

Autopercepção de saúde e vulnerabilidade clínico-funcional de idosos de Belo Horizonte/Minas Gerais

Self-perceived health and clinical-functional vulnerability of the elderly in Belo Horizonte/Minas Gerais
La percepción de salud y vulnerabilidad clínico-funcional de mayores de Belo Horizonte/Minas Gerais

Edmar Geraldo Ribeiro¹, Fernanda Penido Matozinhos¹, Gilberto de Lima Guimarães¹, Alcimar Marcelo do Couto¹, Raquel Souza Azevedo¹, Isabel Yovana Quispe Mendoza¹

¹ Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte-MG, Brasil.

Como citar este artigo:

Ribeiro EG, Matozinhos FP, Guimarães GL, Couto AM, Azevedo RS, Mendoza IYQ. Self-perceived health and clinical-functional vulnerability of the elderly in Belo Horizonte/Minas Gerais. Rev Bras Enferm [Internet]. 2018;71(suppl 2):860-7. [Thematic Issue: Health of the Elderly]. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0135>

Submissão: 04-04-2017

Aprovação: 22-07-2017

RESUMO

Objetivo: Conhecer a autopercepção de saúde e a vulnerabilidade clínico-funcional de idosos atendidos em um Centro de Referência de Minas Gerais e avaliar a associação entre essas variáveis através do instrumento Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional (IVCF-20). **Método:** Trata-se de um estudo epidemiológico, retrospectivo de análise de 311 prontuários. As análises estatísticas foram realizadas com auxílio do programa Stata; as avaliações foram feitas através do teste Qui-quadrado de Pearson e modelos de regressão de Poisson. **Resultados:** A maioria dos idosos apresentou autopercepção negativa de saúde (70,10%); houve significância estatística entre a autopercepção negativa em saúde e a variável humor e hospitalização recente. **Conclusão:** As percepções do estado de saúde influenciam na morbimortalidade dos idosos. Os transtornos de humor e internações recentes interferem diretamente no envelhecimento ativo.

Descritores: Autoimagem; Epidemiologia; Percepção; Saúde do Idoso; Vulnerabilidade em Saúde.

ABSTRACT

Objective: To determine the self-perceived health status and clinical-functional vulnerability of the elderly attended at a Reference Center of Minas Gerais, Brazil and to evaluate the association between these variables through the Clinical-Functional Vulnerability Index (IVCF-20) instrument. **Method:** This is an epidemiological, retrospective study of 311 medical records. Statistical analyses were performed using the Stata program; the evaluations were by Pearson's Chi-square test and Poisson regression models. **Results:** The majority of the elderly presented negative self-perceived health status(70.10%); there was statistical significance between negative self-perceived health and the variables of mood and recent hospitalization. **Conclusion:** Perceived health status influences the morbidity and mortality of the elderly. Mood disorders and recent hospitalizations directly interfere with active aging.

Descriptors: Self-image; Epidemiology; Perception; Health of the Elderly; Vulnerability in Health.

RESUMEN

Objetivo: Conocer la percepción de salud y la vulnerabilidad clínico-funcional de mayores atendidos en un Centro de Referencia de Minas Gerais y evaluar la asociación entre esas variables a través del instrumento Índice de Vulnerabilidad Clínico Funcional (IVCF-20). **Método:** Se trata de un estudio epidemiológico, retrospectivo de análisis de 311 prontuarios. Los análisis estadísticos fueron realizados con auxilio del programa Stata; las evaluaciones fueron hechas a través del test Qui-quadrado de Pearson y modelos de regresión de Poisson. **Resultados:** La mayoría de los mayores presentó su percepción negativa de salud (70,10%); hubo significancia estadística entre la percepción de uno mismo negativa en salud y la variable

humor y hospitalización reciente. **Conclusión:** Las percepciones del estado de salud influyen en la mortalidad de los mayores. Los trastornos de humor e internaciones recientes interfieren directamente en el envejecimiento activo.

Descriptores: Propia imagen; Epidemiología; Percepción; Salud del Mayor; Vulnerabilidad en Salud.

AUTOR CORRESPONDIENTE Edmar Geraldo Ribeiro E-mail: edigribeiro@bol.com.br

INTRODUÇÃO

Acentuadas transições demográfica, epidemiológica e nutricional vêm ocorrendo nas últimas décadas em países da América Latina⁽¹⁾. No Brasil, esse fenômeno vem acontecendo de modo acelerado e é caracterizado, dentre outros aspectos, pela redução na taxa de fecundidade e aumento na expectativa de vida da população. O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) estima que, até o ano 2060, o Brasil apresentará uma população idosa constituída por, aproximadamente, 58 milhões de indivíduos. Atualmente, no Brasil, uma em cada 10 pessoas tem 60 anos de idade ou mais⁽²⁾.

