

Autoavaliação de saúde ruim e fatores associados em idosos residentes em zona urbana



Revista Gaúcha
de Enfermagem

Autoevaluación de mala salud y factores asociados en ancianos residentes en la zona urbana

Poor self-rated health and associated factors among elderly urban residents

Joana Darc Chaves Cardoso^a
Rosemeiry Capriata de Souza Azevedo^b
Annelita Almeida Oliveira Reiners^c
Cecília Victorazzo Louzada^d
Mariano Martinez Espinosa^e

DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2014.04.46916>

RESUMO

Objetivou-se analisar a prevalência da autoavaliação de ruim/péssima e os fatores associados em idosos. Estudo epidemiológico, de corte transversal. Os dados foram coletados por meio de entrevista, utilizando o questionário BOAS (Brasil Old Age Schedule). Participaram do estudo 573 idosos residentes na zona urbana do município de Cuiabá-MT. A medida de associação utilizada foi a razão de prevalência. Na análise multivariada, utilizou-se a regressão múltipla de Poisson. A prevalência de autoavaliação de ruim/péssima foi de 30,9%, e os fatores que se mantiveram associados foram renda, número de morbidades e incontinência urinária. A associação de fatores demográficos, socioeconômicos e de saúde à autoavaliação de saúde ruim/péssima dos idosos deste estudo mostra a necessidade de medidas assistenciais e políticas para minimizar o impacto desses fatores na vida e saúde dos idosos.

Descritores: Nível de saúde. Idoso. Autoavaliação.

RESUMEN

Este estudio tuvo como objetivo examinar la prevalencia de autoevaluación de los factores de pobre / muy pobre y asociados sobre los ancianos. Estudio epidemiológico, transversal. Los datos fueron recolectados a través de entrevistas utilizando el buen cuestionario BOAS (Brazil Old Age Schedule). El estudio incluyó a 573 ancianos residentes en la zona urbana de Cuiabá-MT. La medida de asociación utilizada fue la razón de prevalencia. En el análisis multivariante, se utilizó la regresión múltiple de Poisson. La prevalencia de la autoevaluación de la mala / muy mala fue del 30,9% y los factores que se mantuvieron asociados eran ingresos, número de comorbidades y la incontinencia urinaria. La asociación de los factores socioeconómicos, demográficos, y la autoevaluación de la salud de los pobres / muy mal estado de salud de los adultos mayores en este estudio muestra la necesidad de atención y las políticas para minimizar el impacto de estos factores sobre la vida y la salud de las medidas de mayor edad.

Descriptores: Estado de salud. Anciano. Autoevaluación.

ABSTRACT

The purpose of this study was to examine the prevalence of bad self-rated health in the elderly and associated demographic and socioeconomic factors. This was an epidemiological, cross-sectional study. Data were collected through interviews using the BOAS (Brazil Old Age Schedule) questionnaire. The study included 573 elderly residents in the urban area of Cuiabá-MT, Brazil. The adopted measure of association was the prevalence ratio. For multivariate analysis, multiple Poisson regression was used. The prevalence of poor/very poor self-rated health was 30.9% and the associated factors were income, number of morbidities and urinary incontinence. The association of demographic and socioeconomic factors with poor/very poor self-rated health among the elderly in this study shows the need for assistance and policies that minimize the impact of these factors on the lives and health of the elderly.

Descriptors: Health status. Aged. Self-assessment.

^a Enfermeira. Mestre. Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso- UFMT.

^b Enfermeira. Doutora. Docente do Departamento de Enfermagem da UFMT.

^c Enfermeira. Doutora. Docente do Departamento de Enfermagem da UFMT.

^d Enfermeira. Mestre. Docente da Faculdade de Enfermagem do Centro Universitário de Várzea Grande -UNIVAG.

^e Estatístico. Doutor. Docente do Departamento de Estatística da UFMT.

