

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUI - UFPI
CAMPUS SENADOR HELVÍDIO NUNES DE BARROS - CSHNB
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

GIOVANNA INGRID SIQUEIRA DE LIMA

AUTOAVALIAÇÃO DE SAÚDE EM IDOSOS BRASILEIROS: revisão integrativa

PICOS-PIAUI

2019

GIOVANNA INGRID SIQUEIRA DE LIMA

AUTOAVALIAÇÃO DE SAÚDE EM IDOSOS BRASILEIROS: revisão integrativa

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Enfermagem do Campus Senador Helvídio Nunes de Barros, da Universidade Federal do Piauí, como parte dos requisitos necessários para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Andressa Suelly Saturnino de Oliveira.

PICOS-PIAUI

2019

FICHA CATALOGRÁFICA
Serviço de Processamento Técnico da Universidade Federal do
Piauí Biblioteca José Albano de Macêdo

L732a Lima, Giovanna Ingrid Siqueira de.
Autoavaliação de saúde em idosos brasileiros: revisão
integrativa. / Giovanna Ingrid Siqueira de Lima. – Picos, 2019.
42 f.
CD-ROM : il; 4 ¾ pol.

Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em
Enfermagem) – Universidade Federal do Piauí, Picos, 2019.
Orientador(A): Profa. Dra. Andressa Suelly Saturnino de
Oliveira.

1. Saúde do Idoso. 2. Autoavaliação - Idoso. 3. Revisão
Integrativa - Pesquisa. I. Título.

CDD 610.736 5

Elaborado por Rafael Gomes de Sousa CRB 3/1163

GIOVANNA INGRID SIQUEIRA DE LIMA

AUTOAVALIAÇÃO DE SAÚDE EM IDOSOS BRASILEIROS: revisão integrativa

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Bacharelado em Enfermagem, da Universidade Federal do Piauí, como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

Data da aprovação: 17/06/19

BANCA EXAMINADORA

Andressa Suelly Saturnino de Oliveira
Profa. Dra. Andressa Suelly Saturnino de Oliveira (Orientadora)
Universidade Federal do Piauí - UFPI/CSHNB

Antônia Sylca de Jesus Sousa
Profa. Ma. Antonia Sylca de Jesus Sousa (1º Membro Efetivo)
Universidade Federal do Piauí - UFPI/CSHNB

Daniela Kelly Veloso
Enfa. Daniela Kelly Veloso (2º Membro Efetivo)
Estratégia Saúde da Família - SMS/Picos

José de Siqueira Amorim Júnior
Prof. Esp. José de Siqueira Amorim Júnior (Membro Suplente)
Universidade Federal do Piauí - UFPI/CSHNB

Dedico este trabalho aos meus pais, M^a Aparecida e Sebastião De Lima, que foram e são a minha base. Essa vitória é nossa!

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente à Deus, por ter me sustentado até aqui, por ter sido minha fonte inesgotável de fé e perseverança, e por ter me mantido em pé, mesmo nos momentos que achei que não suportaria mais. “Os que semeiam em lágrimas colherão com alegria” (Salmos 126.5).

Aos meus pais, Maria Aparecida e Sebastião De Lima, por sempre acreditarem no meu potencial e por serem a minha base em todos os âmbitos de minha vida. À minha mãe, minha total gratidão por sempre ter sido a luz que guia meus caminhos, por ser minha fonte de força e por me transmitir paz nos meus momentos mais difíceis. À minha mãe sou grata por sempre ter sido um pai presente e protetor, sendo um exemplo de honestidade, competência e de bom caráter. Foram com eles que aprendi o verdadeiro significado de altruísmo e compaixão. Agradeço à vocês por tudo o que fizeram e continuam fazendo todos os dias. Agradeço por caminharem ao meu lado e por me oferecerem tantas coisas. “Ter um lugar pra ir é lar. Ter alguém para amar é família. Ter os dois é benção.”

Aos meus avós, que mesmo não estando mais presente em carne, sempre estiveram presentes em meu coração. Obrigada por terem acreditado e visto em mim, um potencial que nem eu mesmo era capaz de imaginar. Lembrar-me de vocês me faz querer continuar...

À minha família, vizinhos e amigos que sempre me ajudaram de alguma forma durante esse tempo.

Aos obstáculos, pois estes me fizeram crescer como pessoa e me ensinaram a ser mais forte.

Sou grata por ter conhecido pessoas de bom coração, durante essa minha caminhada, construindo fortes laços de amizade, que se tornaram minha família aqui em Picos e todos aqueles que sempre estiveram presentes durante essa jornada acadêmica. Em especial a Kaique Warley, Izaiane Paes, Patrícia Amanda, William Caracas, Nadjaná Santos, Valdenor (Seu Coxinha), Paulo Luz e Dona Ocelma.

Aos meus professores que contribuíram para a minha formação acadêmica e que lembrarei com carinho. Em especial à minha orientadora Andressa Oliveira por toda dedicação e à enfermeira da UBS Boa Vista Daniela Kelly, por ter me acolhido tão bem.

"Dizem que antes de um rio entrar no mar, ele treme de medo. Olha para trás, para toda a jornada que percorreu [...] para o longo caminho sinuoso que trilhou através de florestas e povoados, e vê à sua frente um oceano tão vasto, que entrar nele nada mais é do que desaparecer para sempre. Mas não há outra maneira. O rio não pode voltar. Ninguém pode voltar. Voltar é impossível na existência. O rio precisa de se arriscar e entrar no oceano. E somente quando ele entrar no oceano é que o medo desaparece, porque apenas então o rio saberá que não se trata de desaparecer no oceano, mas de tornar-se oceano."

Osho.

RESUMO

Objetivo: este estudo foi realizado com o objetivo de analisar, a partir de publicações científicas brasileiras, os determinantes da autoavaliação de saúde dos idosos. **Método:** trata-se de uma revisão integrativa da literatura, realizada em seis etapas, norteada pelo seguinte questionamento: “quais os determinantes da autoavaliação de saúde de idosos brasileiros?”. Em abril de 2019, realizou-se buscas na Biblioteca Virtual em Saúde, utilizando os descritores (autoavaliação, idoso, saúde do idoso) em associação com o conectivo booleano AND e, em seguida, implementados os critérios de inclusão, que, na página da BVS, são chamados de filtros. Foram utilizados dois tipos de combinações de descritores durante as buscas. Foram selecionados 12 artigos, publicados entre 2013 e 2018, cujas informações extraídas foram registradas em formulário. **Resultados e discussão:** os resultados foram apresentados em formas de quadros sinópticos, que permitiram sintetizar as principais informações de cada artigo analisado. E a discussão foi realizada de forma descritiva. Os principais fatores que influenciaram positivamente a autoavaliação de saúde dos idosos foram o alto nível de escolaridade, o consumo moderado de álcool, ser do sexo masculino, ter renda elevada, residir na região Sudeste do Brasil, ser ativo fisicamente no lazer, utilizar internet, ter menor quantidade de morbidades, redução da dependência em atividades de vida diária, ausência de quedas e não fazer uso de polifarmácia. Pertencer aos estratos sociais mais vulneráveis (ser baixa renda, má qualidade de habitação e possuir baixa escolaridade), ser do sexo feminino, possuir várias morbidades, assim como fazer uso de polifarmácia e ter histórico de quedas constituíram os principais fatores para uma autoavaliação negativa de saúde. **Conclusão:** pôde-se concluir que a quantidade de fatores que afetaram negativamente a autoavaliação de saúde foi maior que a quantidade referente aos fatores positivos. A autoavaliação de saúde é complexa e está associada a múltiplos fatores, resultantes de informações demográficas, socioeconômicas, suporte social e estilo de vida, assim como condições de saúde e o uso de bens e serviços.

