

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS

Fernanda Cardoso Rocha

FATORES ASSOCIADOS À PIORA DA AUTOPERCEPÇÃO DE SAÚDE ENTRE
IDOSOS COMUNITÁRIOS: ESTUDO LONGITUDINAL

Montes Claros, MG.

2021

Fernanda Cardoso Rocha

FATORES ASSOCIADOS À PIORA DA AUTOPERCEPÇÃO DE SAÚDE ENTRE
IDOSOS COMUNITÁRIOS: ESTUDO LONGITUDINAL

Exame de Defesa apresentada ao Programa de Pós-graduação em Cuidados Primários em Saúde da Universidade Estadual de Montes Claros - Unimontes, como parte das exigências para a obtenção do título de Mestre em Cuidados Primários em Saúde.

Área de Concentração: Saúde Coletiva.

Orientadora: Profa. Dra.: Fernanda Marques da Costa.

Co-orientador: Prof. Dr.: Jair Almeida Carneiro.

Montes Claros, MG.

2021

Reitor: Professor Antônio Alvimar de Souza

Vice-reitora: Professora Ilva Ruas de Abreu

Pró-reitora de Pesquisa: Professora Clarice Diniz Alvarenga Corsato

Coordenadoria de Acompanhamento de Projetos: Karen Torres Correa Lafetá de Almeida

Coordenadoria de Iniciação Científica: Professora Maria Alice Ferreira dos Santos

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

Coordenadoria de Pós-graduação Stricto-sensu: Professor Leonardo Monteiro Ribeiro

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CUIDADO PRIMÁRIO EM SAÚDE

Coordenadora: Josiane Santos Brant Rocha

Coordenador Adjunto: Professor Antônio Prates Caldeira

F866n Rocha, Fernanda Cardoso
Fatores associados à piora da autopercepção de saúde entre idosos comunitários: estudo longitudinal [manuscrito]: estudo epidemiológico / Fernanda Cardoso Rocha. – Montes Claros, 2021.
118 f. : il.

Inclui Bibliografia.

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de Montes Claros - UNIMONTES,

Programa de Pós-Graduação em Cuidado Primário em Saúde/PPGCPS, 2021.

Orientadora: Profa. Dra. Fernanda Marques da Costa.

Coorientador: Profa. Dra. Jair de Almeida Carneiro

1. Autopercepção. 2. Idosos. 3. Fatores de Risco. 4. Condições de Saúde. 5. Estudos Longitudinais. I. Costa, Fernanda Marques da. II. Carneiro, Jair de Almeida. IV. Universidade Estadual de Montes Claros. V. Título. VI. Título: Estudo epidemiológico.



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CUIDADO PRIMÁRIO EM SAÚDE



CANDIDATA: FERNNADA CARDOSO ROCHA

DATA: 02/08/2021

HORÁRIO: 14:00

TÍTULO DO TRABALHO: "FATORES ASSOCIADOS A PIORA DA AUTOPERCEPÇÃO DE SAÚDE ENTRE OS IDOSOS COMUNITÁRIOS: ESTUDO LONGITUDINAL"

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: SAÚDE COLETIVA

LINHA DE PESQUISA: EPIDEMIOLOGIA E VIGILÂNCIA EM SAÚDE

BANCA (TITULARES)

PROF^ª DR^ª FERNANDA MARQUES DA COSTA (ORIENTADORA/PRESIDENTE)

PROF. DR. JAIR ALMEIDA CARNEIRO (COORIENTADOR)

PROF^ª. DR^ª. TATIANA CARVALHO REIS MARTINS

PROF^ª. DR^ª. MARIA FERNANDA SANTOS FIGUEIREDO BRITO

ASSINATURAS

Fernanda Marques da Costa
Jair Almeida Carneiro
Tatiana Carvalho Reis Martins
Maria Fernanda Santos Figueiredo Brito

BANCA (SUPLENTES)

PROF^ª. DR^ª. JOANILVA RIBEIRO LOPES

PROF^ª. DR^ª. LUCINÉIA DE PINHO

ASSINATURAS

Joanilva Ribeiro Lopes
Lucinéia de Pinho

APROVADO

REPROVADO

Centro de Ciências Biológicas e da Saúde - CCBS

<http://www.unimontes.br> / mestrado.cuidadosprimarios@unimontes.br

Telefone: (0xx38) 3229-8292

Av. Rui Braga, s/n, Vila Mauricéia - Montes Claros - MG, Brasil - Cep: 39401-089

RESUMO

O envelhecimento é definido como um movimento inato, gradual, irreversível e inerente a todo ser humano ao longo da vida. Trata-se de um processo crescente na população mundial e que repercute em diversas dimensões para o indivíduo. A autopercepção de saúde é um parâmetro de medida epidemiológica, conhecido por ter boa confiabilidade e validade, ser robusto e de fácil aplicação, além de funcionar como um bom preditor de condições importantes para a avaliação da população idosa, tais como: morbimortalidade e longevidade. Ademais, é um importante indicador de condições sociodemográficas, psicológicas, culturais e de saúde. Por ser uma avaliação subjetiva, a autopercepção de saúde é multifatorial. É importante avaliar quais desses fatores podem contribuir para uma piora da autopercepção de saúde ao longo do tempo. Estudos longitudinais com idosos ainda são limitados, o que é justificado, principalmente, pela perda amostral característica dessa faixa etária ao longo da pesquisa, tornando mais difícil determinar relações de causalidade e agravamento. Este trabalho teve como objetivo avaliar longitudinalmente a prevalência de piora da autopercepção de saúde entre idosos comunitários no município de Montes Claros, norte de Minas Gerais, Brasil. A coleta de dados na linha de base ocorreu no domicílio dos idosos, a partir de uma amostragem aleatória, por conglomerados. Foram analisadas variáveis demográficas e socioeconômicas, morbidades e utilização de serviços de saúde. A fragilidade foi aferida a partir da Escala de Fragilidade de *Edmonton*. A segunda coleta de dados foi realizada após um período de 42 meses. As razões de prevalências ajustadas foram obtidas por análise múltipla de regressão de *Poisson* com variância robusta. Participaram das duas etapas do estudo 394 idosos, sendo que 21,1% deles apresentaram piora da autopercepção de saúde. As variáveis que se mantiveram estatisticamente associadas à transição para uma avaliação pior de autopercepção de saúde foram: Asma, Hipertensão Arterial Sistêmica e Fragilidade. A autopercepção de saúde foi comprovada como um processo dinâmico, caracterizado pela transição entre níveis de autopercepção de saúde. Fatores associados às doenças crônicas e fragilidade mostraram associação longitudinal com a piora da autopercepção de saúde.

Palavras-chave: Autopercepção. Idosos. Fatores de Risco. Condições de Saúde. Estudos Longitudinais.

ABSTRACT

Aging is defined as an innate, gradual, irreversible and inherent movement in every human being throughout life. It is a growing process in the world population and that affects the individual in different dimensions. Self-perceived health is an epidemiological measurement parameter, known for having good reliability and validity, being robust and easy to apply, in addition to working as a good predictor of important conditions for the assessment of the elderly population, such as: morbidity, mortality and longevity. Furthermore, it is an important indicator of sociodemographic, psychological, cultural and health conditions. As it is a subjective assessment, self-perceived health is multifactorial. It is important to assess which of these factors may contribute to a worsening of self-perceived health over time. Longitudinal studies with the elderly are still limited, which is mainly explained by the sample loss characteristic of this age group throughout the research, making it more difficult to determine causality and worsening relationships. This study aimed to longitudinally assess the prevalence of worsening self-perception of health among community elderly in the municipality of Montes Claros, northern Minas Gerais, Brazil. Baseline data collection took place at the homes of the elderly, based on a random sampling by clusters. Demographic and socioeconomic variables, morbidity and use of health services were analyzed. Frailty was measured using the Edmonton Frail Scale. The second data collection was carried out after a period of 42 months. Adjusted prevalence ratios were obtained by Poisson multiple regression analysis with robust variance. A total of 394 elderly people participated in the two stages of the study, and 21.1% of them had a worsening in their self-perception of health. The variables that remained statistically associated with the transition to a worse self-perceived health assessment were: Asthma, Systemic Arterial Hypertension and Frailty. Self-perceived health was proven to be a dynamic process, characterized by the transition between levels of self-perceived health. Factors associated with chronic diseases and frailty showed a longitudinal association with worsening self-perception of health.

Keywords: Self-perception. Seniors. Risk factors. Health Conditions. Longitudinal Studies.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIVDs	Atividades instrumentais de vida diária
DCNT	Doenças crônicas não-transmissíveis
EFS	<i>Edmonton Frail Scale</i>
HAS	Hipertensão arterial sistêmica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PNSPI	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
RP	Razão de prevalência.
SFI	Síndrome de fragilidade em idosos
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
FEPEG	Fórum de Ensino Pesquisa e Extensão da Universidade Estadual de Montes Claros

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO/REVISÃO DE LITERATURA	11
1.1	Envelhecimento.....	13
1.2	Autopercepção de saúde entre idosos e fatores associados.....	14
2	OBJETIVOS	21
2.1	Objetivo Geral.....	21
2.2	Objetivos Específicos.....	21
3	METODOLOGIA	22
3.1	Tipo de pesquisa.....	22
3.2	Cenário do estudo.....	22
3.3	População estudada e Plano amostral.....	22
3.4	Crterios de inclusão exclusão.....	23
3.5	Coleta de dados.....	23
3.6	Instrumentos utilizados.....	24
3.7	Análise estatística.....	26
3.8	Considerações éticas.....	26
4	PRODUTOS CIENTÍFICOS	27
4.1	Artigo 1 – Avaliação da piora da autopercepção de saúde em idosos: estudo longitudinal	27
4.2	Resumo expandido – FEPEG (2019) – Autopercepção de saúde entre idosos.....	43
4.3	Resumo expandido – FEPEG (2019) – Fatores associados à piora da autopercepção de saúde entre idosos comunitários: um estudo longitudinal.....	43
4.4	Resumo expandido – FEPEG (2020) – Projeto EnvelheSER: um relato de experiência.....	44
4.5	Resumo expandido – FEPEG (2020) – Avaliação da autopercepção de saúde entre idosos comunitários.....	44
5	PRODUTOS TÉCNICOS	45
5.1	Projeto EnvelheSER.....	45
5.2	Picth.....	47
5.3	Gestão do Cuidado em Saúde Mental para Idosos na Estratégia Saúde da Família: uma contribuição.....	47
6	CONCLUSÕES	48

REFERÊNCIAS	50
APÊNDICES	55
A – Escala de Fragilidade de Edmonton (EFS).....	55
B – Questionário.....	57
C – Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....	64
ANEXOS	65
A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa.....	65

APRESENTAÇÃO

Sou Fernanda, Bacharel em Psicologia, graduei em 2015, nas Faculdades de Saúde Ibituruna- FASI. Meu percurso na área da saúde vem desde o ano de 2003, quando me formei no curso técnico em enfermagem, profissão pela qual atuei por 15 anos. Durante todo esse tempo, trabalhei com crianças hospitalizadas, em especial as recém-nascidas pré maturas internados no CTI- Neonatal.

A escolha pela profissão de psicologia emergia do desejo em cuidar do outro não apenas da parte biológica, mas da psiquê, compreendendo que o sujeito não é apenas um corpo, um físico. Durante minha graduação preocupei-me em me formar não apenas com técnicas, mas com humanização.

Fiz algumas especializações: Saúde da Família, Metodologia e Didática do Ensino Superior, Psico oncologia, Psicologia Hospitalar e em Psicanálise. Mas meu desejo sempre foi o mestrado. O Mestrado Profissional em Cuidados Primários, foi e é meu desejo maior, receber o título em uma área que sempre quis atuar. Atualmente, exerço a profissão atuando em uma clínica privada, atendendo crianças e adolescentes.

A pesquisa com idosos foi um desafio, pois por muito tempo foi uma fraqueza o trato com o público idoso, justamente pelas perdas de idosos tão queridos na minha família. E, também pelo pouco contato com esse público. Mas ao me ser apresentada a proposta, “mergulhei” nesse universo. Hoje me sinto extremamente feliz e satisfeita, em poder contribuir com essa pesquisa que espero que seja um diferencial na vida de profissionais, familiares e/ou cuidadores e também do idoso, assim como foi na minha.

Um público tão vulnerável e com tantos riscos precisa ser tratado de maneira mais cuidadosa. Desejo que esse trabalho oportunize esse cuidado. Espero não apenas apresentar esse estudo, mas também atuar contribuindo em estimular nos idosos que é possível vivenciar a velhice de maneira mais alegre e saudável. Oportunizando uma vida mais longa e com mais qualidade.

1. INTRODUÇÃO/ REVISÃO DE LITERATURA

O aumento da expectativa de vida associado à redução das taxas de fertilidade tem ocasionado um crescente aumento da população idosa em todo o mundo (OMS, 2015). Permeado por diversas modificações biopsicossociais, além de físicas e culturais, o envelhecimento é um processo crescente na população mundial e repercute em diversas dimensões do indivíduo (COLUSSI et al., 2019).

A Organização das Nações Unidas define “idoso” de forma diferente em países desenvolvidos e em países em desenvolvimento. Para os países desenvolvidos, idosos são pessoas com 65 anos ou mais; já para os países em desenvolvimento, como o Brasil, idosos são as pessoas com 60 anos ou mais (ONU, 1982). Estima-se que a faixa etária de pessoas com idade superior ou igual a 60 anos, até 2050, constituirá aproximadamente 30% da população em cerca de 64 países em todo o mundo (MIRANDA; MENDES; SILVA, 2016).

Projeções sugerem que até 2060 a população brasileira terá 173,47% de aumento do número de idosos ao longo de todo país, o que demonstra que o Brasil está envelhecendo, e de maneira acelerada. Calcula-se que uma a cada três pessoas terá 65 anos até 2060 no estado de Minas Gerais. Com isso, aproximadamente 29% da população mineira serão de idosos (IBGE, 2018). No censo realizado em 2010, em Montes Claros, a população estimada de idosos foi de 30.790, correspondendo a 9,1% da população na mesma época. Em 2020, estimativas apresentaram que a população aproximada de habitantes era de 413.487 pessoas no mesmo município. Conseqüentemente, também houve um significativo aumento da população idosa, já que as expectativas demonstram um aumento gradativo do número de idosos (IBGE, 2011; IBGE, 2020).

A Política Nacional do Idoso, aprovada pela Lei nº 8.842/94, propõe para os idosos, garantias como direitos sociais e lhes autoriza a exercerem sua plena cidadania, sua autonomia, integração e atuação na comunidade em que estão inseridos. Essa legislação também assegura direitos que envolvem políticas de saúde, acesso à cultura, lazer, habitação e saneamento básico (BRASIL, 1994).

Outras iniciativas foram estabelecidas. Dentre elas, cita-se a Lei nº 10.741/2003, correspondente à Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa – PNSPI, aprovada pela portaria nº 2.528/2006 (BRASIL, 2003; BRASIL, 2006). A política reafirma a Constituição Federal Brasileira através do art. 196/88, o qual garante a saúde como “direito de todos e dever do Estado”, além de buscar a redução do risco e dos agravos de doenças, bem como o

acesso de todos, de forma igualitária, às ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde (BRASIL,1988).

As modificações no perfil populacional apontam para uma reformulação de políticas que propiciam novas formas do cuidar e que buscam melhorias na qualidade de vida e na manutenção da habilidade funcional. Além disso, essas novas reformulações também objetivam a prevenção das condições crônicas de saúde e a criação de modelos que contemplem e respeitem as características próprias do processo do envelhecimento, além de propiciarem o atendimento integral. Dessa forma, é possibilitado que a população idosa viva de forma ativa e com qualidade, não apenas vivendo por mais tempo (MIRANDA; MENDES; SILVA, 2016; SCOLARI et al., 2018).

No decorrer dos anos e com o processo natural do envelhecimento, os problemas de saúde tornam-se mais perceptíveis. Idosos que mensuram sua saúde como negativa apresentam um risco maior de adoecimento, institucionalização, hospitalização e mortalidade (JEREZ-ROIG et al., 2016; NIELSEN et al., 2014; MEDEIROS et al., 2016; CARNEIRO et al., 2019).