■ INTRODUÇÃO

A autoavaliação da saúde tem sido utilizada como método confiável para a mensuração e monitoramento do estado de saúde de indivíduos, além de ser um meio de baixo custo e prático para utilização por serviços de saúde. Trata-se de um indicador de qualidade de vida, de morbidade, declínio funcional e, sobretudo, um preditor sólido de mortalidade, fundamental na avaliação das condições de saúde das pessoas idosas⁽¹⁾. Essa autoclassificação geral do estado de saúde engloba vários aspectos da vida do indivíduo como os de natureza física, funcional, cognitivos e emocionais, assim como de bem-estar⁽²⁾.

Há um crescente corpo de pesquisas sobre a autoavaliação de saúde em idosos⁽³⁻⁴⁾. Esse aspecto é importante uma vez que as informações sobre a autoavaliação de saúde de pessoas mais velhas permitem evidenciar o impacto que ela tem na vida e saúde dessa parcela da população.

Apesar dessa constatação, os estudos que possuem como foco a autoavaliação do estado de saúde ruim em idosos ainda são escassos⁽⁵⁻⁶⁾. Entre os estudos existentes sob esta perspectiva, há evidências de que a pior autoavaliação da saúde se associam diversos fatores como, sedentarismo, baixo peso e obesidade, doenças crônicas, maior uso de medicamentos, e incapacidade funcional. Além disso, o risco de mortalidade associado à autoavaliação de saúde ruim é mais alto do que o observado em diversas medidas objetivas do estado de saúde, como por exemplo, a avaliação do quadro clínico utilizada pelos profissionais⁽¹⁾.

Neste estudo o conceito de idoso adotado foi o da Organização Mundial de Saúde (OMS), o qual considera idoso a pessoa com 60 anos e mais. Assim, este estudo teve por objetivo analisar a prevalência da autoavaliação do estado de saúde ruim/péssima considerando os fatores demográficos, socioeconômicos e de saúde associados em idosos residentes em zona urbana.

■ MÉTODO

Essa pesquisa é um recorte da dissertação de mestrado intitulada "Condições de saúde autorreferidas da população idosa do município de Cuiabá-MT"⁽⁷⁾. Realizou-se pesquisa epidemiológica de corte transversal, por meio de inquérito domiciliar, desenvolvida no município de Cuiabá-MT. Foram excluídos os idosos que residiam em instituições de longa permanência (ILPI), hospitais, presídios, conventos, albergues e casas de apoio. Além disso, as pessoas que apresentavam evidência de dificuldades cognitivas ou qualquer outra condição que os impedisse de responder às perguntas e que residiam em área rural.

O tamanho amostral foi determinado a partir do cálculo para populações finitas. A amostra foi do tipo probabilística, com técnica de seleção estratificada por setor censitário, considerando intervalo de confiança de 95%, erro de amostragem de 5% e uma proporção estimada de 50% para as proporções de interesse. A partir da amostragem por conglomerados foi determinada a quantidade de setores censitários a serem visitados, totalizando 11 setores. Considerando um efeito de desenho usual de 1,5 para atingir a precisão desejada da pesquisa, a amostra total corrigida foi de 573 idosos. Para determinar a quantidade de idosos a serem entrevistados nos distritos urbanos de Cuiabá, foi utilizada a quantidade total de idosos residentes em cada um e estratificados por sexo.

Os dados foram coletados no domicílio dos idosos, no período de dezembro de 2011 a março de 2012, por entrevistadoras treinadas, utilizando o questionário BOAS (*Brazil Old Age Schedule*). Trata-se de uma ferramenta multidimensional que tem sido utilizada em diversos estudos, permitindo explorar vários aspectos da vida e saúde da população idosa.