Palavras-chave: Saúde do idoso. Idoso. Autoavaliação.

ABSTRACT

Objective: This study was carried out with the objective of analyzing, from Brazilian scientific sessions, the determinants of self - rated health of the elderly. **Method:** this is an integrative review of the literature, carried out in six stages, along the following question: "What are the determinants of the self-assessment of the health of the Brazilian elderly?". In April 2019, searches were made in the Virtual Health Library, using the criteria of self-assessment, elderly and health of the elderly in association with the connective Boolean E, and then implementing the inclusion criteria, which, on the VHL page, are called filters. Several ways of combining descriptors were consumed during searches. 12 articles were selected, between 2013 and 2018, information about their signatures on the form. **Results and discussion:** the results were presented in forms of synoptic tables, which allowed to synthesize as main information of each article analyzed. And the discussion was done in a descriptive way. The main factors that positively affect elderly self-reported health were high schooling, moderate alcohol consumption, male sex, high income, internet use in Southeast Brazil, active use of the Internet, lower amount of morbidity, reduction of dependence on activities of daily living, absence of falls and no use of polypharmacy. To belong to the most vulnerable social strata, to be multi-governmental, to have several women, to have the same profile of polyframes and to have a history of falls constituted by the main factors for a negative self-assessment of health. **Conclusion:** it was approved that the number of variables that negatively affect the health self-assessment was higher than those related to the positive means. Health self-assessment is complex and associated with various factors, demographic, socioeconomic, social support and lifestyle groups, as well as health conditions and use of goods and services.

Keywords: Health of the elderly. Elderly. Self-assessment.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1-	Etapas da revisão integrativa.....	17
Figura 2-	Esquematização da seleção dos artigos a partir das buscas realizadas.....	19
Quadro 1-	Lista dos artigos analisados.....	21
Quadro 2-	Características gerais dos estudos analisados.....	22
Quadro 3-	Aspectos que podem influenciar a autoavaliação de saúde dos idosos de acordo com os autores das pesquisas que originaram as publicações analisadas.....	25
Quadro 4-	Aspectos positivos e negativos que influenciam a autoavaliação de saúde dos idosos, de acordo com as publicações analisadas.....	28

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AAVD	Atividades Avançadas da Vida Diária
AIVD	Atividades Instrumentais da Vida Diária
AVD	Atividades da Vida Diária
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ILPI	Instituição de Longa Permanência para Idoso
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio
QV	Qualidade de Vida
SciELO	<i>Scientific Electronic Library Online</i>
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
VIGITEL	Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	OBJETIVO.....	15
3	MÉTODO.....	16
3.1	Tipo de estudo.....	16
3.2	Etapas da revisão integrativa	16
3.2.1	Identificação do tema e seleção da questão da pesquisa.....	17
3.2.2	Critérios para a busca na literatura e inclusão do estudo.....	17
3.2.3	Informações extraídas dos estudos selecionados	19
3.2.4	Avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa.....	20
3.2.5	Interpretação dos resultados	20
3.2.6	Apresentação da síntese de conhecimento.....	20
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	21
5	CONCLUSÃO.....	37
	REFERÊNCIAS	39
	APÊNDICE	41
	APÊNDICE A - INSTRUMENTO DE COLETA DE INFORMAÇÕES DOS ARTIGOS.....	42

1 INTRODUÇÃO

O envelhecer, de acordo com a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS, 2005) é um processo individual, irreversível e universal, ocasionando a deterioração de um organismo maduro de forma não patológica, sendo denominado senescência. Em contrapartida, há o envelhecimento patológico, ocasionado por alterações no organismo em decorrência de doenças, sendo denominada senilidade (CIOSAK et al., 2011).

Para muitos, o processo de envelhecimento significa perder seu completo ou parcial bem-estar físico e/ou mental, em consequência do acometimento de patologias que podem surgir com o avançar da idade. Contudo, deve-se destacar que cada indivíduo sofre os efeitos da idade de diferentes maneiras, pois cada ser humano é único e a forma de enfrentar o processo de envelhecimento, que é natural e inevitável, torna-se singular.

Nos últimos anos, o Brasil vem apresentando um novo padrão demográfico, de acordo com estimativa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2018), em 2017, a marca populacional idosa correspondia a 30,2 milhões de indivíduos, no que obteve um ganho de 4,8 milhões de idosos desde 2012.

Com a modernização e a evolução tecnológica em saúde, houve aumento na expectativa de vida e diminuição na mortalidade. Em contrapartida, houve declínio na taxa de fecundidade, acarretando redução dos níveis de crescimento populacional, o que explica a predominância do aumento populacional de indivíduos acima de sessenta anos (CIOSAK et al., 2011).

Uma das apreensões que surgem com a velhice está diretamente relacionada com a perda da saúde, pois com o decorrer do tempo instalam-se limitações que podem tornar a vida complicada, resultando em percepção de saúde de forma negativa, interferindo, desse modo, no bem-estar relatado pelos idosos (JEREZ-ROIG et al., 2016).

Hoje, o envelhecimento populacional, apesar de ser visto como conquista e triunfo da humanidade no século XX, percebe-se que ainda existem muitos desafios para que o envelhecimento aconteça com qualidade de vida (BRASIL, 2017). A qualidade de vida associa-se, quase de forma imediata, à saúde, e o equilíbrio saúde-doença é justificado a partir dos determinantes, que podem ser

definidos como os fatores que influenciam e/ou afetam a saúde dos indivíduos (CARRAPATO; CORREIA; GARCIA, 2017).

Com isso, estudos têm sido desenvolvidos com o intuito de verificar, de forma ampla, quais seriam as variáveis associadas à autoavaliação negativa e positiva de saúde, como é o caso de informações demográficas, socioeconômicas, suporte social, estilo de vida, condições de saúde e uso de serviços (BELÉM et al., 2016).

Com base em leituras e a partir de vivências com pessoas idosas, justifica-se a elaboração deste estudo, por perceber que o processo de envelhecimento, apesar de ser um contexto natural e universal, é uma transição que aflige homens e mulheres, seja por medo de perder sua independência, medo da solidão, sofrimento e inseguranças que surgem com a chegada da terceira idade.

A autoavaliação do estado de saúde é considerada o principal indicador utilizado para investigar o bem-estar físico e mental. Consiste em solicitar ao indivíduo que classifique seu estado de saúde em muito bom, bom, regular, ruim ou muito ruim ou utilizando uma outra forma de classificação. A percepção do paciente de se sentir doente engloba multi-fatores que estão associados não apenas ao desconforto físico, mas, também, às consequências sociais e psicológicas da presença da enfermidade. Sendo assim, um importante preditor de morbidade e de mortalidade (BRASIL, 2017).