O envelhecimento populacional mundial é um avanço para a humanidade, porém é um dos maiores desafios para a saúde pública contemporânea, pois implica na estruturação social para o atendimento das necessidades desse grupo populacional, devido a aspectos como: maior prevalência de patologias e incapacidades inerentes ao próprio processo de envelhecimento⁽³⁻⁴⁾.

Dentre as patologias, destaca-se o aumento da prevalência de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), as quais representam uma das principais causas de morbimortalidade na população e estão relacionadas à herança genética e fatores como a alimentação inadequada e o sedentarismo⁽¹⁾.

Assim, para compreender o envelhecimento populacional e as demandas de cuidado inerentes a ele, é necessário realizar uma avaliação multidimensional, uma vez que visa proporcionar melhor qualidade de vida e condições de saúde para esse grupo populacional⁽⁵⁾. Esta avaliação contribui para reconhecer as mais diversas demandas biopsicossociais, valores, crenças, sentimentos, necessidades para o cuidado, além dos fatores sociodemográficos, funcionais e cognitivos. Assim, são necessárias ações em equipe multiprofissional que visem atender as necessidades e peculiaridades de cada idoso⁽⁶⁾.

Com o envelhecimento, o conceito de saúde é modificável para cada indivíduo, pois cada ser humano possui autopercepção de saúde, estando, no idoso, geralmente associada à capacidade funcional, independência, autoestima e convívio social^(4,7). Nessa etapa da vida o idoso interpreta o processo de envelhecimento e o adocimento do corpo de diferentes formas, dependendo do seu histórico de vida. Estudos mostram que idosos com pior percepção do estado de saúde têm maior risco de mortalidade em comparação aos idosos que relatam sua saúde como excelente^(4,8-11).

A autopercepção de saúde é um conceito que vem sendo utilizado em pesquisas epidemiológicas sobre a saúde do idoso, pois é um indicador de qualidade de vida e antecede o declínio funcional e a mortalidade. Além disso, a autopercepção de saúde é um importante indicador do impacto das doenças crônicas degenerativas no seu bem-estar físico, social e mental⁽⁸⁻⁹⁾.

Assim, este estudo se justifica porque, ao se conhecer a autopercepção de saúde do idoso, podem-se criar estratégias de

investigação do real estado de saúde do idoso ou identificação dos fatores de risco que indicam sua vulnerabilidade clínico-funcional e consequentemente a criação de um plano de cuidados específico e individualizado para proporcionar melhor qualidade de vida para o grupo populacional em estudo.

OBJETIVO

Conhecer e autopercepção de saúde e a vulnerabilidade clínico-funcional de idosos atendidos em um Centro de Referência de Minas Gerais e avaliar a associação entre essas variáveis através do instrumento Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional (IVCF-20).

MÉTODO

Aspectos éticos

Este estudo é vinculado ao macroprojeto intitulado “Estudo de envelhecimento populacional: conhecendo a população idosa de Belo Horizonte” e obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (CEP/UFMG).

Desenho, local do estudo e período

Trata-se de um estudo epidemiológico e retrospectivo, de análise de prontuários, em que foi utilizada amostra de conveniência, composta por idosos atendidos em um Centro de Referência de Belo Horizonte, Minas Gerais.

O Centro de Referência foi criado em 1996 e em 1999 foi criado o Núcleo de Geriatria e Gerontologia (NUGG). Em 2003, foi reconhecido pelo Ministério da Saúde, sendo o primeiro Centro de Referência em Atenção à Saúde do Idoso de Minas Gerais. Em 2010, recebeu novas instalações que possibilitaram a ampliação e qualificação do atendimento ao idoso e de pesquisas na área do envelhecimento⁽¹²⁾.

Neste estudo, foi realizada a análise dos prontuários do primeiro atendimento ao idoso para realização da avaliação multidimensional, por meio do Instrumento Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional-20 (IVCF-20). Os dados dos prontuários foram coletados em dezembro de 2016, referentes aos atendimentos de novembro e dezembro de 2015.

Amostra; critérios de inclusão e exclusão

Foram atendidos, nesse período, 819 pacientes. Para composição da amostra deste estudo foram selecionados os prontuários que atenderam aos critérios de elegibilidade: pacientes encaminhados da atenção primária à saúde para avaliação geriátrica e gerontológica; com idade igual ou superior a 60 anos; de ambos os sexos e com preenchimento completo do instrumento IVCF-20. Foram excluídos os prontuários de pacientes com suspeita

ou demência comprovadas (CDR1, CDR2, CDR3) e pacientes que pontuassem no item 09 de cognição do instrumento IVCF20 (este esquecimento impede a realização de alguma atividade do cotidiano), devido a esses pacientes apresentarem alterações no nível de consciência, sensopercepção ou pensamento. Segue fluxograma com amostra final do estudo:

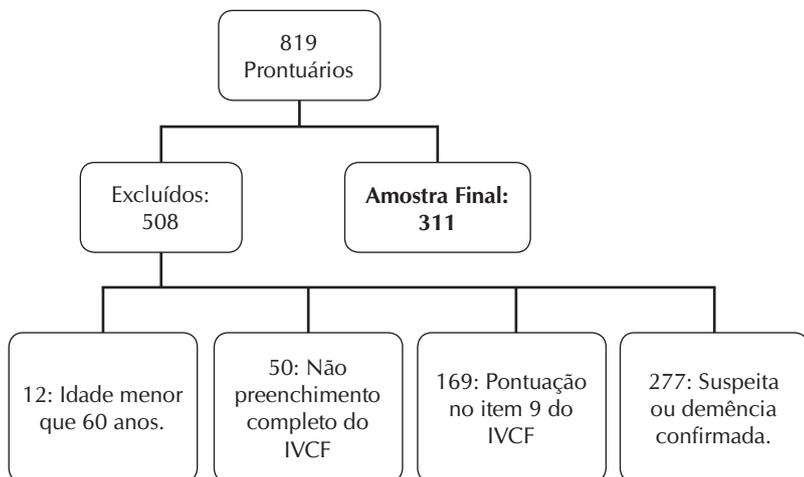


Figura 1 - Amostra final do estudo

Protocolo do estudo

Para a coleta de dados foi utilizado o instrumento Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional – 20 (IVCF-20), validado em 2014, pelo fato de ser um instrumento de triagem interdisciplinar, que contempla aspectos multidimensionais da condição de saúde dos indivíduos de 60 anos ou mais, constituído por 20 questões distribuídas em 08 seções sobre diversos domínios da saúde e fatores relacionados à saúde (idade, auto percepção da saúde, atividades de vida diária, cognição, humor, mobilidade, comunicação e comorbidades múltiplas: polipatologia, polifarmácia ou internação recente). Cada parte tem uma pontuação específica que, no total, perfaz um valor máximo de 40 pontos, identificando a condição clínico funcional do idoso como robusto, em risco de fragilização e idoso frágil⁽¹²⁾.

Quanto maior a pontuação do IVCF-20, pior será a condição clínico funcional do idoso. A classificação da condição clínico funcional do idoso é obtida a partir dos seguintes critérios: pontuação de 0 a 06, o idoso é considerado robusto, podendo ser acompanhado pela atenção primária de saúde; pontuação de 07 a 14, o idoso é considerado em risco de fragilização, sendo encaminhado para uma avaliação multidimensional intermediária a ser realizada na atenção primária de saúde; e pontuação igual ou acima de 15 pontos, o idoso é considerado em condição de fragilidade, devendo ser encaminhado para atenção secundária de saúde e acompanhamento para uma abordagem preventiva, curativa ou paliativa⁽¹²⁾.

A seção 2 do IVCF-20 avalia a auto percepção da saúde, por meio da seguinte pergunta: “Em geral, comparando com outras pessoas de sua idade, você diria que sua saúde é: excelente, muito boa, boa, regular ou ruim?”. No instrumento

essa variável é dicotomizada: os pacientes que relatam sua auto percepção em saúde como excelente, muito boa ou boa, pontuam 00 nesse item, considerando a auto percepção positiva; os pacientes que consideram a auto percepção de saúde como regular ou ruim pontuam 01, considerando a auto percepção de saúde negativa⁽¹²⁾.

Análise dos resultados e estatística

As variáveis utilizadas neste estudo estão relacionadas a: questões sociodemográficas e clínico funcionais: idade (anos); sexo (masculino; feminino); auto percepção de saúde; atividades de vida diária instrumental (fazer compras, controle financeiro, trabalhos domésticos); atividades de vida diária básica (tomar banho sozinho); sistemas funcionais: cognição (esquecimento), humor/comportamento (tristeza e falta de interesse em atividades antes prazerosas), mobilidade (alcance, prensão e pinça, capacidade aeróbica e/ou muscular, marcha, continência esfinteriana), comunicação (visão e audição) e comorbidades múltiplas (polipatologia, polifarmácia e internação recente).

A análise estatística foi realizada com auxílio do programa Stata, versão 14.0. A diferença entre as frequências foi testada por meio do Qui-quadrado de Pearson. As frequências, as proporções e os intervalos 95% de confiança (IC95%) das proporções foram calculados para as variáveis categóricas. Para as variáveis quantitativas, foram utilizadas a média e o desvio-padrão (DP) ou a mediana e o intervalo interquartil (IQ), devido à assimetria das variáveis.

Por fim, para avaliar a associação entre a(s) variável(is) de vulnerabilidade clínico funcional (exposição / variáveis independentes) e a auto percepção de saúde dos idosos (desfecho/variável dependente) foram construídos modelos de regressão de Poisson (considerando que a prevalência do desfecho selecionado na população estudada foi frequente), bruto e ajustado. As estimativas brutas e ajustadas (por variáveis socioeconômicas – idade e sexo –, conforme questão teórica) foram apresentadas e os IC95% calculados, considerando um nível de significância de 0,5 ($p < 0,5$) em todos os procedimentos analíticos. Os resultados foram descritos e apresentados por meio de tabelas.