As variáveis analisadas neste estudo e suas respectivas categorias foram: Variável dependente – autoavaliação da saúde, obtida por meio da pergunta: Em geral, o(a) Sr.(a) diria que sua saúde está: ótima, boa, ruim ou péssima? Variáveis independentes – características demográficas: sexo (masculino; feminino), idade (60 a 69 anos; 70 a 79 anos; 80 anos ou mais), estado conjugal (casado(a)/união estável; viúvo(a); solteiro(a) /separado (a) /divorciado (a). Características socioeconômicas: escolaridade (analfabeto; até 4 anos de estudo; mais de 4 anos de estudo), renda mensal do idoso (menos de 2 salários mínimos; 2 a 3 salários mínimos; mais de 3 salários mínimos). Condições de saúde: número de morbidades autorreferidas (0 a 1 morbidade; 2 a 3 morbidades; 4 ou mais morbidades), uso de medicamentos (sim; não) e incontinência urinária (IU) (sim; não).

Os dados do inquérito foram processados no programa SPSS 15.0 (*Statistical Package for Social Sciences*). As associações entre a variável dependente e as variáveis independentes foram avaliadas de maneira bivariada, por meio do teste Qui-quadrado e a razão de prevalência (razão de prevalência bruta (RP) com seus respectivos intervalos de confiança 95% (IC 95%). Em seguida utilizou-se um modelo de regressão de *Poisson* para avaliar a associação de maneira multivariada entre a variável resposta ou desfecho e as variáveis independentes, obtendo as prevalências ajustadas. Neste modelo entraram todas as variáveis independentes ou fatores que na análise bivariada apresentaram $p < 0,20$. Para a entrada das variáveis no modelo foi utilizado o método *backward*. Para essas análises, as respostas da variável autoavaliação de saúde,

que a princípio tinha quatro categorias no questionário (ótima; boa; ruim; péssima) foi transformada em uma variável dicotômica (ótima/boa e ruim/péssima).

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Júlio Müller sob protocolo nº 132/2011. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

■ RESULTADOS

Dos 573 idosos estudados, 254 eram homens e 319 mulheres. A média de idade foi de 71,6 anos (DP=8,38), com predominância da faixa etária entre 60 e 69 anos (45,9%). Em relação ao estado civil, 72,8% dos homens eram casados ou tinham união estável e 43,6% das mulheres eram viúvas. Quanto à escolaridade, 26,5% não sabiam ler e escrever e 44,4% possuíam o primário completo. A maioria

dos idosos (73,1%) declarou possuir renda menor que dois salários mínimos.

Quase 70% dos idosos avaliaram seu estado de saúde como ótimo ou bom (69,1%). Destes, a maioria era do sexo feminino (53,6%); estava na faixa etária entre 60 e 69 anos (46,6%); casados ou tinham companheiros (54,6%); sabiam ler e escrever (78,7%) sendo que 45,5% possuía até quatro anos de estudo e 67% mencionaram renda inferior a dois salários mínimos.

Dos idosos que autoavaliaram a saúde como ruim ou péssima (30,9%), a maioria era do sexo feminino (60,8%); estava na faixa etária entre 60 e 69 anos (45,4%); casada ou tinha companheiro (52,8%); sabia ler e escrever (61,4%); 45,5% tinha até quatro anos de estudo e 86,4% mencionaram renda menor que dois salários mínimos.

A razão de prevalência de autoavaliação do estado de saúde ruim/péssima em idosos com até quatro anos de es-

Tabela 1. Análise bivariada da associação entre autoavaliação do estado de saúde ruim/péssima em idosos, segundo fatores demográficos e socioeconômicos, Cuiabá-MT, 2012.