A busca por uma boa saúde é um desafio para toda a população, principalmente pelo objetivo de aumento da longevidade. A caracterização e a compreensão de saúde são variantes para cada indivíduo, o que justifica a necessidade de estudos que avaliem a percepção de saúde entre idosos, os quais representam esse grande contingente populacional (RIBEIRO et al., 2018).

Estudos longitudinais com idosos ainda são limitados, o que é justificado, principalmente, pela perda amostral característica dessa faixa etária ao longo da pesquisa. Grande parte de estudos conduzidos com idosos, tanto no Brasil como em outros países, tem delineamento transversal, tornando mais difícil determinar relações de causalidade e agravamento. Em virtude disso, o delineamento longitudinal é uma rica metodologia, haja vista que poderá abarcar resultados reais do processo da autopercepção no decorrer do tempo entre os idosos (CARNEIRO et al., 2019, ANDRADE; LOCH; SILVA, 2019, ARGIMON; STEIN, 2005, MEDEIROS et al., 2016).

Este trabalho teve como propósito identificar por meio de um estudo longitudinal, com a população idosa de Montes Claros - MG avalia a própria saúde e quais os fatores estão associados à autopercepção negativa de saúde entre os idosos que residem na comunidade, partindo do pressuposto de que a definição que o idoso faz de sua saúde poderá predizer sua qualidade de vida. Esse trabalho tem como intuito apresentar de forma clara, precisa e fidedigna resultados de como os idosos comunitários percebem sua saúde e fomentar a

sensibilização e a melhoria nos serviços de saúde, além de apresentar resultados para subsidiar a busca de um cuidado integral da população idosa.

1.1. Envelhecimento

O envelhecimento é definido como um movimento inato, gradual e irreversível, inerente a todo ser humano e que ocorre a cada dia, ao longo da vida. Resulta em um declínio biológico constante e inevitável e está intrinsecamente associado a fatores biopsicossociais e espirituais do indivíduo (CARNEIRO et al., 2019; SANTOS et al., 2019).

O processo do envelhecimento é vivenciado de forma individual e singular por cada um e envolve diversas condições como estilo e hábitos de vida, hereditariedade, condições emocionais, dentre outras (BORGES et al., 2014). O envelhecer é algo natural e normal, e está correlacionado à capacidade de adaptação do sujeito no meio ambiente. Cada indivíduo envelhecerá a sua maneira (CIOSAK et al., 2011). Ademais, o envelhecimento abrange implicações em níveis funcionais e estruturais e pode provocar déficit motor e dificuldades psicossociais, o que poderá acarretar em influências negativas na relação da pessoa com o seu meio (SANTOS et al., 2019).

O envelhecer resulta em uma tendência da limitação das habilidades do sujeito. Conseqüentemente, há um aumento do risco de desenvolver diversos tipos de doenças, além do comprometimento da capacidade funcional dos idosos para realizar as atividades até então rotineiras (CARNEIRO et al., 2019). O envelhecimento é interpretado como um momento de limitações e perdas, especialmente dos papéis sociais. Esses estereótipos negativos derivam da não aceitação e/ou distorção da própria idade. Ademais, há uma tendência da não aceitação da fase vivida no momento da velhice, o que está vinculado às limitações existentes entre a saúde e a doença (COLUSSI; PICHLER; GROCHOT, 2019).

O envelhecimento da população mundial é uma realidade cada vez mais evidente, especialmente nos países em desenvolvimento como o Brasil, o que resulta em grandes desafios para a saúde pública na atualidade (MIRANDA; MENDES; SILVA, 2016, SANTOS et al., 2019). Envelhecer de forma saudável demanda adaptações no sistema de saúde que garantam à população idosa a qualidade de acesso e utilização dos serviços de saúde (COLUSSI; PICHLER; GROCHOT, 2019).

O aumento acelerado da população idosa brasileira impulsiona uma mudança no perfil epidemiológico no país. Evidencia-se, nessa transição etária, a redução da mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias e o aumento da prevalência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), que implicam na necessidade de conhecer as condições de saúde

da população idosa, aumentando a quantidade de estudos de acompanhamento dessa população, os quais podem ser importantes para nortear a organização dos serviços de saúde (MIRANDA; MENDES; SILVA, 2016; JEREZ-ROIG et al., 2016; MEDEIROS et al., 2016).

1.2. Autopercepção de saúde entre idosos e fatores associados

A autopercepção de saúde foi incluída como parâmetro de medida epidemiológica desde a década de 1950, por apresentar alta confiabilidade e validade, se tratar de um parâmetro robusto e de fácil aplicação, além de funcionar como um bom preditor de condições importantes para a avaliação da população idosa, tais como a morbimortalidade e a longevidade. É um importante indicador de condições sociodemográficas, psicológicas, culturais e de saúde, tanto de estudos transversais como longitudinais. Ademais, incorpora componentes físicos, cognitivos e emocionais, bem como aspectos relacionados ao bem-estar e à satisfação com a própria vida. Esse parâmetro auxilia também no reconhecimento de necessidades primordiais em saúde e suas associações (ANDRADE; LOCH; SILVA, 2019; MEDEIROS et al., 2016; PAVÃO; WERNECK; CAMPOS, 2013; REICHERT; LOCH; CAPILHEIRA, 2012).

Verificar como o idoso percebe e avalia sua saúde tem sido de relevância mundial e, por isso, estudos transversais sobre a temática têm aumentado tanto em âmbito nacional (MEDEIROS et al., 2016; CARNEIRO et al., 2020; LINDEMANN et al., 2019); quanto internacional (OCAMPO-CHAPARRO et al., 2013). No Brasil, essa investigação é de extrema relevância, justificada pelo rápido aumento da população idosa e das repercussões desse aumento para diversas áreas de interesse do cuidado com a saúde dessa população (MEDEIROS et al., 2016; CARNEIRO et al., 2020). A caracterização e compreensão da saúde apresentam variações entre os indivíduos: cada sujeito faz a própria interpretação de suas condições de saúde, evidenciando que a caracterização e a compreensão que cada um fará sobre sua saúde tem um significado singular e individual (RIBEIRO et al. 2018).

É importante destacar que, a despeito da importância do indicador, há distintas interpretações para verificar a autopercepção negativa de saúde em idosos, o que requer bastante cuidado nas equiparações de resultados. Essas discordâncias podem ser justificadas por diversas características, como: perfis sociodemográfico e econômico, característicos da região e os serviços de saúde local, tipo da amostra, cenário da pesquisa, distinções de regiões, além de insatisfações diante das oscilações de bem-estar, decorrentes do quadro clínico das doenças (CARNEIRO et al., 2020; MEDEIROS et al., 2016; CONFORTIN et al., 2015). Todavia, tais discordâncias não invalidam ou desprestigiam a importância do indicador

perante sua proficiência em estudos epidemiológicos (CARNEIRO et al., 2020; MEDEIROS et al., 2016; AGUILAR-PALACIO; CARRERA-LASFUENTES; RABANAQUE, et al., 2015).

Por ser uma avaliação subjetiva, a autopercepção de saúde é multifatorial. Para os idosos, a percepção negativa sobre sua saúde está intrinsecamente associada às condições crônicas – como as DCNT e seus agravos – ao registro de quedas no último ano, à fragilidade e a dificuldade de acesso aos serviços de saúde; de modo geral, existe uma relação direta entre a autopercepção de saúde e às condições de morbidade e risco iminente à vida (MEDEIROS et al., 2016). Ademais, há estudos que apontam aspectos como possuírem sintomas depressivos e o fato de não estarem trabalhando – contribuindo para a inatividade física – como possíveis preditores para um desfecho negativo na avaliação da autopercepção de saúde entre idosos (CARNEIRO et al., 2020; LINDEMANN et al., 2019).

- **Condições crônicas**

Condições crônicas de saúde estão associadas à autopercepção de saúde negativa, justamente porque estão correlacionadas à assimilação do risco de vida. Ademais, em decorrência do uso contínuo de medicamentos e/ou da polifarmácia, para os idosos, as doenças crônicas interferem negativamente na saúde e são grandes dificultadores do processo de autonomia (MEDEIROS et al., 2016; LINDEMANN et al., 2019; RIBEIRO et al., 2018).

Evidencia-se que as doenças crônicas, por serem de caráter irreversível, provocam repercussões no idoso de forma mais incisiva, sobretudo por interferirem nas habilidades de vida física e psicológica e, por vezes, no comprometimento da autonomia e da independência. Dificuldades decorrentes da idade avançada e da ocorrência das DCNT culminam no uso medicamentoso constante e ininterrupto e na dificuldade em realizar as atividades instrumentais de vida diária (AIVDs). Assim, como os sinais e sintomas decorrentes das DCNT muitas vezes provocam dores e/ou morbidades, ocorre, por parte dos idosos, uma percepção negativa de sua própria condição de saúde (MEDEIROS et al., 2016; TAVARES et al., 2014; CARNEIRO et al., 2019; RIBEIRO et al., 2018). Entender o agravamento e a prevalência das comorbidades ao longo do processo do envelhecimento se torna importante. Em virtude disso, estudos longitudinais são necessários para elucidar tais questões.

A autopercepção de saúde para os idosos tem caráter subjetivo, é compreendida de forma negativa e comumente está associada a situações incapacitantes, ao agravamento das condições saúde e ao maior risco de vida. Destaca-se que, para o idoso, a auto avaliação negativa de saúde está associada, mais comumente, aos registros de Hipertensão Arterial

Sistêmica (HAS), Cardiopatias, Asma ou “bronquiteasmática”, Doenças Reumáticas, Diabetes Mellitus, dentre outras (MEDERIOS et al., 2016; ARRUDA et al., 2015; ARBEX; ALMEIDA et al., 2009; BARBOSA et al., 2014; RIBEIRO et al., 2009; JEREZ-ROIG et al., 2016).

- **Fragilidade**

Definida como uma condição clínica de vulnerabilidade elevada, a fragilidade é consequência do declínio no funcionamento e na reserva fisiológica, relativo ao processo de envelhecimento. Ademais, está associada ao impacto de ordem biológica e de condições crônicas, o que predispõe o indivíduo a aumento na vulnerabilidade às doenças e influencia diretamente na capacidade funcional dos idosos na realização de atividades rotineiras (MEDEIROS et al., 2016)

O acúmulo de modificações fisiopatológicas vivenciadas pelos idosos resulta em uma progressiva dependência, o que os torna cada vez mais fragilizados (LLANO et al., 2019). A síndrome de fragilidade em idosos (SFI) decorre de mudanças multidimensionais e está relacionada aos fatores biológicos, psicológicos e sociais. Tais condições são comumente identificadas em idosos que apresentam vulnerabilidade e privação da resistência fisiológica para manter ou recuperar a homeostase, diante ou após a ocorrência de estressores externos. Isso resulta em um maior risco de ocorrência de desfechos clínicos adversos, como diminuição da força, dependência para a realização das atividades, queda, institucionalização, hospitalização e até a morte (CARNEIRO et al., 2019; BOUILLON et al., 2013; FENG et al., 2017; AGUILAR-PALACIO; CARRERA-LASFUENTES; RABANAQUE, et al., 2015).

A SFI, por ser uma condição de caráter múltiplo, difere entre idosos, o que pode resultar em uma sucessiva debilidade. Contudo, os desfechos e repercussões resultantes das doenças aparentam ser mais estreitamente associados à autopercepção negativa da saúde quando comparadas às próprias doenças em si. Assim, corroborando com tais evidências, estudos nacionais e internacionais apresentam uma associação significativa da fragilidade com a autopercepção negativa de saúde para o idoso (KANWAR et al., 2013; JEREZ-ROIG et al., 2016; VU et al., 2017; OCAMPO-CHAPARRO et al., 2013; MEDEIROS et al., 2016; CARNEIRO et al., 2020; CARNEIRO et al., 2019; FENG et al., 2017). Vale questionar se a fragilidade é capaz de piorar a autopercepção da saúde ao longo do tempo.

- **Sintomas depressivos**

O seguimento do envelhecimento pode ocasionar perdas funcionais, elevando a

instabilidade para o surgimento de doenças crônicas, dentre elas, a depressão. Essa doença tem sido considerada um problema de saúde pública, em virtude do crescente número de pessoas afetadas e pelas limitações funcionais que desencadeia. A depressão envolve condições físicas e psicológicas como distímia, alterações no sono e no apetite, anedonia, dentre outros. A depressão é de difícil diagnóstico, justamente pela similaridade dos sintomas que podem se confundir com queixas somáticas decorrentes do processo do envelhecimento (DIDONÉ et al., 2020).

Em idosos, a depressão tem sido uma das doenças de maior prevalência, o que pode repercutir significativamente na qualidade de vida. Essa condição pode incidir em vários aspectos, não apenas produzindo sofrimento psíquico, mas também agravos das habilidades rotineiras e comprometimentos sociais e familiares, consequentemente elevando os custos da saúde pública. Analisar e compreender a saúde mental, bem como as condições relacionadas ao estado de saúde mental, favorecerá para a organização de informações e orientações para a melhor conduta e delineamento de políticas públicas que objetivem um envelhecimento de forma mais saudável (HELLWIG; MUNHOZ; TOMASI, 2016). Ressalta-se que o tema é bastante pertinente e necessita de estudos com acompanhamento ao longo do tempo, a fim de estabelecer relações de causa e efeito entre a condição identificada e a autopercepção da saúde.

Para o DSM-5, os principais sintomas da depressão são humor deprimido na grande parte do dia, diminuição e/ou abandono das atividades de interesse, perda ou ganho significativo de peso, insônia ou hipersônia, diminuição da energia ou fadiga, capacidade de raciocínio e/ou concentrar diminuída, pensamento recorrente de morte (APA, 2014). O que resulta em grandes implicações não tanto no contexto social, emocional e profissional do indivíduo.

A autopercepção negativa de saúde pelos idosos pode estar associada ao aparecimento de sintomas depressivos. Essa associação tem conclusões robustas. Apesar de ter um caráter subjetivo, a percepção que o idoso tem sobre sua saúde está associada a uma piora da saúde orgânica, o que interfere diretamente em sua vida. Para os idosos, a negatividade relacionada à saúde é consequência de um montante de sinais e sintomas de doenças crônicas, as quais incidem sobre a saúde mental por meio da manifestação de sintomas depressivos (CARNEIRO et al., 2020; MENDES-CHILOFF et al., 2019).

- **Registro de quedas no último ano**

As quedas em idosos podem prever o princípio da fragilidade ou da ocorrência de

doenças agudas. Para os idosos, as quedas resultam regularmente em lesões e fraturas, que afetam as atividades da vida diária e aumentam os indicadores de institucionalização. Ademais, as quedas tendem a reduzir o estado geral de saúde do idoso e a incrementar gastos com serviços de saúde, promovendo um relevante impacto na saúde pública (CANEIRO et al., 2019).

A labilidade física e a dependência do idoso são fatores que se evidenciam no processo do envelhecimento. Nessa fase, as condições para sofrer lesões, resultantes de incidentes provocados por quedas, são mais recorrentes. Essas quedas configuram importante condição de internações e mortes, tornando-se um dos mais importantes prenunciadores de morbimortalidade. Ademais, conforme registros contidos no Protocolo de Prevenção de Quedas do Ministério da Saúde do Brasil, indivíduos que se acidentaram constituem sujeitos com maior ocorrência de cuidados de longa permanência (CARNEIRO et al., 2019; SANDOVAL et al., 2013; BRASIL, 2013).

As consequências, além de físicas, como as restrições e incapacidades, podem também ser psicológicas, como os traumas. Com isso, funções como a autonomia e a independência podem ser prejudicadas, ocasionando um comprometimento na qualidade de vida desses idosos e, conseqüentemente, na autopercepção de saúde. Em virtude disso, a ocorrência de quedas é um fator frequentemente associado às condições negativas de compreender a saúde por idosos, em decorrência de todas as relutâncias nocivas ocasionadas por elas, incluindo a restrição da locomoção ou a dificuldades com a marcha (MEDEIROS et al., 2016; SIQUEIRA et al., 2007; SILVA; TRELHA; SILVA JUNIOR, 2013).