Medeiros et al. (2016) dizem que a autoavaliação de saúde é uma medida bastante eficaz, rápida e de baixo custo para se obter dados sobre a saúde de grupos populacionais. Indicando o real estado da saúde, mediante uma visão integrada do indivíduo, incluindo as dimensões biológica, psicológica e social.

Percebendo-os assim, como seres sociais que possuem demandas biológicas, psicológicas e emocionais a serem atendidas, faz-se necessário o desenvolvimento de estudos que investiguem esses vários aspectos da vida do idoso. Portanto, é importante buscar, na literatura, contextos que apontem quais fatores são essenciais para que se sintam saudáveis, e quais interferem negativamente neste processo, dando-nos novos parâmetros para planejar ações e políticas para este segmento (FERRETTI; NIEROTKA; SILVA, 2011).

Definir se uma pessoa está ou não saudável é uma tarefa complexa, já que para cada pessoa o conceito de saúde está associado a múltiplos fatores. Com

isso, elaborou-se como pergunta-norteadora para este estudo: quais os determinantes da autoavaliação de saúde de idosos brasileiros?

Jerez-Roig et al. (2016) dizem que são escassos os estudos sobre a autoavaliação da saúde na América Latina, especialmente em idosos. Contudo, é importante aprimorar o conhecimento sobre os aspectos envolvidos na autoavaliação da saúde, podendo, então, identificar áreas e/ou subgrupos mais vulneráveis de idosos, bem como contribuir à formulação de programas de promoção da saúde.

2 OBJETIVO

Analisar, a partir de publicações científicas brasileiras, os determinantes da autoavaliação de saúde dos idosos.

3 METODO

3.1 Tipo de estudo

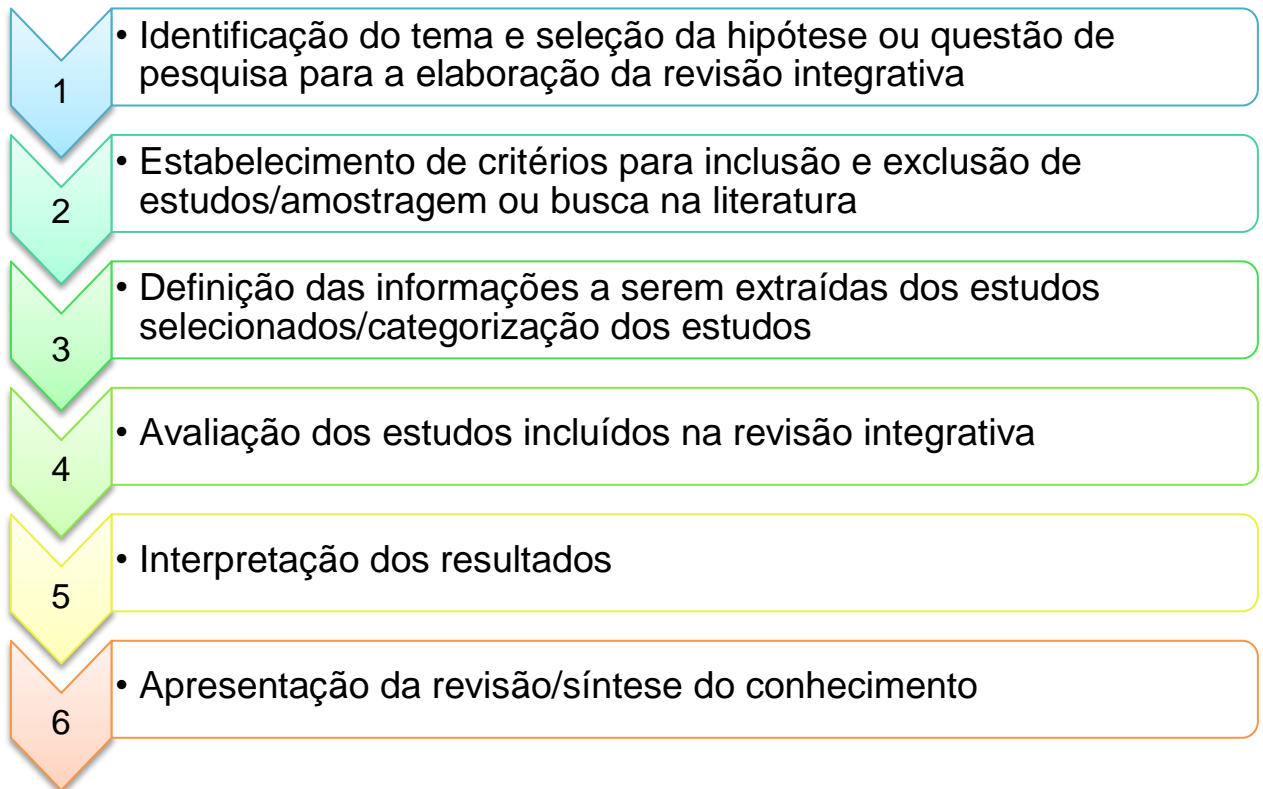
Trata-se de uma revisão integrativa da literatura. Este tipo de estudo tem a finalidade de reunir e sintetizar resultados de pesquisas sobre um delimitado tema ou questão, de maneira sistemática e ordenada, contribuindo para o aprofundamento do conhecimento do tema investigado (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Esse método de pesquisa permite a síntese de múltiplos estudos publicados e possibilita conclusões gerais a respeito de uma particular área de estudo. O propósito inicial deste tipo de pesquisa é obter entendimento de determinado fenômeno, baseando-se em estudos anteriores. Para a construção da revisão integrativa, é preciso percorrer seis etapas distintas (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008), que serão apresentadas nos tópicos a seguir deste capítulo.

3.2 Etapas da revisão integrativa

Na Figura 1, esquematizou-se as etapas da revisão integrativa que foram seguidas para o desenvolvimento deste Trabalho de Conclusão de Curso (TCC). As etapas constam na publicação de Mendes, Silveira e Galvão (2008).

Figura 1 - Etapas da revisão integrativa



Adaptado de Mendes, Silveira e Galvão (2008)

3.2.1 Identificação do tema e seleção da questão de pesquisa

Nesta etapa é realizada a identificação do tema através de questão norteadora, guiou-se pela seguinte questão de pesquisa: quais os determinantes da autoavaliação de saúde de idosos brasileiros?

3.2.2 Critérios para busca na literatura e inclusão dos estudos

Os artigos foram levantados na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), uma plataforma que reúne, organiza e dissemina informações a respeito do conhecimento científico na área da saúde. Diferencia-se das demais informações disponíveis na internet por obedecer a critérios de seleção e controle de qualidade (BVS, 2016).

Foram estabelecidos os seguintes critérios de inclusão para os artigos: texto completo disponível em língua portuguesa, publicação ocorrida entre 2013 e 2018, no Brasil, gratuitamente para acesso *online*, na BVS, além de possuir título e/ou resumo indicativos de relação com a temática estudada. Todos os artigos foram acessados por meio da biblioteca eletrônica SciELO.

O levantamento ocorreu no dia 7 de abril de 2019. Na pesquisa, foram utilizados os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) associadas por meio do operador booleano AND e, em seguida, implementados os critérios de inclusão, que, na página da BVS, são chamados de filtros. Em combinação com os filtros seletivos disponíveis no portal eletrônico BVS. Os descritores controlados utilizados foram: autoavaliação, idoso, saúde do idoso.

