivariada para cada grupo, e as variáveis que apresentaram valor-p até 0,20 foram selecionadas para a análise múltipla. A magnitude da associação entre a variável independente e as independentes, foi medida pela razão de prevalência (RP) bruta e ajustada, que foram estimadas através do modelo de regressão de Poisson com variância robusta. Utilizou-se o nível de significância de 0,05. Para avaliar a qualidade dos modelos, foi utilizado o teste de *deviance*. Todas as análises estatísticas foram realizadas utilizando-se o software estatístico IBM SPSS® (*Statistical Package Social Science*), versão 20.0 para Windows.

O estudo foi conduzido de acordo com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, Ministério da Saúde<sup>22</sup>. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Montes Claros – CEP/Unimontes com parecer número 1.628.652. Os participantes foram informados sobre os propósitos, metodologia e procedimentos, benefícios, riscos, desconfortos e precauções do estudo, manifestando concordância através da assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

## RESULTADOS

Participaram deste estudo 1750 idosos, sendo 1420 (81,1%) no estrato de idosos jovens e 330 (18,9%) no de idosos longevos. Houve predominância do sexo feminino tanto no estrato de idosos jovens quanto nos longevos, 63,7% e 62,4% respectivamente. Os autodeclarados não brancos predominam em ambos os estratos (65,5% e 55,7%). A baixa escolaridade e analfabetismo atingiu 67,8% dos idosos da amostra, sendo 64,6% dos idosos jovens e 82,5% dos longevos. Observou-se que 90% dos indivíduos moram com alguém e 41,8% dos idosos jovens e 63,5% dos longevos não possuem companheiro. A distribuição de renda segue o mesmo padrão em ambos estratos: 20% com subsídio inferior a 1 salário mínimo e a cerca de 57% recebendo entre um e menos de três salários. A autopercepção positiva foi referida em 71,2% dos idosos, com 71,9% entre idosos jovens e 67,8% entre os longevos.

Na tabela 1 visualizam-se a análise bivariada e as variáveis associadas a autopercepção positiva em idosos jovens. Foram selecionadas para análise múltipla as variáveis: sexo, escolaridade até 4 anos e de 5 anos ou mais, renda de 2 a menos de 3 salários e superior a 3 salários, dificuldade visual, dificuldade auditiva, prótese dentária, dificuldade para mastigar, dificuldade para engolir, alterações do sono, insônia, polifarmácia, polipatologia, hipertensão arterial, diabetes mellitus, obesidade, quedas e prática de atividades físicas.

**Tabela 1** – Análise bivariada da autopercepção de saúde positiva entre idosos jovens com as variáveis independentes - Prevalência e Razão de Prevalência e IC95%

Variáveis independentes	Autopercepção de saúde			p-valor	RP	(IC95%)
	Negativa n (%)	Positiva n (%)	Total n (%)			
<b>Sexo</b>						
Feminino	283(31,1)	620(68,9)	903(100)	0,001	1,12	(1,05-1,19)
Masculino	123(22,8)	394(77,2)	517(100)			
<b>Cor da pele</b>						
Não branca	278(29,1)	656(70,9)	934(100)	0,211	1,04	(0,98-1,12)
Branca	128(26,0)	357(74,0)	485(100)			
<b>Escolaridade</b>						



Analfabeto	53(40,6)	74(59,4)	127(100)		1	-
Até 4 anos	256(31,7)	540(68,3)	796(100)	0,072	1,15	(0,99-1,34)
5 anos ou mais	97(19,4)	399(80,6)	496(100)	0,000	1,36	(1,17-1,58)
<b>Renda Familiar</b>						
<1 SM	105(36,5)	180(63,5)	285(100)		1	-
=1 a <2 SM	139(30,1)	314(69,9)	453(100)	0,080	1,10	(0,99-1,23)
=2 a <3 SM	99(27,0)	257(73,0)	356(100)	0,013	1,15	(1,03-1,28)
≥ 3 SM	63(19,2)	263(80,8)	326(100)	0,000	1,27	(1,15-1,41)
<b>Dificuldade visual</b>						
Sim	385(29,4)	904(70,6)	1289(100)		1	-
Não	20(14,6)	109(85,4)	129(100)	0,000	1,21	(1,12-1,31)
<b>Dificuldade auditiva</b>						
Sim	81(36,4)	136(63,6)	217(100)		1	-
Não	324(26,5)	878(73,5)	1202(100)	0,008	1,15	(1,04-1,28)
<b>Prótese Dentária</b>						
Sim	339(28,7)	824(71,3)	1163(100)		1	-
Não	63(24,4)	187(75,6)	250(100)	0,146	1,06	(0,98-1,15)
<b>Dificuldade para mastigar</b>						
Frequentemente/Sempre	66(42,2)	87(57,8)	153(100)		1	-
Raramente	52(44,9)	62(55,1)	114(100)	0,665	0,95	(0,77-1,18)
Nunca	287(24,4)	864(75,6)	1151(100)	0,000	1,31	(1,14-1,50)
<b>Dificuldade para engolir</b>						
Frequentemente/Sempre	21(51,1)	19(48,9)	40(100)		1	-
Raramente	37(49,9)	35(50,1)	72(100)	0,903	1,03	(0,69-1,52)
Nunca	347(26,2)	958(73,8)	1305(100)	0,012	1,51	(1,10-2,08)
<b>Alterações no sono</b>						
Sim	238(39,6)	354(60,4)	592(100)		1	-
Não	168(19,8)	660(80,2)	828(100)	0,000	1,33	(1,23-1,43)
<b>Insônia</b>						
Sim	190(45,5)	229(54,5)	419(100)		1	-
Não	216(20,9)	784(79,1)	1000(100)	0,000	1,45	(1,32-1,59)
<b>Polifarmácia</b>						
Sim	175(40,6)	250(59,4)	425(100)		1	-
Não	231(22,8)	763(77,2)	994(100)	0,000	1,30	(1,19-1,42)
<b>Comportamento cognitivo</b>						
Sim	34(30,8)	75(69,2)	109(100)		1	-
Não	372(27,9)	937(72,1)	1309(100)	0,537	1,04	(0,92-1,19)
<b>Polipatologia</b>						
Sim	252(45,7)	292(54,3)	544(100)		1	-
Não	154(17,2)	722(82,8)	876(100)	0,000	1,52	(1,40-1,66)
<b>Hipertensão</b>						
Sim	318(31,6)	677(68,4)	995(100)		1	-
Não	88(19,9)	337(80,1)	425(100)	0,000	1,17	(1,10-1,25)
<b>Diabetes</b>						
Sim	125(40,4)	183(59,6)	308(100)		1	-
Não	279(24,6)	829(75,4)	1108(100)	0,000	1,27	(1,14-1,40)
<b>Obesidade</b>						
Sim	102(34,9)	186(65,1)	288(100)		1	-
Não	303(26,3)	825(73,7)	1128(100)	0,008	1,13	(1,03-1,24)
<b>Depressão</b>						
Sim	28(32,1)	58(67,9)	86(100)		1	-
Não	378(27,8)	956(72,2)	1334(100)	0,420	1,06	(0,92-1,24)
<b>Queda no último ano</b>						
Sim	159(38,5)	247(61,5)	406(100)		1	-
Não	247(23,8)	767(76,2)	1014(100)	0,000	1,24	(1,14-1,35)
<b>Prática de atividade física</b>						
Não	301(32,7)	601(67,3)	902(100)		1	-
Sim	105(20,0)	411(80,0)	516(100)	0,000	1,19	(1,12-1,27)

RP: Razão de prevalência bruta, IC: Intervalo de confiança

A análise bivariada para autopercepção positiva em idosos longevos é apresentada na Tabela 2. Foram selecionadas para análise múltipla as variáveis: escolaridade de 5 anos ou mais, renda de 2 a menos de 3 salários, dificuldade auditiva, prótese dentária, dificuldade para mastigar, alterações de sono, insônia, polifarmácia, comprometimento cognitivo, polipatologias, diabetes, depressão, quedas no último ano e prática de atividades físicas.

**Tabela 2** – Análise bivariada da autopercepção de saúde positiva entre idosos longevos com as variáveis independentes - Prevalência e Razão de Prevalência e IC95%

Variáveis independentes	Autopercepção de saúde			p-valor	RP	(IC95%)
	Negativa n (%)	Positiva n (%)	Total n (%)			
<b>Sexo</b>						
Feminino	69(33,6)	137(66,4)	206(100)		1	-
Masculino	36(29,9)	88(70,1)	124(100)	0,487	1,06	(0,91-1,23)
<b>Cor da pele</b>						
Não branca	60(32,9)	125(67,1)	185(100)		1	-
Branca	45(31,3)	100(68,7)	145(100)	0,770	1,02	(0,88-1,19)
<b>Escolaridade</b>						
Analfabeto	29(39,7)	45(60,3)	74(100)		1	-
Até 4 anos	63(32,2)	135(67,8)	198(100)	0,280	1,12	(0,91-1,39)
5 anos ou mais	13(22,8)	45(77,2)	58(100)	0,040	1,28	(1,01-1,62)
<b>Renda Familiar</b>						
<1 SM	25(37,9)	41(62,1)	66(100)		1	-
=1 a <2 SM	37(35,3)	69(64,7)	106(100)	0,732	1,04	(0,82-1,32)
=2 a <3 SM	22(26,7)	63(73,7)	85(100)	0,158	1,18	(0,94-1,49)
≥ 3 SM	21(29,2)	52(70,8)	73(100)	0,290	1,14	(0,90-1,45)
<b>Dificuldade visual</b>						
Sim	92(32,7)	194(67,3)	286(100)		1	-
Não	11(25,9)	31(74,1)	42(100)	0,339	1,10	(0,90-1,34)
<b>Dificuldade auditiva</b>						
Sim	41(37,1)	69(62,9)	110(100)		1	-
Não	62(29,2)	156(70,8)	218(100)	0,165	1,13	(0,95-1,33)
<b>Prótese Dentária</b>						
Sim	75(28,3)	193(71,7)	268(100)		1	-
Não	27(47,2)	32(52,8)	59(100)	0,019	0,74	(0,57-0,95)
<b>Dificuldade para mastigar</b>						
Frequentemente/Sempre	26(51,3)	25(48,7)	51(100)		1	-
Raramente	16(43,7)	21(56,3)	37(100)	0,479	1,16	(0,77-1,73)
Nunca	62(26,1)	179(73,9)	241(100)	0,005	1,52	(1,13-2,04)
<b>Dificuldade para engolir</b>						
Frequentemente/Sempre	11(42,5)	15(57,5)	26(100)		1	-
Raramente	16(52,6)	14(47,4)	30(100)	0,450	0,82	(0,50-1,36)
Nunca	77(28,7)	196(71,3)	273(100)	0,218	1,24	(0,88-1,74)
<b>Alterações no sono</b>						
Sim	65(46,0)	76(54,0)	141(100)		1	-
Não	40(21,9)	149(78,1)	189(100)	0,000	1,45	(1,22-1,72)
<b>Insônia</b>						
Sim	48(48,2)	52(51,8)	100(100)		1	-

Não	57(25,4)	172(74,6)	229(100)	0,000	1,44	(1,17-1,77)
<b>Polifarmácia</b>						
Sim	54(38,0)	87(62,0)	141(100)		1	-
Não	51(27,9)	138(72,1)	189(100)	0,059	1,16	(0,99-1,36)
<b>Comprometimento Cognitivo</b>						
Sim	38(41,5)	54(58,5)	92(100)		1	-
Não	67(28,8)	169(71,2)	236(100)	0,045	1,22	(1,00-1,47)
<b>Polipatologia</b>						
Sim	64(43,4)	84(56,6)	148(100)		1	-
Não	41(23,0)	141(77,0)	182(100)	0,000	1,36	(1,16-1,60)
<b>Hipertensão</b>						
Sim	80(33,2)	163(66,8)	243(100)		1	-
Não	24(28,7)	61(71,3)	85(100)	0,433	1,07	(0,91-1,26)
<b>Diabetes</b>						
Sim	22(41,1)	32(58,9)	54(100)		1	-
Não	83(30,7)	191(69,3)	274(100)	0,180	1,18	(0,93-1,49)
<b>Obesidade</b>						
Sim	13(32,4)	29(67,6)	42(100)		1	-
Não	92(32,4)	194(67,6)	286(100)	0,997	1,0	(0,80-1,26)
<b>Depressão referida</b>						
Sim	17(44,4)	21(55,6)	38(100)		1	-
Não	88(30,6)	204(69,4)	291(100)	0,143	1,25	(0,93-1,68)
<b>Queda no último ano</b>						
Sim	50(39,2)	78(60,8)	128(100)		1	-
Não	55(27,8)	147(72,2)	202(100)	0,040	1,19	(1,01-1,40)
<b>Prática de atividade física</b>						
Não	91(34,8)	172(65,2)	263(100)		1	-
Sim	13(20,4)	53(79,6)	66(100)	0,011	1,22	(1,05-1,42)

RP: Razão de prevalência bruta, IC: Intervalo de confiança

A Tabela 3 apresenta os resultados da análise ajustada para a autopercepção positiva de saúde nos idosos com relação às variáveis independentes selecionadas. Com relação aos idosos jovens houve associação com: escolaridade de 5 anos ou mais (RP=1,26); renda familiar de 2 a menos de 3 salários-mínimos (RP=1,13) e maior ou igual a 3 salários-mínimos (RP=1,12); visão preservada (RP=1,13); boa mastigação (RP=1,16); sono preservado (RP=1,23); ausência de polipatologias (RP=1,29); não ter diabetes (RP=1,15); não apresentar quedas no último ano (RP=1,13) e prática de atividades físicas (RP=1,11). No que se refere aos idosos longevos, os resultados da análise ajustada demonstraram associação com a autopercepção positiva de saúde com as variáveis: uso de prótese (RP=1), ausência de alterações no sono (RP=1,37), não ter polipatologias (RP=1,22) e a prática de atividades físicas (RP=1,24).