Variáveis	Autoavaliação do estado de saúde				RP _b	IC 95%	Valor de p
	Ruim/péssima		Ótima/boa				
	n	%	n	%			
Sexo							
Masculino	69	27,38	183	72,62	1,00		
Feminino	107	33,65	211	66,35	1,23	[0,95; 1,58]	0,108
Faixa etária							
60 – 69 anos	79	30,15	183	69,85	1,00		
70 – 79 anos	68	33,66	134	66,34	1,12	[0,86; 1,46]	0,420
80 anos ou mais	27	26,21	76	73,79	0,87	[0,60; 1,26]	0,456
Anos de estudo							
Mais de 4 anos de estudo	31	19,50	128	80,50	1,00		
Até 4 anos de estudo	77	30,31	177	69,69	1,56	[1,08; 2,24]	0,015*
Analfabeto	68	44,74	84	55,26	2,30	[1,60; 3,30]	<0,001*
Estado conjugal							
Casado/União estável	93	30,19	215	69,81	1,00		
Viúvo	57	32,57	118	67,43	1,08	[0,82; 1,42]	0,587
Solteiro/Separado/ Divorciado	26	29,89	61	70,11	0,99	[0,69; 1,42]	0,956
Renda							
Mais de 3 SM	5	8,77	52	91,23	1,00		
2 a 3 SM	135	31,84	289	68,16	3,63	[1,55; 8,48]	<0,001*
Menos de 2 SM	23	44,23	29	55,77	5,04	[2,07; 12,29]	<0,001*

Fonte: Dados da pesquisa.

RP_b: Razão de prevalência bruta; IC 95%: Intervalo de confiança de 95%; p: Nível de significância considerando a distribuição de Qui-Quadrado.

tudo foi 0,56 vezes maior quando comparada aos idosos com mais de quatro anos de estudo e um risco 1,30 vezes maior para os analfabetos.

Quanto à renda, idosos com dois a três salários mínimos apresentaram 2,63 vezes mais risco de autoavaliarem o estado de saúde como ruim/péssimo que aqueles com mais de três salários mínimos. Os idosos com renda menor que dois salários mínimos tinham um risco 4,04 vezes maior, quando comparado aos idosos com mais de três salários mínimos (Tabela 1).

Em relação às variáveis de saúde, o uso de medicamentos e a IU também mostraram estar associados à autoavaliação do estado de saúde ruim/péssimo, tendo o primeiro uma razão de prevalência inferior a um (IC95%=0,18-0,53), indicando que este fator é de proteção. Ou seja, o uso de medicamentos diminui o risco de o idoso autoavaliar sua saúde como ruim/péssimo. Por outro lado, a IU é um fator de risco para autoavaliação do estado de saúde ruim/péssimo dos idosos (IC95% = 1,50-2,41) (Tabela 2).

Na análise multivariada, as variáveis renda, morbidade autorreferida e IU mantiveram-se associadas com a autoavaliação do estado de saúde ruim/péssimo em RP ajustada por regressão de Poisson Robusta, selecionadas pelo método *backward*, (Tabela 3).

Constatou-se que os idosos com renda de dois a três salários mínimos apresentaram 1,34 vezes mais risco de exibir autoavaliação de saúde ruim/péssima quando comparados àqueles com mais de três salários mínimos. Entre

os idosos com menos de dois salários mínimos esse risco foi 1,68 vezes maior (Tabela 3).

Os idosos com quatro ou mais morbidades autorreferidas exibiram autoavaliação do estado de saúde ruim/péssima 3,28 vezes maior que aqueles os quais relataram não possuir morbidade ou ter somente uma enfermidade (Tabela 3).

Por fim, foi verificado que os idosos com IU apresentaram 0,33 vezes mais risco de autoavaliarem sua saúde como ruim/péssima, quando comparados àqueles que não tinham IU (Tabela 3).

DISCUSSÃO

A prevalência de autoavaliação de saúde ruim/péssima neste estudo foi de 30,9%, valor superior ao encontrado na população em geral que incluiu pessoas com 20 anos ou mais de idade (5,6%)⁽⁷⁾. Isso provavelmente se deve ao fato de esta pesquisa ter sido realizada apenas de pessoas com 60 anos e mais. Estudos mostram que a autoavaliação ruim piora com a idade⁽⁸⁾. Quando comparados aos adultos mais jovens, idosos tendem a ter piores condições de saúde, dificuldades de acesso aos serviços de saúde, além de menor nível de escolaridade e renda^(3,6).