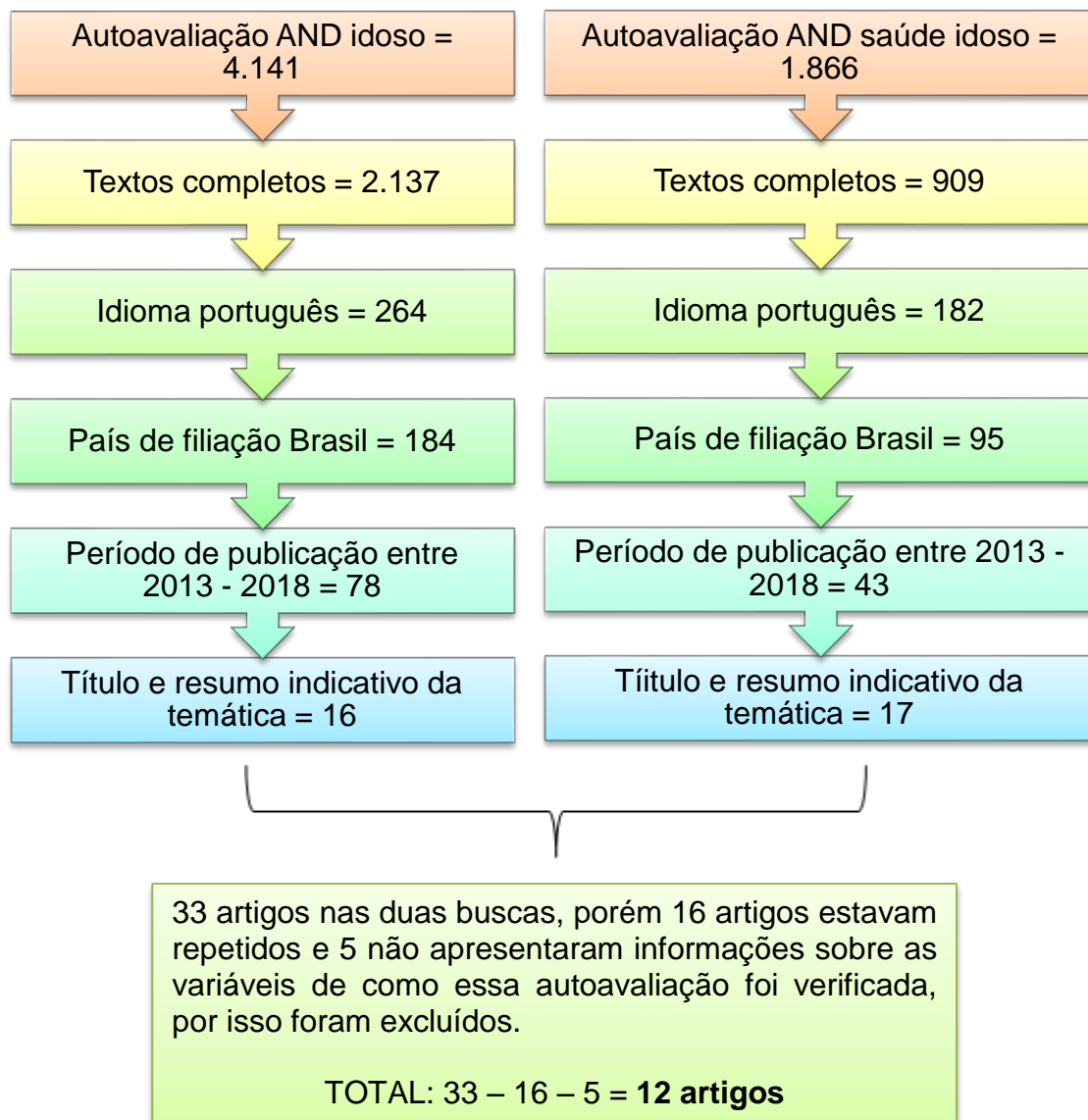
Foram utilizadas duas combinações de descritores na plataforma BVS, entre as quais a primeira combinação foi: autoavaliação AND idoso, que resultou em 4.141 resultados, desses, 2.137 eram textos completos, 264 eram em português, 184 tinham o Brasil como país de filiação, 78 foram publicados entre 2013 – 2018 e 16 artigos tinham, no título e/ou resumo, elementos indicativos da temática.

Na segunda combinação autoavaliação AND saúde do idoso, foram encontrados os seguintes resultados: 1.866 textos, desses, 909 eram textos completos, 182 no idioma português, 95 tinham o Brasil como país de filiação, 43 foram publicados entre 2013 – 2018, e 17 artigos tinham, no título e/ou resumo, elementos indicativos da temática. Os estudos encontrados repetidos na segunda busca foram considerados somente uma vez.

Após a busca na base de dados usando as duas combinações de descritores ditadas acima e os filtros, foram selecionados 33 artigos, e desses, 16 estavam repetidos, resultando em 17 artigos. Após a análise minuciosa dos 17 artigos selecionados, foi verificado que 12 artigos correspondiam ao objetivo de estudo da presente pesquisa. Dessa forma, cinco artigos foram excluídos porque, embora mencionassem a autoavaliação de saúde em idosos, não apresentaram informações sobre as variáveis de como essa autoavaliação foi verificada.

A seleção dos artigos foi descrita na Figura 2.

Figura 2 – Esquematização da seleção dos artigos a partir das buscas realizadas.



3.2.3 Informações extraídas dos estudos selecionados

Após selecionar os estudos por meio da associação dos descritores, do conectivo booleano AND e dos filtros, os artigos foram avaliados de forma integral e tiveram os dados coletados através da elaboração de um instrumento (APÊNDICE A) que foi elaborado por mim.

As informações coletadas foram as seguintes: referência; local de realização da pesquisa; participantes da pesquisa em números; desenho do estudo; principais conclusões do estudo; aspectos associados à autoavaliação de saúde;

aspectos que possuem influência positiva; aspectos que possuem influência negativa.

3.2.4 Avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa

Primeiramente foi realizada uma leitura crítica de cada artigo selecionado, posteriormente informações foram extraídas e armazenadas no instrumento de coleta de dados de forma a atender o objetivo da pesquisa. Após a leitura dos artigos e do preenchimento do instrumento de coleta de dados, foram elaborados quadros sinópticos que permitiram sintetizar as principais informações de cada artigo.

A discussão dos dados obtidos foi feita de forma descritiva para possibilitar ao leitor uma avaliação da aplicabilidade da revisão integrativa. As evidências servem para reforçar que a autoavaliação de saúde pelos idosos está relacionada a múltiplos fatores.

3.2.5 Interpretação dos resultados

A interpretação dos resultados foi realizada por meio de avaliação crítica dos estudos revisados e comparação com o conhecimento teórico, a identificação de conclusões e implicações resultantes da revisão integrativa. Dessa forma, foi possível identificar, ao final, os aspectos positivos e negativos que influenciam a autoavaliação de saúde dos idosos brasileiros.