**Tabela 3** – Razão de prevalência ajustada (RP) para autopercepção de saúde positiva dos idosos

Variáveis	Idosos jovens			Idosos não jovens		
	RP	(IC 95%)	p-valor	RP	(IC 95%)	p-valor
<b>Escolaridade</b>						
Analfabeto	1	-	-	-	-	-
Até 4 anos	1,14	0,99-1,31	0,077	-	-	-
5 anos ou mais	1,26	1,09-1,46	0,002	-	-	-
<b>Renda Familiar</b>						
<1 SM	1	-	-	-	-	-
=1 a <2 SM	1,07	0,97-1,17	0,194	-	-	-
2 a <3 SM	1,13	1,02-1,24	0,018	-	-	-
≥ 3 SM	1,12	1,02-1,23	0,021	-	-	-
<b>Dificuldade visual</b>						
Sim	1	-	-	-	-	-
Não	1,13	1,05-1,22	0,001	-	-	-
<b>Prótese</b>						
Sim	-	-	-	1	-	-
Não	-	-	-	0,76	0,60-0,96	0,023
<b>Dificuldade para mastigar</b>						
Frequentemente/Sempre	1	-	-	-	-	-
Raramente	0,97	0,79-1,19	0,735	-	-	-
Nunca	1,16	1,01-1,33	0,035	-	-	-
<b>Alterações no sono</b>						
Sim	-	-	-	1	-	-
Não	-	-	-	1,37	1,16-1,63	0,000
<b>Insônia</b>						
Sim	1	-	-	-	-	-
Não	1,23	1,12-1,35	0,000	-	-	-
<b>Polipatologia</b>						
Sim	1	-	-	1	-	-
Não	1,29	1,18-1,40	0,000	1,22	1,04-1,43	0,016
<b>Diabetes</b>						
Sim	1	-	-	-	-	-
Não	1,15	1,05-1,27	0,003	-	-	-
<b>Queda no último ano</b>						
Sim	1	-	-	-	-	-
Não	1,13	1,05-1,22	0,002	-	-	-
<b>Prática de atividade física</b>						
Não	1	-	-	1	-	-
Sim	1,11	1,04-1,17	0,001	1,20	1,04-1,38	0,012
<i>Deviance:</i>						
		1801,026			465,34	
<i>P-valor:</i>						
		1,292			1,445	

RP: Razão de prevalência ajustada, IC95%: Intervalo de confiança

## DISCUSSÃO

Este estudo identificou a autopercepção positiva de saúde em mais de dois terços dos idosos jovens e longevos avaliados. Um estudo com base na

Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2013, com 23.815 idosos, apresentou 44% de prevalência de autopercepção positiva<sup>23</sup>. Outro trabalho conduzido em Florianópolis, SC, em 2018, com uma amostra de 239 idosos longevos, foi observado prevalência de autopercepção positiva de 41,8% entre os idosos<sup>7</sup>. Uma investigação conduzida também no município de Montes Claros, MG, entre idosos comunitários houve uma prevalência de 42,4% de autopercepção positiva da saúde<sup>25</sup>.

As modificações nas condições de saúde em curto prazo podem gerar alterações na capacidade funcional e impactar na autonomia e na independência do idoso e, por conseguinte, refletir na sua percepção do bem-estar<sup>14,16</sup>. A avaliação da percepção da condição de saúde pode ser utilizada como um bom preditor de qualidade de vida, capacidade funcional, morbidade e mortalidade dos idosos<sup>23,24</sup>. A prevalência da autopercepção positiva da saúde declina com o envelhecimento, devido ao aumento do número e gravidade de patologias<sup>7,14,16,23,24</sup>.

No presente trabalho, houve variação na percepção entre os idosos jovens e longevos, com menor frequência de avaliação positiva nestes. Em um inquérito domiciliar de abrangência nacional, nas cinco regiões geográficas brasileiras, com 12.324 indivíduos, evidenciou percepção negativa de saúde relacionada ao aumento da idade, com 62% de avaliação negativa entre os idosos, ligada a um pior estado de saúde<sup>24</sup>.

Na análise dos fatores associados à autopercepção positiva da saúde nos idosos observou-se que a ausência de polipatologias e a prática de atividade física foi estatisticamente significativa. Tanto idosos jovens quanto os idosos longevos que não possuem polipatologias apresentaram maior percepção positiva (RP=1,29 e RP=1,22, respectivamente). Indivíduos saudáveis ou com menor número de patologias crônicas possuem melhor autoavaliação do estado de saúde<sup>24</sup>. Possivelmente, um menor número de patologias está ligado a menor restrição de atividades de vida diária, funcionalidade preservada e melhor percepção de saúde<sup>14,16,23,28</sup>.

Os idosos jovens e longevos que praticavam atividade física regularmente apresentaram prevalências mais altas de autopercepção positiva de saúde ao serem comparados aos idosos no mesmo estrato que não praticavam. A autopercepção positiva é maior em indivíduos com atividade física regular, ligada à manutenção e melhoria da funcionalidade, diminuição das morbidades e melhoria nas atividades sociais e a consequente melhoria do bem-estar geral<sup>16,24,28</sup>. Em um inquérito epidemiológico nacional, a prática de atividade física dobrou a chance de autoavaliação positiva<sup>24</sup>.

Entre os idosos jovens ainda houve associação da autopercepção positiva da saúde com escolaridade de 5 anos ou mais, renda familiar de 2 ou mais salários-mínimos, visão preservada, mastigação preservada, ausência de insônia, não ser diabético e não ter apresentado quedas no último ano. O maior nível educacional relaciona-se ao melhor acesso à informação e à adoção de melhores hábitos de vida: atividade física, alimentação balanceada, peso adequado, consumo moderado de álcool e o não tabagismo<sup>16,24,28,29</sup>.

Estudo de inquérito domiciliar nacional relacionou pior percepção de saúde à presença de menor renda e presença de doença crônica<sup>23</sup>. A renda familiar mais elevada pode estar relacionada a melhor acesso aos serviços de saúde, a tratamentos, a medicamentos mais efetivos e melhor adesão<sup>14</sup>. A dificuldade visual, assim como outras alterações sensoriais, limita a realização de atividades, alterando a funcionalidade e piorando a qualidade de vida<sup>30-32</sup>. No município de Sete Lagoas, MG, na avaliação de 2052 idosos observou-se comprometimento da qualidade de vida em indivíduos que referiam limitações funcionais<sup>28</sup>.

Os idosos jovens que nunca apresentaram dificuldade para mastigar possuem maiores prevalências de autopercepção positiva de saúde. Problemas bucais e edentulismo são comuns nessa população e podem promover dificuldade mastigatória, alterar a escolha alimentar e comprometer a nutrição, socialização, manutenção da funcionalidade e qualidade de vida, agravando-se com o avançar da idade<sup>26</sup>. Um estudo multicêntrico com uma amostra de 3.478

idosos mostrou maior prevalência de ausência de dentes naturais e dificuldade ou dor para mastigar comida dura em idosos longevos em relação aos mais jovens<sup>25</sup>. Entre 326 idosos, realizado na área urbana de Passo Fundo, RS, relacionou-se a ausência de problemas dentários a uma melhor satisfação com a vida<sup>27</sup> e, conseqüentemente, uma melhor autopercepção da saúde.

A ausência de insônia relaciona-se a menos alterações de humor<sup>30-32</sup>, culminando em melhor qualidade de vida. Um estudo com 1.418 idosos através de questionário autopreenchido correlacionou baixa duração do sono com mau estado de saúde<sup>32</sup>.

A ausência de diabetes, associada a maior percepção positiva no presente estudo, pode decorrer da visão negativa que recai sobre as doenças crônicas, principalmente sua irreversibilidade, e da dificuldade na adesão às mudanças de estilo de vida demandadas, uso contínuo de medicações e pelo temor por complicações crônicas<sup>24</sup>. O referencial de saúde como ausência de doenças também pode ser influenciador<sup>14</sup>. A associação entre a autopercepção positiva e a não ocorrência de quedas no último ano, pode ser explicada pelo risco das quedas promoverem fraturas, restrição de mobilidade, instabilidade na marcha, trauma psicológico, limitação social e comprometimento da autonomia e da independência. Este quadro afeta negativamente a qualidade de vida e reduz a percepção positiva<sup>16,25</sup>.

Nos idosos longevos observou-se a associação com uso de prótese dentária e alterações do sono. A perda dentária relaciona-se a desconforto e redução de eficiência mastigatória, levando a restrição a alimentos ricos em carboidratos e de menor consistência, com possíveis negativas repercussões na saúde geral<sup>26,27</sup>. O uso de prótese dentária favorece à ampliação do espectro de alimentos, oportuniza melhor nutrição e preservação funcional<sup>26</sup>.

Em idosos avaliados pelo Estudo dos Processos do Envelhecimento Saudável - Projeto PENSA, a percepção positiva em 62% da amostra apresentou associação estatística com boa qualidade do sono<sup>3</sup>. Há influência do volume de

patologias e número de medicamentos na pior qualidade do sono. O envelhecimento determina alterações na duração dos estágios do sono, com encurtamento do sono profundo e aumento dos estágios superficiais. Isso pode acarretar mais despertares noturnos, despertar precoce e menor efetividade do sono<sup>32</sup>.

As adaptações ao processo de envelhecimento, com o reconhecimento das doenças e limitações como consequências da evolução normal deste processo possivelmente não se projetam negativamente na avaliação da saúde<sup>24</sup>. As ações da ESF devem ser direcionadas, portanto, para a manutenção e recuperação da funcionalidade e prevenção de processos que possam culminar com a incapacidade e dependência<sup>13</sup>. O profissional da APS deve considerar, no atendimento ao idoso, a autopercepção de saúde como elemento integrante da avaliação, sinalizador de possíveis alterações orgânicas e de contexto, de forma a equacionar a atenção prestada<sup>33</sup>.

A autopercepção de saúde é um bom indicador que reflete a morbimortalidade nos idosos<sup>14,23,24</sup>. Compreender quais variáveis podem interferir na autopercepção positiva de saúde de idosos jovens e longevos pode permitir a construção de intervenções voltadas para a qualidade de vida, contrapondo-se a remediações sobre os agravos<sup>7,16</sup>.

Neste estudo, a robustez da amostra e a utilização de instrumento de coleta validado aumentam a fidedignidade das informações e da análise. Não obstante, deve-se reconhecer a possibilidade da interferência do fator de sobrevivência dos indivíduos com melhores condições de saúde, o que pode superestimar a prevalência da autopercepção de saúde positiva. Ainda, há limitação pelo uso de informações autorreferidas e a não uniformização das respostas dos estudos da literatura que dificulta a comparação dos resultados<sup>14,25</sup>.



## CONCLUSÃO

O presente trabalho apresentou uma prevalência elevada de autopercepção positiva de saúde entre os idosos. O estrato de idosos jovens apresentou associação com a maior escolaridade e renda familiar, visão preservada, boa mastigação, não ter insônia, não ser diabético, não apresentar polipatologias, de diabetes e de quedas no último ano e com a prática regular de atividades físicas. Entre os idosos longevos houve associação com não apresentar polipatologias, usar prótese dentária, preservação do sono e com a prática de atividades físicas.

As diretrizes presentes na Política Nacional de Saúde do Idoso orientam para a relevância de ações programadas de prevenção de doenças e promoção de saúde. Considerada um bom indicador de saúde e bem estar dessa população, a análise da autopercepção da saúde e seus fatores associados pode auxiliar em intervenções mais efetivas na manutenção e preservação de sua qualidade de vida.

Tendo em vista o envelhecimento saudável, este estudo pode auxiliar a agrupar o conhecimento dos fatores orgânicos e não orgânicos de maior impacto sobre sua funcionalidade. A autopercepção positiva de saúde pode direcionar para pontos de intervenção multiprofissional ampla e integrada focalizada na qualidade de vida acrescida aos anos vividos. Sugere-se a realização de estudos longitudinais com esta população que considerem a heterogeneidade nas faixas etárias e de cenários culturais, sociais e econômicos.

## REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial de Saúde (OMS). Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde. OMS; 2015 .
2. Vasconcelos AMN, Gomes MMF. Transição demográfica: a experiência brasileira. *Epidemiologia e Serviços de Saúde* [Internet]. dezembro de 2012 [citado 21 de setembro de 2018];21(4):539–48. Disponível em: [http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-49742012000400003&lng=en&nrm=iso&tlng=en](http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742012000400003&lng=en&nrm=iso&tlng=en)
3. Simões CC da S. Relações entre as alterações históricas na dinâmica demográfica brasileira e os impactos decorrentes do processo de envelhecimento da população. Rio de Janeiro: IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2016. 113 p. (Estudos e análises. Informação demográfica e socioeconômica).
4. Hazra NC, Gulliford M. Evolution of the “fourth stage” of epidemiologic transition in people aged 80 years and over: population-based cohort study using electronic health records. *Population Health Metrics* [Internet]. dezembro de 2017 [citado 23 de outubro de 2018];15(1). Disponível em: <http://pophealthmetrics.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12963-017-0136-2>
5. Porciúncula R de CR da, Carvalho EF de, Barreto KML, Leite VMM. Perfil socioepidemiológico e autonomia de longevos em Recife-PE, Nordeste do Brasil. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia* [Internet]. 2014 [citado 21 de novembro de 2018];17(2):315–25. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-98232014000200315&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232014000200315&lng=pt&tlng=pt)
6. Franzon K, Byberg L, Sjogren P, Zethelius B, Cederholm T, Kilander L. Predictors of Independent Aging and Survival: A 16-Year Follow-Up Report in Octogenarian Men. *J Am Geriatr Soc*. setembro de 2017 [citado 28 de janeiro de 2019];65(9):1953–60.