RESULTADOS

De acordo com os resultados apresentados na tabela 1, dos 311 indivíduos avaliados, 29,90% caracterizaram a auto percepção em saúde como positiva e 70,10% como negativa.

A tabela 2 apresenta a frequência das variáveis do IVCF-20 relacionadas à auto percepção de saúde dos idosos. A média de idade foi de 77 anos, com prevalência do sexo feminino (69,45%). Com base na estatística inferencial das variáveis associadas à auto percepção de saúde, encontrou-se associação estatisticamente significativa com as variáveis que compõem a seção humor: nos últimos meses teve tristeza ou desânimo ($p \leq 0,001$); perda de interesse por alguma atividade anteriormente prazerosa ($p = 0,03$), e com a variável internação nos últimos seis meses ($p = 0,04$).

Tabela 1 – Distribuição da frequência de autopercepção do estado de saúde dos idosos, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2015

Autopercepção	n	%	IC95%
Positiva	93	29,90	24,79-35,02
Negativa	218	70,10	64,98-75,21
Total	311	100,00	

Nota: IC95% = Intervalo 95% de Confiança.

Destaca-se a significância em relação à autopercepção de saúde negativa nas variáveis de humor e internação nos últimos seis meses.

A mediana da pontuação final foi de 11 (IQ = 8-15), com diferenças estatisticamente significativas nas 2 amostras de autopercepção de saúde ($p < 0,01$) (dados não mostrados).

A tabela 3 apresenta a análise da estatística inferencial da variável tristeza ou desesperança associada à autopercepção de saúde dos idosos. Ressalta-se que as variáveis idade e sexo foram importantes variáveis de ajuste.

Tabela 2 – Frequência das variáveis de Vulnerabilidade Clínico Funcional relacionadas à autopercepção de saúde, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2015

Variáveis	Autopercepção de saúde		Total n (%)	Valor de *p
	Positiva n (%)	Negativa n (%)		
Potenciais ajustes				
Idade anos	77,38 (7,38)	77,07 (8,15)		0,75
Sexo				
Masculino	25 (26,32)	70 (73,68)	95 (30,54)	
Feminino	68 (31,48)	1.148 (68,52)	216 (69,45)	
Potenciais exposições				
AVD***** Instrumental				
Deixou de fazer compras				
Não	69 (30,80)	155 (69,20)	224 (100,00)	0,58
Sim	24 (27,59)	63 (72,41)	87 (100,00)	
Deixou de controlar o dinheiro				
Não	80 (30,08)	186 (69,92)	226 (100,00)	0,87
Sim	13 (28,89)	32 (71,11)	45 (100,00)	
Deixou de fazer trabalhos				
Não	81 (30,22)	187 (69,78)	268 (100,00)	0,58
Sim	12 (27,91)	31 (72,09)	43 (100,00)	
AVD***** Básica				
Deixou de tomar banho sozinho				
Não	87 (30,31)	200 (69,69)	287 (100,00)	0,58
Sim	6 (25,00)	18 (75,00)	24 (100,00)	
Cognição				
Ficando esquecido				
Não	14 (38,89)	22 (61,11)	36 (100,00)	0,21
Sim	79 (28,73)	196 (71,27)	275 (100,00)	
Piora do esquecimento				
Não	58 (33,92)	113 (66,08)	171 (100,00)	0,09
Sim	35 (25,00)	105 (75,00)	140 (100,00)	
Humor				
Tristeza, desânimo				
Não	42 (45,65)	50 (54,35)	92 (100,00)	0,001*
Sim	51 (23,29)	168 (76,71)	219 (100,00)	
Perdeu interesse por atividade				
Não	75 (33,33)	150 (66,67)	225 (100,00)	0,03*
Sim	18 (20,93)	68 (79,07)	86 (100,00)	
Alcance/Preensão/ Pinça				
Incapaz de elevar os braços				
Não	92 (29,87)	216 (70,13)	308 (100,00)	0,89
Sim	1 (33,33)	2 (66,67)	3 (100,00)	
Incapaz de segurar objetos				
Não	93 (30,10)	216 (69,90)	309 (100,00)	0,35
Sim	-	2 (100,00)	2 (100,00)	

Continua

Tabela 2 (cont.)