No entanto, quando se compara a prevalência encontrada neste estudo as de outros realizados com população idosa, a frequência de autoavaliação da saúde ruim foi semelhante em alguns estudos (27,7%⁽³⁾ e 27,5%⁽⁵⁾) e diferente

Tabela 2. Análise bivariada da associação entre autoavaliação do estado de saúde ruim segundo variáveis de saúde, Cuiabá-MT, 2012.

Variáveis	Autoavaliação do estado de saúde				RP _b	IC 95%	Valor de p
	Ruim/péssima		Ótima/boa				
	n	%	n	%			
Morbidade autorreferida							
0 a 1	40	14,65	233	85,35	1,00		
2 a 3	116	43,61	150	56,39	2,98	[2,17; 4,09]	<0,001*
4 ou mais	19	65,52	10	34,83	4,47	[3,03; 6,60]	<0,001*
Uso de medicamentos							
Não	12	10,91	98	89,09	1,00		
Sim	164	35,65	296	64,35	0,31	[0,18; 0,53]	<0,001*
Incontinência urinária							
Não	116	25,89	332	74,11	1,00		
Sim	60	49,18	62	50,82	1,90	[1,50; 2,41]	<0,001*

Fonte: Dados da pesquisa.

RP_b: Razão de prevalência bruta; IC: 95%; p: Nível de significância considerando a distribuição de Qui-Quadrado.

Tabela 3. Distribuição da prevalência de autoavaliação do estado de saúde ruim/péssima em idosos. Cuiabá-MT, 2012.

Variáveis	RP _a	IC 95%	Valor p
Renda			
Mais de 3 SM	1,00		
2 a 3 SM	2,34	1,08 a 5,02	0,030
Menos de 2 SM	2,68	1,19 a 6,07	0,018
Morbidade autorreferida			
0 a 1	1,00		
2 a 3	2,94	2,10 a 4,11	<0,001*
4 ou mais	4,28	2,87 a 6,39	<0,001*
Incontinência urinária			
Não	1,00		
Sim	1,33	1,04 a 1,70	0,023

Fonte: Dados da pesquisa.

RP_a: Razão de Prevalência ajustada no modelo de regressão de Poisson com seleção de variáveis; IC: 95%; Nível de significância: 5%.

em outros (17,1%⁽⁶⁾ e 49,6%⁽⁹⁾). Tais diferenças podem ter algumas explicações e, entre elas, o contexto de saúde que os idosos vivem. Variáveis como a estrutura do sistema de saúde, o acesso e utilização dos serviços têm sido associadas a uma pior autoavaliação de saúde⁽¹⁰⁾. Além disso, as condições socioeconômicas como a renda, escolaridade podem refletir as desigualdades sociais no Brasil e suas repercussões para a saúde da população⁽¹¹⁾.

Outro achado desta investigação foi a forte associação da autoavaliação de saúde ruim/péssima com anos de estudo, ou seja, nos idosos com menor nível de escolaridade houve aumento progressivo da RP daqueles que avaliaram sua saúde como ruim/péssima. Isso é constatado frequentemente na literatura⁽⁴⁾. Estudos mostram que idosos analfabetos ou com baixa escolaridade avaliam sua saúde como pior se comparado às pessoas com níveis maiores de escolaridade^(5,8). Pesquisa recente mostrou que a frequência de pessoas que autoavaliaram sua saúde como ruim/muito ruim foi superior naquelas com menor escolaridade (22,3%)⁽⁸⁾.

Provavelmente isso acontece porque no Brasil, os idosos de hoje tiveram menor oportunidade de acesso ao sistema de ensino, se comparado aos mais jovens⁽¹²⁾. Nesse sentido, a melhora do nível educacional das pessoas poderia favorecer a adoção de estilos de vida mais saudáveis, a busca por serviços de saúde, bem como o acesso às informações⁽⁴⁾.

Outra associação observada diz respeito ao uso de medicamentos e a autoavaliação de saúde ruim/péssima. Estudos tem encontrado associação do uso de medica-

mentos com a autoavaliação do estado de saúde ruim⁽⁵⁾. Além disso, quem autoavalia a saúde negativamente o consumo médio de medicamentos é maior⁽⁹⁾.