7. Krug R de R, Schneider IJC, Giehl MWC, Antes DL, Confortin SC, Mazo GZ, *et al.* Fatores sociodemográficos, comportamentais e de saúde associados à autopercepção de saúde positiva de idosos longevos residentes em Florianópolis, Santa Catarina. *Revista Brasileira de Epidemiologia* [Internet]. 2 de agosto de 2018 [citado 7 de fevereiro de 2019];21(0). Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-790X2018000100403&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2018000100403&lng=pt&tlng=pt)
8. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa. Ministério da Saúde; 2006.
9. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa [Internet]. Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006 out 19, 2006. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528\\_19\\_10\\_2006.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html)
10. Brasil P da R do. Lei no. 13466 [Internet]. 13466 jun 12, 2017. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2015-2018/2017/Lei/L13466.htm#art2](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2017/Lei/L13466.htm#art2)
11. Camacho ACLF, Coelho MJ. Políticas públicas para a saúde do idoso: revisão sistemática. *Revista Brasileira de Enfermagem* [Internet]. abril de 2010 [citado 7 de fevereiro de 2019];63(2):279–84. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672010000200017&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000200017&lng=pt&tlng=pt)
12. Fernandes MT de O, Soares SM. O desenvolvimento de políticas públicas de atenção ao idoso no Brasil. *Revista da Escola de Enfermagem da USP* [Internet]. dezembro de 2012 [citado 10 de dezembro de 2018];46(6):1494–502. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342012000600029&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000600029&lng=pt&tlng=pt)
13. Nunes BP, Soares MU, Wachs LS, Volz PM, Saes M de O, Duro SMS, *et al.* Hospitalização em idosos: associação com multimorbidade, atenção básica e plano de saúde. *Revista de Saúde Pública* [Internet]. 2017 [citado 24 de novembro de 2018];51(0). Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102017000100234&lng=en&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102017000100234&lng=en&tlng=en)

14. Pagotto V, Bachion MM, Silveira EA da. Autoavaliação da saúde por idosos brasileiros: revisão sistemática da literatura. Revista Panamericana de Salud Publica [Internet]. 2013 [citado 28 de janeiro de 2019];33(4):302–10. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/rpsp/2013.v33n4/302-310/>
15. Cardoso JDC, Azevedo RC de S, Reiners AAO, Louzada CV, Espinosa MM. Autoavaliação de saúde ruim e fatores associados em idosos residentes em zona urbana. Revista Gaúcha de Enfermagem [Internet]. 2014 [citado 28 de janeiro de 2019];35(4):35–41. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472014000400035&lang=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472014000400035&lang=pt)
16. Confortin SC, Giehl MWC, Antes DL, Schneider IJC, d’Orsi E. Autopercepção positiva de saúde em idosos: estudo populacional no Sul do Brasil. Cadernos de Saúde Pública [Internet]. 2015 [citado 28 de janeiro de 2019];31(5):1049–60. Disponível em: [http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2015000500016&lang=pt](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2015000500016&lang=pt)
17. Buccella S, Brandi R. Evaluación geriátrica integral: propuesta de un modelo de autonotificación del estado de salud. Salus [Internet]. 2016 [citado 28 de janeiro de 2019];20(3):22–8. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=375949531006>
18. Prefeitura Municipal de Montes Claros. Montes Claros - Aspectos Gerais [Internet]. [citado 18 de novembro de 2018]. Disponível em: [http://www.montesclaros.mg.gov.br/cidade/aspectos\\_gerais.htm](http://www.montesclaros.mg.gov.br/cidade/aspectos_gerais.htm)
19. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Portal Brasil em Síntese. IBGE | Brasil em síntese | Minas Gerais | Montes Claros | Panorama. [Internet]. [citado 1º de julho de 2018]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/montes-claros/panorama>
20. Blay SL, Ramos LR, de Mari JJ. Validity of a Brazilian Version of the Older Americans Resources and Services (OARS) Mental Health Screening Questionnaire. Journal of the American Geriatrics Society [Internet]. 1º de agosto

- de 1988 [citado 18 de novembro de 2018]; 36(8):687–92. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1532-5415.1988.tb07169.x>
21. Bertolucci PHF, Brucki SMD, Campacci SR, Juliano Y. O Mini-Exame do Estado Mental em uma população geral: impacto da escolaridade. Arquivos de Neuro-Psiquiatria [Internet]. março de 1994 [citado 11 de fevereiro de 2019];52(1):01–7. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0004-282X1994000100001&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X1994000100001&lng=pt&tlng=pt)
22. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466/2012 [Internet]. Diário Oficial da União. Seç. 1º. de junho de 2013. p. 59. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>
23. Zanesco C, Bordin D, Santos CB dos, Müller EV, Fadel CB. Fatores que determinam a percepção negativa da saúde de idosos brasileiros. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia [Internet]. junho de 2018 [citado 17 de fevereiro de 2019];21(3):283–92. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-98232018000300283&lng=en&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232018000300283&lng=en&tlng=en)
24. Pavão ALB, Werneck GL, Campos MR. Autoavaliação do estado de saúde e a associação com fatores sociodemográficos, hábitos de vida e morbidade na população: um inquérito nacional. Cadernos de Saúde Pública [Internet]. abril de 2013 [citado 7 de fevereiro de 2019];29(4):723–34. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2013000400010&lng=pt&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013000400010&lng=pt&nrm=iso&tlng=en)
25. Medeiros SM, Silva LSR, Carneiro JA, Ramos GCF, Barbosa ATF, Caldeira AP. Fatores associados à autopercepção negativa da saúde entre idosos não institucionalizados de Montes Claros, Brasil. Ciência & Saúde Coletiva [Internet]. novembro de 2016 [citado 7 de fevereiro de 2019]; 21(11):3377–86. Disponível em: [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232016001103377&lang=pt](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016001103377&lang=pt)
26. Milagres CS, Tôrres LH do N, Neri AL, Sousa M da LR. Condição de saúde bucal autopercebida, capacidade mastigatória e longevidade em idosos. Ciência &

- Saúde Coletiva [Internet]. maio de 2018 [citado 13 de fevereiro de 2019];23(5):1495–506. Disponível em:  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232018000501495&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000501495&lng=pt&tlng=pt)
27. Rigo L, Basso K, Pauli J, Cericato GO, Paranhos LR, Garbin RR. Satisfação com a vida, experiência odontológica e autopercepção da saúde bucal entre idosos. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. dezembro de 2015 [citado 13 de fevereiro de 2019];20(12):3681–8. Disponível em:  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232015001203681&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015001203681&lng=pt&tlng=pt)
28. Campos ACV, e Ferreira EF, Vargas AMD, Albala C. Aging, Gender and Quality of Life (AGEQOL) study: factors associated with good quality of life in older Brazilian community-dwelling adults. *Health and Quality of Life Outcomes* [Internet]. dezembro de 2014 [citado 13 de fevereiro de 2019];12(1). Disponível em: <http://hqlo.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12955-014-0166-4>
29. Antunes JLF, Chiavegatto Filho ADP, Duarte YAO, Lebrão ML. Desigualdades sociais na autoavaliação de saúde dos idosos da cidade de São Paulo. *Revista Brasileira de Epidemiologia* [Internet]. 4 de fevereiro de 2019 [citado 20 de fevereiro de 2019];21(suppl 2). Disponível em:  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-790X2018000300407&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2018000300407&lng=pt&tlng=pt)
30. Loyola Filho AI de, Firmo J de OA, Uchôa E, Lima-Costa MF. Fatores associados à autoavaliação negativa da saúde entre idosos hipertensos e/ou diabéticos: resultados do projeto Bambuí. *Revista Brasileira de Epidemiologia* [Internet]. setembro de 2013 [citado 21 de fevereiro de 2019];16(3):559–71. Disponível em:  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-790X2013000300559&lng=en&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2013000300559&lng=en&tlng=en)
31. Lima MG, Barros MB de A, Alves MCGP. Sleep duration and health status self-assessment (SF-36) in the elderly: a population-based study (ISA-Camp 2008). *Cadernos de Saúde Pública* [Internet]. setembro de 2012 [citado 23 de fevereiro de 2019];28(9):1674–84. Disponível em:

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2012000900007&lng=en&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000900007&lng=en&tlng=en)

32. Oliveira BHD, Yassuda MS, Cupertino APFB, Neri AL. Relações entre padrão do sono, saúde percebida e variáveis socioeconômicas em uma amostra de idosos residentes na comunidade: Estudo PENSA. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. maio de 2010 [citado 23 de fevereiro de 2019];15(3):851–60. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232010000300028&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000300028&lng=pt&tlng=pt)
33. Veras RP, Caldas CP, Motta LB da, Lima KC de, Siqueira RC, Rodrigues RT da SV, *et al.* Integração e continuidade do cuidado em modelos de rede de atenção à saúde para idosos frágeis. *Revista de Saúde Pública* [Internet]. abril de 2014 [citado 25 de novembro de 2018];48(2):357–65. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102014000200357&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102014000200357&lng=pt&tlng=pt)

## 5 CONCLUSÃO

Neste trabalho houve prevalência elevada de autopercepção positiva de saúde entre os idosos. O estrato de idosos jovens apresentou associação da autopercepção positiva de saúde com a maior escolaridade, maior renda familiar, ausência de dificuldade visual, ausência de dificuldade para mastigar, ausência de insônia, ausência de polipatologias, ausência de diabetes, ausência de quedas no último ano e com a prática regular de atividades físicas. Entre os idosos longevos, houve associação com a ausência de dificuldade para mastigar, ausência alterações no sono e com a prática de atividades físicas.

As ESF's locais organizam seu fluxo de atenção focalizado no suporte para eventos agudos e crônicos, além de atenção a grupos prioritários, incluindo o idoso. Tendo em vista o envelhecimento saudável, este estudo pode auxiliar a agrupar o conhecimento dos fatores orgânicos e não orgânicos de maior impacto sobre sua funcionalidade. A autopercepção positiva de saúde pode direcionar para pontos de intervenção multiprofissional ampla e integrada focalizada na qualidade de vida acrescida aos anos vividos.

Para a prevenção de doenças e promoção de saúde é importante que, ao seguir as diretrizes da Política Nacional de Saúde do Idoso, considere-se os fatores que influenciam a autopercepção da saúde, indicador de bem-estar dessa população. O aumento da longevidade da população brasileira traz o desafio de organização para manutenção da integralidade da atenção nos diferentes pontos da rede de saúde. Para isso, há necessidade de monitoramento do estado de saúde, com foco na prevenção, promoção de saúde e intervenção precoce para reduzir o impacto dos agravos sobre a funcionalidade. O aumento da prevalência de condições crônicas direciona para a transformação do paradigma da atenção ao idoso fundamentado na preservação da autonomia e independência, ainda que convivam com diversas patologias.

Espera-se que este estudo contribua para auxiliar no direcionamento das ações visem melhor qualidade de vida para essa população, especialmente o estrato de idosos longevos. Sugere-se a realização de estudos longitudinais com essa população que considerem a heterogeneidade nas faixas etárias e de cenários.



## REFERÊNCIAS

- AIRES, M.; PASKULIN, L. M. G.; MORAIS, E. P. DE. Capacidade funcional de idosos mais velhos: estudo comparativo em três regiões do Rio Grande do Sul. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 18, n. 1, p. 11–17, fev. 2010.
- ALVES, L. C.; LEITE, I. DA C.; MACHADO, C. J. Fatores associados à incapacidade funcional dos idosos no Brasil: análise multinível. **Revista de Saúde Pública**, v. 44, n. 3, p. 468–478, jun. 2010.
- ANDERSSON, L. B.; MARCUSSON, J.; WRESSLE, E. Health-related quality of life and activities of daily living in 85-year-olds in Sweden. **Health & Social Care in the Community**, v. 22, n. 4, p. 368–374, jul. 2014.
- ARIAS-MERINO, E. D. *et al.* Physical function and associated factors in community-dwelling elderly people in Jalisco, Mexico. **Archives of Gerontology and Geriatrics**, v. 54, n. 3, p. e271–e278, maio de 2012.
- BELÉM, P. L. DE O. *et al.* Autoavaliação do estado de saúde e fatores associados em idosos cadastrados na Estratégia Saúde da Família de Campina Grande, Paraíba. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 19, n. 2, p. 265–276, abr. 2016.
- BERLEZI, E. M. *et al.* Analysis of the functional capacity of elderly residents of communities with a rapid population aging rate. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 19, n. 4, p. 643–652, ago. 2016.
- BERTOLUCCI, P. H. F. *et al.* O Mini-Exame do Estado Mental em uma população geral: impacto da escolaridade. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, v. 52, n. 1, p. 01–07, mar. 1994.
- BLAY, S. L.; RAMOS, L. R.; DE MARI, J. J. Validity of a Brazilian Version of the Older Americans Resources and Services (OARS) Mental Health Screening Questionnaire. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 36, n. 8, p. 687–692, 1 ago. 1988.
- BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução 466/12. 13 jun. 2013, Sec. 1, p. 59. Disponível em <[conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf](http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf)>
- BRASIL. Lei n. 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF, 1990. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Lei%208080.pdf>>. Acesso em: 10 set. 2017.
- BRASIL. Lei no. 10741, de 1 de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Brasília, DF, 2003. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2003/L10.741compilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.741compilado.htm)>. Acesso em 10 set. 2017.
- BRASIL. Lei no. 13466, de 12 jun. 2017. Altera os arts. 3, 15 e 71 da Lei no 10.741, de 1º de outubro de 2003, que dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências, a fim de estabelecer a prioridade especial das pessoas maiores de oitenta anos. Brasília, DF, 2017.

Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2015-2018/2017/Lei/L13466.htm#art2](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2017/Lei/L13466.htm#art2)>. Acesso em 10 set. 2017.

BRASIL. Lei no. 8842, de 04 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Brasília, DF, 1994. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8842.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8842.htm)>. Acesso em 10 set. 2017.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. **Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa**. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica, 2006a. v. 19.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília, 2006b.

BUCCELLA, S.; BRANDI, R. Evaluación geriátrica integral: propuesta de un modelo de autotificación del estado de salud. **Salus**, v. 20, n. 3, p. 22–28, dez. 2016.

CAMACHO, A. C. L. F.; COELHO, M. J. Políticas públicas para a saúde do idoso: revisão sistemática. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 63, n. 2, p. 279–284, abr. 2010.

CAMPOS, A. C. V. *et al.* Aging, Gender and Quality of Life (AGEQOL) study: factors associated with good quality of life in older Brazilian community-dwelling adults. **Health and Quality of Life Outcomes**, v. 12, n. 1, dez. 2014.

CANVIN, K. *et al.* Seeking assistance in later life: how do older people evaluate their need for assistance? **Age and Ageing**, 2018.

CARDOSO, J. D. C. *et al.* Poor self-rated health and associated factors among elderly urban residents. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 35, n. 4, p. 35–41, dez. 2014.

CARMO, J. A. **Proposta de um índice de vulnerabilidade clínico-funcional para a Atenção Básica: estudo comparativo com a Avaliação Multidimensional do Idoso**. Dissertação de Mestrado—Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, 2014.

CARVALHO, D.A.J. **Perfil multidimensional e capacidade funcional em idosos de baixa renda**. Tese de Doutorado-Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2010. DF, 23 junho de 2014. Seção 1, p. 8-11.

CHAIMOWICZ F.; BARCELOS, E.M.; MADUREIRA M.D.S.; RIBEIRO M.T.F. Saúde do idoso. 2º Ed. Belo Horizonte: NESCON/UFMG: 2013, 167p

CLOSS, V. E.; SCHWANKE, C. H. A. A evolução do índice de envelhecimento no Brasil, nas suas regiões e unidades federativas no período de 1970 a 2010. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 15, n. 3, p. 443–458, set. 2012.

CONFORTIN, S. C. *et al.* Autopercepção positiva de saúde em idosos: estudo populacional no Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 31, n. 5, p. 1049–1060, maio 2015.

DATASUS. CNES - Equipes de Saúde - Minas Gerais. Quantidade por Tipo da Equipe segundo Município. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/equipemg.def>>. Acesso em: 18 set. 2017.

ESQUENAZI, D.; SILVA, S. B. DA; GUIMARÃES, M. A. Aspectos fisiopatológicos do envelhecimento humano e quedas em idosos. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto**, v. 13, n. 2, 31 mar. 2014.

FERNANDES, M. T. DE O.; SOARES, S. M. O desenvolvimento de políticas públicas de atenção ao idoso no Brasil. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 46, n. 6, p. 1494–1502, dez. 2012.

FIALHO, C. B. *et al.* Capacidade funcional e uso de serviços de saúde por idosos da Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil: um estudo de base populacional. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, n. 3, p. 599–610, mar. 2014.

FRANZON, K. *et al.* Predictors of Independent Aging and Survival: A 16-Year Follow-Up Report in Octogenarian Men. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 65, n. 9, p. 1953–1960, set. 2017.

GRDEN, C. R. B. *et al.* Associations between frailty syndrome and sociodemographic characteristics in long-lived individuals of a community. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 25, n. 0, 5 jun. 2017.

HAZRA, N. C.; GULLIFORD, M. Evolution of the “fourth stage” of epidemiologic transition in people aged 80 years and over: population-based cohort study using electronic health records. **Population Health Metrics**, v. 15, n. 1, dez. 2017.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Distribuição da população de 60 anos e mais de idade, segundo os grupos de idade — 1950-1980**. Brasília: IBGE, 1991. Disponível em: [http://seculoxx.ibge.gov.br/images/seculoxx/arquivos\\_download/populacao/1991/populacao\\_m\\_1991aeb\\_045.xls](http://seculoxx.ibge.gov.br/images/seculoxx/arquivos_download/populacao/1991/populacao_m_1991aeb_045.xls). Acesso em: 9 set. 2018.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **IBGE | Cidades | Minas Gerais | Montes Claros**. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=314330> . Acesso em: 20 jan. 2019.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **População residente por grupos de idade, segundo os municípios e sexo. Sinopse do Censo Demográfico 2010**. Brasília: IBGE, 2010. Disponível em: [http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/index.php?dados=26&uf=31#topo\\_piramide](http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/index.php?dados=26&uf=31#topo_piramide). Acesso em: 9 set. 2018.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **População Total - 1980-2010**. Disponível em: <http://brasilemsintese.ibge.gov.br/populacao/populacao-total-1980-2010.html>. Acesso em: 5 set. 2018.

KANE, R. L. *et al.* The Association Between Geriatric Syndromes and Survival. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 60, n. 5, p. 896–904, maio 2012.

KIM, S.; PARK, J.; WON, C. W. Combined effects of four major geriatric syndromes on adverse outcomes based on Korean National Health Insurance claims data: Geriatric syndromes and adverse outcome. **Geriatrics & Gerontology International**, v. 18, n. 10, p. 1463–1468, out. 2018.

- KRUG, R. DE R. *et al.* Fatores sociodemográficos, comportamentais e de saúde associados à autopercepção de saúde positiva de idosos longevos residentes em Florianópolis, Santa Catarina. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 21, n. 0, 2 ago. 2018.
- KUCHEMANN, Berlindes Astrid. Envelhecimento populacional, cuidado e cidadania: velhos dilemas e novos desafios. **Sociedade e Estado**, Brasília, v. 27, n. 1, p. 165-180, abril de 2012. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-69922012000100010&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-69922012000100010&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 20 janeiro 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-69922012000100010>.
- LOURENÇO, T. M. *et al.* Capacidade funcional no idoso longevo: uma revisão integrativa. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 33, n. 2, p. 176–185, jun. 2012.
- MACHÓN, M. *et al.* Health-related quality of life and associated factors in functionally independent older people. **BMC Geriatrics**, v. 17, n. 1, p. 19, 14 jan. 2017.
- MACHÓN, M. *et al.* Self-perceived health in functionally independent older people: associated factors. **BMC Geriatrics**, v. 16, p. 66–66, mar. 2016.
- MAIA, L.C.; DURANTE, A.M.G.; RAMOS, L.R. Prevalência de transtornos mentais em área urbana no norte de Minas Gerais, Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 38, n. 5, p. 650-658, 2004.
- MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2297–2305, ago. 2010.
- MORAES, E. N. DE; MARINO, M. C. DE A.; SANTOS, R. R. Principais síndromes geriátricas. **Revista Médica de Minas Gerais**, v. 20, n. 1, p. 54–66, 2010.
- MORAES, E. N. *et al.* Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional-20 (IVCF-20): reconhecimento rápido do idoso frágil. **Revista de Saúde Pública**, v. 50, n. 0, 2016.
- NUNES, B. P. *et al.* Hospitalização em idosos: associação com multimorbidade, atenção básica e plano de saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, n. 0, 2017.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde (Resumo)**. OMS, Genebra, 2015.
- PAGOTTO, V.; BACHION, M. M.; SILVEIRA, E. A. DA. Autoavaliação da saúde por idosos brasileiros: revisão sistemática da literatura. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 33, n. 4, p. 302–310, 2013.
- PAVÃO, A. L. B.; WERNECK, G. L.; CAMPOS, M. R. Autoavaliação do estado de saúde e a associação com fatores sociodemográficos, hábitos de vida e morbidade na população: um inquérito nacional. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, n. 4, p. 723–734, abr. 2013.
- PORCIÚNCULA, R. DE C. R. DA *et al.* Perfil socioepidemiológico e autonomia de longevos em Recife-PE, Nordeste do Brasil. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 17, n. 2, p. 315–325, 2014.

PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTES CLAROS. **Montes Claros - Aspectos Gerais**. Disponível em: <[http://www.montesclaros.mg.gov.br/cidade/aspectos\\_gerais.htm](http://www.montesclaros.mg.gov.br/cidade/aspectos_gerais.htm)>. Acesso em: 18 set. 2017.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO (PNUD); INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA); FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO (FGP). **Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil**. Disponível em: <[http://atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil\\_m/montes-claros\\_mg](http://atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_m/montes-claros_mg)>. Acesso em: 19 set. 2017.

REBOUÇAS, Monica *et al.* **O que há de novo em ser velho**. Saúde e Sociedade, São Paulo, v. 22, n. 4, p. 1226-1235, Dec. 2013. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902013000400023&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902013000400023&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 08 de junho de 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902013000400023>.

REIS, C. B. *et al.* Health conditions of young and old elderly. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 17, n. 1, p. 120–127, 23 fev. 2016.

RODRIGUES, R. M. C. Validação da versão em português europeu de questionário de avaliação funcional multidimensional de idosos. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 23, p. 109–115, 2008.

RUFINE, M. F. C. *et al.* Escala de qualidade de vida: análise estrutural de uma versão para idosos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 7, p. 1993–2000, jul. 2013.

SILVA, L. M. *et al.* Mudanças e acontecimentos ao longo da vida: um estudo comparativo entre grupos de idosos. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 23, n. 1, p. 3–10, fev. 2015.

SILVA, R. J. DOS S. *et al.* Prevalência e fatores associados à percepção negativa da saúde em pessoas idosas no Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 15, n. 1, p. 49–62, mar. 2012.

SILVA, S. P. Z.; MARIN, M. J. S.; RODRIGUES, M. R. Condições de vida e de saúde de idosos acima de 80 anos. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 36, n. 3, p. 42–48, set. 2015.

SIMÕES, C. C. DA S. **Relações entre as alterações históricas na dinâmica demográfica brasileira e os impactos decorrentes do processo de envelhecimento da população**. Rio de Janeiro: IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2016.

VAGETTI, G. C. *et al.* Domínios da qualidade de vida associados à percepção de saúde: um estudo com idosos de um programa de atividade física em bairros de baixa renda de Curitiba, Paraná, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 12, p. 3483–3493, dez. 2013.

VASCONCELOS, A. M. N.; GOMES, M. M. F. Transição demográfica: a experiência brasileira. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 21, n. 4, p. 539–548, dez. 2012.

WURM, S.; WOLFF, J. K.; SCHÜZ, B. Primary care supply moderates the impact of diseases on self-perceptions of aging. **Psychology and Aging**, v. 29, n. 2, p. 351–358, 2014.

## ANEXOS

**ANEXO A – BOMFAQ (Brazilian Version of Older Multidimensional Functional Assessment Questionnaire)**

O (A) Senhor (a) irá agora responder, para mim, às questões relacionadas à sua saúde, seus hábitos de vida, seus sentimentos, sua memória, sobre os medicamentos que usa. Preste bem atenção, é muito importante para nós que estas respostas sejam realmente aquilo que o (a) senhor (a) é e faz. Desde já agradecemos a boa vontade e atenção.

## 1) Identificação Domiciliar.

Código do participante:		
Rua: nº:	Telefone:	
Bairro:	Setor:	Entrevistador:

## 2) Identificação Pessoal.

QUESTIONÁRIO	I _ I _ I _ I _ I
Idade: ____ anos	I _ I _ I _ I
Data de nascimento: ____/____/____	I _ I _ I _ I _ I _ I _ I _ I
Sexo: 0-masculino ( ) 1-feminino ( )	I _ I
Cor da pele: 0-parda ( ) 1-preta ( ) 2-branca ( ) 3-amarela ( ) 4-indígena ( )	I _ I
Estado conjugal 0-solteiro ( ) 1-casado ( ) 2-união estável ( ) 4-divorciado/ separado ( ) 5-viúvo ( )	I _ I

## 3) Escolaridade:

1-analfabeto ( ) 2-sabe ler/escrever ou primário incompleto ( ) 3-primário completo ( ) 4-ginásio ( ) 5-colégio/curso superior ( ) 8-NA ( ) 9-NS ( ) 0-NR ( )	I _ I
--	-------

## 4) O(A) Sr.(a) mora em seu domicílio:

1- Só/ ninguém mais vive permanentemente junto ( ) 2- Somente com cuidador profissional (1 ou +) ( ) 3- Somente com o cônjuge ( ) 4- Com os outros de sua geração (com ou sem cônjuge) ( ) 5- Com filhos (com ou sem cônjuge) ( ) 6- Com netos (com ou sem cônjuge) ( ) 7- Outros arranjos ( ) 8-NA ( ) 9- NS ( ) 0- NR ( )	I _ I
---	-------

## 5) O (A) Sr. (a) tem trabalho remunerado atualmente?

1- Sim, exercendo atividade ( ) 2- Não, aposentado por tempo de serviço ( ) 3- Não, aposentado por saúde (na caixa) ( ) 4- Não, aposentado por idade ( ) 5- Não, pensionista (pensão do cônjuge ou pensão vitalícia) ( ) 6- Não, não recebe nada (dona de casa, dependente) ( ) 7- Não, outra situação, especifique _____ 8-NA ( ) 9- NS ( ) 0- NR ( )	I _ I
--	-------

6) Somando a sua renda com a renda das pessoas que moram com você, quanto é, aproximadamente, a renda familiar mensal?