Variáveis	Autopercepção de saúde		Total n (%)	Valor de *p
	Positiva n (%)	Negativa n (%)		
Capacidade aeróbica				
Perda de peso**				
Não	34 (28,10)	87 (71,90)	121 (100,00)	0,95
Sim	3 (27,27)	8 (72,73)	11 (100,00)	
Índice de Massa Corporal < 22 g/m**				
Não	19 (24,05)	60 (75,95)	79 (100,00)	0,21
Sim	18 (33,96)	35 (66,04)	53 (100,00)	
Circunferência panturrilha < 31 cm**				
Não	27 (27,84)	70 (72,16)	97 (100,00)	0,93
Sim	10 (28,57)	25 (71,43)	35 (100,00)	
Velocidade da marcha > 5 segundos**				
Não	13 (30,23)	30 (69,77)	43 (100,00)	0,69
Sim	24 (26,97)	65 (73,03)	89 (100,00)	
Marcha				
Dificuldade de caminhar				
Não	89 (30,38)	204 (69,62)	293 (100,00)	0,46
Sim	4 (22,22)	14 (77,78)	18 (100,00)	
Duas ou mais quedas/ano				
Não	69 (31,65)	149 (68,35)	218 (100,00)	0,3
Sim	24 (25,81)	69 (74,19)	93 (100,00)	
Continência esfincteriana				
Perde urina/fezes sem querer				
Não	41 (31,06)	91 (68,94)	132 (100,00)	0,7
Sim	52 (29,05)	127 (70,95)	179 (100,00)	
Comunicação				
Problema de visão				
Não	90 (30,00)	210 (70,00)	300 (100,00)	0,84
Sim	3 (27,27)	8 (72,73)	11 (100,00)	
Problema de audição				
Não	92 (29,97)	215 (70,03)	307 (100,00)	0,83
Sim	1 (25,00)	3 (75,00)	4 (100,00)	
Comorbidades múltiplas				
Cinco ou mais doenças crônicas**				
Não	25 (21,55)	91 (78,45)	116 (100,00)	0,41
Sim	14 (27,45)	37 (72,55)	51 (100,00)	
Uso regular de cinco ou mais medicamentos**				
Não	3 (42,86)	4 (57,14)	7 (100,00)	0,21
Sim	36 (22,50)	124 (77,50)	160 (100,00)	
Internação últimos seis meses**				
Não	29 (20,57)	112 (79,43)	141 (100,00)	0,04*
Sim	10 (38,46)	16 (61,54)	26 (100,00)	

Nota: *Valor de $p \leq 0,05$; **Os casos de "não se aplica" foram retirados; ***Qui-quadrado de Pearson, exceto para Idade; **** Média e DP / Teste t de Student simples; ***** Atividades de Vida Diárias .

Tabela 3 – Razão de prevalência e Intervalo de Confiança (IC95%) ajustados e não ajustados para autopercepção de saúde, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2015

Vulnerabilidade clínico funcional	Desfecho	
	Autopercepção de saúde RP (IC95%)*	RP (IC95%)**
Tristeza ou desesperança no último mês		
Ausência	1,00	1,00
Presença	1,41 (1,15-1,72)	1,43 (1,17-1,75)

Notas: RP = Razão de prevalência; IC95% = Intervalo 95% de Confiança; *Modelo bruto; **Modelo ajustado para sexo e idade; Valor de $p = 0,001$ (Modelo de Poisson).

Os resultados mostram que a prevalência de idosos com autopercepção negativa de saúde é 1,43 vez maior nos idosos que apresentaram tristeza ou desesperança.

DISCUSSÃO

Estudos ressaltam que, à medida que o grau de dependência aumenta, há maior declínio da funcionalidade, tornando-se idoso frágil; portanto, maior é a chance de o idoso autoperceber seu estado de saúde como negativo⁽¹³⁻¹⁵⁾.

A saúde do idoso se manifesta pela capacidade de realização de aspirações e da satisfação das necessidades; portanto, bem-estar e funcionalidade são equivalentes, sendo determinantes na autopercepção de saúde dessa população⁽¹⁵⁾.

A autopercepção de saúde pelo idoso é um importante indicador das condições gerais de saúde dessa população⁽¹⁶⁾. No presente estudo, a maioria dos idosos percebeu sua saúde como negativa (70,1%). Esses resultados são corroborados por outros estudos, os quais destacam que a percepção negativa de saúde dos idosos está atrelada, principalmente, à perda da autonomia e ao declínio funcional⁽¹⁷⁻¹⁹⁾.

Já em trabalho realizado em Campinas/São Paulo, os resultados mostraram que a maioria dos idosos relatou a saúde de qualidade intermediária (50%) ou boa (31,8%)⁽⁸⁾. Esses resultados são similares aos apresentados na pesquisa conduzida em Bambuí/Minas Gerais, na qual os idosos definiram sua saúde como boa/razoável (24,7%)⁽⁴⁾.

Não obstante, os idosos também percebem sua saúde como positiva⁽²⁰⁻²¹⁾. Resultado de estudo mostra que 81% dos idosos têm autopercepção positiva; no entanto, vale a pena destacar que a amostra dos idosos nesse estudo era independente para atividades de vida diária e considerados idosos robustos, o que pode estar associado ao relato de autopercepção de saúde positiva⁽²²⁾.