- **Dificuldade de acesso aos serviços de saúde**

O acesso é definido como a dimensão de facilidade com que as pessoas adquirem cuidados de saúde ou o benefício de participar no sistema de saúde. Todavia, ainda que os termos “acesso” e “utilização de serviços de saúde” sejam utilizados como sinônimos, conforme apresentado em grande parte da literatura, observa-se que ambos apresentam diferenças significativas. O termo “utilização de serviços de saúde” exprime toda a relação direta com esses serviços e pode ser assimilado como indicativo de que o acesso foi atingido (ALMEIDA et al., 2020; ALMEIDA et al., 2017).

O Brasil adota um sistema de saúde diferenciado comparado a outros países, no que se relaciona ao incentivo financeiro, prestação de serviços, combinação e organização dos prestadores. Tem garantias por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), que representa um sistema público e gratuito de esfera federal e universal. Contudo, esse sistema convive com

um sistema privado robusto, representado por planos e seguros de saúde. É considerável que ocorram avanços das políticas de saúde brasileiras destinadas à assistência da população idosa; contudo, ainda há grande necessidade de melhorias (ALMEIDA et al., 2017).

Os impasses referentes ao acesso aos serviços de saúde para idosos diz respeito também a aspectos geográficos, associando-se condições como baixa oferta de serviços, além de aspectos organizacionais, socioeconômicos, culturais, religiosos, epidemiológicos e de comunicação. Apesar disso, idosos são os que mais tendem a procurar e utilizar os serviços de saúde, devido ao processo inerente ao envelhecimento (ALMEIDA et al., 2020; CRUZ et al., 2020).

O envelhecimento apresenta repercussões importantes, com a menor disposição do idoso em buscar os serviços de saúde e deslocar-se nos diferentes níveis de atenção. Além disso, fatores como necessidades individuais, qualidade de vida e nível de conhecimento sobre sua saúde, associados ao perfil de morbidade, também podem incidir como fator dificultador do acesso aos serviços de saúde para idosos. Essas intempéries de acesso e utilização dos serviços de saúde podem estimular a uma autopercepção negativa de saúde pelos idosos, gerada a partir do desânimo diante da impossibilidade de melhorar sua saúde (ALMEIDA et al., 2020; CRUZ et al., 2020).

Estudos realizados em São Paulo, no Rio Grande do Sul e em Minas Gerais fazem referência à autopercepção negativa de saúde pelos idosos, por estarem estreitamente associada a fatores que envolvem a presença de morbidade, fragilidade e outras disposições estabelecidas. Ocorre então uma grande necessidade de procura e uso dos serviços de saúde. Assim, com essa maior necessidade, torna-se mais rotineiro o uso dos serviços, podendo haver impasses no acesso e na utilização desses serviços (LOUVISON et al., 2008; AGOSTINHO et al., 2010; LOYOLA FILHO et al., 2013; MEDEIROS et al., 2016).

Fatores como idade, sexo, estilo de vida, escolaridade e renda, bem como a existência de doenças crônicas, incapacidade funcional e depressão estão associados à autopercepção de saúde para os idosos. É plausível inferir ainda que há singularidades e múltiplos fatores que repercutem na autocompreensão da saúde, o que fundamenta o seguimento de estudos locais e regionais (MEDEIROS et al., 2016; CARNEIRO et al., 2020; BORGES et al., 2014; COLUSSI et al., 2019; ANDRADE; LOCH; SILVA, 2019; CONFORTIN et al., 2015; LINDEMANN et al., 2019; NIELSEN et al., 2014; OCAMPO-CHAPARRO et al., 2013; PAVÃO; WERNECK; CAMPOS, 2013; REICHERT; LOCH; CAPILHEIRA, 2012; RIBEIRO et al., 2018; SILVA; TRELHA; SILVA JUNIOR, 2013).

Na região do norte de Minas Gerais ainda são escassas pesquisas com tal temática e é

expressivo o crescimento da população idosa. Isso evidencia a necessidade de estudos relacionados à autopercepção de saúde para analisar e contribuir de forma incisiva em metodologias que estabeleçam uma melhor forma de cuidar da população, especialmente da idosa, além de apontar grupos mais susceptíveis a desenvolver uma maior vulnerabilidade e morbidade (MEDEIROS et al., 2016; CARNEIRO et al., 2019; CARNEIRO et al., 2020; IBGE, 2010). É grande a carência de estudos longitudinais com o público idoso, por isso é de grande valia pesquisar sobre esse tema.

2. OBJETIVOS

1.1. Objetivo Geral:

- Avaliar longitudinalmente os fatores associados à piora da autopercepção de saúde entre idosos comunitários no município de Montes Claros, norte de Minas Gerais, Brasil.

2.2. Objetivos Específicos:

- Verificar a prevalência de piora da autopercepção de saúde entre idosos comunitários.
- Identificar os fatores associados à transição para a piora da autopercepção em idosos comunitários.
- Desenvolver material didático para intervenção positiva na autopercepção de saúde dos idosos e aplicar em uma Unidade Básica de Saúde.

3. METODOLOGIA

3.1. Tipo de pesquisa:

Este trabalho é um recorte de projeto de pesquisa intitulado “Fragilidade em idosos: estudo longitudinal”, com intuito de avaliar as condições de saúde de idosos comunitários. Trata-se de um estudo com abordagem quantitativa, com delineamento longitudinal, prospectivo e analítico, de base populacional e domiciliar, realizado com idosos comunitários. Nesse estudo, a primeira coleta de dados é aqui denominada de “linha de base”, enquanto a coleta subsequente é denominada de “primeira onda” do estudo. Os dados coletados na primeira onda do estudo também foram utilizados para estudo transversal aninhado à coorte.

3.2. Cenário do estudo:

A pesquisa foi desenvolvida no município de Montes Claros, situado ao norte do estado de Minas Gerais, Brasil. A cidade conta com uma população de aproximadamente 400 mil habitantes e representa o principal polo urbano regional, sendo referência em saúde, considerada a principal cidade da região macro do norte do estado (IBGE, 2011).

3.3. População estudada e Plano amostral:

A população que compunha este estudo, foram idosos com idade ≥ 60 anos, residentes e alocados na zona urbana do município de Montes Claros – MG. O tamanho da amostra foi calculado considerando uma população estimada de 30.790 idosos (IBGE, 2011). A amostragem foi mensurada para estimar a prevalência de cada desfecho em saúde explorado no inquérito epidemiológico. Para o número total de idosos alocados para o estudo na linha de base, considerando-se prevalência do desfecho de 50%, margem de erro de 5% e intervalo de 95% de confiança (IC 95%). Por se tratar de uma amostragem por conglomerados, o número identificado foi multiplicado por um fator de correção e efeito de delineamento (*d_{eff}*) de 1,5%, acrescido de 15% para eventuais perdas. O cálculo amostral definiu 656 idosos, número mínimo de pessoas para o estudo.

O processo de amostragem na linha de base foi probabilístico, por conglomerados em dois estágios. O primeiro momento (ano base) foi realizado em julho de 2013. Utilizou-se como unidade amostral o setor censitário. Foram selecionados aleatoriamente 42 setores (Figura 1), dentre os 362 setores urbanos do município (IBGE, 2011). Posteriormente, foi realizada a primeira onda do estudo, entre os meses de novembro de 2016 e fevereiro de 2017,

configurando o segundo estágio. Nele, definiu-se o número de domicílios, considerando a densidade populacional de indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos. Esses dados de densidade populacional estão disponíveis no IBGE. Nessa etapa, os setores com maior número de idosos tiveram mais domicílios alocados, de forma a produzir uma amostra mais representativa.

Figura1. Mapa do município de Montes Claros representando os 42 setores censitários urbanos, sorteados aleatoriamente.



Fonte: Dados da Pesquisa. Montes Claros – MG.

3.4. Critérios de inclusão e exclusão:

Foram considerados como critérios de inclusão no estudo ter idade igual ou superior a 60 anos e ser residente na zona urbana do município supracitado. A residência de todos os idosos entrevistados na linha de base foi considerada elegível para a nova entrevista na primeira onda do estudo. Como critério de exclusão, considerou-se pessoas com mais de 60 anos que não tinham participado da primeira coleta de dados e idosos institucionalizados.

3.5. Coleta de dados:

A coleta de dados foi realizada no domicílio do idoso e iniciada entre maio e julho de 2013 (linha de base). Todos os entrevistadores: alunos de graduação e pós-graduação, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde (CCBS) da Unimontes dos departamentos de Enfermagem

e Medicina, bem como profissionais da área da saúde, passaram por treinamento prévio para realizar a pesquisa. Esses entrevistadores foram alunos dos cursos de capacitação de enfermagem e medicina da Unimontes, profissionais de várias categorias como enfermeiros, psicólogos, médicos e educadores físicos. Entre os meses de novembro de 2016 e fevereiro de 2017, foi realizada a primeira onda do estudo, pela mesma equipe inicial.

Na linha de base os entrevistadores, previamente capacitados e calibrados, conforme a medida de concordância Kappa (0,8), percorreram os setores censitários a partir de um ponto previamente definido em cada setor censitário para realizarem as entrevistas. Para definição do domicílio a ser investigado, o setor sorteado era percorrido a partir de seu ponto inicial, de forma a visitar os domicílios de forma alternada. No domicílio visitado, caso houvesse idoso, era convidado a participar do estudo; caso não houvesse, era selecionado o próximo domicílio, seguindo o critério de domicílios alternados. Se no domicílio residisse mais de um idoso, era selecionado o de maior idade. No ano-base, entre os meses de maio e julho de 2013, foram alocados para o estudo 685 idosos com idade igual ou superior a 60 anos.

A primeira onda (segunda coleta) do estudo ocorreu entre os meses de novembro de 2016 e fevereiro de 2017, visando dar continuidade à investigação. Nessa etapa, a residência de todos os idosos entrevistados no ano-base foi considerada elegível para a nova entrevista. Os entrevistadores percorreram os mesmos domicílios visitados na linha de base. Dos 685 idosos entrevistados na primeira coleta, 54 faleceram, 78 idosos mudaram de residência e não foram localizados, 67 idosos não foram encontrados no domicílio após três visitas em dias e horários alternados e 92 recusaram participar.

As perguntas do questionário foram respondidas com o auxílio de familiares ou acompanhantes, no caso de idosos incapazes de responder, conforme orientações dos instrumentos de coleta de dados. Os instrumentos aplicados abordavam a autopercepção de saúde e características demográficas, sociais, econômicas e clínicas.

Foram considerados como perdas os idosos que não estavam disponíveis, mesmo com agendamento prévio, para participação em pelo menos três tentativas de visitas em dias e horários alternados, idosos institucionalizados, idosos que mudaram de domicílio, os que faleceram ou idosos cujos familiares/cuidadores recusaram a participação no estudo.

3.6. Instrumentos utilizados:

O processo de preenchimento e de verificação de coerência dos dados e controle de qualidade, bem como o arquivamento das informações, foi coordenado pelo investigador

principal. Os instrumentos aplicados abordavam a autopercepção de saúde e características demográficas, sociais, econômicas e clínicas.

A variável dependente foi avaliada por meio da questão “Como o (a) Sr(a) classificaria seu estado de saúde?”. As opções de resposta eram: “Muito bom”, “Bom”, “Regular”, “Ruim” ou “Muito Ruim”. Os resultados da avaliação da autopercepção de saúde de cada idoso foram comparados entre os dois momentos do estudo (primeira e segunda avaliação), avaliando o registro de transição para um estado pior da autopercepção de saúde. Para a análise dos dados, os resultados da variável dependente foram dicotomizados em dois níveis: piora e não piora da autopercepção de saúde.

As variáveis independentes foram sexo; faixa etária; situação conjugal; arranjo familiar; escolaridade; prática religiosa; possui renda própria; renda familiar mensal; existência de doenças crônicas referidas (hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, doença cardíaca, doença osteoarticular, asma, neoplasia, acidente vascular encefálico); polifarmácia, definida como uso de cinco ou mais medicamentos; perda de peso autorreferida; presença de cuidador; queda nos últimos 12 meses; consulta médica nos últimos 12 anos; internação nos últimos 12 meses e os níveis de fragilidade mensurada pela *Edmonton Frail Scale* (EFS).

As variáveis independentes foram relacionadas à saúde e avaliadas igualmente nos anos da pesquisa (2013 e em 2016/2017), realizada por meio do componente da *Edmonton Frail Scale* – EFS (Apêndice A). A escala tem nove domínios, distribuídos em 11 itens com pontuação de zero a 17. É considerada válida, confiável e de fácil aplicação, já testada e adaptada culturalmente em uma amostra de idosos brasileiros (FABRÍCIO-WEHBE et al., 2009). Os aspectos clínicos referem-se à presença das DCNTs referidas e identificadas pelos idosos por meio de questionários (Apêndice B). Foram analisadas também condições sociodemográficas.

As variáveis independentes foram dicotomizadas da seguinte forma: sexo (masculino ou feminino); faixa etária (até 79 anos ou \geq 80 anos); situação conjugal (com companheiro, que foi composta por casados e em união estável, ou sem companheiro, composta de solteiros, viúvos e divorciados); arranjo familiar (reside sozinho ou reside com outras pessoas); escolaridade (até quatro anos ou maior que quatro anos de estudo); prática religiosa (sim ou não); possui renda própria (sim ou não); renda familiar mensal (\leq salário mínimo ou $>$ que um salário mínimo); existência de doenças crônicas referidas (hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, doença cardíaca, doença osteoarticular, asma, neoplasia, acidente vascular encefálico); polifarmácia, definida como uso de cinco ou mais medicamentos (sim ou não);

perda de peso autorreferida (sim ou não); presença de cuidador (sim ou não); queda nos últimos 12 meses (sim ou não); consulta médica nos últimos 12 anos (sim ou não); internação nos últimos 12 meses (sim ou não) e os níveis de fragilidade mensurada pela *Edmonton Frail Scale* (EFS).

3.7. Análise estatística

Os dados para compor as variáveis independentes foram extraídos da primeira onda do estudo (segunda fase da coleta).

Para a organização e investigação dos dados foram realizadas análises descritivas seguidas de análises bivariadas que pretendiam identificar fatores associados à variável dependente (piora da autopercepção de saúde). Para tanto foi empregado o teste qui-quadrado. Estimou-se a magnitude das associações a partir das razões de prevalência (RP). Por meio da regressão de Poisson, com variância robusta, calculou-se as RP ajustadas. As variáveis elegíveis para a elaboração do modelo final foram aquelas que na análise bivariada estiveram mais fortemente associadas com a piora da autopercepção de saúde, até o nível de significância de 20% ($p < 0,20$). Para a definição do modelo final adotou-se um nível de significância de 0,05 ($p < 0,05$). As informações coletadas foram analisadas por meio do programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 17.0 (SPSS for Windows, Chicago, EUA).

3.8. Considerações éticas

Trata-se de um recorte do projeto amplo, ao qual foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, seguindo os parâmetros contidos na Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde/ Ministério da Saúde, por meio do Parecer Consubstanciado Nº: 1.629.395 (Anexo A). Foram sempre considerados, ao longo de todo o estudo, os aspectos éticos para pesquisa em seres humanos. Em todas as etapas da coleta e análise de dados foram assegurados o sigilo e a confidencialidade das informações.

Nomomento da entrevista, foi apresentado aos participantes o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice C) e elucidadas as eventuais dúvidas. A aplicação do questionário foi realizada somente após a assinatura do termo.

4. PRODUTOS CIENTÍFICOS

4.1 **Artigo científico:** Avaliação da piora da autopercepção de saúde em idosos: estudo longitudinal- Formatado e submetido conforme as normas editoriais do periódico: Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia- RBGG.

Título Longo em português: Avaliação da piora da autopercepção de saúde em idosos: estudo longitudinal.

Título longo em português: Assessment of worsening self-perception of health in the elderly: a longitudinal study.

Título curto em português: Piora da autopercepção de saúde em idosos.