R\$ _____,00
--------------

7) Em geral o (a) senhor (a) diria que sua saúde é:

1-Ótima ( ) 2-Boa ( ) 3-Má ( ) 4-Péssima ( ) 8-NA ( ) 9-NS ( ) 0-NR ( )	I__I
---	------

8) Em comparação a saúde de outras pessoas da sua idade, o (a) sr. (a) diria que sua saúde é:

1-Muito pior ( ) 2-Pior ( ) 3-Melhor ( ) 4-Muito melhor ( ) 8-NA ( ) 9-NS ( ) 0-NR ( )	I__I
--	------

9) O(a) sr. (a) usa óculos?

1-Sim, com melhora ( ) 2-Sim, sem melhora ( ) 3-Não, mas necessitaria ( ) 4-Não, não tem necessidade ( ) 5-É cego ( ) 8-NA ( ) 9-NS ( ) 0-NR ( )	I__I
---	------

10) O (a) sr.(a) usa aparelho de audição?

1-Sim, com melhora ( ) 2-Sim, sem melhora ( ) 3-Não, mas necessitaria ( ) 4-Não, não tem necessidade ( ) 8-NA ( ) 9-NS ( ) 0-NR ( )	I__I
--	------

11) O(a) sr.(a) usa prótese dentária (dentadura, ponte, etc.)?

1-Sim, superior e ou inferior ( ) 2- Sim, necessitaria refazer ( ) 3-Não, mas necessitaria superior e ou inferior ( ) 4-Não, não tem necessidade ( ) 8-NA ( ) 9-NS ( ) 0-NR ( )	I__I
---	------

12) O(a) sr.(a) tem dificuldade na mastigação?

1-Nunca ( ) 2-Raramente ( ) 3-Muito frequente ( ) 4-Sempre ( ) 8-NA ( ) 9-NS ( ) 0-NR ( )	I__I
--	------

13) O(a) sr.(a) tem dificuldade para engolir (engasga)?

1-Nunca ( ) 2-Raramente ( ) 3-Muito frequentemente ( ) 4-Sempre ( ) 8-NA ( ) 9-NS ( ) 0-NR ( )	I__I
---	------

14) O(a) sr.(a) fuma cigarros?

1-Nunca fumou ( ) 2-Fumou e parou ( ) 2.1-Fumou_____anos 8-NA ( ) 9- NS ( ) 0- NR( ) 2.2-Parou_____anos 8-NA ( ) 9-NS ( ) 0- NR( ) 3-Fuma há_____ 8-NA ( ) 9- NS( ) 0-NR( ) 3.1- Quantidade de_____cigarros/dia 8-NA ( ) 9- NS ( ) 0-NR ( ) 4-Fuma charuto, cachimbo ( ) 8-NA ( ) 9-NS ( ) 0-NR ( )	I__I
---	------

15) O(a) sr.(a) tem problemas de sono?

1-Não, dorme fácil e não acorda muito à noite ( ) 2-Sim, dorme fácil, mas acorda muito à noite ( ) 3-Sim,dificuldade de pegar no sono, mas não acorda muito à noite ( ) 4-Sim, dificuldade para pegar no sono e acorda muito à noite ( ) 8-NA ( ) 9-NS ( ) 0-NR ( )	I__I
---	------

16) O (a) sr. (a), no momento, tem algum destes problemas de saúde?

	Sim, interfere na vida	Sim, não interfere na vida	Não	NS	NR	
Reumatismo	1-Sim, interfere na vida	2 -Sim, não interfere na vida	3- Não	9-NR	0-NS	I__I
Asma e bronquite	1-Sim, interfere na vida	2-Sim, não interfere na vida	3 - Não	9-NR	0-NS	I__I
Pressãoalta	1-Sim, interfere na vida	2-Sim, não interfere na vida	3 - Não	9-NR	0-NS	I__I
Mácirculação, varizes	1-Sim, interfere na vida	2-Sim, não interfere na vida	3 - Não	9-NR	0-NS	I__I
Diabetes	1-Sim, interfere na vida	2-Sim, não interfere na vida	3 - Não	9-NR	0-NS	I__I
Obesidade	1-Sim, interfere na vida	2-Sim, não interfere na vida	3 - Não	9-NR	0-NS	I__I
Derrame	1-Sim, interfere na vida	2-Sim, não interfere na vida	3 - Não	9-NR	0-NS	I__I
Incontinênciaurinária	1-Sim, interfere na vida	2-Sim, não interfere na vida	3 - Não	9-NR	0-NS	I__I
Prisão de ventre	1-Sim, interfere na vida	2-Sim, não interfere na vida	3 - Não	9-NR	0-NS	I__I
Problemas para dormir (insônia)	1-Sim, interfere na vida	2-Sim, não interfere na vida	3 - Não	9-NR	0-NS	I__I

Catarata	1-Sim, interfere na vida	2-Sim, não interfere na vida	3 - Não	9-NR	0-NS	I__I
Problemas de coluna	1-Sim, interfere na vida	2-Sim, não interfere na vida	3 - Não	9-NR	0-NS	I__I
Outras	1-Sim, interfere na vida	2- Sim, não interfere na vida	3 - Não	9-NR	0-NS	I__I
Especifique						I__I

17) O (a) sr. (a) faz alguma atividade física regularmente?

1-Sim (especifique) _____ _____ vezes por semana duração _____ (minutos)	I__I
2-Não ( ) 8-NA ( ) 9- NR ( ) 0-NS ( )	

18) O (a) sr. (a) sofreu alguma queda no último ano?

1-Sim, mas não afetou a capacidade de locomoção ( ) 2- Sim, e afetou a capacidade de locomoção ( )	I__I
3-Não ( ) 8-NA ( ) 9-NS ( ) 0-NR( )	

19) O (a) sr. (a) sofreu alguma fratura no último ano?

1-Sim ( ) quantasvezes? _____ 2-Não( )	I__I
--	------

20) O (a) sr. (a) toma algum remédio regularmente?

1-Sim, receitado por médico ( ) 2-Sim, adquirido por conta própria ( )	I__I
3-Sim, receita médica e por conta própria ( ) 4-Não ( ) 8-NA ( ) 9-NS ( ) 0-NR ( )	

21) Quais os remédios que o (a) sr. (a) usa regularmente e quais os horários de tomada?

Quantos medicamentos? \_\_\_\_\_ (Descrever todos abaixo)

Nome	Frequência	(Marque um X naqueles prescritos pelo médico)
_____	x por _____	
_____	x por _____	
_____	x por _____	
_____	x por _____	
_____	x por _____	
_____	x por _____	

## Saúde Mental

Responder as questões com SIM ou NÃO segundo lhe pareça adequado. Não há questões certas ou erradas, mas situações que podem ou não acontecer.

22) O (a) sr. (a) acorda bem e descansado (a) na maioria das manhãs?

1-Sim ( ) 2-Não ( )	I__I
---------------------	------

23) Na sua vida diária O(a) sr.(a) sente que as coisas acontecem sempre iguais?

1-Sim ( ) 2-Não ( )	I__I
---------------------	------

24) O(a) sr.(a) já teve vontade de abandonar o lar?

1-Sim ( ) 2-Não ( )	I__I
---------------------	------

25) O(a) sr.(a) tem muita sensação de que ninguém realmente o(a) entende?

1-Sim ( ) 2-Não ( )	I__I
---------------------	------

26) O(a) sr.(a) já teve períodos (dia, meses ou anos) em que não pode tomar conta de nada porque na verdade já não estava aguentando mais?

1-Sim ( ) 2-Não ( )	I__I
---------------------	------

27) O seu sono é agitado ou conturbado?

1-Sim ( ) 2-Não ( )	I__I
---------------------	------

28) O sr.(a) é feliz na maior parte do tempo?

1-Sim ( ) 2-Não ( )	I__I
---------------------	------

29) O(a) sr.(a) sente que o mundo ou as pessoas estão contra o sr(a)?

1-Sim ( ) 2-Não ( )	I__I
---------------------	------

30) O(a) sr.(a) sente-se, por vezes, um(a) inútil?

1-Sim ( ) 2-Não ( )	I__I
---------------------	------



31) Nos últimos anos o(a) sr.(a) tem se sentindo bem, na maior parte do tempo?

1-Sim ( )	2-Não ( )	I__I
-----------	-----------	------

32) O(a) sr.(a) tem problemas de dores de cabeça?

1-Sim ( )	2-Não ( )	I__I
-----------	-----------	------

33) O(a) sr.(a) sente-se fraco na maior parte do tempo?

1-Sim ( )	2-Não ( )	I__I
-----------	-----------	------

34) O(a) sr.(a) já teve dificuldades em manter equilíbrio ao andar?

1-Sim ( )	2-Não ( )	I__I
-----------	-----------	------

35) O(a) sr.(a) tem problema de falta de ar ou peso no coração?

1-Sim ( )	2-Não ( )	I__I
-----------	-----------	------

36) O(a) sr.(a) tem a sensação de solidão, mesmo quando acompanhado de outras pessoas?

1-Sim ( )	2-Não ( )	I__I
-----------	-----------	------

### Avaliação Cognitiva MINI MENTAL (MMSE)

Agora faremos algumas perguntas sobre a sua memória. Não se preocupe com os resultados das perguntas, sabemos que com o tempo as pessoas vão tendo mais dificuldades para se lembrar das coisas.

37) Qual dia em que estamos?

Ano _____ Semestre( ou Hora) _____ Mês _____ Dia _____ Dia da semana _____	I__I
--	------

38) Onde nós estamos?

Nome da rua _____ Número da casa _____ Bairro _____ Cidade _____ Estado _____	I__I
---	------

39) Repita as palavras (um segundo para dizer cada uma, depois pergunte ao idoso todas elas)

Caneca ( ) Tijolo ( ) Tapete ( )	I__I
----------------------------------	------

Caso o entrevistado não conseguir repetir as três, repita até que ele aprenda todas as três. Conte as tentativas e registre (tentativas): \_\_\_\_\_

40) O(A) sr.(a) faz cálculos? 1-Sim ( ) 2-Não ( )

Se a resposta for positiva, pergunte quanto é  $100 - 7$ . E retire mais 7, num total de cinco subtrações.

1-(100) _____ 2- (93) _____ 3- (86) _____ 4- (79) _____ 5- (72) _____	I__I
---	------

Se a resposta for não, peça para soletrar “mundo” de trás para diante.

1-O ( ) 2-D ( ) 3-N ( ) 4-U ( ) 5- M ( )	I__I
--	------

41) Repita as palavras que disse há pouco:

_____	I__I
-------	------

42) Mostre um relógio de pulso e pergunte-lhe: O que é isto? Repita com o lápis.

Relógio ( ) Lápis ( )	I__I
-----------------------	------

43) Repita o seguinte:

“NEM AQUI, NEM ALI, NEM LÁ”	I__I
-----------------------------	------

44) Siga uma ordem de três estágios:

“Tome um papel com sua mão direita	I__I
------------------------------------	------

dobre-o ao meio	I__I
-----------------	------

ponha-o no chão”	I__I
------------------	------

45) Leia e execute o seguinte: (cartão)

“FECHE OS OLHOS”	I__I
------------------	------

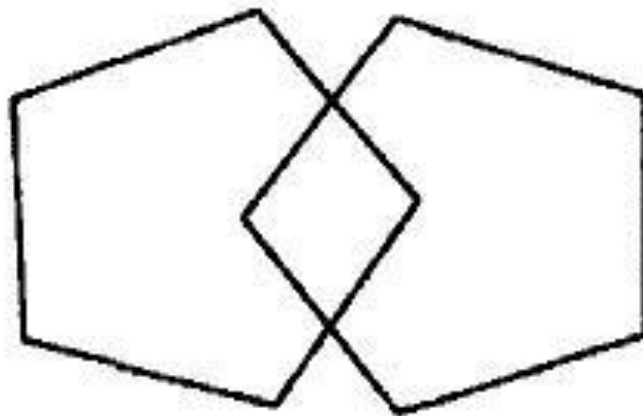
# FECHE OS OLHOS

46) Escreva uma frase.

	I _ I
--	-------

47) Copie este desenho: (cartão)

I \_ I



48) Agora eu gostaria de perguntar sobre algumas atividades e tarefas do seu dia a dia. Estamos interessados em saber se o(a) sr(a) consegue fazer estas atividades sem nenhuma necessidade de auxílio ou se precisa de alguma ajuda, ou se não consegue fazer tais atividades de forma nenhuma.