3.2.6 Apresentação da síntese do conhecimento

Além da caracterização geral dos estudos, realizou-se análise detalhada dos 12 artigos para gerar a síntese dos resultados, que se encontra esquematizada no próximo capítulo deste estudo.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na presente revisão integrativa, foram analisados doze artigos que atenderam aos critérios de elegibilidade estabelecidos. O Quadro 1 foi elaborado para facilitar a identificação dos estudos analisados. Os artigos foram codificados do número 1 ao 12, a ordem de numeração foi feita através do ano de publicação, iniciando pelo mais recente.

Quadro 1 - Listagem dos artigos analisados na revisão integrativa sobre autoavaliação de saúde em idosos brasileiros.

Artigos	Referências
ARTIGO 1	ANTUNES, J. L. F. Desigualdades sociais na autoavaliação de saúde dos idosos da cidade de São Paulo. Rev Bras epidemiol. v. 21, suppl.2, p. 1-14, 2018.
ARTIGO 2	KRUG, R. R. et al. Fatores sociodemográficos, comportamentais e de saúde associados à autopercepção de saúde positiva de idosos longevos residentes em Florianópolis, Santa Catarina. Rev Bras Epidemiol. v. 21, p.1-16, 2018.
ARTIGO 3	SANTOS, E. C.; COUTO, B. M.; BASTONE, A. C. Fatores associados à autoavaliação negativa da saúde em idosos cadastrados nas Unidades Básicas de Saúde. ABCS Health Sci. , v.43, n. 1, p. 47-54, 2018.
ARTIGO 4	BELMONTE, J. M. M. M. et. al. Associação entre autoavaliação de saúde e indicadores de capacidade funcional. Geriatr Gerontol Aging. , v. 11, n. 2, p. 61-67, 2017.
ARTIGO 5	BELÉM, P. L. O. et al. Autoavaliação do estado de saúde e fatores associados em idosos cadastrados na Estratégia Saúde da Família de Campina Grande, Paraíba. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol. , Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 265-276, 2016.
ARTIGO 6	JEREZ-ROIG, J. Autopercepção da saúde em idosos institucionalizados. Ciência & Saúde Coletiva , v.21, n.11, p.3367-3375, 2016.
ARTIGO 7	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, n. 11, p. 3377-3386, 2016.
ARTIGO 8	SOUZA, M. S.; COQUEIRO, R. S.; FERNANDES, M. H. Estudo populacional sobre os determinantes da autopercepção de saúde de idosos residentes em comunidade. Ciencia y Enfermeria , v. 22, n.2, p. 13-26, 2016.
ARTIGO 9	CONFORTIN, S. C. et al. Autopercepção positiva de saúde em idosos: estudo populacional no Sul do Brasil. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro, v. 31, n.5, p. 1049-1060, mai. 2015.

Artigos	Referências
ARTIGO 10	BEZ, J. P. O.; NERI, A. L. Velocidade da marcha, força de preensão e saúde percebida em idosos: dados da rede FIBRA Campinas, São Paulo, Brasil. Ciência & Saúde Coletiva , v. 19, n. 8, p. 3343-3353, 2014.
ARTIGO 11	PEREIRA, L. V. et al. Prevalência, intensidade de dor crônica e autopercepção de saúde entre idosos: estudo de base populacional. Rev. Latino-Am. Enfermagem , v. 17, n. 3, p. 471-484, 2014.
ARTIGO 12	VAGETTI, G. C. et al. Domínios da qualidade de vida associados à percepção de saúde: um estudo com idosos de um programa de atividade física em bairros de baixa renda de Curitiba, Paraná, Brasil. Ciência & Saúde Coletiva , v. 18, n. 12, p. 3483-3493, 2013.

Ao analisar a lista dos artigos selecionados, observou-se que, em 2016, foi o período em que houve maior quantitativo de estudos publicados acerca da temática (quatro), seguido de 2018 (três) e 2014 (dois).

As características gerais dos estudos analisados foram descritas através do desenho do estudo, local de realização da pesquisa e participantes (Quadro 2).

Quadro 2 - Características gerais dos estudos analisados.

Artigos	Cidade e estado de realização da pesquisa	Número de Participantes	Desenho do estudo	Instituição
ARTIGO 1	São Paulo	1.344	Transversal.	Domicílio dos idosos
ARTIGO 2	Florianópolis/SC	1.702	Transversal.	Domicílio dos idosos.
ARTIGO 3	Diamantina/MG.	401	Transversal.	Domicílio dos idosos.
ARTIGO 4	Campinas/SP, Belém/PA, Parnaíba/PI, Campina Grande/PB, Poços de Caldas/MG), Ivoti/RS e o subdistrito de Ermelino Matarazzo/SP.	2.558	Transversal.	Domicílio dos idosos.
ARTIGO 5	Campina Grande/PB	420	Transversal.	Domicílio dos idosos.
ARTIGO 6	Natal/RN	127	Transversal.	Instituições de longa permanência

Artigos	Cidade e estado de realização da pesquisa	Número de Participantes	Desenho do estudo	Instituição
				para idosos cadastrados na Vigilância Sanitária
ARTIGO 7	Montes Claros/MG	686	Transversal.	Domicílio do idoso.
ARTIGO 8	Lafaiete Coutinho/BA.	316	Transversal.	Domicilio dos idosos.
ARTIGO 9	Florianopolis/SC	1.656	Transversal.	Domicilio dos idosos.
ARTIGO 10	Campinas/SP	689	Transversal.	Domicilio dos idosos.
ARTIGO 11	Goiânia/GO	872	Transversal.	Domicilio dos idosos.
ARTIGO 12	Curitiba/PR	450	Transversal.	Domicilio das idosas.

Diante dos estudos analisados, foi possível observar que todas as publicações que mencionaram o tipo de estudo, o caracterizaram como transversal. Esse tipo de estudo é uma ferramenta de grande utilidade para a descrição de características da população, para a identificação de grupos de risco e para a ação e o planejamento em saúde. Tem como vantagens baixo custo, simplicidade analítica, alto potencial descritivo e rapidez de coleta, acompanhada de facilidade na representatividade de uma população (SITTA et al., 2010).

No que concerne à localidade dos estudos, a maioria (8) foi realizada no Sudeste do país (cinco em São Paulo e três em Minas Gerais), seguido da região Nordeste (dois em Paraíba, um no Piauí, um no Rio Grande do Norte e um na Bahia) e Sul (dois em Santa Catarina, um no Paraná e um no Rio Grande do Sul), sendo o Centro-Oeste e o Norte as regiões que tiveram menor quantitativo de estudos, um em Goiás e um no Pará.

De acordo com a Pesquisa Nacional Por Amostra de Domicílios (PNAD) (2017), a região Sudeste apresentou a mais baixa taxa de fecundidade e uma maior expectativa de vida, favorecendo uma estrutura etária mais envelhecida (BRASIL, 2017). Esses achados explicam o predomínio de indivíduos idosos nessas regiões.

Por este motivo os estudos relacionados à população idosa concentram-se mais na região Sudeste. Além disso, o Mapa do Ensino Superior (2013) evidenciou que, na região Sudeste há 2,9 milhões de matrículas nas redes de ensino superior, sendo a região brasileira com maior número de matrículas existentes, o que também implica em maiores números de pesquisas nessas regiões.