Título curto em inglês: Worsening self-perception of health in the elderly.

Resumo

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

Palavras-chave: Autopercepção. Idosos. Fatores de Riscos. Condições de Saúde. Estudos Longitudinais.

Abstract

Objective: to identify factors associated with worsening self-perception of health in community-dwelling elderly. **Method:** This is a prospective and analytical longitudinal study. At baseline, data collection took place at home from a random sampling, by clusters. The second data collection was carried out after an average period of 42 months. Sociodemographic variables related to health and use of health services were analyzed. Self-perception of health was investigated by the question: "How would you classify your health status?". The results of the health classification of each elderly person were compared between the two moments of the study (first wave and baseline) defining the dependent variable. Adjusted prevalence ratios were obtained by Poisson multiple regression analysis with robust variance. **Results:** 394 elderly participated in the two stages of the study, 21.1% worsened their self-perception of health, 26.7% improved and 52.2% showed no change. The variables that remained statistically associated with the transition to a worse self-perceived health assessment were: asthma, systemic arterial hypertension and frailty. **Conclusion:** self-rated health is characterized by a transition between levels of self-rated health. Chronic diseases and frailty showed a longitudinal association with worsening self-perception of health.

Keywords: Self-perception. Elderly. Risk Factors. Health conditions. Longitudinal studies.

INTRODUÇÃO

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

Tal realidade representa um importante desafio para a estruturação da rede assistencial que precisa estar organizada no sentido de acolher adequadamente esse público. Para tanto, algumas linhas de cuidado devem ser adotadas a fim de auxiliar na organização desses serviços e para isso é fundamental conhecer as condições de saúde da população idosa. A avaliação da autopercepção do estado de saúde da pessoa idosa constitui relevante constructo para analisar as condições de saúde³. É um indicador qualitativo da percepção sobre a própria saúde, que pode ser aplicado em grupos populacionais, de forma eficaz, imediata e de baixo custo³⁻⁴.

Abrange componentes físicos, cognitivos e emocionais, bem como aspectos relacionados ao bem-estar e à satisfação com a própria vida⁵⁻⁶, capaz de auspiciar, consistentemente, a morbimortalidade e o declínio da capacidade funcional³⁻⁷. O estilo de vida inadequado, presença de doenças e aspectos relativos à saúde mental tem sido associado à autopercepção negativa de saúde em alguns estudos transversais^{6,8-9}. Poucos estudos realizaram avaliações seriadas da autopercepção de saúde na população ao longo do tempo e no caso desse estudos a população foi composta prioritariamente por adultos¹⁰⁻¹¹. Nenhum outro estudo investigou fatores que podem impactar na piora da autopercepção de saúde entre idosos de forma longitudinal, o que confirma o ineditismo deste estudo. Evidencia-se a necessidade de mais estudos que investiguem os fatores que de fato interferem, ao longo do tempo, na autopercepção de saúde das pessoas idosas e conseqüentemente em uma longevidade saudável do ponto de vista clínico e emocional.

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

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

MÉTODO

Trata-se de um estudo de base populacional e domiciliar, com delineamento longitudinal, prospectivo e analítico com pessoas idosas não institucionalizadas, residentes na zona urbana de Montes Claros, município de porte médio do norte de Minas Gerais, situado no Sudeste do Brasil. O município representa o principal polo urbano regional e possui população aproximada de 400 mil habitantes. O planejamento e execução do estudo foi norteado pelas diretrizes da *Equator*, por meio do instrumento *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology* (STROBE).

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

A coleta de dados na linha de base foi realizada por entrevistadores que foram treinados e passaram por processo de calibração (Kappa 0,8). As entrevistas aconteceram no período de maio a julho de 2013. Como protocolo de coleta de dados os entrevistadores iniciavam de um ponto pré estipulado em cada setor censitário sorteado. Os domicílios eram visitados de forma alternada, quando era encontrada uma pessoa idosa esta era convidada a participar do estudo. No caso de haver mais de uma pessoa idosa a mais velha era convidada a participar. Se não fosse encontrado nenhum idoso no domicílio seguia-se o percurso de pelo critério de alternância de domicílios.

No ano-base, entre os meses de maio e julho de 2013, foram investigadas 685 pessoas idosas (idade \geq 60 anos). A primeira onda (segunda fase da coleta) do estudo ocorreu entre os meses de novembro de 2016 e fevereiro de 2017, visando dar continuidade à investigação. Nessa segunda fase, todas as residências de pessoas idosas que participaram do estudo no ano-base foram novamente visitadas para a segunda coleta de dados. Os critérios de inclusão adotados foram: ter idade igual ou superior a 60 anos, residir no domicílio alocado e aceitar participar do estudo. Todos os domicílios selecionados foram visitados por até três vezes em dias e horários diferentes. Após isso, foram definidas como perdas as pessoas idosas não disponíveis para participação ainda que mediante agendamento. Outras perdas foram: pessoas idosas que mudaram de residência e as que faleceram. Toda etapa

da coleta de dados foi realizada antes de ser declarada pandemia pelo Sars-cov2. O instrumentos de coleta de dados são validados e já foram previamente empregados^{3,12}.

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

Os dados para compor as variáveis independentes foram extraídos da primeira onda do estudo (segunda fase da coleta). As variáveis foram agrupadas em sociodemográficas, relativas a saúde e uso de serviços de saúde. Foram dicotomizadas da seguinte forma: sociodemográficas: sexo (masculino ou feminino); faixa etária (até 79 anos ou \geq 80 anos); situação conjugal (com companheiro, que foi composta por casados e em união estável, ou sem companheiro, composta de solteiros, viúvos e divorciados); arranjo familiar (reside sozinho ou reside com outras pessoas); tempo de escolaridade (até quatro anos ou maior que quatro anos de estudo); leitura (sabe ler ou não sabe ler); prática religiosa (sim ou não); possui renda própria (sim ou não); renda familiar mensal (\leq salário mínimo ou $>$ que um salário mínimo). Relativas à saúde: existência de doenças crônicas referidas (hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, doença cardíaca, doença osteoarticular, asma, neoplasia, acidente vascular encefálico); polifarmácia, definida como uso de cinco ou mais medicamentos (sim ou não); perda de peso autorreferida (sim ou não); presença de cuidador (sim ou não); queda nos últimos 12 meses (sim ou não) e os níveis de fragilidade mensurada pela *Edmonton Frail Scale* (EFS)¹⁴⁻¹⁵. Uso dos serviços de saúde: consulta médica nos últimos 12 anos (sim ou não); internação nos últimos 12 meses (sim ou não), avaliou-se ainda a percepção de dificuldade para utilização do serviço de saúde mais procurado (sim ou não).

A EFS possibilita uma avaliação da fragilidade por meio de nove domínios, a partir de 11 itens com escore de zero a 17. Os valores dos scores determinam que entre zero e quatro não há presença de fragilidade; cinco e seis indicam uma aparente vulnerabilidade; sete e oito, sugerem fragilidade leve; nove e 10, fragilidade

moderada; e 11 ou mais, fragilidade severa^{13,15}. Foram considerados frágeis os idosos que apresentavam score ≥ 7 .

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

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

RESULTADOS

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

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

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

Linha de base	Primeira Onda				
	Muito bom	Bom	Regular	Ruim	Muito Ruim
Níveis de autopercepção					

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

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

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

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

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

	Sim	381 (96,7)	300 (78,7)	81 (21,3)	0,609
	Não	13 (3,3)	11 (84,6)	2 (15,4)	
Renda própria					0,359
	Sim	355 (90,1)	278 (78,3)	77(21,7)	
	Não	39 (9,9)	33 (84,6)	6(15,4)	
Renda familiar mensal					0,885
	Até 1 salário mínimo	102 (25,9)	80 (78,4)	22 (21,6)	
	> de 1 salário mínimo	292 (74,1)	231 (79,1)	61 (20,9)	

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

Variável Independente	Amostra n (%)	Piora da Autopercepção		p-valor
		Não n (%)	Sim n (%)	
Hipertensão Arterial				0,033
	Sim	281 (71,3)	214 (76,2)	67 (23,8)
	Não	113 (28,7)	97 (85,8)	16 (14,2)
Diabetes <i>Mellitus</i>				0,234
	Sim	90 (22,8)	67 (74,4)	83 (21,1)
	Não	304 (77,2)	244 (80,3)	60 (19,7)
Doença Cardíaca				0,436
	Sim	110 (27,9)	84 (76,4)	26 (23,6)
	Não	284 (72,1)	227 (79,9)	57 (20,1)
Doença Osteoarticular				0,431
	Sim	189 (48,0)	146 (77,2)	43 (22,8)
	Não	205 (52,0)	165 (80,5)	40 (19,5)
Asma				0,021
	Sim	29 (7,4)	18 (62,1)	11 (37,9)
	Não	365 (92,6)	293 (80,3)	72 (19,7)
Neoplasia				0,210
	Não	356 (90,4)	284 (79,8)	72 (20,2)
	Sim	38 (9,6)	27 (71,1)	11 (28,9)
Acidente Vascular Encefálico				0,959
	Não	365 (92,6)	288 (78,9)	77 (21,1)
	Sim	29 (7,4)	23 (79,3)	6 (20,7)
Polifarmácia				0,038
	Não	287 (72,8)	234 (81,5)	53 (18,5)
	Sim	107 (27,2)	77 (72,0)	30 (28,0)
Perda de Peso Autorreferida				

	Não	335 (85)	267 (79,7)	68 (20,3)	0,373
	Sim	59 (15)	44 (74,6)	15 (25,4)	
Presença de Cuidador					
	Sim	348 (88,3)	276 (79,3)	72 (20,7)	0,614
	Não	46 (11,7)	35 (76,1)	11 (23,9)	
Queda nos últimos 12 meses					
	Não	271 (68,8)	218 (80,4)	53 (19,6)	0,276
	Sim	123 (31,2)	93 (75,6)	30 (24,4)	
Fragilidade					0,000
	Sim	111 (28,2)	100 (69,0)	45 (31,0)	
	Não	283 (71,8)	211 (84,7)	38 (15,3)	
Consulta médica nos últimos 12 meses					
	Sim	34 (8,6)	29 (85,3)	5 (14,7)	0,341
	Não	360 (91,4)	282 (78,3)	78 (21,7)	
Internação nos últimos 12 meses					0,080
	Sim	57 (14,5)	40 (70,2)	17 (29,8)	
	Não	337 (85,5)	271 (80,4)	66 (19,6)	
Dificuldade de Acesso					0,140
	Sim	130 (33,0)	97 (74,6)	33 (25,4)	
	Não	264 (67,0)	214 (81,1)	50 (18,9)	

No modelo final as covariáveis que permaneceram estatisticamente associadas à piora da autopercepção de saúde, após análise múltipla, foram: asma, hipertensão arterial sistêmica e fragilidade (Tabela 4).

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

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

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

DISCUSSÃO

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

longitudinal com a piora desses níveis de autopercepção de saúde.

É importante destacar que não foram encontradas diferenças significativas para as principais características entre a população de idosos acompanhada do ano-base e a população de idosos considerada como perdas (57,5%) no decorrer do seguimento deste estudo. Logo, aponta para uma perda não diferencial¹⁶.

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

Os resultados deste estudo evidenciam associação significativa da piora da autopercepção do estado de saúde com a fragilidade. As pessoas idosas frágeis apresentam vulnerabilidade fisiológica para manter ou recuperar a homeostase após a ocorrência de eventos estressores. Essa descompensação da homeostase surge quando eventos agudos, físicos, sociais ou psicológicos são capazes de promover o aumento de efeitos deletérios sobre os diferentes sistemas orgânicos de pessoas idosas frágeis. Trata-se da diminuição das reservas energéticas decorrente de alterações relacionadas ao processo de envelhecimento, compostas por sarcopenia, desregulação neuroendócrina e disfunção imunológica¹⁷⁻¹⁹. Assim a síndrome da fragilidade com tantas interferências na funcionalidade e na autonomia do idoso é capaz de interferir negativamente ao longo do tempo na sua autoavaliação de saúde.

A relação entre fragilidade de pessoas idosas e autopercepção negativa da saúde já foi identificada em estudos transversais^{3,29}. Entretanto, não foi encontrado na literatura outro estudo que avaliasse os determinantes da piora da autopercepção de saúde em pessoas idosas ao longo do tempo o que inviabilizou a comparação de resultados do presente estudo com outras investigações semelhantes.

Revisão sistemática recente mostra que a fragilidade é altamente prevalente em idosos sul-americanos, com taxas mais altas do que as encontradas na Europa e na Ásia²⁰. Esses achados indicam a necessidade de propostas capazes de evitar a progressão, tanto da fragilidade, quanto da autopercepção de saúde de idosos em direção a resultados negativos para a saúde. Esse aspecto é particularmente importante para os profissionais de saúde que assistem essa população. As equipes da Estratégia Saúde da Família devem estabelecer maior aproximação com esses indivíduos, com a implantação de protocolos assistenciais direcionados às ações

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

A piora da autopercepção de saúde também se associou à asma. Considerado um dos principais problemas de saúde pública, a asma é uma inflamação obstrutiva crônica dos brônquios com exacerbações agudas reversíveis, causada pela reação aumentada por vários estímulos inalatórios ou alimentares, ocasionando constrição da musculatura dos brônquios, edema da sua parede e hipersecreção das glândulas mucosas, levando a quadro clínico característico: dispneia, tosse, sibilos²¹.

A asma já foi associada a autopercepção negativa de saúde entre idosos²⁹. Entretanto, não foram encontrados outros estudos que mostrassem relação da asma com a piora da autopercepção ao longo do tempo. É possível estabelecer um paralelo entre a possível gravidade dos casos da doença, que podem inclusive oferecer risco de morte²⁹ e seus impactos negativos na piora da autopercepção de saúde. O quadro clínico da asma pode variar de indivíduo para indivíduo, assim como em um mesmo idoso. Há épocas que o quadro clínico pode apresentar sintomatologia exacerbada, necessitando atendimentos de emergência e internação hospitalar. Geralmente, os idosos asmáticos também têm outras doenças crônicas não-transmissíveis concomitantes que complicam e influenciam o tratamento da asma¹⁹ e podem também impactar na piora da autopercepção de saúde. Embora não exista cura, existem tratamentos que melhoram muito os sintomas da asma e proporcionam o controle da doença²¹⁻²². Ações de prevenção dos gatilhos relacionados a crises da asma devem fazer parte dos esforços rotineiros dos profissionais de saúde que acompanham esses idosos no sentido de diminuir a exacerbação da doença e assim evitar o agravamento do indicador de piora da autopercepção de saúde.

A piora da autopercepção de saúde mostrou-se associada ainda à hipertensão arterial sistêmica (HAS) em idosos comunitários. Estudos transversais também identificaram essa associação²³⁻²⁴. A hipertensão arterial sistêmica pode interferir negativamente na autopercepção de saúde em idosos²⁵. Indivíduos hipertensos são orientados a restrição de alguns alimentos, a realização de atividade física, ao uso correto de medicações anti-hipertensivas. Tais mudanças no estilo de vida podem levar o idoso a ter uma percepção negativa da própria saúde. Com o

passar do tempo o agravamento da condição de hipertensão associada ao acréscimo de medicações pode contribuir para a piora da autopercepção negativa da saúde.

Nesse sentido, a educação em saúde é um dos principais dispositivos para viabilizar e efetivar a promoção da saúde dessa população, pois fortalece o desenvolvimento da responsabilidade individual e coletiva para a prevenção de agravos²⁵⁻²⁷. Recomenda-se o estabelecimento de parcerias entre as equipes da Estratégia Saúde da Família e programas de academia ao ar livre, equipes de apoio multidisciplinar, idosos e seus cuidadores para o desenvolvimento de ações de promoção de saúde e prevenção das complicações da HAS. Essas são possibilidades de desenvolver ações duradoras que gerem nos idosos a sensação de pertencimento ao grupo de cuidados a saúde. Tais ações estão embasadas nos estudos de literacia em saúde²⁸ e podem favorecer a adesão prolongada com resultados muito positivos também na autopercepção de saúde em longo prazo.