No entanto, neste estudo essa variável apareceu como fator de proteção. Talvez porque as pessoas mais velhas ao se perceberem doentes buscam os serviços de saúde para que seus problemas sejam resolvidos, minimizados ou controlados por meio da prescrição de medicamentos. Nesse sentido, a Política Nacional de Assistência Farmacêutica garante a disponibilidade de recursos para aquisição dos medicamentos, a organização dos serviços e capacitação dos profissionais. Além disso, facilita o acesso, o uso racional dos medicamentos e a inserção efetiva da assistência farmacêutica no âmbito do SUS⁽¹³⁾. Acredita-se que o acesso ao serviço de saúde, a prescrição e o uso de medicamentos poderia levar os idosos à autoavaliar melhor sua saúde.

É consenso na literatura que o uso de medicação é essencial ao bem estar dos idosos, especialmente dos que vivenciam condições crônicas de adoecimento. No entanto, autores ressaltam que apesar do seu efeito benéfico, prejuízos podem ocorrer devido ao uso inadequado, à dificuldade de adesão ao tratamento, reações adversas e interações medicamentosas. Isso traz repercussões negativas no estado de saúde e qualidade de vida dos idosos, bem como aumento das morbidades e morte⁽⁹⁾.

Um dos achados deste trabalho foi a forte associação entre autoavaliação de saúde ruim/péssima e renda que com a escolaridade (p=0,001). Resultado semelhante foi encontrado em um estudo norte americano, no qual a

renda apresentou-se como preditor mais robusto de saúde autoavaliada do que a escolaridade⁽¹⁰⁾. De fato, estudiosos têm comprovado que a renda é um dos principais determinantes do estado de saúde das pessoas, especialmente dos idosos. Quando ela é baixa, interfere negativamente na maneira como o indivíduo percebe e cuida de sua própria saúde, no acesso e utilização dos serviços de saúde e na adesão aos tratamentos⁽¹⁴⁾. Outra hipótese para esse achado é que grande parte dos idosos residem com seus familiares. Isso pode resultar em melhor renda e acesso a serviços de saúde, repercutindo favoravelmente na maneira como avaliam sua saúde.

A associação positiva entre autoavaliação de saúde ruim/péssima e número de doenças crônicas foi um achado deste estudo corroborado por outros autores⁽¹⁵⁾. Estudo realizado nas capitais brasileiras e no Distrito Federal mostrou que, as RP de saúde ruim, na presença de quatro ou cinco morbidades foi de 6,9 para as mulheres e 11,4 para os homens quando comparado aqueles que não tinham morbidades⁽¹⁵⁾.

Esses achados comprovam a influência negativa do número de doenças crônicas na autoavaliação de saúde. É notório que as doenças crônicas, principalmente entre os idosos, comprometem a capacidade funcional e prejudicam a realização das atividades de vida diária⁽¹⁶⁾. Esse comprometimento pode trazer implicações para o idoso, a família, a comunidade e os serviços de saúde, interferindo diretamente na qualidade de vida e bem estar desse segmento populacional⁽¹⁷⁾.

As políticas que abordam a promoção da saúde, bem como a prevenção e tratamento das doenças crônicas têm se mostrado mais eficazes para controlar suas implicações na vida das pessoas, por conseguinte aumentando a longevidade e qualidade de vida⁽¹⁸⁾.

A forte associação da IU com a autoavaliação de saúde ruim/péssima foi outro fator evidenciado neste trabalho e corroborado por achados de outros autores⁽¹⁹⁾. Estudo com dados do projeto Saúde, Bem estar e Envelhecimento – SABE, realizado no município de São Paulo, com idosos, mostrou que para as pessoas com 75 anos ou mais que autorreferiram boa saúde, a prevalência de IU foi de 22,5%, enquanto que para as que declararam saúde regular ou ruim esse percentual quase dobrou chegando a 41,5%⁽¹⁹⁾. Esses dados comprovam que essa condição interfere de maneira relevante na forma como o idoso avalia a própria saúde.