	1)Sem dificuldade	2)Com pouca dificuldade	3)Com muita dificuldade	9)NS	0)NR	Quemajuda	Mora junto
Deitar/levantar da cama	1-Sem dificuldade	2-Com pouca dificuldade	3-Com muita dificuldade	9	0		
Comer	1-Sem dificuldade	2-Com pouca dificuldade	3- Com muita dificuldade	9	0		

Pentear cabelo	1-Sem dificuldade	2-Com pouca dificuldade	3-Com muita dificuldade	9	0		
Andar no plano	1-Sem dificuldade	2-Com pouca dificuldade	3-Com muita dificuldade	9	0		
Tomar banho	1-Sem dificuldade	2-Com pouca dificuldade	3-Com muita dificuldade	9	0		
Vestir-se	1-Sem dificuldade	2-Com pouca dificuldade	3-Com muita dificuldade	9	0		
Ir ao banheiro em tempo	1-Sem dificuldade	2-Com pouca dificuldade	3-Com muita dificuldade	9	0		
Subir escadas (1 lance)	1-Sem dificuldade	2-Com pouca dificuldade	3-Com muita dificuldade	9	0		
Medicar-se na hora	1-Sem dificuldade	2-Com pouca dificuldade	3-Com muita dificuldade	9	0		
Andar perto de casa	1-Sem dificuldade	2-Com pouca dificuldade	3-Com muita dificuldade	9	0		
Fazer compras	1-Sem dificuldade	2-Com pouca dificuldade	3-Com muita dificuldade	9	0		
Preparar refeições	1-Sem dificuldade	2-Com pouca dificuldade	3-Com muita dificuldade	9	0		
Cortar unhas dos pés	1-Sem dificuldade	2-Com pouca dificuldade	3-Com muita dificuldade	9	0		
Sair de condução	1-Sem dificuldade	2-Com pouca dificuldade	3-Com muita dificuldade	9	0		
Fazer limpeza de casa	1-Sem dificuldade	2-Com pouca dificuldade	3-Com muita dificuldade	9	0		

### Utilização dos Serviços de Saúde

49) Nos últimos seis meses o(a) sr. (a) teve algum problema que lhe fez procurar Serviço de Saúde.

Saúde	Dente	Visão
1-sim ( )	1-sim( )	1-sim( )
2-Não ( )	2-Não( )	2-Não( )
8-NA ( )	8-NA ( )	8-NA ( )
9-NS( )	9-NS( )	9-NS( )
0-NR ( )	0-NR ( )	0-NR ( )

Se sim, número de consultas na ESF: \_\_\_\_\_

Número de consultas em outros pontos de atenção (hospital, Centro de especialidades): \_\_\_\_\_

Onde: \_\_\_\_\_

50) Esteve internado nos últimos 6 meses?

1-Sim Quantas vezes? _____ 2-Não 8-NA ( ) 9-NS 0- NR	I__I
Motivo da internação:	

Hospital: ____	
Endereço:	
Tempo/última internação:	

51) No caso de o(a) sr.(a) ficar doente ou incapacitado(a) quem cuidaria do(a) sr.(a) (assinale até 2 respostas)?

1- Ninguém ( )
2- Esposo(a) ou companheiro(a) ( )
3- Filha(s) ( )
4- Filho(s) ( )
5- Outros familiares ( )
6- Amigos ou vizinhos ( )
7- Profissional contratado (enfermeira) ( )
10- Associações beneficentes (religiosas ou não) ( )
11- Outros ( ) especifique:
8-NA ( ) 9- NS ( ) 0- NR ( )

52) O(a) sr(a) tem como hábito utilizar quais passatempos?

	1-Sim	2-Não
Assistir TV	1-( )	2-( )
Ouvir rádio	1-( )	2-( )
Ler	1-( )	2-( )
Jogar	1-( )	2-( )
Atividades manuais	1-( )	2-( )
Fazer caminhadas	1-( )	2-( )
Dançar	1-( )	2-( )
Esportes	1-( )	2-( )
Outros*	1-( )	2-( )
Nenhum	1-( )	2-( )

\*especifique: \_\_\_\_\_

\*Qual a frequência \_\_\_\_\_

(BLAY, RAMOS, MARI, 1988; MAIA, 2004; CARVALHO DAMY, 2010)

## ANEXO B – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE  
MONTES CLAROS -  
UNIMONTES



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** MATRICIAMENTO EM SAÚDE DO IDOSO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE DE MONTES CLAROS, MINAS GERAIS, BRASIL.

**Pesquisador:** Luciana Colares Maia

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 57326016.1.0000.5146

**Instituição Proponente:** Universidade Estadual de Montes Claros - UNIMONTES

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.628.652

#### Apresentação do Projeto:

Trata-se de estudo de intervenção, comparativo, do tipo ensaio comunitário a ser conduzido na Estratégia de Saúde da Família- ESF para avaliar o impacto de apoio matricial em saúde do idoso na Atenção Primária à Saúde. Será conduzido em três etapas, sendo a primeira de levantamento multidimensional dos idosos, segunda etapa de intervenção, que será implantado o apoio matricial à saúde do idoso e na terceira etapa será avaliado os idosos para verificar o impacto do apoio matricial. O matriciamento será implantado em equipes de três polos regionais urbanos de Montes Claros para comparar os resultados com equipes que não terão inicialmente o apoio matricial em geriatria. Caso a intervenção seja positiva, será implantado o apoio para as demais equipes da ESF.

#### Objetivo da Pesquisa:

Avaliar o impacto de um modelo de matriciamento em saúde do idoso na Estratégia de Saúde da Família-ESF.

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

**Riscos:**

O idoso terá que dispor alguns minutos do seu tempo para responder ao questionário, que será aplicado em local e em horário apropriados. Caso se

**Endereço:** Av. Dr Rui Braga s/n-Camp Univers Profº Darcy Rib  
**Bairro:** Vila Mauricéia **CEP:** 39.401-089  
**UF:** MG **Município:** MONTES CLAROS  
**Telefone:** (38)3229-8180 **Fax:** (38)3229-8103 **E-mail:** smelocosta@gmail.com

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE  
MONTES CLAROS -  
UNIMONTES



Continuação do Parecer: 1.628.652

sinta incomodado em responder as perguntas da pesquisa, ela será interrompida imediatamente, sem qualquer comprometimento da assistência que o idoso recebe na unidade de saúde.

**Benefícios:**

Conhecer a situação de saúde dos idosos de Montes Claros e acompanhá-los em suas necessidades, capacitar os profissionais das equipes de saúde da família e implantar um modelo de assistência aos idosos na ESF do município.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Trata-se de um tema relevante e atual, a metodologia está bem descrita e de acordo com o objetivo proposto.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Apresenta todos documentos obrigatórios.

**Recomendações:**

Apresentação de relatório final por meio da plataforma Brasil, em "enviar notificação".

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Aprovado

**Considerações Finais a critério do CEP:**

O projeto respeita os preceitos éticos da pesquisa em seres humanos, sendo assim somos favoráveis à aprovação do mesmo.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_740203.pdf	16/06/2016 12:04:33		Aceito
Folha de Rosto	FR16062016.pdf	16/06/2016 11:58:36	SIMONE DE MELO COSTA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	cep.pdf	15/06/2016 01:07:11	Luciana Colares Maia	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Institucional.doc	15/06/2016 01:01:59	Luciana Colares Maia	Aceito

**Endereço:** Av. Dr Rui Braga s/n-Camp Univers Profº Darcy Rib  
**Bairro:** Vila Mauricéia **CEP:** 39.401-089  
**UF:** MG **Município:** MONTES CLAROS  
**Telefone:** (38)3229-8180 **Fax:** (38)3229-8103 **E-mail:** smelocosta@gmail.com

## APÊNDICES

### APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

#### CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM PESQUISA

Título da pesquisa: MATRICIAMENTO EM SAÚDE DO IDOSO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE DE MONTES CLAROS, MINAS GERAIS, BRASIL.

Instituição promotora: Universidade Estadual de Montes Claros

Coordenadora: Luciana Colares Maia

Atenção: Antes de aceitar participar desta pesquisa, é importante que você leia e compreenda a seguinte explicação sobre os procedimentos propostos. Esta declaração descreve o objetivo, metodologia/procedimentos, benefícios, riscos, desconfortos e precauções do estudo. Também descreve os procedimentos alternativos que estão disponíveis a você e o seu direito de sair do estudo a qualquer momento. Nenhuma garantia ou promessa pode ser feita sobre os resultados do estudo.

**1 - Objetivo: Avaliar o impacto de um modelo de matriciamento em saúde do idoso na Estratégia de Saúde da Família-ESF.**

**2 - Metodologia/procedimentos: a pesquisa será desenvolvida em unidades da ESF para implantação e avaliação de um modelo de assistência à saúde do idoso, chamado matriciamento. O estudo será conduzido em três momentos. Você participará do 1º e 3º momento, respondendo um questionário, que em geral aborda: sua condição de saúde, lazer e atividades do dia a dia. No 2º momento participarão apenas os profissionais de saúde em treinamentos para melhorar a qualidade do serviço de saúde.**

**3 - Justificativa: melhorar a qualidade do serviço de saúde do idoso na ESF de Montes Claros.**

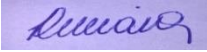
4 - Benefícios: conhecer a situação de saúde dos idosos de Montes Claros e acompanhá-los em suas necessidades, capacitar os profissionais das equipes de saúde da família e implantar um modelo de assistência aos idosos na ESF do município.

5 - Desconfortos e riscos: você terá que dispor alguns minutos do seu tempo para responder ao questionário, que será aplicado em local e em horário apropriados. Caso se sinta incomodado em responder as perguntas da pesquisa, ela será interrompida imediatamente, sem qualquer comprometimento da assistência que você recebe na unidade de saúde.

6 - Danos: para avaliação dos idosos e capacitação dos profissionais não são previstos danos aos participantes.

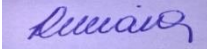
7 - Metodologia/procedimentos alternativos disponíveis: não há procedimentos alternativos para alcançar o objetivo deste estudo.

8 - Confidencialidade das informações: Será garantido o anonimato e a confidencialidade das informações fornecidas, que serão utilizadas exclusivamente para fins científicos. Os indivíduos serão convidados a participar da pesquisa e terão a opção de decidir participar ou não, voluntariamente, bem como desistir a qualquer momento, sem qualquer tipo de penalização.

9 - Compensação/indenização: Caso ocorra algum prejuízo oriundo de sua participação no estudo será garantido a compensação/indenização. 

10 - Outras informações pertinentes: o estudo será conduzido por médica especialista em saúde do idoso.

11 - Consentimento: Li e entendi as informações precedentes. Tive oportunidade de fazer perguntas e todas as minhas dúvidas foram respondidas a contento. Este formulário está sendo assinado voluntariamente por mim, indicando meu consentimento para a participação, até que eu decida o contrário. Receberei uma cópia assinada deste consentimento.

_____	_____	_____
Nome do participante	Assinatura do participante	Data
_____	_____	_____
Nome da testemunha	Assinatura da testemunha	Data
Luciana Colares Maia		_____
Nome da coordenadora da pesquisa	Assinatura da coordenadora da pesquisa	Data

ENDEREÇO DA PESQUISADORA: Rua Monte Castelo, 630. Santa Rita. Montes Claros, MG, Brasil.

TELEFONE: 999445580

OBS.: Durante o trabalho de campo, este termo será feito em DUAS VIAS: uma para a instituição/ empresa participante da pesquisa e outra para ser arquivada e apresentada aos participantes da pesquisa.





## APÊNDICE B – Termo de Consentimento Institucional (TCI)

### TERMO DE CONCORDÂNCIA DA INSTITUIÇÃO PARA PARTICIPAÇÃO EM PESQUISA

**Título da pesquisa:** MATRICIAMENTO EM SAÚDE DO IDOSO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE DE MONTES CLAROS, MINAS GERAIS, BRASIL.

**Instituição/ empresa onde será realizada a pesquisa:** Estratégia de Saúde da Família de Montes Claros, MG, Brasil.

**Pesquisadora responsável:** Luciana Colares Maia

**Endereço e telefone da pesquisadora:** Rua Monte Castelo, 630- Santa Rita.  
(38) 99944580

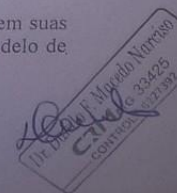
**Atenção:** Antes de aceitar participar desta pesquisa, é importante que o responsável pela Instituição leia e compreenda a seguinte explicação sobre os procedimentos propostos. Esta declaração descreve o objetivo, metodologia/ procedimentos, benefícios, riscos, desconfortos e precauções do estudo. Também descreve os procedimentos alternativos que estão disponíveis e o seu direito de interromper o estudo a qualquer momento. Nenhuma garantia ou promessa pode ser feita sobre os resultados do estudo.

1- **Objetivo:** avaliar o impacto de um modelo de matriciamento em saúde do idoso nas equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), em Montes Claros, Minas Gerais.

2- **Metodologia/procedimentos:** a pesquisa será desenvolvida em unidades da ESF para implantação e avaliação posterior de um modelo de matriciamento em saúde do idoso. O apoio matricial envolve um projeto estruturado na integralidade do cuidado com o protagonismo dos profissionais da equipe de saúde como no cenário de atuação e o supervisor especialista dando suporte técnico-pedagógico na construção dos planos terapêuticos, em conjunto com a população. O matriciamento objetiva maior resolutividade dos cuidados prestados no território, bem como acompanhamento sistemático dos casos especialmente complexos. A população alvo para o estudo compreende os idosos cadastrados na ESF, zona urbana de Montes Claros. O desenvolvimento do estudo pode ser resumido em três etapas: 1. coleta de dados dos idosos por meio de dois questionários para avaliação multidimensional de saúde; 2. etapa de intervenção pelo acompanhamento dos idosos e capacitação dos profissionais de saúde da família; 3. reavaliação multidimensional de saúde dos idosos para avaliar o impacto da fase de intervenção. As capacitações dos profissionais serão executadas por médica geriatra, responsável por esta pesquisa, e planejadas em parceria com gestores municipais, para não atrapalhar o fluxo do processo de trabalho no âmbito da saúde da família. Participarão da capacitação equipes sorteadas para implantar e avaliar o impacto do matriciamento, e caso o resultado seja positivo e se for de interesse do município, as outras equipes receberão também a capacitação proposta neste estudo. O projeto será conduzido após aprovação institucional e pelo Comitê de ética em pesquisa envolvendo seres humanos da Unimontes.