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

O presente estudo apresenta algumas limitações. A impossibilidade de avaliar as transições de autopercepção de saúde que ocorreram em intervalos de tempo menores que o período decorrido entre a linha de base e a primeira onda do estudo. Além disso, algumas variáveis estudadas foram autorrelatadas. Todavia, apesar dessas limitações, este trabalho possui amostra aleatória, com número expressivo de idosos comunitários. Além disso, trata-se de um estudo inédito que mostra o que de fato influencia na piora do indicador de autopercepção de saúde. Destaca-se ainda o seu potencial de direcionamento de esforços que possam melhorar a autopercepção de saúde entre idosos.

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

CONCLUSÃO

A autopercepção de saúde é caracterizada pela transição entre níveis de autoavaliação de saúde, é um processo dinâmico sujeito a variações ao longo do tempo. Algumas condições de saúde foram associadas à piora da autopercepção de saúde em idosos comunitários: doenças crônicas e fragilidade. Esses resultados devem ser considerados pelas equipes de assistência à saúde na realização de ações planejadas destinadas a saúde do idoso e direcionadas à melhora do indicador de autopercepção de saúde.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization (WHO). World report on ageing and health [Internet] 2015. Disponível em: <http://www.who.int/ageing/events/world-report-2015-launch/en>
2. Veras RP, Oliveira M. Envelhecer no Brasil: a construção de um modelo de cuidado. Ciênc saúde coletiva. 2018;23(6):1929-1936. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.04722018>
3. Carneiro JA, Gomes CAD, Durães W, Jesus DR, Chaves KLL, Lima CA, Costa FM, Caldeira AP. Autopercepção negativa da saúde: prevalência e fatores associados entre idosos assistidos em centro de referência. Ciên saúde coletiva. 2020;25(3):909-918. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020253.16402018>
4. Aguilar-Palacio I, Carrera-Lasfuentes P, Rabanaque MJ. Salud percibida y nivel educativo en España: tendencias por comunidades autónomas y sexo (2001-2012). Gaceta Sanitaria. 2015;29(1);37-43. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2014.07.004>
5. Pagotto V, Bachion MM, Silveira EA. Autoavaliação da saúde por idosos brasileiros: revisão sistemática da literatura. Rev Panam Salud Publica. 2013;33(4):302-310. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2013.v33n4/302-310/pt>
6. Pavão ALB, Werneck GL, Campos MR. Autoavaliação do estado de saúde e a associação com fatores sociodemográficos, hábitos de vida e morbidade na população: um inquérito nacional. Cad Saude Publica. 2013; 29(4):723-734. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2013000400010>
7. Feng Q, Zhu H, Zhen Z, Gu D. Self-rated health, interviewer-rated health, and their predictive powers on mortality in old age. Journals of Gerontology Series B:

- Psychological Sciences and Social Sciences. 2016; 71(3):535-550. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/geronb/gbu186>
8. Peres MA, Masiero AV, Longo GZ, Rocha GC, Matos IB, Najnie K, Oliveira MC, Arruda MP, Peres KG. Auto-avaliação da saúde em adultos no Sul do Brasil. Rev Saúde Pública. 2010;44(5):901-11. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/rsp/2010.v44n5/901-911/pt>
 9. Meireles AL, Xavier CC, Andrade ACS, Friche AAL, Proietti FA, Caiaffa WT. Self-rated health in urban adults, perceptions of the physical and social environment, and reported comorbidities: The BH Health Study. Cad Saúde Pública. 2015;31 Suppl:S1-S17. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00076114>
 10. Andrade GFD, Loch MR, Silva AMR. Mudanças de comportamentos relacionados à saúde como preditores de mudanças na autopercepção de saúde: estudo longitudinal (2011-2015). Cad. Saúde Pública 2019;35(4):e00151418. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00151418>
 11. Sargent-Cox K, Cherbuin N, Morris L, Butterworth P, Anstey KJ. The effect of health behavior change on self-rated health across the adult life course: a longitudinal cohort study. Preventive medicine 2014;58:75-80. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2013.10.017>
 12. Carneiro JA, Ramos GCF, Barbosa ATF, Mendonça JMG, Costa FM, Caldeira AP. Prevalence and factors associated with frailty in non-institutionalized older adults. Rev Bras Enferm. 2016;69(3):435-42. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690304i>
 13. Almeida OP, Almeida SA. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão em Geriatria (GDS) versão reduzida. Arq Neuropsiquiatr. 1999;57(2-B):421-426. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0004-282X1999000300013>
 14. Rolfson DB, Majumdar SR, Tsuyuki RT, Tahir A, Rockwood K. Validity and reliability of the Edmonton Frail Scale. Age and ageing. 2006;35(5):526-9. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/ageing/afl041>
 15. Fabrício-Wehbe SCC, Schiaveto FV, Vendrusculo TRP, Haas VJ, Dantas RAS, Rodrigues RAP. Cross-cultural adaptation and validity of the “Edmonton Frail Scale - EFS” in a Brazilian elderly sample. Rev Lat Am Enfermagem 2009; 17(6):1043-9. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692009000600018>

16. Carneiro JA, Lima CA, Costa FM, Caldeira AP. Cuidados em saúde estão associados à piora da fragilidade em idosos comunitários. *Rev. Saúde Pública*. 2019; 53(32). Disponível em: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2019053000829>
17. Lacas A, Rockwood K. Frailty in primary care: a review of its conceptualization and implications for practice. *BMC Med*. 2012;10(1):1-9. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/1741-7015-10-4>
18. Clegg A, Young J, Iliffe S, Rikkert MO, Rockwood K. Frailty in elderly people. *The Lancet*. 2013;381(9868):752-62. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)62167-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)62167-9)
19. Lourenço RA, Moreira VG, Mello RGB, Santos ISS, Lin SM, Pinto ALF, Lustosa LP, Duarte YAO, Ribeiro JA, Correia CC, Mansur HN, Ribeiro E, Corte RRD, Firriolli E, Uehara CA, Maeda A, Petroni T, Lima TS, Durão SF, Arahamian I, Avesani CM, Jacob Filho W. Consenso brasileiro de fragilidade em idosos: conceitos, epidemiologia e instrumentos de avaliação. *Geriatrics, Gerontology and Aging*. 2018; 12(2): 121-135. Disponível em: <https://doi.org/10.5327/Z2447-211520181800023>
20. Coelho-Junior HJ, Marzetti E, Picca A, Calvani R, Cesari M, Uchida MC. Prevalence of prefrailty and frailty in South America: A systematic review of observational studies. *The Journal of Frailty & Aging*. 2020;9:197-213. Disponível em: <https://doi.org/10.14283/jfa.2020.22>
21. Pecher SA. Asma brônquica no idoso. *Rev. Para. Med*. 2007;21(3):47-51. 2007. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/pdf/rpm/v21n3/v21n3a08.pdf>
22. Ribeiro TEL, Silva ECF, Meneses SLS, Lopes AJ. Correlação dos achados clínicos com os parâmetros funcionais em idosos portadores de asma. *Rev Portuguesa Pneumol*. 2009;15(6):1029-1041. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0873-2159\(15\)30192-6](https://doi.org/10.1016/S0873-2159(15)30192-6)
23. Silva RJS, Smith-Menezes A, Tribess S, Rómo-Perez V, Virtuoso Júnior JS. Prevalência e fatores associados à percepção negativa da saúde em pessoas idosas no Brasil. *Rev Bras Epidemiol*. 2012;15(1):49-62. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1415-790X2012000100005>
24. Loyola Filho AI, Firmo JOA, Uchôa E, Lima-Costa MF. Fatores associados à autoavaliação negativa da saúde entre idosos hipertensos e/ou diabéticos:

- resultados do projeto Bambuí. Rev Bras Epidemiol. 2013; 16(3):559-571. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1415-790X2013000300001>
25. Zanin C, Jorge MGS, Klein SR, Knob B, Lusa AC, Wibelinger LM. Autopercepção de saúde em idosos com hipertensão arterial sistêmica. Revista Interdisciplinar Ciências Médicas-MG. 2017; 1(1):28-36. Disponível em: <http://revista.fcmmg.br/ojs/index.php/ricm/article/view/5/3#>
26. Vasconcelos MIO, Farias QLT, Nascimento FG, Cavalcante ASP, Mira QLM, Queiroz MVO. Educação em saúde na atenção básica: uma análise das ações com hipertensos. Revista de APS. 2017; 20(2):253-262. Disponível em: <https://doi.org/10.34019/1809-8363.2017.v20.15943>
27. Seabra CAM, Xavier SPL, Sampaio YPCC, Oliveira MF, Quirino GS, Machado MFAS. Educação em saúde como estratégia para promoção da saúde dos idosos: Uma revisão integrativa. Rev. bras. geriatr. gerontol. 2019;22(4):e190022. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562019022.190022>
28. Oscalices MIL, Okuno MFP, Lopes MBT, Batista REA, Campanharo CRV. Literacia em saúde e adesão ao tratamento de pacientes com insuficiência cardíaca. Rev. esc. enferm. USP. 2019;53: e03447. Disponível em <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2017039803447>
29. Medeiros SM, Silva LSR, Carneiro JA, Ramos GCF, Barbosa ATF, Caldeira AP. (2016). Fatores associados à autopercepção negativa da saúde entre idosos não institucionalizados de Montes Claros, Brasil. Ciência & Saúde Coletiva. 2016; 21(11), 3377-3386. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320152111.18752015>

4.2 Resumo expandido FEPEG: Autopercepção de saúde entre idosos. - 2019.



ISSN: 1806-549X



CERTIFICADO

Certificamos que o trabalho **AUTOPERCEÇÃO DE SAÚDE ENTRE IDOSOS** com autoria de **FERNANDA CARDOSO ROCHA, GREGORIO RIBEIRO DE ANDRADE NETO, JAIR ALMEIDA CARNEIRO, NATALIA ALVES ALMEIDA MENDES, NORIVAL PEREIRA PEIXOTO NETO, ANGELICA RUAS MOREIRA E FERNANDA MARQUES DA COSTA** e orientação de **FERNANDA MARQUES DA COSTA**, foi submetido e apresentado no formato de pôster no **13º FÓRUM DE ENSINO, PESQUISA, EXTENSÃO E GESTÃO (FEPEG)** promovido pela Universidade Estadual de Montes Claros - Unimontes entre os dias 5 a 8 de novembro de 2019.


Montes Claros/MG, 8 de novembro de 2019

Código: 44970512-b4b8-4c86-8089-b58268b4445b

Verificação: <http://www.fepeg2019.unimontes.br/certificadas/44970512-b4b8-4c86-8089-b58268b4445b>


Prof. Antonio Alvimar Souza
REITOR DA UNIMONTES


Prof. Iva Ruas de Abreu
VICE-REITORA DA UNIMONTES


Prof. Paulo Eduardo Gomes de Barros
PRO-REITOR DE EXTENSÃO
E PRESIDENTE DO XIII FEPEG

Realização:



Apelo:



4.3 Resumo expandido FEPEG: Fatores associados à piora da autopercepção da saúde entre idosos comunitários: um estudo longitudinal. - 2019



ISSN: 1806-549X



CERTIFICADO

Certificamos que o trabalho **FATORES ASSOCIADOS A PIORA DA AUTOPERCEÇÃO DA SAÚDE ENTRE IDOSOS COMUNITÁRIOS: UM ESTUDO LONGITUDINAL** com autoria de **NOURIVAL PEREIRA PEIXOTO NETO, NATÁLIA ALVES ALMEIDA MENDES, ANGELICA RUAS MOREIRA, FERNANDA CARDOSO ROCHA, JAIR ALMEIDA CARNEIRO E FERNANDA MARQUES DA COSTA** e orientação de **FERNANDA MARQUES DA COSTA**, foi submetido e apresentado no formato de pôster no **13º FÓRUM DE ENSINO, PESQUISA, EXTENSÃO E GESTÃO (FEPEG)** promovido pela Universidade Estadual de Montes Claros - Unimontes entre os dias 5 a 8 de novembro de 2019.


Montes Claros/MG, 8 de novembro de 2019

Código: ea9f7bcd-0567-40a2-b3ac-051459538799

Verificação: <http://www.fepeg2019.unimontes.br/certificadas/ea9f7bcd-0567-40a2-b3ac-051459538799>


Prof. Antonio Alvimar Souza
REITOR DA UNIMONTES


Prof. Iva Ruas de Abreu
VICE-REITORA DA UNIMONTES


Prof. Paulo Eduardo Gomes de Barros
PRO-REITOR DE EXTENSÃO
E PRESIDENTE DO XIII FEPEG

Realização:



Apelo:



4.4 Resumo expandido FEPEG: Projeto envelheSER: um relato de experiência.-
2020.



ISSN: 1806-549X

CERTIFICADO

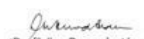
Certificamos que o trabalho **PROJETO ENVELHER-SER: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA** com autoria de **FERNANDA CARDOSO ROCHA, CAROLINA ANANIAS MEIRA TROVÃO, MARIANA MENDES PEREIRA, NOURIVAL PEREIRA PEIXOTO NETO, GIOVANA FERREIRA ANDRADE E JAIR ALMEIDA CARNEIRO** e orientação de **FERNANDA MARQUES DA COSTA**, foi submetido e apresentado no formato de vídeo no **14º FÓRUM DE ENSINO, PESQUISA, EXTENSÃO E GESTÃO (FEPEG)** promovido pela Universidade Estadual de Montes Claros - Unimontes, entre os dias 9 a 13 de novembro de 2020.

Montes Claros/MG, 13 de novembro de 2020

Código: 32a23018-0a2a-46d0-9e7f-5c005be66bfs

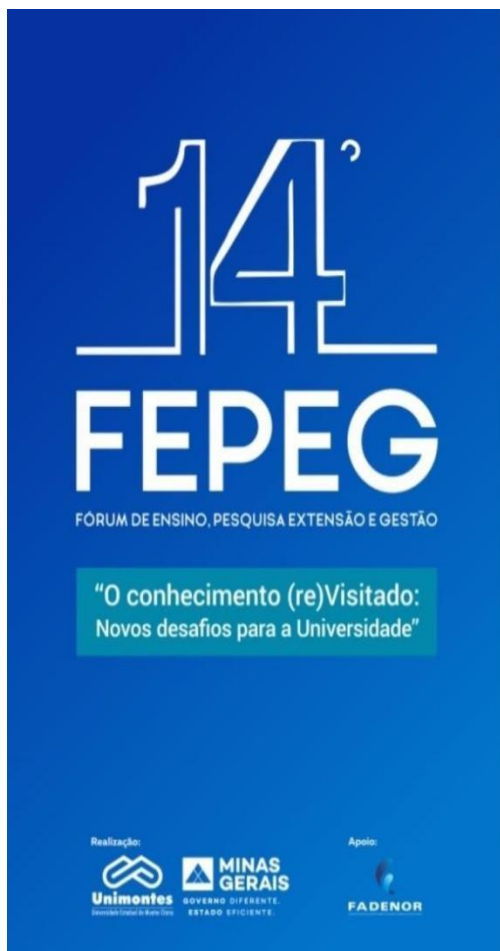
Verificação: <https://www.fepeg.unimontes.br/certificates/32a23018-0a2a-46d0-9e7f-5c005be66bfs>


Prof. Antônio Alvimar Souza
Reitor da Unimontes


Prof. Ilva Ruas de Abreu
Vice-Reitora da Unimontes


Prof. Paulo Eduardo Gomes de Barros
Pró-Reitor de Extensão e Presidente do 14º FEPEG

4.5 Resumo expandido FEPEG: Avaliação da autopercepção de saúde entre idosos comunitários. –2020.



ISSN: 1806-549X

CERTIFICADO


Certificamos que o trabalho **AVALIAÇÃO DA AUTOPERCEPÇÃO DA SAÚDE ENTRE IDOSOS COMUNITÁRIOS** com autoria de **NOURIVAL PEREIRA PEIXOTO NETO, GIOVANA FERREIRA ANDRADE, FERNANDA MARQUES DA COSTA, FERNANDA CARDOSO ROCHA E JAIR ALMEIDA CARNEIRO** e orientação de **FERNANDA MARQUES DA COSTA**, foi submetido e apresentado no formato de vídeo no **14º FÓRUM DE ENSINO, PESQUISA, EXTENSÃO E GESTÃO (FEPEG)** promovido pela Universidade Estadual de Montes Claros - Unimontes, entre os dias 9 a 13 de novembro de 2020.