De fato, a IU é uma condição prevalente entre os idosos, mais em mulheres que em homens e naqueles com doenças crônicas⁽²⁰⁾. Essa condição lhes impinge situações constrangedoras e estressantes que tem impacto negativo

na sua autoestima e na qualidade de vida, muitas vezes levando-o ao isolamento social⁽¹⁹⁾.

■ CONCLUSÃO

Este estudo é um dos poucos realizados no Brasil que buscou analisar a autoavaliação do estado de saúde ruim/péssima em idosos residentes em zona urbana. Além disso, a amostra é considerável e representativa da população idosa urbana do município, permitindo que generalizações possam ser aplicadas.

Seus resultados ampliam o conhecimento das questões relativas à vida e saúde da população idosa no país. Além disso, pode contribuir com os gestores no planejamento de ações voltadas à promoção da saúde e bem estar, prevenção de agravos e incapacidades que acometem esse segmento da população. Do mesmo modo, pode estimular os profissionais de saúde, em particular a Enfermagem a incorporar a autoavaliação da saúde na rotina de atendimento e avaliação global do idoso, a fim de identificar suas vulnerabilidades.

Concluiu-se que a prevalência de autoavaliação de ruim/péssima foi de 30,9% e os fatores que se mantiveram associados foram renda, número de morbidades e IU. O uso de medicamentos como fator de proteção foi um achado inovador, pois em vários estudos é apontado como fator de risco.

A associação desses fatores à autoavaliação de saúde ruim/péssima dos idosos deste estudo mostra a necessidade de medidas assistenciais e políticas para minimizar seu impacto na vida e saúde destes.

Algumas limitações podem ser apontadas neste estudo. Primeiro, a amostra se limita a idosos residentes em áreas urbanas, conseqüentemente não reflete a realidade de toda a população de pessoas com 60 anos ou mais do município. Entretanto, uma vez que os locais em que as pessoas vivem determinam aspectos de suas vidas e saúde, estudos que mostram suas especificidades são importantes.

Segundo, a pesquisa não incluiu idosos institucionalizados. Trata-se de um segmento mais vulnerável pelas suas condições de saúde e isso poderia influenciar nos resultados encontrados. Neste sentido, investigações sobre autoavaliação do estado de saúde ruim de idosos vivendo nesses contextos trariam informações adicionais importantes para melhor entender a população idosa.

■ REFERÊNCIAS

1. Giltay EJ, Vollaard AM, Kromhout D. Self-rated health and physician-rated health as independent predictors of mortality in elderly men. *Age Ageing*. 2012;41:165-71. doi: 10.1093/ageing/afr161.