A diferença nos resultados entre as prevalências de autopercepção dos estudos supracitados pode ser explicada por diferentes opções de resposta da pergunta de autopercepção de saúde, a forma de categorização, que não é homogênea. Além disso, podem existir diferenças entre as regiões estudadas, quanto aos aspectos socioeconômicos, demográficos e diferenças da classificação funcional em relação à amostragem estudada, quando se trata da vulnerabilidade clínico funcional dos idosos⁽²⁰⁾.

Na literatura, as classificações para autopercepção em saúde são diferentes: boa, regular ou ruim e positiva ou negativa. Assim, cada autor utiliza a classificação segundo o marco teórico utilizado no estudo.

Dentre os fatores que podem interferir na percepção de saúde do idoso, citam-se: idade, sexo, condições crônicas de saúde, suporte familiar e social, funcionalidade, estilo de vida, dentre outros. Os problemas físicos, psíquicos, emocionais e sociais também refletem de forma negativa no desempenho de funções e, conseqüentemente, na autopercepção de saúde⁽⁴⁾.

Com o incremento da idade, os indivíduos tendem a apresentar mais problemas de saúde, como incapacidades e prevalência de doenças crônicas, o que pode contribuir na autopercepção negativa de saúde. Com relação ao sexo, a autopercepção negativa de saúde foi maior entre as mulheres; esse resultado é semelhante ao encontrado em estudo, no qual atribui-se a presença de comorbidades e depressão no sexo feminino quando comparado ao sexo masculino⁽⁹⁾.

O idoso com doenças crônicas pode relatar a sua saúde como negativa⁽⁷⁻¹⁶⁾. No entanto, esses resultados são divergentes com outros estudos, nos quais idosos com até três doenças crônicas, quando controladas e assintomáticas, podem considerar a sua saúde positiva^(4,14).

Neste estudo, os fatores que se associaram significativamente à percepção de saúde negativa do idoso foram: internações nos últimos seis meses e o humor, especificamente a

tristeza e perda de interesse em realizar atividades. Pode-se atribuir o surgimento da associação dessas variáveis para autopercepção negativa de saúde, no idoso, à inclusão desses itens no IVCF-20, uma vez que, para os idealizadores desse instrumento, a presença dessas variáveis sugere maior vulnerabilidade clínica funcional do idoso⁽¹²⁾.

Em estudo prévio, o número de consultas médicas e hospitalizações anteriores tiveram significância estatística com autopercepção ruim de saúde, nos idosos⁽¹⁶⁾. Para o idoso, as internações recentes e a restrição no ambiente hospitalar podem provocar um impacto em sua saúde, comprometendo a sua funcionalidade⁽²³⁾.

Pode-se, também, citar que a autopercepção negativa pelos idosos internados nos últimos seis meses pode estar relacionada, entre outros fatores, à não garantia da resolutividade de suas demandas de saúde, principalmente quando essas estão relacionadas à descompensação das condições crônicas. As doenças crônicas e as incapacidades funcionais dos idosos resultam em maior e prolongado uso de serviços de saúde e internações⁽¹⁵⁾.

Com relação ao humor, os resultados mostraram associação significativa com a autopercepção negativa da saúde; esses dados são compatíveis com outros estudos⁽²⁰⁻²⁴⁾. A variável humor está associada às funções mentais, como nível de consciência, sensopercepção e pensamento, além da motivação necessária para atividades ou participação social do idoso. Dessa forma, considera-se o humor uma função indispensável na preservação da autonomia, sendo importante para manutenção da capacidade funcional⁽¹²⁾.

Deve-se levar em consideração que o rebaixamento do humor ou baixa motivação varia desde a tristeza isolada até a depressão maior⁽¹⁵⁾. O transtorno depressivo é muito mais que um período de tristeza, de pessimismo, de baixa autoestima ou abatimento por uma perda ou por uma mudança drástica na vida. É uma alteração emocional que está associada a elevado risco de morbidade e mortalidade⁽²⁵⁾.

Entretanto, muitas vezes os sintomas previamente referidos são subnotificados, ou até mesmo ignorados pelos profissionais de saúde, por julgarem que essas manifestações são decorrentes do processo de envelhecimento. A avaliação do humor é de suma importância na autopercepção de saúde dos idosos, pois seu olhar em relação ao seu estado de saúde é relevante para seu bem-estar⁽²⁵⁾.

Portanto, cabe na avaliação multidimensional investigar aspectos sociais, emocionais e funcionais do idoso relacionados à preservação da autonomia e independência. Para isso, o estabelecimento de vínculo e interação favorece a construção de um relacionamento pautado no acolhimento, principalmente na identificação de dados subjetivos à saúde do idoso, como a autopercepção de saúde, sendo fundamental na construção de um plano de cuidados específico para cada indivíduo.

Dessa forma, as ações tomadas perante as necessidades físicas, sociais e, principalmente, psicológicas dos idosos estarão direcionadas ao fomento do envelhecimento ativo e saudável, como preconizado pela Política Nacional do Idoso⁽²⁶⁾.