Todos os estudos possuíam amostras grandes. Foi possível observar que o estudo que possuía maior amostra foi o de Belmonte et al. (2017), que foi realizado nas cinco regiões geográficas do Brasil, contendo uma amostra de 2.558 participantes. O estudo de Jerez-Roig (2016), que trata-se de estudo realizado nas ILPIs, o de menor amostra, com 127 participantes. Uma das vantagens de amostras numerosas é que quanto maior o quantitativo de participantes, maiores são as chances de obter dados de todos os estratos sociais, obtendo, assim, maior número de informações.

No que tange à análise institucional onde foram realizadas as pesquisas, observou-se que as coletas foram realizadas por meio de visitas domiciliares. É sabido que, com o decorrer do tempo, instalam-se limitações que podem tornar a vida dos idosos complicada. Grande parte da população idosa apresenta dificuldades de locomoção, cognição, entre outras alterações fisiológicas que, muitas vezes, a torna restrita à residência (FERREIRA et al., 2012). Diante disso, inferiu-se que o domicílio foi o ambiente mais propício para a realização das pesquisas, pois evitaria o deslocamento da mesma a outro ambiente. Além disso, é um ambiente familiar, corroborando para que o entrevistado sintasse, de certa forma, mais à vontade para responder os questionamentos.

As variáveis do Quadro 3 foram extraídas como aspectos que os autores acreditam estar associados à autoavaliação de saúde dos idosos. As variáveis encontradas neste requestio foram: características sociodemográficas, estilo de vida (tabagismo, etilismo, prática de atividade física), condições clínicas (doenças crônicas, déficits), tempo de diagnóstico de doença, uso de medicamentos, dor crônica, uso de prótese dental, grau de dependência para realização de Atividades da Vida Diária (AVD), ocorrência de quedas, força de preensão manual, velocidade da marcha, mobilidade, acesso a serviços de saúde e uso de internet.

Quadro 3 - Aspectos que podem influenciar a autoavaliação de saúde dos idosos de acordo com os autores das pesquisas que originaram as publicações analisadas.

Artigos	Aspectos que podem influenciar a autoavaliação de saúde
ARTIGO 1	Sexo, idade, cor da pele, estado conjugal atual, escolaridade, renda, nível de consumo e ocupação.
ARTIGO 2	Idade, sexo, estado civil, moradia (sozinho,acompanhado); cuidador (não, sim);escolaridade, cor da pele (branca, negra/parda/amarela); trabalha atualmente (não, sim), renda em salários mínimos, e uso de medicamentos (não, sim); variáveis comportamentais: uso de tabaco (não, fumou e parou, fuma atualmente); e uso de álcool (não, moderado/alto), o nível de atividade física, quedas no último ano (não, sim).
ARTIGO 3	Sexo, idade, escolaridade, recurso financeiro, incontinência urinária, déficit visual, déficit auditivo, histórico de quedas, hipertensão, doença neurológica, doença osteomioarticular, depressão, insônia, comorbidade, tempo de doença, uso de prótese dentária total ou parcial, sentimento de solidão, medicamento, incapacidade nas atividades de vida diária, ajuda para realizar as atividades de vida diária e autorrelato de menos energia.
ARTIGO 4	Sexo, faixa etária, situação conjugal (com companheiro ou sem companheiro); escolaridade; renda familiar mensal per capita e região onde mora (Sul/Sudeste e Norte/Nordeste); número de doenças crônicas.
ARTIGO 5	Sexo, grupo etário (60 a 69 anos, 70 a 79 anos, 80 anos ou mais), cor/raça, estado conjugal, anos de estudo (analfabeto, um a quatro anos, cinco a oito anos e nove anos ou mais), arranjo familiar (mora sozinho ou acompanhado), nível socioeconômico (A/B, C, D/E), número de DCNTs referidas e grau de dependência nas atividades básicas de vida diária (ABVD).
ARTIGO 6	Idade, sexo, raça, escolaridade, estado civil, tipo de ILPI, ocupações no tempo livre, aposentadoria, plano de saúde, doenças crônicas, uso diário de fármacos, consumo de tabaco e álcool, prática e nível de atividade física, exaustão, índice de massa corporal, perda de peso, presença de incontinência urinária e fecal, estado de mobilidade, capacidade funcional e cognitiva.

Artigos	Aspectos que podem influenciar a autoavaliação de saúde
ARTIGO 7	Gênero, idade, cor da pele, situação conjugal, arranjo familiar (condição de residir sozinho ou com outras pessoas), escolaridade, renda familiar, prática religiosa, tipo de serviço de saúde utilizado, dificuldade de acesso ao principal serviço de saúde, possuir ou não de plano de saúde, registro de internação hospitalar nos últimos 12 meses, registro de queda nos últimos 12 meses, presença de morbidades crônicas autorreferidas (hipertensão, problema cardíaco, diabetes mellitus, artrite/artrose/reumatismo, osteoporose, asma/bronquite asmática/alérgica e incontinência urinária), polifarmácia (uso regular de cinco ou mais medicamentos), fragilidade.
ARTIGO 8	Sexo, grupo etário (60-69, 70-79 e ≥ 80 anos), arranjo familiar (vive sozinho e acompanhado), sabe ler e escrever um recado (sim e não) e participação em atividade religiosa (sim e não). Comportamentais: tabagismo (fumante, ex-fumante e nunca fumou), consumo de bebida alcoólica (consome e não consome) e nível de atividade física. Condições de saúde: os diagnósticos de hipertensão, diabetes, câncer (exceto câncer de pele), doença crônica do pulmão, doença cardíaca, circulatória, reumatismo e osteoporose foram realizadas com questões referidas (sim; nao), o uso de medicamentos (0 a 1; 2 ou mais); e hospitalização nos últimos 12 meses (nenhuma, uma ou mais vezes;). Os sintomas depressivos foram analisados pela Escala de Depressão Geriátrica GDS.
ARTIGO 9	Sexo, grupo etário (60 a 69 anos, 70 a 79 e 80 ou mais), estado civil, trabalha atualmente, escolaridade em anos de estudo, renda familiar <i>per capita</i> , tabagismo (fumante atual, ex-fumante ou nunca fumou), consumo de álcool (nunca, moderado, alto ou de risco), atividade física de lazer, uso de Internet, número de morbidades dependência. Relato de quedas, uso de medicamentos e serviços de saúde.
ARTIGO 10	Idade, gênero, renda familiar, força de prensão manual, saúde percebida e velocidade da marcha.
ARTIGO 11	Sexo, idade por faixa etária (60-69anos=jovens idosos, 70-79 anos=idosos, 80 anos e mais=muito idosos), número e tipo de doenças crônicas auto referidas, perfil social, cuidador, saúde geral e antecedentes familiares, hábitos de vida, avaliação da dor, sintomas respiratórios, avaliação funcional, qualidade de vida, fragilidade, quedas, acesso a serviços de saúde, dor crônica (existente há seis

Artigos	Aspectos que podem influenciar a autoavaliação de saúde
	meses ou mais).
ARTIGO 12	Idade, classe social, estado civil (solteira, casada, separada e viúva), situação ocupacional (aposentada, pensionista, dona de casa e outra) e anos de escolaridade (posteriormente classificados como analfabeto, primário completo, fundamental completo, superior completo e pós-graduação).