3- **Justificativa:** o projeto contempla uma proposta inédita de matriciamento da saúde do idoso em Montes Claros, MG. Ele está em consonância com os artigos da seção Saúde da constituição Federal de 1988 e o artigo 6º da Lei 8080 de 1990, com o Plano de cuidado para os idosos na Saúde Suplementar de 2012, com as Diretrizes para o Cuidado das Pessoas Idosas no SUS: Proposta de Modelo de Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa de maio 2014, com as novas Diretrizes para a formação médica de 2014, assim como com o Programa Mais Médicos (Lei nº 12.871/13). Portanto, é preciso viabilizar medidas e programas que oportunizem os princípios da equidade e integralidade destacando ações interdisciplinares e intersetoriais associados à formação e educação permanente dos profissionais envolvidos ao atendimento dos idosos. Os documentos supracitados são norteadores para a construção da rede integrada de atenção ao idoso considerando especialmente a capacitação e disposição de recursos humanos da área de saúde, pois garantem, em sua essência, a proximidade de ensino-serviço, pontos cruciais na situação atual da saúde pública brasileira. Nesse sentido se propõe o Matriciamento em Saúde do Idoso na ESF de Montes Claros, Minas Gerais, Brasil.

4- **Benefícios:** conhecer a situação de saúde dos idosos de Montes Claros e acompanhá-los em suas necessidades, capacitar os profissionais das equipes de saúde da família e implantar um modelo de matriciamento de atenção aos idosos na ESF do município.



5- **Desconfortos e riscos:** os desconfortos envolvidos na pesquisa dizem respeito à participação dos idosos, que deverão dedicar um tempo para responder aos instrumentos de coleta de dados. Para amenizar esse desconforto, a coleta de dados será efetuada em domicílio e em horário conveniente para os idosos. Eles terão liberdade de participar ou não do estudo sem nenhum tipo de penalização quanto à assistência que recebem nos serviços da atenção primária à saúde. Também para os profissionais de saúde o desconforto se refere ao tempo dedicado às atividades de capacitação para atenção aos idosos. Para amenizar esse possível desconforto, as capacitações serão programadas com antecedência, em parceria com os gestores e serão em módulos.

6- **Danos:** para avaliação dos idosos e capacitação dos profissionais não são previstos danos aos participantes.

7- **Metodologia/procedimentos alternativos disponíveis:** não há procedimentos alternativos para alcançar o objetivo deste estudo.

8- **Confidencialidade das informações:** Será garantido o anonimato e a confidencialidade das informações fornecidas, que serão utilizadas exclusivamente para fins científicos. Os indivíduos serão convidados a participar da pesquisa e terão a opção de decidir participar ou não, voluntariamente, bem como desistir a qualquer momento, sem qualquer tipo de penalização.

9- **Compensação/indenização:** em respeito à resolução 466 de 2012 do Ministério da Saúde, caso ocorra algum prejuízo aos idosos ou profissionais de saúde, oriundos de sua participação no estudo será garantido a compensação/indenização.

10- **Outras informações pertinentes:** o estudo trata de processo de doutoramento em Ciências da Saúde da Unimontes de profissional especialista em geriatria.

11- **Consentimento:** Li e entendi as informações precedentes. Tive oportunidade de fazer perguntas e todas as minhas dúvidas foram respondidas a contento. Este formulário está sendo assinado voluntariamente por mim, indicando meu consentimento para a participação desta instituição/empresa, até que eu decida o contrário. Receberei uma cópia assinada deste consentimento. E que o mesmo só poderá ser aprovado nesta instituição após aprovação no Comitê de Ética da Instituição formadora da pesquisa.

Daniilo Fernando Macedo Narciso - Médico Anestesiologista Nome do  
participante e cargo do responsável pela instituição/ empresa

Heand Ilacqua Assinatura e carimbo do responsável pela instituição/ empresa 06/06/16 Data

Dr. Daniilo F. Macedo Narciso  
**CRM<sub>MG</sub> 33425**  
CONTROLE 6227392

Luciana Colares Maia Nome da  
pesquisadora responsável pela pesquisa

Luciana Assinatura 06/06/16 Data

OBS.: Durante o trabalho de campo, este termo será feito em DUAS VIAS: uma para a instituição/empresa participante da pesquisa e outra para ser arquivada e apresentada aos participantes da pesquisa.

11495687/0001-08

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

AV. DULCE SANTIAGO, 2075 - VILA IPIRANGA  
CEP 38.401-485

MONTES CLAROS - MG

**APÊNDICE C****I CONGRESSO INTERNACIONAL EM CIÊNCIAS DA SAÚDE  
II Simpósio de Atualização em Doença de Chagas****Características sociodemográficas de idosos jovens e longevos na Atenção Primária em  
Montes Claros, MG**

Rafaela Terezinha de Souza Francisco<sup>\*</sup>, Diana Alves Santos<sup>2</sup>, Laura Maria de Souza Pedrosa<sup>3</sup>, Maria Fernanda Santos Figueiredo Brito<sup>4</sup>, Antônio Prates Caldeira<sup>5</sup>, Carlos Henrique Guimarães Brasil<sup>6</sup>, Luciana Colares Maia<sup>7</sup>, Lucineia de Pinho<sup>8</sup>

<sup>1</sup> Acadêmica de Medicina – Unimontes, Montes Claros, Minas Gerais Brasil. E-mail: rafa\_rafaela081@hotmail.com.

<sup>2</sup> Acadêmica de Medicina – Unimontes, Montes Claros, Minas Gerais Brasil. E-mail: diana.alvessantos2368@gmail.com

<sup>3</sup> Acadêmica de Medicina – Unimontes, Montes Claros, Minas Gerais Brasil. E-mail: laurampedrosa@gmail.com

<sup>4</sup> Enfermeira docente da Unimontes Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. E-mail: nanda\_sanfig@yahoo.com.br

<sup>5</sup> Médico docente da Unimontes Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. E-mail: antonio.caldeira@unimontes.br

<sup>6</sup> Médico docente da Unimontes Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. E-mail: carlosbrasilpsf@gmail.com

<sup>7</sup> Médica docente da Unimontes Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. E-mail: luciana.colares.maia@gmail.com

<sup>8</sup> Nutricionista docente da Unimontes Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. E-mail: lucineiapinho@hotmail.com

**Introdução:** A Organização Mundial da Saúde (OMS) define como população idosa aquela a partir dos 60 anos de idade, em países em desenvolvimento. Os dados do Censo Demográfico

Brasileiro de 2010 revelaram um aumento da população com 65 anos ou mais de 4,8% em 1991, passando a 5,9%, em 2000, e chegando a 7,4%, em 2010. Em 2017, o número de idosos superou a marca dos 30,2 milhões. Além do envelhecimento da população total, a proporção da população idosa longeva, ou seja, idosos com 80 anos ou mais, está crescendo, correspondendo atualmente por 1,6% do total de idosos brasileiros. Estima-se que a população longeva apresente características sociodemográficas diferenciadas em relação aos idosos mais jovens como, por exemplo, ausência do companheiro conjugal, maior dependência física e financeira de outros, menor escolaridade e menor renda que tornam esse grupo etário mais vulnerável.

**Objetivos:** Analisar as características sociodemográficas de idosos jovens e longevos na Atenção Primária em Montes Claros, MG. **Metodologia:** Trata-se de um estudo transversal analítico derivado do projeto de intervenção intitulado “Matriciamento em Saúde do Idoso na Atenção Primária em Saúde de Montes Claros, Minas Gerais, Brasil”, realizado no ano de 2017 e 2018. Para a coleta de dados, o instrumento utilizado foi um questionário estruturado, versão brasileira do OARS: *Brazilian Multidimensional Functional Assessment Questionnaire* (BOMFAQ). Neste estudo serão apresentados os dados de avaliação das características sociodemográficas dos idosos. Para a tabulação e análise dos dados, utilizou-se o software estatístico SPSS® (*Statistical Package Social Science*), versão 20.0. Foi realizada análise univariada de prevalência por frequência absoluta (n) e relativa (%). A análise das variáveis foi realizada por meio de testes estatísticos qui-quadrado de Pearson, levando em consideração p-valor < 0,05. Esta pesquisa atendeu aos preceitos éticos estabelecidos pela Resolução n. 466/2012 e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), sob protocolo n° 1.628.652. Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. **Resultados:** Neste estudo foram entrevistados 2012 idosos sendo 63,4% do sexo feminino e 36,6% masculino, não havendo diferença significativa nas porcentagens de sexo entre idosos jovens e longevos (p=0,691). Com relação à escolaridade, a maior taxa de analfabetismo é encontrada em idosos com idade acima dos 80 anos (22,4%, p<0,001). Quanto à renda mensal, não há muita diferença significativa (p>0,005) em relação à quantidade de salários mínimos entre as faixas etárias, sendo 79,9% dos idosos recebem mais que 2 salários mínimos. Acerca da relação conjugal, observou-se ausência dos companheiros em 63,9% dos idosos longevos e 41,8% dos idosos jovens (p<0,001). **Conclusões:** Os dados epidemiológicos encontrados no estudo seguem, de maneira geral, os dados nacionais das características sociodemográficas dos idosos. A população longeva apresenta características particulares em relação aos idosos jovens, que concernem maior vulnerabilidade a esses indivíduos.

**Palavras-chave:** Demografia; Idosos; Atenção Primária.



## APÊNDICE D



### CAPACIDADE FUNCIONAL PARA ATIVIDADES DA VIDA DIÁRIA DE IDOSOS JOVENS E LONGEVOS

**Autores:** ELLEN SABRINA FERREIRA SILVA, CARLOS HENRIQUE GUIMARAES BRASIL, LUCIANA COLARES MAIA, MARIANA MENDES PEREIRA, MARIA FERNANDA SANTO FIGUEIREDO BRITO, LUCINEIA DE PINHO, ANTONIO PRATES CALDEIRA

#### Introdução

O envelhecimento populacional e uma realidade na maioria dos países, tornando-se um fenômeno mundial. Houve um crescimento exponencial do contingente de idosos brasileiros nos últimos anos e, aliado a isso, a preocupação em relação a capacidade funcional tem aumentado em diversos setores. Sabe-se que o envelhecimento saudável está relacionado aos fatores econômicos, envolvendo a saúde física, mental, a autonomia e assistência familiar, entre outras variáveis (TAVARES *et al.*, 2017).

Para isso, a avaliação da capacidade funcional dos idosos se torna um mecanismo válido para analisar a qualidade de vida levando em consideração todos os fatores que estão impactando em seu padrão de vivência. É definida como a habilidade para realizar atividades que possibilitam a pessoa cuidar de si mesmo e viver de forma independente, na perspectiva de um indicador de saúde mais amplo (PINTO *et al.*, 2016).

Reside neste aspecto a importância dos estudos de conhecer os fatores influenciadores dessas alterações, com o intuito de conduzir os sistemas de saúde a um adequado plano de tratamento para a população senil. Esse estudo tem como objetivo analisar a capacidade funcional para a realização de atividades de vida diária entre os idosos jovens e longevos.

#### Material e Métodos

Trata-se de um estudo transversal analítico derivado do projeto de intervenção intitulado Matriciamento em Saúde do Idoso na Atenção Primária em Saúde de Montes Claros, Minas Gerais, Brasil, realizado no período de março de 2018 a outubro de 2018.

A seleção da amostra ocorreu por amostragem probabilística por conglomerados de dois estágios. Foi realizado o sorteio dos polos da Residência de Medicina de Família e Comunidade da zona urbana do município, seguido do sorteio das equipes e microáreas de cada polo. Foram incluídos todos os idosos pertencentes às equipes selecionadas com condições para responder os questionários e com o cuidador disponível durante as visitas de coleta. Foram excluídos do estudo os idosos ausentes do domicílio após três tentativas de entrevista. O tamanho da amostra calculado foi de 1.520 indivíduos.

Para a coleta de dados, o instrumento utilizado foi um questionário estruturado, versão brasileira do OARS: *Brazilian Multidimensional Functional Assessment Questionnaire* (BOMFAQ). Neste estudo foram apresentados os dados de avaliação da dificuldade referida pelos pacientes na realização de atividades de vida diária (AVD). Para a tabulação e análise dos dados, utilizou-se o software estatístico SPSS® (*Statistical Package Social Science*), versão 20.0. Foi realizada análise descritiva de prevalência por frequência absoluta (n) e relativa (%). Para verificar a associação entre a variável capacidade

funcional e faixa etária dos idosos utilizou-se o teste estatístico qui-quadrado de Pearson com cálculo dos respectivos *odds ratio* (OR) e intervalo de confiança. Adotou-se o p-valor < 0,05 para significância estatística.

Esta pesquisa atendeu aos preceitos éticos estabelecidos pela Resolução n. 466/2012 pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), sob protocolo n° 1.628.652. Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

## Resultados e Discussões

Participaram do estudo 1749 idosos, sendo 63,4% do sexo feminino e 36,6% do sexo masculino. Quanto a faixa etária 81,1% eram idosos entre 60 e 79 anos (idosos jovens) e 18,9% com 80 anos ou mais (idosos longevos). Entre eles, a taxa de analfabetismo era de 11,5%, 56,8% possuíam até quatro anos de estudo e 31,7% cinco anos ou mais.