Limitações do estudo

É importante considerar algumas limitações deste estudo, dentre elas a utilização de uma amostra por conveniência, a

investigação junto a um único grupo amostral, além do uso de um instrumento (IVCF-20) relativamente novo.

Contribuições para a área da enfermagem, saúde ou política pública

Aponta contribuições significativas para o conhecimento da Enfermagem em Gerontologia. Irá contribuir para a estruturação de políticas de atenção à saúde do idoso na incorporação de ferramentas que levem em consideração a autopercepção de saúde e a vulnerabilidade clínico funcional do idoso.

CONCLUSÃO

O presente estudo demonstrou a prevalência do sexo feminino e que a maioria dos idosos caracterizaram sua saúde como negativa. Destaca-se a relação de autopercepção negativa de saúde com as variáveis humor e internação recente

do instrumento IVCF-20. Tal relação pode estar relacionada à perda de autonomia, declínio funcional e prolongamento das internações, sugerindo maior vulnerabilidade clínica funcional do idoso.

As percepções do próprio envelhecer e do estado de saúde influenciam na promoção das dimensões psicológica, física, funcional e clínica, incluindo aspectos relacionados à morbimortalidade dos idosos.

Enfatiza-se a necessidade da familiaridade dos profissionais de saúde em considerar as internações prévias e o reconhecimento dos transtornos de humor dos idosos, uma vez que esses itens podem interferir diretamente na capacidade funcional, independência e autonomia desse grupo etário.

Salienta-se que a avaliação da autopercepção de saúde dos idosos se constitui em uma ferramenta importante para minimizar a vulnerabilidade do idoso e essa avaliação deverá ser realizada pela equipe multiprofissional.

REFERÊNCIAS

1. Eskinazi FMV, Marques APO, Leal MCC, Duque AM. Envelhecimento e a Epidemia da Obesidade. *Cient Ciênc Biol Saúde*[Internet]. 2011 [cited 2016 Dec 12];13(Esp):295-8. Available from: <http://www.pgsskroton.com.br/seer/index.php/JHealthSci/article/viewFile/1066/1029>
2. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE. Censo [Internet]. 2010. [cited 2016 Dec 12]. Available from: www.ibge.gov.br
3. Nunes APN, Barreto SM, Gonçalves LG. Relações sociais e autopercepção da saúde: projeto envelhecimento e saúde. *Rev Bras Epidemiol*[Internet]. 2012 [cited 2016 Dec 14];15(2):415-28. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v15n2/19.pdf>
4. Borges AM, Santos GK, Kummer JÁ, Fior L, Molin VD, Wibelinger LM. Autopercepção de saúde em idosos residentes em um município do interior do Rio Grande do Sul. *Rev Bras Geriatr Gerontol* [Internet]. 2014[cited 2016 Dec 14];17(1):79-86. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbagg/v17n1/1809-9823-rbagg-17-01-00079.pdf>
5. Busato MA, Gallina LS, Téó CRPA, Ferretti F, Pozzagnol M. Autopercepção de saúde e vulnerabilidade em idosos. *Rev Baiana Saúde Pública*[Internet]. 2014 [cited 2016 Dec 14];38(3):625-35. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbagg/v17n2/1809-9823-rbagg-17-02-00275.pdf>
6. Lacas A, Rokwood K. Frailty in primary care; a review of its conceptualizations and implications for practice. *BMC Med*[Internet]. 2012[cited 2017 Jan 15];10(4):2-9. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3271962/pdf/1741-7015-10-4.pdf>
7. Silva IT, Junior EPP, Vilela ABA. Autopercepção de saúde de idosos que vivem em estado de coresidência. *Rev Bras Geriatr Gerontol* [Internet]. 2014[cited 2017 Jan 14];17(2):275-87. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbagg/v17n2/1809-9823-rbagg-17-02-00275.pdf>
8. Melo DM, Falsarella GR, Neri AL. Autoavaliação de saúde, envolvimento social e fragilidade em idosos ambulatoriais. *Rev Bras Geriatr Gerontol* [Internet]. 2014 [cited 2017 Jan 14];17(3):471-84. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbagg/v17n3/1809-9823-rbagg-17-03-00471.pdf>
9. Carvalho FF, Santos JN, Souza LM, Souza NRM. Análise da percepção do estado de saúde dos idosos da região metropolitana de Belo Horizonte. *Rev Bras Geriatr Gerontol* [Internet]. 2012 [cited 2017 Jan 14];15(2):285-94. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbagg/v15n2/11.pdf>
10. Cardoso MC, Marquesan FM, Lindoso ZCL, Schneider R, Gomes I, Carli GA. Análise da capacidade funcional dos idosos de Porto Alegre e sua associação com autopercepção de saúde. *Estud Interdiscip Envelhec*[Internet]. 2012 [cited 2016 Dec 14];17(1):111-24. Available from: <http://www.seer.ufrgs.br/RevEnvelhecer/article/viewFile/17632/23191>
11. Reichert FF, Loch MR, Capilheira MF. Autopercepção de saúde em adolescentes, adultos e idosos. *Ciênc Saúde Colet*[Internet]. 2012[cited 2016 Dec 14];17(12):3353-62. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n12/20.pdf>
12. Moraes EN, Moraes FL. Avaliação Multidimensional do Idoso. 5ed. Belo Horizonte: Folium, 2016.
13. Lana LD, Schneider, RH. Síndrome da fragilidade no idoso: uma revisão narrativa. *Rev Bras Geriatr Gerontol* [Internet]. 2014 [cited 2016 Dec 14];17(3):673-80. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbagg/v17n3/1809-9823-rbagg-17-03-00673.pdf>
14. Alves LC, Rodrigues RN. Determinantes da autopercepção de saúde entre idosos do Município de São Paulo, Brasil. *Rev Panam*