As variáveis: sexo, idade, nível de escolaridade e renda familiar estiveram presentes em todos os estudos analisados. Os históricos de quedas, presença de doenças crônicas não transmissíveis, assim como a utilização de polifarmácia também estiveram presentes em sua maioria para analisar os aspectos que podem influenciar a autoavaliação de saúde. Alguns estudos mostram que fatores sociodemográficos como a idade, o sexo, o bem estar material e o grau de instrução são dimensões de relevância para avaliar a autopercepção de saúde.

As variáveis apresentadas nos estudos estiveram associadas a seguinte pergunta: “em geral, você diria que sua saúde é muito boa, boa, regular, ruim ou muito ruim?”. O formulário de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) descreve essa pergunta como uma forma relevante de avaliar o estado de saúde dos indivíduos/população de forma subjetiva. Além disso, Antunes et al. (2018) dizem que a pergunta direta sobre o estado de saúde é uma estratégia de simples aplicação. Além da facilidade operacional para a obtenção de dados, sua ampla utilização tem sido justificada pela expectativa de que esta informação reflita de modo eficaz a presença de limitações funcionais, além de antecipar a possível demanda por atendimento médico e a mortalidade no período subsequente.

Adicionalmente, estudos epidemiológicos têm apontado que a percepção que os indivíduos têm sobre sua própria condição de saúde pode apresentar relevante associação com seu bem-estar geral, sendo útil para avaliar as necessidades de saúde e predizer sua sobrevivência, uma vez que a maneira como o indivíduo lida com seu estado de saúde pode determinar seu comportamento, suas escolhas, seu bem estar e seu modo de viver (SANTOS; COUTO; BASTONE, 2018).

No Quadro 4, encontram-se os aspectos positivos e negativos que influenciam a autoavaliação de saúde dos idosos brasileiros, de acordo com as publicações analisadas.

Quadro 4 - Aspectos positivos e negativos que influenciam a autoavaliação de saúde dos idosos, de acordo com as publicações analisadas.

Artigos	Aspectos positivos	Aspectos negativos
ARTIGO 1	Ter mais anos de estudo, renda mais elevado, classe com maior capacidade de consumo.	Piores condições econômicas, ter mais de 75 anos, ter pele preta, ser mulher.
ARTIGO 2	Consumir álcool, renda alta.	
ARTIGO 3		Idade mais avançada, renda baixa, histórico de quedas, hipertensão, doença neurológica, doença osteoarticular, depressão, tempo de doença maior do que doze meses, pior funcionalidade, maior incapacidade nas atividades de vida diária e auto relato de menos energia para realizar as atividades diárias.
ARTIGO 4	Receber mais do que um salário mínimo, residir na região Sul/Sudeste do Brasil, apresentar até uma doença crônica, ser independentes nas atividades de vida diárias, ter mais força de preensão palmar e menor tempo da velocidade de marcha.	Apresentar dependência nas atividades instrumentais e exibir menor força de preensão.
ARTIGO 5	Níveis elevados de renda e escolaridade.	Ter 3 ou mais doenças crônicas não transmissíveis, idade mais avançada, ser do sexo feminino, e grau de dependência nas AVDs.

Artigos	Aspectos positivos	Aspectos negativos
ARTIGO 6		Presença de doença reumática, apresentar perda involuntária de peso, ser da ILPI sem fins lucrativos.
ARTIGO 7		Dificuldade de acesso aos serviços de saúde, queda no último ano, hipertensão arterial, problema cardíaco, asma/bronquite e algum grau de fragilidade.
ARTIGO 8		Diabetes, artrite, doença pulmonar, os que são ex-fumantes e os que fazem uso de dois ou mais medicamentos.
ARTIGO 9	Ser do sexo masculino, maior escolaridade, consumo moderado de álcool, maior renda, uso de internet, pratica de atividade física, a ausência ou menor numero de morbidades, não sofrer quedas, não utilizar poli farmácia. Redução do grau de dependência em AVD.	
ARTIGO 10	Ter renda acima de 5 salários mínimos.	Idade entre 65 e 74, renda familiar baixa.
ARTIGO 11		Presença de dor crônica, maior quantidade de doença crônica existente, presença de doença articular e ao sexo feminino.

Artigos	Aspectos positivos	Aspectos negativos
ARTIGO 12		Residir em bairro de baixa renda, má qualidade da habitação, dependência econômica ou instabilidade financeira, insegurança física na comunidade e no lar, falta de oportunidades de lazer.

Foram encontrados mais aspectos relacionados à autoavaliação negativa de saúde do que aspectos positivos de saúde. Entre os aspectos positivos encontram-se os seguintes fatores: ser do sexo masculino, maior escolaridade, renda elevada, residir na região Sul/Sudeste do Brasil, consumo moderado de álcool, apresentar poucas doenças crônicas, uso de poucos medicamentos, independência para as AVDs, maior força de preensão palmar, menor tempo de velocidade de marcha, uso de internet, prática de atividade física, não sofrer quedas.

Os aspectos negativos encontrados estão relacionados à: ser do sexo feminino, ter idade mais avançada, cor da pele preta, menor renda, residir em ILPI sem fins lucrativos, isolamento social, má qualidade de habitação, insegurança física na comunidade e no lar, falta de oportunidade de lazer, tabagismo, dependência para as AVDs, menor força de preensão palmar, ter duas ou mais doenças crônicas, uso de muitos medicamentos, dor crônica, histórico de queda, tempo de doença maior que um ano, perda involuntária de peso, dificuldade de acesso aos serviços de saúde, sedentarismo.

Estudos mostram que as mulheres têm maior longevidade comparada aos homens. Desse modo, supõe-se que, em virtude da expectativa de vida das mulheres ser maior que a dos homens, aumenta as chances de desenvolverem doenças crônicas, degenerativas e incapacitantes ao decorrer do tempo, além disso, as mulheres são mais acometidas por enfermidades que causam dor, como as artrites entre outras patologias relacionadas ao sistema musculoesquelético, fazendo com que as mulheres acabem avaliando mais negativamente sua saúde, por associá-la a perdas na qualidade de vida (PEREIRA et al., 2014).

A condição socioeconômica dos idosos, o reflexo do grau de educação e a renda global, apresenta forte relação com aspectos relevantes de sua saúde geral. Baixa renda e baixa escolaridade resultam em escassez de recursos, acesso limitado aos serviços de saúde e informações, levando os indivíduos a obter hábitos de vida prejudiciais e agravantes. Dessa forma, a privação de bens e serviços de saúde resulta em uma pior qualidade de vida e, por conseguinte, declínio no estado de saúde. Assim, esses fatores, em conjunto, contribuem para que os mesmos avaliem de forma negativa a própria saúde (BEZ; NERI, 2014).

Dados obtidos através de alguns estudos determinaram relação de quanto maior a renda e maior o nível de escolaridade, menor o risco de avaliar a própria saúde negativamente (BEZ; NERI, 2014). Ou seja, a renda do idoso, assim como o nível de escolaridade, pode ser considerada como importante variável associada à autoavaliação positiva da saúde. Isso ocorre pela maior disponibilidade de recursos e informações à saúde, fazendo com os idosos que apresentam renda mais elevada possuam hábitos e estruturas que, ao longo do curso de vida, favorecem o envelhecimento livre de incapacidades (CONFORTIN et al., 2015).