Montes Claros/MG, 13 de novembro de 2020

Código: cc7e664d-698c-49af-b154-f3bca301374f

Verificação: <https://www.fepeg.unimontes.br/certificates/cc7e664d-698c-49af-b154-f3bca301374f>


Prof. Antônio Alvimar Souza
Reitor da Unimontes


Prof. Ilva Ruas de Abreu
Vice-Reitora da Unimontes


Prof. Paulo Eduardo Gomes de Barros
Pró-Reitor de Extensão e Presidente do 14º FEPEG

5. PRODUTOSTÉCNICOS

5.1 Projeto EnvelherSER: <https://www.youtube.com/watch?v=dp3CZuBYCmE>

O projeto foi desenvolvido com o propósito de estimular a autopercepção positiva de saúde nos idosos adscritos na Estratégia de Saúde da Família (ESF) Planalto 1. Essa ESF está locada no bairro Planalto, no município de Montes Claros - MG e é composta por três ESF's que, conseqüentemente, compõem a Unidade Básica de Saúde (UBS) do bairro supracitado. Esse projeto se tratou de uma Educação em Saúde, desenvolvida no dia 29 de novembro de 2019, contando com a participação de 11 idosos previamente convidados pelas agentes comunitárias de saúde (ACS). O convite foi produzido em material impresso, constando os dados do dia, horário, local e o objetivo do evento, e foi entregue com antecedência nas residências do público alvo. Do projeto, participaram também as ACS e voluntários de uma escolad e cursos técnicos profissionalizantes, além de consultores de beleza.

Foi aplicado um questionário semi estruturado, com perguntas fechadas e uma questão aberta, a qual avaliava a percepção que o idoso tinha sobre seu processo de envelhecimento, apartir das pesquisas prévias realizadas em estudos (CARNEIRO et al., 2020; MEDEIROS et al., 2016; CONFORTIN et al., 2015). Posteriormente à aplicação, todos foram convidados a participar de uma roda de conversa e foram estimulados a falar sobre sua percepção de envelhecimento. Nesse momento, os idosos compartilharam sobre as dificuldades decorrentes desse processo, as limitações apresentadas, salientando que as maiores dificuldades estão associadas à presença das DCNTs e à solidão, pois muitos ficavam longos períodos sem contato com os filhos. Nessa conversa, foi apresentado sobre a autoaceitação, sobre a necessidade de autocuidado com hábitos saudáveis, sobre a necessidade da prática de exercícios físicos – quando consentidas pelo médico – e sobre a necessidade de realizaçãode momentos que lhes forneçam prazer.

Logo em seguida, foi realizada uma dinâmica grupal em círculo, a qual consistia em passar uma caixa em formato de coração de mão em mão para todos os participantes. Dentro dessa caixa, continha um espelho. No início e no decorrer da dinâmica, foi apresentado que dentro da caixa havia algo muito valioso: o produto mais valioso do mundo. Ao abrir a caixa e se depararem com a própria imagem refletida no espelho, os idosos se assustaram; alguns, foram tomados pela emoção e a partir daí houve um consenso entre eles de que o que estava presente no interior da caixa era de fato algo muito valioso.

Em seguida, foi realizado um momento de reflexão, seguido por um vídeo motivacional, contando também com a participação dos voluntários que, junto com os

preceptores, apresentaram sobre a importância da armazenagem e da ingestão correta da medicação, para os que necessitavam. Foi salientada também a importância de procurar os serviços de saúde e não realizar a automedicação. Enquanto isso, houve a aferição da pressão arterial e mensuração da glicemia capilar. Após as intervenções, foi ofertada uma consultoriade beleza, evidenciando a necessidade do autocuidado e a maneira correta de utilização do protetor solar. Para as idosas que quiseram, também estava disponível o minicurso de auto maquiagem.

Finalizamos a intervenção com a reaplicação do questionário, a disponibilização de lanche e o sorteio de brindes. O *feedback* foi apresentado pelos próprios idosos e pelos ACS, que pontuaram sobre a necessidade de mais ações como esta e sobre a efetividade da ação realizada. O projeto envelheSER resultou em uma publicação científica, como relato de experiêncian o FEPEG 2020.



Fotos tiradas do evento – Projeto EnvelheSER – Montes Claros - MG, 2019.

5.2 Pieth: <https://www.youtube.com/watch?v=-sDdH0HnMg8>

Um pequeno vídeo foi elaborado objetivando desenvolver nos idosos uma educação em saúde sobre sua percepção positiva perante o processo de envelhecimento. Trata-se de uma forma lúdica, com linguagem simples e de fácil compreensão, sobre as principais condições, a fim de sensibilizar e desenvolver um auto cuidado no idoso. Esse vídeo apresenta um diálogo entre dois idosos, abordando a necessidade de autocuidado. Inclui também a fala de uma profissional, que ressalta a importância do diálogo estabelecido pelos idosos e finaliza com uma pequena mensagem motivacional. Esse produto será disponibilizado para os idosos, por meio do compartilhamento de redes sociais, além de estar disponível nas UBS e também no *Youtube*, buscando expandir todo o acesso à população idosa. Pretende-se contar especialmente com os agentes comunitários de saúde – já que esses profissionais são de forma exponencial a fonte mais próxima da população, diante do acompanhamento domiciliar-, como familiares e como público geral como divulgadores desse vídeo entre os idosos.

5.3 Gestão do Cuidado em Saúde Mental para Idosos na Estratégia Saúde da Família: uma contribuição

A proposta de Gestão do Cuidado em Saúde Mental está sendo desenvolvida com o intuito de apresentar e contribuir com todos os profissionais da Rede de Atenção Primária à Saúde sobre a cultura de um olhar biopsicossocial aos idosos, não restringindo apenas às condições clínicas.

Trata-se de uma proposta para detecção dos principais fatores de risco que ameaçam a população idosa, como a perda da independência, da autonomia e condições de fragilidade, agravos das DCNTs e dificuldade de aceitação sobre o processo de envelhecimento. Essas condições são os principais fatores que foram encontrados neste estudo como requisitos que predisõem a uma piora da autopercepção da saúde em idosos comunitários. Ademais, trata-se de uma proposta de orientação e de intervenção para a equipe de saúde sobre o manejo e condução direcionados à assistência à saúde do idoso. Foi desenvolvida com uma linguagem de fácil entendimento, a fim de possibilitar o uso por todos os membros da equipe.

O formato digital foi proposto e executado com o intuito de viabilizar o acesso. Com isso, torna-se mais eficiente o progresso do conhecimento sobre os fatores que condicionam ao idoso uma autopecepção negativa de saúde. Como parte do produto técnico, a proposta será entregue à Secretaria Municipal de Saúde do município de Montes Claros- MG, assim como disponibilizada para toda a rede de saúde.

6. CONCLUSÕES

O aumento da expectativa de vida e a mudança no perfil epidemiológico têm resultado em um aumento acelerado da população idosa em todo o mundo. Concomitante a isso, surge a necessidade de conhecer o perfil dessa população, que requer cuidados específicos e efetivos. Esse fato demonstra a necessidade de estudos sobre tal temática, sobretudo com delineamento longitudinal, que abarquem de forma fidedigna as condições agravantes para a negatividade da autopercepção de saúde entre os idosos. Compreender sobre o envelhecimento e seus envolvimento nas condições clínicas, sociais e emocionais, bem como seus agravantes, auxiliará na construção e no planejamento de políticas públicas de saúde direcionadas ao idoso.

O processo natural de envelhecimento envolve condições agravantes, associadas ao surgimento de fatores como a perda da autonomia e da independência, SFI e a presença de DCNTs, o que reverbera em impactos importantes na vida do idoso. Diante da relevância do tema, este estudo abordou sobre a autopercepção negativa de saúde entre idosos comunitários. Estudos como esse possuem repercussões importantes sobre o papel do poder público e dos profissionais, além de apresentarem significâncias salutares sobre os achados. Ademais, esse estudo desperta a necessidade de um conhecimento dos profissionais de saúde acerca do processo de envelhecimento, proporcionando assim, a sensibilização e capacitação destes em desenvolver um cuidado mais pontual e efetivo para essa faixa etária.

A autopercepção negativa de saúde foi confirmada como um processo dinâmico, caracterizado pela transição entre os diferentes níveis ao longo do tempo. Algumas condições de saúde foram associadas à piora da autopercepção de saúde em idosos comunitários, comorbidades crônicas e fragilidade. Esses resultados devem ser considerados pelas equipes de Estratégia em Saúde da Família na realização de ações planejadas de promoção de saúde destinadas à saúde do idoso, a fim de desenvolver intervenções proficientes para evitar o agravamento das condições de saúde do idoso e impulsionar a melhor qualidade de vida.

Os produtos, tanto técnicos quanto científicos, foram desenvolvidos com efeito de apresentar os resultados obtidos e de contribuir para a ciência, ofertando recursos que poderão ser realizados com a intenção de provocar intervenções positivas em profissionais de saúde e em idosos. Percebe-se, pelas ações desenvolvidas, como a executada pelo Projeto EnvelheSER, que é possível alcançar resultados que proporcionem uma melhor compreensão sobre o processo de envelhecimento. Mesmo perante aos agravos, como a presença da SFI e de DCNTs, é possível ter uma qualidade de vida no envelhecimento.

Para mim, psicóloga e profissional da saúde, a participação nesta pesquisa me permitiu compreender e conhecer um público vulnerável, e de alguma maneira oprimido, que em algumas vezes o cuidado a sua saúde mental está negligenciado simplesmente pelo fato de ser “idoso”, como se por si só isso já fosse uma justificativa, quando de fato não é. Permitiu-me não só aprender, mas compreender o processo e implicações e torno do envelhecimento.

REFERÊNCIAS

- AGOSTINHO, M. R. et al. Autopercepção da saúde entre usuários da Atenção Primária em Porto Alegre, RS. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 5, n. 17, p.9-15, 2010.
- AGUILAR-PALACIO, I.; CARRERA-LASFUENTES, P.; RABANAQUE, M. J. Salud percibida y nivel educativo en España: tendencias por comunidades autónomas y sexo (2001-2012). **Gaceta Sanitaria**, v. 29, n. 1, p. 37-43, 2015.
- ALMEIDA, A. P. S. C. et al. Determinantes socioeconômicos do acesso a serviços de saúde em idosos: revisão sistemática. **Revista de saúde pública**, v. 51, p. 50, 2017.
- ALMEIDA, A. P. S. C. et al. Falta de acesso e trajetória de utilização de serviços de saúde por idosos brasileiros. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.25, p. 2213-2226, 2020.
- ANDRADE, G. F.; LOCH, M. R.; SILVA, A. M. R. Mudanças de comportamentos relacionados à saúde como preditores de mudanças na autopercepção de saúde: estudo longitudinal (2011-2015). **Cadernos de Saúde Pública**, v.35, p. e00151418, 2019.
- AMERICANA, Associação Psiquiátrica. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. **Texto revisado (DSM-IV-TR). 4a ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.**
- ARBEX, F. S.; ALMEIDA, E. A. Qualidade de vida e hipertensão arterial no envelhecimento. **Revista Brasileira de Clínica Médica**, v.7, n. 5,p. 339-342, 2009.
- ARGIMON, I. I.; STEIN, L. M. Habilidades cognitivas em indivíduos muito idosos: um estudo longitudinal. **Cadernos de Saúde Pública**,v. 21, p. 64-72, 2005.
- ARRUDA, G. O et al. Associação entre autopercepção de saúde e características sociodemográficas com doenças cardiovasculares em indivíduos adultos. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 49, n. 1, p. 61-68, 2015.
- BARBOSA, B. R. et al. Avaliação da capacidade funcional dos idosos e fatores associados à incapacidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, p. 3317-3325,2014.
- BORGES, A. M. et al. Autopercepção de saúde em idosos residentes em um município do interior do Rio Grande do Sul. **Revista brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 17, n. 1, p.79-86, 2014.
- BOUILLON, K. et al. Measures of frailty in population based studies: an overview. **BMC Geriatr.** 2013;13(64):1-11.
- BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Diário Oficial da União, Poder Legislativo, Brasília, DF, 5 out. 1988. Seção 1. Anexo. Disponível em: BRASIL. Lei8.842 de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da**

União,05jan.1994.Disponívelem: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8842.htm

BRASIL. Estatuto do idoso. Lei n. 10.741, de 1 de outubro de 2003. **Diário Oficial da União**,03 out. 2003. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2003/L10.741compilado.htm

BRASIL. Lei 8.842 de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 05 jan. 1994. Disponívelem: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8842.htm

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNP). **Diário Oficial da União**, 01 de abr de 2013.Disponívelem:http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html

BRASIL. Portaria n. 2.528 de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. **Diário Oficial da União**. Disponívelem:http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html

CARNEIRO, J. A. et al. Cuidados em saúde estão associados à piora da fragilidade em idososcomunitários. **Revista de Saúde Pública**, v. 53, p. 32, 2019.

CARNEIRO, J.A. et al. Autopercepção negativa da saúde: prevalência e fatores associados entre idosos assistidos em centro de referência. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 909-918,2020.

CIOSAK, Suely Itsuko et al. Senescência e senilidade: novo paradigma na atenção básica de saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, p. 1763-1768, 2011.

COLUSSI, E. L. et al. Percepções de idosos sobre envelhecimento e violência nas relações intrafamiliares. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**,v. 22,n. 4, 2019.

CONFORTIN, S. C. et al. Autopercepção positiva de saúde emidosos: estudo populacional no Sul do Brasil. **Cadernos de saúde publica**, v.31, p.1049-1060, 2015.

CRUZ, P. K. R. et al. Dificuldades do acesso aos serviços de saúde entre idosos não institucionalizados: prevalência e fatores associados. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**,v. 23, n. 6, 2020.

DIDONÉ, L. S. et al. Fatores associados a sintomas depressivos em idosos inseridos em contexto de vulnerabilidade social. **Revista Brasileirade Enfermagem**, v.73, 2020.

FABRÍCIO-WEHBE, S. C. C. et al. Cross-cultural adaptation and validity of the" EdmontonFrail Scale-EFS" in a Brazilian elderly sample. **Revista latino-americana de enfermagem**, v.17,n. 6, p. 1043-1049, 2009.

FENG, Zeyun, et al. Risk factors and protective factors associated with incident or increase of

frailty among community-dwelling older adults: A systematic review of longitudinal studies. **PloS one**, 2017, 12.6: e0178383.

HELLWIG, N.; MUNHOZ, T. N.; TOMASI, E. Sintomas depressivos em idosos: estudo transversal de base populacional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, p.3575-3584, 2016.

IBGE, Instituto brasileiro de geografia e estatística. 2012. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/>

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Projeções e estimativas da população do Brasil e das Unidades da Federação**. 2010. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/>

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Estimativas do Censo Demográfico-1980,2002, 2009 e2017**.2018. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/>

IBGE, **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística** 2020. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/>

JEREZ-ROIG, J. et al. Autopercepção da saúde em idosos institucionalizados. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, p. 3367-3375, 2016.

KANWAR, A. et al. Frailty and health-related quality of life among residents of long-term care facilities. **Journal of aging and health**, v. 25, n.5, p. 792-802, 2013.

LINDEMANN, I. L. et al. Autopercepção da saúde entre adultos e idosos usuários da Atenção Básica de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, p. 45-52, 2019.

LLANO, P. M. P. et al. Fatores associados à síndrome da fragilidade em idosos rurais. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.72, p. 14-21, 2019.

LOUVISON, M. C. P. et al. Desigualdades no uso e acesso aos serviços de saúde entre idosos do município de São Paulo. **Revista de Saúde Pública**, v. 42, p. 733-740, 2008.