- Saúde Pública[Internet]. 2005 [cited 2016 Dec 14];17(5/6):333-41. Available from: <http://www.scielo.org/pdf/rpsp/v17n5-6/26270.pdf>
15. Moraes EM. Atenção à saúde do idoso: aspectos conceituais. Organização Pan-Americana de Saúde. [Internet]. 2012 [cited 2017 Feb 01]. 98p. Available from: <http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/05/Saude-do-Idoso-WEB1.pdf>
 16. Pagotto V, Bachion MM, Silveira EA. Autoavaliação da saúde por idosos brasileiros: revisão sistemática da literatura. Rev Panam Saúde Pública [Internet]. 2013[cited 2016 Dec 14];33(4):302-10. Available from: <http://www.scielo.org/pdf/rpsp/v33n4/a10v33n4>
 17. Marcellini F. Health perception of elderly people: the results of a longitudinal study. Arch Gerontol Geriatr Suppl[Internet]. 2002[cited 2016 Dec 20];8:181-9. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0167494302001310>.
 18. Alves LC. Determinantes da autopercepção de saúde dos idosos do município de São Paulo, Brasil. Rev Panam Saúde Pública [Internet]. 2005 [cited 2016 Dec 02];17(5/6):333-41. Available from: <http://www.scielo.org/pdf/rpsp/v17n5-6/26270.pdf>
 19. Rigo II, Paskulin LMG, Moraes EP. Capacidade funcional de idosos de uma comunidade rural do Rio Grande do Sul. Rev Gaúch Enferm [Internet]. 2010 [cited 2017 Jan 15];31(2):254-61. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v31n2/08.pdf>
 20. Confortin, SC, Giehl MWC, Antes DL, Schneider IJC, Orsi E. Positive self-rated health in the elderly: a population-based study in the South of Brazil. Cad Saúde Pública [Internet]. 2015[cited 2016 Dec 14];31(5):1049-60. Available from: http://www.scielo.br/pdf/csp/v31n5/en_0102-311X-csp-31-5-1049.pdf
 21. Silva RJS, Menezes AS, Tribess S, Perez VR, Virtuoso Jr JS. Prevalência e fatores associados à percepção negativa da saúde em pessoas idosas do Brasil. Rev Bras Epidemiol [Internet]. 2012 [cited 2017 Jan 15];15(1):49-62. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v15n1/05.pdf>
 22. Borim FSA, Barros MBA, Neri AL. Autoavaliação da saúde em idosos: pesquisa de base populacional no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. Cad Saúde Pública [Internet]. 2012 [cited 2017 Jan 14];28(4):769-80. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v28n4/16.pdf>
 23. Pimenta FA, Amaral CS, Torres HG, Rezende N. The association between self-rated health and health care utilization in retired. Acta Med Port [Internet]. 2010 [cited 2016 Dec 14];23(1):101-6. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/labs/articles/20353712/>
 24. Alvarenga MRM, Oliveira MAC, Faccenda O, Cerchiari EAN, Amendola F. Sintomas depressivos em idosos assistidos pela Estratégia Saúde da Família. Cogitare Enferm [Internet]. 2010 [cited 2016 Dec 14];15(2):217-24. Available from: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/17850/11645>
 25. Silva GEM, Pereira SM, Guimaraes FG, Perrelli JGA, Santos ZC. Depression: knowledge of elderly attended in units of Family health of the city of Limoeiro, PE. Rev Min Enferm[Internet]. 2014[cited 2016 Dec 14];18(1):82-7. Available from: http://www.revenf.bvs.br/pdf/reme/v18n1/en_v18n1a07.pdf
 26. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Portaria MS/GM n 2.528 de 19 de Outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa[Internet]. Brasília: MS; 2006[cited 2017 Jan 20]. Available from: <http://www.saudeidoso.icict.fiocruz.br/pdf/PoliticaNacionaldeSaude-da-PessoaIdosa.pdf>
-