Na tabela 1 são apresentados dados para realização de atividades de vida diária entre os idosos. Observou-se que 57,1% dos idosos apresentavam algum grau de comprometimento para realização destas atividades, sendo que 26,5% de 1 a 3 atividades, 12,4% de 4 a 6 atividades e 18,2% 7 a 15 atividades. As dualidades motoras e físicas dessa população têm sido associadas a prática ou não de exercício físico; a faixa etária e o sexo. Idosos com maior idade e do sexo masculino são os que menos praticam atividade física. Essas limitações descritas são, geralmente, resultantes da falta de autonomia funcional. Este tipo de dificuldade ou incapacidade faz com que os idosos se tornem dependentes do auxílio de outras pessoas para tarefas simples como sair de casa sozinho, e progredindo para as tarefas de autocuidado como tomar banho ou ir ao banheiro sozinho (LOPES *et al.*, 2015)

Na análise de associação, a faixa etária apresentou relação estatisticamente significativa com a capacidade funcional ( $p < 0,001$ ), sendo que o maior comprometimento foi observado nos idosos longevos. Entre os idosos longevos 44,5% apresentavam comprometimento de 7 a 15 atividades de vida diária, com 7,79 chances de apresentarem dependência funcional. As características morfofisiológicas, psicológicas e socioeconômicas dessa categoria são diferenciadas em relação aos demais idosos. Evidencia-se uma heterogeneidade no próprio grupo etário dos idosos, revelando que há diferenças significativas entre os idosos considerados mais jovens (60-79 anos) e aqueles com idade igual ou superior a 80 anos. Como consequência do crescimento acelerado no número de longevos, e das especificidades dessa faixa etária, presume-se menor participação do idoso na sociedade e um aumento significativo da demanda de cuidados (RIBEIRO *et al.*, 2015).

Para essa população um agravante torna esse quadro mais crítico, a ocorrência de quedas, bastante comum e temida pela maioria das pessoas idosas, por consequências como fraturas, restrição de atividades, declínio na saúde e risco de institucionalização. As alterações fisiológicas relacionadas ao envelhecimento, a doenças e os efeitos causados por uso de fármacos e, entre os segundos, fatores que dependem de circunstâncias sociais e ambientais que criam desafios ao idoso (BRITO *et al.*, 2013)

## Conclusão

Diante dos resultados pode-se inferir que praticar atividades físicas, de lazer e possuir participação social fatores que contribuem para a independência funcional dos idosos jovens e longevos. A manutenção dessa condição é primordial para retardar incapacidades e se apresenta como excelente campo de atuação para a enfermagem, pois a orientação para a realização dessas práticas reduz a demanda de cuidados e necessidade de ajuda para as atividades cotidianas.

Os idosos pesquisados apresentaram dificuldade para a capacidade funcional das atividades da vida diária, tanto básicas quanto instrumentais. As variáveis independentes idade, renda e escolaridade influenciaram positivamente na manutenção do status funcional. Espera-se que os resultados e a iniciativa em estudar os idosos sirvam de estímulo a futuras pesquisas que venham a contribuir para a manutenção da capacidade funcional dessa população, pois a maioria dos estudos focalizam os urbanos.

## Agradecimentos

Ao Programa de Iniciação Científica Voluntária (ICV) da Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes), ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e a Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado Minas Gerais (FAPEMIG).

## Referências bibliográficas

- BRITO, T *et al.* Quedas e capacidade funcional em idosos longevos residentes em comunidade. Texto contexto - enferm., Florianópolis, v. 22, n. 1, p. 43-51, Mar. 2013. Disponível em <[http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n1/pt\\_06.pdf](http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n1/pt_06.pdf)>. Acesso em: 14 out. 2018.
- LOPES, D *et al.* Níveis de Atividade Física relacionados As Atividades Básicas e Funcionais em Idosos do Rio Grande do Sul - Brasil. Estudos Interdisciplinares Sobre Envelhecimento, Porto Alegre, v.20, n.1. pp. 73-85, 2015. Disponível em: <<https://seer.ufrgs.br/RevEnvelhecer/article/view/43120/34922>>. Acesso em: 13 out. 2018.
- PINTO, A *et al.* Capacidade funcional para atividades da vida diária de idosos da Estratégia de Saúde da Família da zona rural. Cienc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 21, n. 11, p. 3545-3555, nov. 2016. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n11/1413-8123-csc-21-11-3545.pdf>>. Acesso em: 15 out. 2018.
- RIBEIRO, D *et al.*, Fatores contributivos para a independência funcional de idosos longevos. Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 49, n. 1, p. 89-96, 1 fev. 2015. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n1/pt\\_0080-6234-reeusp-49-01-0089.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n1/pt_0080-6234-reeusp-49-01-0089.pdf)>. Acesso em: 15 out. 2018.
- TAVARES, R *et al.* Envelhecimento saudável na perspectiva de idosos: uma revisão integrativa. Rev. bras. geriatr. gerontol., Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 878-889, dez. 2017. Disponível em <[http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v20n6/pt\\_1809-9823-rbgg-20-06-00878.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v20n6/pt_1809-9823-rbgg-20-06-00878.pdf)>. Acesso em: 15 out. 2018.

**Tabela 1.** Capacidade funcional para a realização de atividades de vida diária entre idosos jovens e longevos. Montes Claros, MG.

Número de AVD's comprometidas	Idosos jovens		Idosos longevos		OR	IC	p-valor	Valor total
	n	%	n	%				
0	676	47,6	75	22,7	1,0			751 (42,9%)
1-3	408	28,8	56	17,0	1,24	0,86-1,79	<0,001	464(26,5%)
4-6	165	11,6	52	15,8	2,84	1,92-4,21		217(12,4%)
7-15	170	12,0	147	44,5	7,79	5,63-10,79		317(18,2%)



## APÊNDICE E

### AUTOPERCEÇÃO POSITIVA DE SAÚDE ENTRE IDOSOS

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial manifestado pelo aumento progressivo no número de idosos. Isso traz mudanças em todo o contexto social, econômico e de saúde no Brasil<sup>1</sup>. Esse fenômeno está relacionado à queda da mortalidade geral, das taxas de mortalidade infantil e ao aumento da esperança de vida ao nascer<sup>2,3</sup>. Essas mudanças na proporção de idosos fazem que se eleve a frequência de doenças, deficiências ou limitações que influenciam negativamente no vínculo social e familiar, na capacidade individual de decisão e de realizar atividades cotidianas e, por fim, no seu bem-estar<sup>4-6</sup>. A manutenção das capacidades físicas e mentais e a estruturação de mecanismos de proteção contra problemas relacionados às condições crônicas pressionam os setores da socioeconômicos e de saúde para adequações<sup>7</sup>.

A Atenção Primária à Saúde (APS), representada pela Estratégia Saúde da Família (ESF) recebe a atribuição propiciar aos idosos ações de atenção em saúde previstas nas políticas públicas, através da atuação da equipe multiprofissional, em especial, com o levantamento e acompanhamento idosos em situação de fragilidade ou de risco funcional, além da promoção de ações educativas específicas<sup>8-13</sup>. Para o planejamento e implementação de ações específicas, faz-se necessária a mensuração das condições de saúde.

Uma questão importante a ser abordada é a autopercepção da saúde pela coincidência entre a percepção e o estado de saúde real<sup>14</sup>. No idoso, a autopercepção remete à correlação de condição de saúde e funcionalidade, e é um bom indicador de qualidade de vida, de morbidade, de declínio funcional e preditor de mortalidade<sup>14-17</sup>. A análise da autopercepção positiva da saúde permite a compreensão dos fatores relacionados à qualidade de vida. Essa compreensão pode auxiliar na organização do processo de trabalho para as peculiaridades da população idosa e contribuir para o direcionamento de ações intersetoriais locais que possam impactar favoravelmente e de forma longitudinal no bem-estar desta população<sup>8,9,11,12,16</sup>.

Na análise da autopercepção de saúde em idosos acompanhados por equipes da Residência de Medicina de Família e Comunidade em Montes Claros, MG, a avaliação positiva foi a que prevaleceu em cerca de dois terços dos avaliados, contudo aqueles com 80 anos e mais (longevos) apresentaram menor proporção de percepção positiva. Entre todas as pessoas idosas, a autopercepção positiva se associou a ausência de doenças e prática de atividades físicas. Na parcela de idosos jovens (entre 60 e 79 anos), a correlação se

deu com maior escolaridade, melhor renda familiar, boa capacidade visual, mastigação preservada, não apresentar insônia, não ser diabético e não ter apresentado quedas no último ano. Entre os longevos, essa relação foi com estar usando prótese dentária e ter bom sono.

As adaptações ao processo de envelhecimento, com o reconhecimento das doenças e das limitações como consequências da evolução normal desta situação possivelmente não se projetam negativamente na avaliação da saúde<sup>17</sup>. As ações da ESF devem ser direcionadas para a manutenção e recuperação da funcionalidade, além da prevenção de condições que possam culminar com a incapacidade e dependência. Igualmente, como sinalizador de possíveis alterações orgânicas e de contexto, a autopercepção positiva de saúde pode direcionar para pontos de intervenção multiprofissional ampla e integrada focalizada na qualidade de vida, levando-se em consideração a heterogeneidade nas faixas etárias e de cenários culturais, sociais e econômicos. Assim, a autopercepção de saúde pode ser também utilizada como elemento integrante na avaliação do idoso.

### REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial de Saúde (OMS). Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde. OMS; 2015.
2. Vasconcelos AMN, Gomes MMF. Transição demográfica: a experiência brasileira. *Epidemiologia e Serviços de Saúde* [Internet]. dezembro de 2012 [citado 21 de setembro de 2018];21(4):539-48. Disponível em: [http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-49742012000400003&lng=en&nrm=iso&tlng=en](http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742012000400003&lng=en&nrm=iso&tlng=en)
3. Simões CC da S. Relações entre as alterações históricas na dinâmica demográfica brasileira e os impactos decorrentes do processo de envelhecimento da população. Rio de Janeiro: IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2016. 113 p. (Estudos e análises. Informação demográfica e socioeconômica).
4. Hazra NC, Gulliford M. Evolution of the “fourth stage” of epidemiologic transition in people aged 80 years and over: population-based cohort study using electronic health records. *Population Health Metrics* [Internet]. dezembro de 2017 [citado 23 de outubro de 2018];15(1). Disponível em: <http://pophealthmetrics.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12963-017-0136-2>
5. Porciúncula RCR da, Carvalho EF de, Barreto KML, Leite VMM. Perfil socioepidemiológico e autonomia de longevos em Recife-PE, Nordeste do Brasil. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia* [Internet]. 2014 [citado 21 de novembro de 2018];17(2):315-25. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-98232014000200315&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232014000200315&lng=pt&tlng=pt)
6. Franzon K, Byberg L, Sjogren P, Zethelius B, Cederholm T, Kilander L. Predictors of Independent Aging and Survival: A 16-Year Follow-Up Report in Octogenarian Men. *J Am Geriatr Soc*. setembro de 2017 [citado 28 de janeiro de 2019];65(9):1953-60.
7. Krug R de R, Schneider IJC, Giehl MWC, Antes DL, Confortin SC, Mazo GZ, et al. Fatores sociodemográficos,

- comportamentais e de saúde associados à autopercepção de saúde positiva de idosos longevos residentes em Florianópolis, Santa Catarina. *Revista Brasileira de Epidemiologia* [Internet]. 2 de agosto de 2018 [citado 7 de fevereiro de 2019];21(0). Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-790X2018000100403&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2018000100403&lng=pt&tlng=pt)
8. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa. Ministério da Saúde; 2006.
9. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa [Internet]. Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006 out 19, 2006. Disponível em: [http://bvsm.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528\\_19\\_10\\_2006.html](http://bvsm.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html)
10. Camacho ACLF, Coelho MJ. Políticas públicas para a saúde do idoso: revisão sistemática. *Revista Brasileira de Enfermagem* [Internet]. abril de 2010 [citado 7 de fevereiro de 2019];63(2):279–84. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672010000200017&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000200017&lng=pt&tlng=pt)
11. Fernandes MT de O, Soares SM. O desenvolvimento de políticas públicas de atenção ao idoso no Brasil. *Revista da Escola de Enfermagem da USP* [Internet]. dezembro de 2012 [citado 10 de dezembro de 2018];46(6):1494–502. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342012000600029&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000600029&lng=pt&tlng=pt)
12. Nunes BP, Soares MU, Wachs LS, Volz PM, Saes M de O, Duro SMS, et al. Hospitalização em idosos: associação com multimorbidade, atenção básica e plano de saúde. *Revista de Saúde Pública* [Internet]. 2017 [citado 24 de novembro de 2018];51(0). Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102017000100234&lng=en&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102017000100234&lng=en&tlng=en)
13. Pagotto V, Bachion MM, Silveira EA da. Autoavaliação da saúde por idosos brasileiros: revisão sistemática da literatura. *Revista Panamericana de Salud Publica* [Internet]. 2013 [citado 28 de janeiro de 2019];33(4):302–10. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2013.v33n4/302-310/>
14. Cardoso JDC, Azevedo RC de S, Reiners AAO, Louzada CV, Espinosa MM. Autoavaliação de saúde ruim e fatores associados em idosos residentes em zona urbana. *Revista Gaúcha de Enfermagem* [Internet]. 2014 [citado 28 de janeiro de 2019];35(4):35–41. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472014000400035&lang=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472014000400035&lang=pt)
15. Confortin SC, Giehl MWC, Antes DL, Schneider IJC, d’Orsi E. Autopercepção positiva de saúde em idosos: estudo populacional no Sul do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública* [Internet]. 2015 [citado 28 de janeiro de 2019];31(5):1049–60. Disponível em: [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2015000500016&lang=pt](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2015000500016&lang=pt)
16. Pavão ALB, Werneck GL, Campos MR. Autoavaliação do estado de saúde e a associação com fatores sociodemográficos, hábitos de vida e morbidade na população: um inquérito nacional. *Cadernos de Saúde Pública* [Internet]. abril de 2013 [citado 7 de fevereiro de 2019];29(4):723–34. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2013000400010&lng=pt&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013000400010&lng=pt&nrm=iso&tlng=en)