LOYOLA FILHO, A. I. et al. Fatores associados à autoavaliação negativa da saúde entre idosos hipertensos e/ou diabéticos: resultados do projeto Bambuí. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 16, p. 559-571, 2013.

MEDEIROS, S. M. et al. Fatores associados à autopercepção negativa da saúde entre idosos não institucionalizados de Montes Claros, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, p. 3377-3386, 2016.

MENDES-CHILOFF, C. L. et al. Sintomas depressivos em idosos do município de São Paulo, Brasil: prevalência e fatores associados (Estudo SABE). **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 21, p. e180014, 2019.

MIRANDA, G. M. D.; MENDES, A. C. G.; SILVA, A. L. A. Population aging in Brazil: current and future social challenges and consequences. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 19, n. 3, p. 507-519, 2016.

MOUM, T. Self-assessed health among Norwegian adults. **Social science & medicine**, v. 35,n.7, p. 935-947, 1992.

NIELSEN, A. B. S et al. The predictive value of self-rated health in the presence of subjectivememory complaints on permanent nursing home placement in elderly primary care patientsover4-year follow-up.**Ageand ageing**, v. 43, n.1, p. 50-57, 2014.

OCAMPO-CHAPARRO, José M. et al. Prevalence of poor self-rated health and associatedrisk factors among older adults in Cali, Colombia. **Colombia Médica**, v. 44, n. 4, p. 224-231,2013.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Assembléia Mundial sobre envelhecimento: resolução39/125**. Viena: Organização das Nações Unidas; 1982. Disponível em:<http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/manual/5.pdf>

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Carta da Organização Mundial de Saúde**.OMS;1946. Disponível em:<https://www.who.int/eportuguese/countries/bra/pt/>

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Relatório mundial de envelhecimento e saúde**.Genebra: OMS; 2015. Disponível em: <https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2015/10/OMS-ENVELHECIMENTO-2015-port.pdf>

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: uminquéritonacional. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, n.4, p. 723-734, 2013.

REICHERT, F. F.; LOCH, M. R.; CAPILHEIRA, M. F.Auto percepção de saúde em adolescentes, adultos e idosos. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro ,v. 17, n. 12, p.3353-3362,dez.2012 .

RIBEIRO, E. G. et al. Auto percepção de saúde e vulnerabilidade clínico-funcional de idosos de BeloHorizonte/MinasGerais. **Revista Brasileira de Enfermagem**,v.71,2018.

RIBEIRO, T. E. L. et al. Correlação dos achados clínicos com os parâmetros funcionais emidosos portadores de asma. **Revista Portuguesa de Pneumologia**, v. 15, n. 6, p. 1029-1041,2009.

ROSA,V.P.P.;CAPPELLARI,F.C.B.D.;URBANETTO,J.S. Análise dos fatores de Risco para queda em idosos institucionalizados. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**,v. 22, n. 1, 2019.

SANDOVAL, R. A. et al. Ocorrência de quedas em idosos não institucionalizados: revisão sistemática da literatura. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 16, n. 4, p. 855-863, 2013.

SANTOS, P. A.et al. A percepção do idoso sobre a comunicação no processo de envelhecimento.**Audiology-Communication Research**, v.24, 2019.

SCOLARI, G. A. S.; RISSARDO, L. K.; BALDISSERA, V. D. A.; CARREIRA, L. Unidades de

Pronto atendimento e as dimensões de acesso à saúde do idoso. **Revista Brasileira de Enfermagem**, 71(Suppl 2):811-7, 2018.

SILVA, C. K.; TRELHA, C. S.; SILVA JUNIOR, R. A. Medo de cair e autopercepção de saúde em indivíduos idosos participantes e não participantes em programas de atividade física. **Motriz: Revista de Educação Física**, v. 19, n. 4, p. 763-769, 2013.

SILVA, L. G. C. et al. Avaliação da funcionalidade e mobilidade de idosos comunitários na atenção primária à saúde. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 22, n. 5, 2019.

TAVARES, D. M. S. et al. Morbidades e qualidade de vida de idosos urbanos com e sem problemas cardíacos. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 13, n. 4, p. 674-681, 2014.

VU, H. T. T. et al. Prevalence of frailty and its associated factors in older hospitalised patients in Vietnam. **BMC Geriatrics**, v. 17, n. 1, p. 216, 2017.

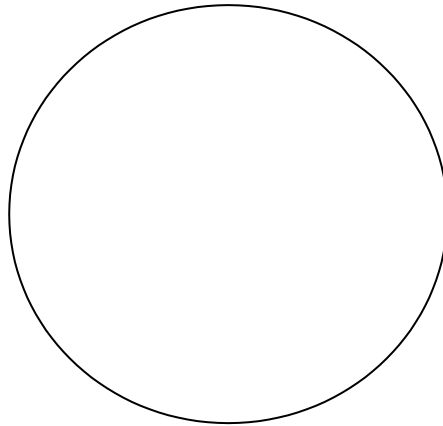
APÊNDICES

APÊNDICE A-Edmonton Frail Scale-EFS

INSTRUÇÕES: Se houver dúvidas com relação à cognição do paciente, peça para ele, inicialmente, completar o Teste do Desenho do Relógio (TDR). **CASO O PACIENTE NÃO SEJA APROVADO NESTE TESTE,** solicite ao CUIDADOR para responder ao restante das perguntas da ESCALA DE FRAGILIDADE.

N.1)-Cognição

TESTE DO DESENHO DO RELÓGIO (TDR): “Por favor, imagine que este círculo é um relógio. Eu gostaria que você colocasse os números nas posições corretas e que depois incluísse os ponteiros de forma a indicar **“onze horas e dez minutos”**”



(0)-Aprovado (1)-Reprovado com erros mínimos (2)-Reprovado com erros significativos I__I

Quem responde às questões seguintes? ()0-Idoso ()1-Cuidador familiar	Não pontua
N.2)-Estado Geral de Saúde Nos últimos 12 meses, quantas vezes você foi internado(a)? (0)-0 (1)1-2 (2)>2	I__I
De modo geral, como você descreveria sua saúde?(escolha uma alternativa) (0)-Excelente (1)-Razoável (2)-Ruim (0)-Muito boa (0)-Boa	I__I
N.3)-Independência Funcional Em quantas das seguintes atividades você precisa de ajuda? () -Preparar refeição (cozinhar) () -Transporte(locomoção de um lugar para outro) () -Cuidar da casa (limpar/arrumar casa) () -Fazer compras () -Usar telefone () -Lavar roupa () -Cuidar do dinheiro () -Tomar remédios (0)0-1 (1)2 -4 (2)5-8	I__I

<p>N.4)-Suporte Social Quando você precisa de ajuda, você pode contar com a ajuda de alguém que atenda às suas necessidades? (0)-Sempre (1)-Algumas vezes (2)-Nunca</p>	I__I
<p>N.5)-Uso de medicamentos Normalmente, você usa cinco ou mais remédios diferentes e receitados (pelomédico)? (0)-Não (1)-Sim</p>	I__I
<p>Algumas vezes você se esquece de tomar seus remédios? (0)-Não (1)- Sim</p>	I__I
<p>N.6)-Nutrição Recentemente, você tem perdido peso, de forma que suas roupas estão mais folgadas? (0)-Não (1)-Sim</p>	I__I
<p>N.7)- Humor Você se sente triste ou deprimido (a) com frequência? (0)-Não (1)-Sim</p>	I__I
<p>N.8)-Continência Você tem problema de perder o controle da urina sem querer? (segurar urina?) (0)-Não (1)-Sim</p>	I__I
<p>N.9)-DesempenhoFuncional TESTE “LEVANTE E ANDE” CRONOMETRADO: “Eu gostaria que você sentasse nesta cadeira com suas costas e braços apoiados. Quando disser “Vá”, por favor, fique em pé e ande normalmente até a marca no chão (aproximadamente 3m de distância), volte para cadeira e sente-se novamente”. (0)- 10segundos (1)11–20segundos (2)>20segundos OBSERVAR: PONTUE este item do teste como > 20 segundos se o indivíduo semostrar relutante ou incapaz de completar o teste ou se para a realização do teste o paciente necessita andador (ou bengala) ou precisa do auxílio de outra pessoa.</p>	I__I
<p>TOTALDEPONTOS: _____ / 17 = _____ (0) 0-4: Nãoapresentafragilidade (1) 5-6: Aparentementevulnerável (2) 7-8: Fragilidadeleve (3) 9-10: Fragilidademoderada (4) 11ou mais: Fragilidadesevera</p>	I__I

APÊNDICE B – Questionário

Nome:		
Rua:	Nº:	Telefone:
Bairro:	Setor:	Entrevistador:

O IDOSO SE ENCONTRA NO DOMICÍLIO?

() – 0. SIM. Seguir o questionário.

() – 1. NÃO. Por qual motivo? () 1. Mudou-se () 2. Faleceu. Quando – mês e ano? ____/____.

Motivo: _____

() 3. Recusa a participar. () 4. Três visitas sem sucesso.

QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

QUESTIONÁRIO	_____
Idade: ____ anos	_____
Data de nascimento: ____/____/____	_____
Gênero: () 0 - Masculino () 1 - Feminino	__
Cor da pele: () 0 - Parda () 1 - Preta () 2 - Branca () 3 - Amarela	__
Estado conjugal: () 0 – Solteiro () 1 – Casado () 2 - União estável () 4 - Divorciado/separado () 5 - Viúvo	__
Tem prática religiosa? () 0 - Sim () 1 - Não	__
Arranjo familiar: () 0 - Mora sozinho () 1- Mora somente com o cônjuge () 2 - Mora com outros familiares () 3 - Mora com não familiares	__
Possui renda própria? () 0 - Sim () 1 - Não	__
Renda pessoal proveniente de: () 1 - Trabalho próprio () 2 – Aposentadoria () 4 – Pensão () 8 - Aluguel () 16 - Outros _____	_____
Número de pessoas residentes no domicílio, incluindo o idoso: _____	_____
Presta cuidados a alguém? () 0 - Sim () 1 - Não	__
Se sim, a quem presta cuidados? () 0 – Cônjuge () 1 - Filho(a) () 2 - Outro familiar () 3 - Outro _____ () 9 – Não se aplica	__
Qual a renda familiar mensal? (soma da renda de todos que vivem na residência). Valores em reais: _____	_____
Quantos anos o(a) Sr.(Sra.) estudou? _____	__
Sabe ler? () 0 - Sim () 1 - Não	__

Nas duas últimas semanas, o (a) Sr. (Sra) procurou algum lugar, serviço ou profissional de saúde para atendimento relacionado à própria saúde? () 1. Sim () 2. Não – passa para #####	__
Qual foi o motivo principal pelo qual o (a) Sr. (Sra) procurou atendimento relacionado à saúde nas duas últimas semanas? () 1. Acidente/ lesão () 2. Problema odontológico () 3. Reabilitação () 4. Doença () 5. Vacinação () 6. Outros atendimentos: _____ () 9 – Não se aplica	__
Quantas vezes o (a) Sr. (Sra) procurou atendimento de saúde por este mesmo motivo nas duas últimas semanas? () 99 – Não se aplica	__
Onde o (a) Sr. (Sra) procurou o primeiro atendimento de saúde por este mesmo motivo nas duas últimas semanas? () 1. PSF () 2. Posto ou centro de saúde () 3. Consultório médico particular () 4. Farmácia () 5. Consultório odontológico () 6. Pronto socorro/ Hospital () 7. Laboratório/Exames complementares () 8. Consultório de outro profissional de saúde (fisioterapia, psicólogo) () 9. Atendimento domiciliar () 10. Outro: _____ () 99 – Não se aplica	__
Nessa primeira vez que procurou atendimento de saúde, nas duas últimas semanas, o (a) Sr. (Sra) foi atendido? () 1. Sim () 2. Não () 9 – Não se aplica	__
Por que motivo o (a) Sr. (Sra) não foi atendido na primeira vez que procurou atendimento de saúde nas duas últimas semanas? () 1. Não conseguiu vaga ou senha () 2. Não tinha médico atendendo () 3. Não tinha dentista atendendo () 4. Não tinha serviço ou profissional especializado () 5. O serviço ou equipamento não estava funcionando () 6. Não podia pagar () 7. Esperou muito e desistiu () 8. Outro motivo: _____ () 9 – Não se aplica	__
Nas duas últimas semanas, o (a) Sr. (Sra) voltou a procurar atendimento de saúde por este mesmo motivo? () 1. Sim () 2. Não () 9 – Não se aplica	__
Onde o (a) Sr. (Sra) procurou o último atendimento de saúde por este mesmo motivo nas duas últimas semanas? () 1. PSF () 2. Posto ou centro de saúde () 3. Consultório médico particular () 4. Consultório odontológico () 5. Pronto socorro/ Hospital () 6. Farmácia () 7. Consultório de outro profissional de saúde (fisioterapia, psicólogo) () 8. Laboratório ou clínica para exames complementares () 9. Atendimento domiciliar () 10. Outro: _____ () 99 – Não se aplica	__
Nessa última vez que procurou atendimento de saúde, nas duas últimas semanas, o (a) Sr. (Sra) foi atendido? () 1. Sim () 2. Não () 9 – Não se aplica	__
Por que motivo o (a) Sr. (Sra) não foi atendido nessa última vez que procurou atendimento de saúde nas duas últimas semanas? () 1. Não conseguiu vaga ou senha () 2. Não tinha médico atendendo () 3. Não tinha dentista atendendo () 4. Não tinha serviço ou profissional especializado () 5. O serviço ou equipamento não estava funcionando () 6. Não podia pagar () 7. Esperou muito e desistiu () 8. Outro motivo: _____ () 9 – Não se aplica	__
Qual foi o principal atendimento de saúde que o (a) Sr. (Sra) recebeu? () 1. Consulta médica () 2. Consulta odontológica () 3. Agente comunitário de saúde () 4. Consulta de outro profissional de saúde () 5. Atendimento na farmácia () 6. Exames complementares () 7. Internação hospitalar () 8. Outro: _____ () 9 – Não se aplica	__

O serviço de saúde atendido era? () 1. Público/SUS () 2. Convênio () 3. Particular () 9 – Não se aplica	<input type="checkbox"/>
O (a) Sr. (Sra) considera que o atendimento de saúde recebido foi: () 1. Muito bom () 2. Bom () 3. Regular () 4. Ruim () 5. Muito ruim () 9 – Não se aplica	<input type="checkbox"/>
Neste atendimento de saúde, foi receitado algum medicamento? () 1. Sim () 2. Não () 9 – Não se aplica	<input type="checkbox"/>
Neste atendimento de saúde, o (a) Sr. (Sra) recebeu gratuitamente os medicamentos receitados? () 1. Todos os medicamentos () 2. Parte dos medicamentos () 3. Nenhum dos medicamentos () 9 – Não se aplica	<input type="checkbox"/>
Dos medicamentos receitados que não recebeu gratuitamente, o (a) Sr. (Sra.) comprou? () 9 – Não se aplica () 1. Todos os medicamentos. () 2. Parte dos medicamentos. () 3. Nenhum dos medicamentos.	<input type="checkbox"/>
Qual o principal motivo de não ter comprado todos os medicamentos receitados? () 1. Não tinha dinheiro () 2. Não encontrou o medicamento na farmácia () 3. Não tinha farmácia próxima () 4. Ganhou a medicação de alguém () 5. Tinha os medicamentos em casa () 6. Não achou que todos os medicamentos eram necessários () 7. Começou a sentir-se melhor () 8. Outro motivo: _____ () 9 - Não se aplica.	<input type="checkbox"/>
#### Nas duas últimas semanas, por que motivo o (a) Sr. (Sra) não procurou serviço de saúde? () 1. Não houve necessidade () 2. Não tinha dinheiro () 3. O local de atendimento era distante ou de difícil acesso () 4. Dificuldade de transporte () 5. Horário incompatível () 6. O atendimento é muito demorado () 7. Não possui especialista para as necessidades () 8. Não tinha quem o acompanhasse () 9. Outro motivo: _____	<input type="checkbox"/>