2. Simon JG, De Boer JB, Joung IMA, Bosma H. Perceived Health. How is your health in general? A qualitative study on self-assessed health. *Eur J Public Health*. 2012;15(2):200-8. doi:10.1093/eurpub/cki102.
3. Hu YN, Hu GC, Hsu CY, Hsieh SF, Li CC. Assessment of individual activities of daily living and its association with self-rated health in elderly people of Taiwan. *International J Gerontol*. 2012;6:117-21. doi:10.1016/j.ijge.2012.01.024.
4. 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 [acesso 12 jan 2013];28(4):769-80. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v28n4/16.pdf>.
5. Pagotto V, Nakatani AYK, Silveira EA. Fatores associados à autoavaliação de saúde ruim em idosos usuários do Sistema Único de Saúde. *Cad Saúde Pública* [Internet]. Rio de Janeiro. 2011 [acesso 23 set 2012];27(8):1593-602. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v27n8/14.pdf>.
6. Nunes APN, Barreto SM, Gonçalves LG. Relações sociais e autopercepção da saúde: projeto envelhecimento e saúde. *Rev Bras Epidemiol* [Internet]. 2012 [acesso 12 jan 2013];15(2):415-28. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v15n2/19.pdf>.
7. Cardoso JDC. Condições de saúde autorreferidas da população idosa do município de Cuiabá-MT [dissertação]. Cuiabá: Universidade Federal de Mato Grosso; 2013.
8. Moraes JR, Moreira JPL, Luiz RR. Associação entre o estado de saúde autorreferido de adultos e a área de localização do domicílio: uma análise de regressão logística ordinal usando a PNAD 2008. *Ciênc. Saúde Colet* [Internet]. 2011 [acesso 12 set 2012];16(9):3769-80. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n9/a13v16n9.pdf>.
9. 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* [Internet]. 2012 [acesso 20 jan 2013];15(1):49-62. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/rbepid/v15n1/05.pdf>.
10. Louvison MCP, Lebrão ML, Duarte YAO, Santos JLF, Malik AM, Almeida ES. Desigualdades no uso e acesso aos serviços de saúde entre idosos do município de São Paulo. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2008 [acesso 12 jun 2012];42(4):733-40. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v42n4/6846.pdf>.
11. Dachs JNW, Santos APRS. Auto-avaliação do estado de saúde no Brasil: análise dos dados da PNAD/2003. *Ciênc Saúde Colet* [Internet]. 2006 [acesso 12 jun 2012];11(4):887-894. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n4/32327.pdf>.
12. Barros MBA, Francisco PMSB, Lima MG, César CLG. Social inequalities in health among the elderly. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2011 [acesso 12 jun 2012];27 Supl 2:S198-S208. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v27s2/08.pdf>.
13. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (BR). Assistência farmacêutica no SUS. Brasília: CONASS, 2007.
14. Lima-Costa MF, Facchini LA, Matos DL, Macinko J. Mudanças em dez anos das desigualdades sociais em saúde dos idosos brasileiros (1998-2008). *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2012 [acesso 23 fev 2013];46(Supl 1):100-7. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v46s1/ao4207.pdf>.
15. Barros MBA, Zanchetta LM, Moura EC, Malta DC. Auto-avaliação da saúde e fatores associados, Brasil, 2006. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2009 [acesso 12 jan 2012];43(Supl 2):27-37. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43s2/ao792.pdf>.
16. Nunes DP, Nakatani AYK, Silveira EA, Bachion MM, Souza MR. Capacidade funcional, condições socioeconômicas e de saúde de idosos atendidos por equipes de saúde da família de Goiânia (GO, Brasil). *Ciênc Saúde Colet* [Internet]. 2010 [acesso 12 jun 2012];15(6):2887-98. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n6/a26v15n6.pdf>.
17. Alves LC, Leimann BCQ, Vasconcelos MEL, Carvalho MS, Vasconcelos AGG, Fonseca TCO, et al. A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do Município de São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2007 [acesso 12 jun 2012];23(8):1924-30. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n8/19.pdf>.
18. World Health Organization. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Suzana Gontijo (tradutor). Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.
19. Tamanini JTN, Lebrão ML, Duarte Y, Santos JLF, Laurenti R. Analysis of the prevalence of and factors associated with urinary incontinence among elderly people in the municipality of São Paulo, Brazil: SABE study (health, wellbeing and aging). *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2009 [acesso 12 jun 2012];25(8):1756-62. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v25n8/11.pdf>.
20. Burti JS, Santos AMB, Pereira RMR, Zambon JP, Marques AP. Prevalence and clinical characteristics of urinary incontinence in elderly individuals of a low income. *Arch Gerontol Geriatr*. 2012;54(2):e42-e46.

■ Endereço do autor:

Joana Darc Chaves Cardoso
 Faculdade de Enfermagem da UFMT
 Avenida Fernando Correa da Costa, 2367, Boa Esperança
 78060-900, Cuiabá, MT
 E-mail: joana-qtal@hotmail.com

Recebido: 11.05.2014

Aprovado: 24.11.2014