Quantas vezes nos últimos 12 meses o(a) Sr.(Sra.) procurou algum <u>serviço de saúde</u> ? _____	__ __
Se procurou, onde ocorreram esses atendimentos nos últimos 12 meses?	
Pronto atendimento / Hospitais do SUS? () 0 - Sim () 1 - Não () 8 - Não se aplica	__
Pronto atendimento / Hospitais Particulares? () 0 - Sim () 1 - Não () 8 - Não se aplica	__
Centro de especialidades / Policlínicas? () 0 - Sim () 1 - Não () 8 - Não se aplica	__
Farmácia? () 0 - Sim () 1 - Não () 8 - Não se aplica	__
Consultório particular? () 0 - Sim () 1 - Não () 8 - Não se aplica	__
Unidade Básica de Saúde? () 0 - Sim () 1 - Não () 8 - Não se aplica	__
Centro de Referência do Idoso? () 0 - Sim () 1 - Não () 8 - Não se aplica	__
Outros: () 0 - Sim () 1 - Não () 8 - Não se aplica	
Se sim, especificar: _____	__
O(a) Sr.(Sra.) tem plano de saúde particular? () 0 - Sim () 1 - Não	__
Se sim, quem paga pelo plano de saúde? () 0 - Próprio idoso () 1 - Filhos () 2 - Cônjuge () 3 - Outros familiares () 4 - Não familiares () 9 - Não se aplica	__
Dos tipos de serviços de saúde, qual o principal utilizado pelo(a) Sr.(Sra.)? () 0 - Público (SUS) () 1 - Particular () 2 - Convênio (planos)	__
O(a) Sr.(Sra.) tem alguma dificuldade para ter acesso e usar o seu principal serviço de saúde quando necessário? () 0 - Sim () 1 - Não	__
Se sim, quais os principais motivos?	
Falta de recurso financeiro? () 0 - Sim () 1 - Não () 8 - Não se aplica	__
Falta de transporte? () 0 - Sim () 1 - Não () 8 - Não se aplica	__
Não tem companhia? () 0 - Sim () 1 - Não () 8 - Não se aplica	__
Os serviços são ruins? () 0 - Sim () 1 - Não () 8 - Não se aplica	__
Não consegue se locomover? () 0 - Sim () 1 - Não () 8 - Não se aplica	__
Barreiras arquitetônicas? () 0 - Sim () 1 - Não () 8 - Não se aplica	__
Distância? () 0 - Sim () 1 - Não () 8 - Não se aplica	__
Outros: () 0 - Sim () 1 - Não () 8 - Não se aplica	
Se sim, especificar: _____	__

O(a) Sr.(Sra.) fez alguma <u>consulta médica</u> nos últimos 12 meses? () 0 - Sim () 1 - Não	_ _
Se não, por quê? () 0 - Não precisou () 1 - Precisou, mas não procurou () 2 - procurou, mas não conseguiu vaga () 3 - Outros (especificar) _____ () 9. Não se aplica	_ _
Se consultou, como o(a) Sr.(Sra.) considerou este atendimento? () 0 - Muito bom () 1 - Bom () 2 - Regular () 3 - Ruim () 4 - Muito ruim () 9. Não se aplica	_ _
Na sua última consulta, receitaram medicamentos / remédios? () 0 - Sim () 1 - Não () 9. Não se aplica	_ _
O (a) Sr.(Sra.) conseguiu os medicamentos / remédios receitados? () 0 - Sim () 1 - Não () 2 - Alguns Sim e outros Não () 9. Não se aplica	_ _
Se não obteve os remédios, por que não obteve?	_ _
O medicamento não estava disponível? () 0 - Sim () 1 - Não () 8 - Não se aplica	_ _
Não tinha quem fosse buscá-los? () 0 - Sim () 1 - Não () 8 - Não se aplica	_ _
Não tinha recursos para o transporte? () 0 - Sim () 1 - Não () 8 - Não se aplica	_ _
Distância muito longe? () 0 - Sim () 1 - Não () 8 - Não se aplica	_ _
Atendimento muito demorado? () 0 - Sim () 1 - Não () 8 - Não se aplica	_ _
Falta de tempo para buscá-los? () 0 - Sim () 1 - Não () 8 - Não se aplica	_ _
Não achou necessário? () 0 - Sim () 1 - Não () 8 - Não se aplica	_ _
Outros. Especifique _____	_ _
Teve de pagar por esses remédios? () 0 - Sim () 1 - Não () 9 - Não se aplica	_ _
Quanto tempo gasta habitualmente para chegar á Unidade de Saúde Pública? _____ minutos	_ _ _ _

AVALIAÇÃO DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE	
Como o(a) Sr.(Sra.) classificaria seu estado de saúde? () 0 - Muito bom () 1 - Bom () 2 - Regular () 3 - Ruim () 4 - Muito ruim () 9 - Não sabe	_ _

O(a) Sr.(Sra.) tem Cuidador(a)? () 0 - Sim () 1 - Não	_ _
IDENTIFICAÇÃO DO CUIDADOR PRINCIPAL	
Sexo: () 0 - Masculino () 1 - Feminino	_ _
Idade: _____ anos	_ _ _
Tem parentesco com o idoso? () 0 - Sim () 1 - Não	_ _
Se sim, qual? () 0 - Filho () 1 - Cônjuge () 2 - Neto () 3 - Outros. Especifique: _____	_ _
Tem formação específica para cuidados com idosos? () 0 - Sim () 1 - Não	_ _
Exerce o cuidado com o idoso como atividade remunerada? () 0 - Sim () 1 - Não	_ _

O(a) Sr.(Sra.) sofreu alguma QUEDA nos últimos 12 meses? () 0 - Sim () 1 - Não (pular seguintes ao tema) () 9 - Não sabe/Não lembra	__
Se sim, quantas Quedas o(a) Sr.(Sra.) sofreu nos últimos 12 meses? () 8 - Não se aplica () 0 - Uma () 1 - Duas a quatro () 2 - Cinco ou mais () 9 - Não sabe/Não lembra	__
Quais as causas das quedas? () 8 - Não se aplica () 0 - tropeção/escorregão () 1 - perda da consciência () 2 - sem motivo aparente	__
Necessitou de ajuda para levantar-se? () 0 - Sim () 1 - Não () 8 - Não se aplica	__
Para andar, o(a) Sr.(Sra.): () 0 - Anda sozinho () 1 - Usa dispositivos de auxílio (bengalas, muletas, cadeira de rodas) () 2 - É acamado	__
O(a) Sr.(Sra.) tem medo de cair? () 0 - Sim () 1 - Não	__
Dos problemas de saúde a seguir, qual (is) deles algum Médico disse que o(a) Sr.(Sra.) tem?	
Pressão alta - Hipertensão? () 0 - Sim () 1 - Não () 9 - Não sabe/Não lembra	__
Diabetes? () 0 - Sim () 1 - Não () 9 - Não sabe/Não lembra	__
Problema cardíaco? () 0 - Sim () 1 - Não () 9 - Não sabe/Não lembra	__
Tumor maligno - câncer? () 0 - Sim () 1 - Não () 9 - Não sabe/Não lembra	__
Artrite / Reumatismo / Artrose? () 0 - Sim () 1 - Não () 9 - Não sabe/Não lembra	__
Osteoporose? () 0 - Sim () 1 - Não () 9 - Não sabe/Não lembra	__
Embolia / Derrame pulmonar? () 0 - Sim () 1 - Não () 9 - Não sabe/Não lembra	__
AVC/Derrame? () 0 - Sim () 1 - Não () 9 - Não sabe/Não lembra	__
Enfisema, Bronquite Crônica, Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC)? () 0 - Sim () 1 - Não () 9 - Não sabe/Não lembra	__
Asma, Bronquite Asmática ou Bronquite alérgica? () 0 - Sim () 1 - Não () 9 - Não lembra	__
Outros. Especifique _____ _____	__
Atualmente quais os Medicamentos / Remédios o(a) Sr.(Sra.) toma – Listar todos _____ _____ _____	__

O(a) Sr.(Sra.) fez alguma <u>consulta médica</u> nos últimos 12 meses? () 0 - Sim () 1 - Não	___
Se não, por quê? () 0 - Não precisou () 1 - Precisou, mas não procurou () 2 - procurou, mas não conseguiu vaga () 3 - Outros (especificar) _____ () 9. Não se aplica	___
Se consultou, como o(a) Sr.(Sra.) considerou este atendimento? () 0 - Muito bom () 1 - Bom () 2 - Regular () 3 - Ruim () 4 - Muito ruim () 9. Não se aplica	___
Na sua última consulta, receitaram medicamentos / remédios? () 0 - Sim () 1 - Não () 9. Não se aplica	___
O (a) Sr.(Sra.) conseguiu os medicamentos / remédios receitados? () 0 - Sim () 1 - Não () 2 - Alguns Sim e outros Não () 9. Não se aplica	___
Se não obteve os remédios, por que não obteve?	___
O medicamento não estava disponível? () 0 - Sim () 1 - Não () 8 - Não se aplica	___
Não tinha quem fosse buscá-los? () 0 - Sim () 1 - Não () 8 - Não se aplica	___
Não tinha recursos para o transporte? () 0 - Sim () 1 - Não () 8 - Não se aplica	___
Distância muito longe? () 0 - Sim () 1 - Não () 8 - Não se aplica	___
Atendimento muito demorado? () 0 - Sim () 1 - Não () 8 - Não se aplica	___
Falta de tempo para buscá-los? () 0 - Sim () 1 - Não () 8 - Não se aplica	___
Não achou necessário? () 0 - Sim () 1 - Não () 8 - Não se aplica	___
Outros. Especifique _____	___
Teve de pagar por esses remédios? () 0 - Sim () 1 - Não () 9 - Não se aplica	___
Quanto tempo gasta habitualmente para chegar á Unidade de Saúde Pública? _____ minutos	____

AVALIAÇÃO DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE	
Como o(a) Sr.(Sra.) classificaria seu estado de saúde? () 0 - Muito bom () 1 - Bom () 2 - Regular () 3 - Ruim () 4 - Muito ruim () 9 - Não sabe	___

O(a) Sr.(Sra.) tem Cuidador(a)? () 0 - Sim () 1 - Não	___
IDENTIFICAÇÃO DO CUIDADOR PRINCIPAL	
Sexo: () 0 - Masculino () 1 - Feminino	___
Idade: _____ anos	____
Tem parentesco com o idoso? () 0 - Sim () 1 - Não	___
Se sim, qual? () 0 - Filho () 1 - Cônjuge () 2 - Neto () 3 - Outros. Especifique: _____	___
Tem formação específica para cuidados com idosos? () 0 - Sim () 1 - Não	___
Exerce o cuidado com o idoso como atividade remunerada? () 0 - Sim () 1 - Não	___

APÊNDICE C– Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título: Fragilidade em idosos: estudo longitudinal.

Instituição promotora: Faculdades Integradas Pitágoras de Montes Claros – FIPMoc.

Orientador Responsável: Prof. Jair Almeida Carneiro.

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, bem como 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 a prevalência e os fatores associados à fragilidade em idosos.
- 2- **Metodologia/procedimentos:** Análise quantitativa, de caráter descritivo, através de entrevista aplicada a idosos.
- 3- **Justificativa:** O envelhecimento populacional traz grandes desafios para as sociedades contemporâneas, pois populações envelhecidas requerem maior e mais prolongado uso dos serviços de saúde. Conhecer as condições de vida e saúde dos idosos é fundamental para que estratégias possam ser desenvolvidas e aplicadas nessa população, visando um envelhecimento saudável com um menor nível de incapacidade.
- 4- **Benefícios:** Acredita-se que os resultados deste trabalho possam contribuir para a elaboração de políticas públicas locais específicas.
- 5- **Desconfortos e riscos:** pode ser entendido como desconforto a necessidade de responder ao questionário proposto.
- 6- **Danos:** Não é prevista a ocorrência de danos físicos ou morais para indivíduos estudados.
- 7- **Metodologia/procedimentos alternativos disponíveis:** Não é prevista metodologia alternativa, o indivíduo estudado que se sentir desconfortável com aplicação do questionário poderá solicitar seu desligamento da pesquisa.
- 8- **Confidencialidade das informações:** Todos os indivíduos estudados terão direito de terem suas identificações devidamente preservadas.
- 9- **Compensação/indenização:** Não são previstas.
- 10- **Outras informações pertinentes:** Não se aplicam.
- 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 participar nesta pesquisa, até que eu decida o contrário. Receberei uma cópia assinada deste consentimento.

_____	_____	_____
Nome do participante	Assinado do participante	Data
_____	_____	_____
Nome do testemunha	Assinado do testemunha	Data
_____	_____	_____
Jair Almeida Carneiro	Assinado coordenador da pesquisa	Data

Endereço do Pesquisador: Av. Cula Mangabeira, 562 – Santo Expedito, Montes Claros-MG, CEP: 39401-001. Telefone: (38) 3229-850.

ANEXOS

ANEXO A: Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa

FACULDADES INTEGRADAS
PITÁGORAS DE MONTES
CLAROS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Objetivo da Pesquisa:

Apresenta como objetivo primário: Avaliar de forma longitudinal a prevalência e os fatores associados à fragilidade em idosos no município de Montes Claros, norte de Minas Gerais.

Como objetivos secundários:

Descrever o perfil epidemiológico e farmacoterapêutico de idosos não institucionalizados, em Montes Claros, norte de Minas Gerais.

Identificar os fatores associados à ocorrência de fragilidade em idosos por meio da aplicação da Escala de Fragilidade de Edmonton.

Conhecer a condição clínico-funcional de idosos por meio do Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional (IVCF-20).

Endereço: Av. Prof. Aida Mainartina, 80
Bairro: Ibituruna CEP: 39.408-007
UF: MG Município: MONTES CLAROS
Telefone: (38)3214-7100 Fax: (38)3212-1002 E-mail: dorotheafranca@gmail.com

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Página 01 de 03

Título da Pesquisa: FRAGILIDADE EM IDOSOS: ESTUDO LONGITUDINAL

Pesquisador: Jair Almeida Carneiro

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 56520216.4.0000.5109

Instituição Proponente: Faculdades Integradas Pitágoras de Montes Claros

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.629.395

Apresentação do Projeto:

Trata-se de estudo clínico observacional, longitudinal, ser realizado no município de Montes Claros, norte de Minas Gerais. Os autores destacam que o conhecimento das condições de saúde dos idosos é de fundamental para que estratégias, visando um envelhecimento saudável e com um menor nível de incapacidade, possam ser desenvolvidas e aplicadas nessa população na região sudeste do Brasil, Diante disso, objetiva avaliar de forma longitudinal a prevalência e os fatores associados à fragilidade em idosos no município de Montes Claros, norte de Minas Gerais.

FACULDADES INTEGRADAS
PITÁGORAS DE MONTES
CLAROS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Continuação do Parecer: 1.629.395

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os autores apresentam o termo de autorização da instituição que disponibilizará os dados.

Existe menção aos riscos e benefícios, o que é feito de forma satisfatória.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de estudo relevante e de interesse para a saúde de idosos. A metodologia é apresentada de forma adequada, e os resultados têm o potencial de ampliar a assistência aos idosos da região.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Presentes e adequados. Sem considerações específicas.

Recomendações:

Considerando o parecer desse comitê, somos favoráveis à aprovação do projeto.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_723679.pdf	28/05/2016 21:16:18		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Fragilidade.docx	28/05/2016 21:14:49	Jair Almeida Carneiro	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Consentimento.pdf	24/05/2016 18:51:33	Jair Almeida Carneiro	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	24/05/2016 18:50:53	Jair Almeida Carneiro	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Av. Prof. Aida Mainartina,80

Bairro: ibituruna

CEP: 39.408-007

UF: MG

Município: MONTES CLAROS

Telefone: (38)3214-7100

Fax: (38)3212-1002

E-mail: dorotheafranca@gmail.com

FACULDADES INTEGRADAS
PITÁGORAS DE MONTES
CLAROS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Continuação do Parecer: 1.629.395

MONTES CLAROS, 08 de Julho de 2016

Assinado por:
José Geraldo de Freitas Drumond
(Coordenador)