Ainda, o estudo realizado por Confortin et al. (2015) evidenciou que a autoavaliação positiva de saúde estava associada com o aumento da escolaridade. Estudos relatam que pessoas com níveis maiores de escolaridade e maior renda têm mais acesso à informação, o que acarreta a adoção de hábitos saudáveis de vida, tais como alimentação adequada e balanceada e prática regular de atividades físicas. Assim, os idosos com maior escolaridade apresentam melhor qualidade de vida relacionada à saúde e, conseqüentemente, melhor autoavaliação de saúde.

A idade avançada exprime um fator relevante, que pode associar-se a agravos no perfil de saúde/doença do idoso, já que, quanto maior for a idade, mais chances de apresentarem doenças e agravos no seu estado de saúde, além de aumento de condições crônicas e alterações funcionais que resultam em comprometimentos físicos, emocionais e/ou psicológicos, desse modo, esses fatores têm influência negativa na maneira como esses indivíduos avaliam sua própria condição de saúde (SANTOS; COUTO; BASTONE, 2018).

Confortini et al. (2016) relataram que os idosos portadores de três ou mais doenças crônicas apresentam pior qualidade de vida, piores condições de saúde e maior dificuldade na realização de AVD, conseqüentemente, pior capacidade

funcional. Esses elementos podem fazer com que o idoso que apresenta três ou mais morbidades avalie pior sua condição de saúde.

Antunes et al. (2018) verificaram que há elevada prevalência de doenças crônicas autorrelatadas na população. Quase sete de cada dez participantes da pesquisa informaram tomar medicamento para hipertensão arterial. Cerca de um em cada quatro foi informado, por médicos ou enfermeiros, que era portador de diabetes. Mais de um terço recebeu diagnóstico de doenças articulares (artrite, artrose, reumatismo) e quase a mesma proporção relatou ter sofrido queda no ano anterior.

A quantidade de doenças crônicas, assim como a quantidade de medicamentos diários utilizados está diretamente relacionada à qualidade da autoavaliação do estado de saúde. Como já foi citado, à medida que a população envelhece há elevada prevalência de doenças crônicas. Isso, conseqüentemente, aumenta a quantidade de medicamentos consumidos, afetando diretamente o estado de saúde e alterando negativamente a forma como o idoso a avalia (SOUZA; COQUEIRO; FERNANDES, 2016).

Santos et al. (2018) observaram que indivíduos com histórico de quedas apresentaram chance 3,24 vezes maior de referir autoavaliação negativa da saúde. Este fato também esteve presente no estudo de Medeiros et al. (2016), no qual dizem que quedas acarretam danos à saúde da pessoa idosa, entre elas a mais comum é a fratura. Além do trauma físico, que resulta em dor, há o agravo psicológico relacionado ao medo de cair novamente, gerando declínio funcional que, por sua vez, gera insegurança. A incapacidade funcional e a restrição ao leito, com todas as suas conseqüências nocivas, contribuem para reduzir a independência e a qualidade de vida do idoso e, conseqüentemente, para pior percepção do estado de saúde.

A perda involuntária de peso também esteve associada à autoavaliação negativa da saúde. Segundo Jerez-Goig (2016), trata-se de variável que pode indicar declínio do estado de saúde e representa, classicamente, um dos indicadores próprios do fenótipo da fragilidade, fazendo com que o idoso tenha avaliação negativa de sua condição de saúde.

A inexistência de locais apropriados nas imediações do domicílio, as dificuldades financeiras ou mesmo físicas e cognitivas podem ser causas da baixa frequência dos idosos em atividades sociais, resultando, assim, em isolamento

social. O estudo realizado por Melo et al. (2014) evidenciou que grande parte dos idosos relatou ter como hábitos de lazer assistir televisão, optando pelo lazer passivo. O abandono das atividades avançadas de vida diária (AAVD) (passear/caminhar; jardinagem; artesanato; exercícios físicos; dirigir, ir a reuniões sociais, festas e bailes, fazer visitas, receber visitas; trabalho remunerado e voluntário; frequentar a igreja etc.) provoca perdas em sociabilidade e em bem-estar, implicando, assim, na autoavaliação negativa de saúde.

Segundo a OMS, o ambiente em que o idoso está inserido pode determinar a dependência ou não do indivíduo. De acordo com Vagetti et al. (2013), os problemas ambientais, tais como, insegurança física na comunidade e no lar, baixos recursos financeiros, falta de oportunidades de lazer e má qualidade de habitação são importantes preditores de percepção de saúde negativa e baixa qualidade de vida.

Diante disso, a explicação encontrada por Vagetti et al. (2013) é que é mais provável que um idoso esteja fisicamente e socialmente ativo se puder ir andando com segurança à casa de seus vizinhos, ao parque ou utilizar o transporte local. Idosos que vivem em ambientes inseguros são menos propensos a saírem sozinhos e, portanto, estão mais susceptíveis ao isolamento e à depressão, bem como a ter mais problemas de mobilidade e pior estado físico, o que vem a influenciar a QV e a sua percepção de saúde.

Estudos tem relatado a elevada proporção de queixas dolorosas entre os idosos. As queixas de dores crônicas podem ser referidas em locais que interferem na autonomia e independência, impondo limitação funcional. No estudo de Pereira et al. (2014) houve associação mais significativa entre autoavaliação de saúde e dor crônica entre as mulheres, do que entre os homens. A explicação encontrada é que os homens avaliam pior sua saúde quando estão em maior risco de serem acometidos por um evento fatal. Em virtude da sobrevida das mulheres ser maior que a dos homens, aumenta suas chances de desenvolver doenças crônicas, degenerativas e dor, corroborando para que as mulheres acabem avaliando mais negativamente sua saúde, por associá-la a perdas na qualidade de vida.

Além disso, a presença de doença articular contribui para a autoavaliação negativa de saúde, em consequência da presença de dores, muitas vezes incapacitantes, que limitam as atividades desenvolvidas pelos idosos no seu dia-a-

dia, além de ser uma das mais frequentes doenças relatadas pelos idosos (PEREIRA et al., 2014).

A associação entre autoavaliação de saúde e tabagismo evidenciou que indivíduos idosos, considerados ex-tabagistas, avaliaram sua saúde como negativa em maior percentual em relação aos que nunca fumaram. No estudo de Souza; Coqueiro; Fernandez (2016), deduziu-se que essa autoavaliação negativa de saúde esteja relacionada com possíveis patologias que culminaram na cessação do tabagismo. Dificuldade respiratória, declínio da capacidade funcional e da força muscular, é elencada como alguns dos prováveis motivos para pior autoavaliação de saúde em idosos ex-fumantes.

Há associação entre autoavaliação negativa de saúde e registro de dificuldades para utilização dos serviços de saúde. Medeiros et al. (2016) justificam esse achado pelo fato da autoavaliação negativa de saúde estar fortemente relacionada com a presença de morbidade, fragilidade e outras condições que demandam maior necessidade de procura por serviços médicos. Nessas condições, uma busca mais frequente implica também em maiores dificuldades de acesso e utilização.

A independência nas AVD e nas Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD) determina a capacidade do indivíduo de cuidar de si próprio e viver de forma independente. A funcionalidade global do indivíduo tem impacto na autoavaliação de saúde, já que reflete nas potencialidades diferenciais para desempenhar as AVDs de maneira eficiente, como forma de garantir condições mínimas de sobrevivência e bem estar geral para o idoso. O declínio funcional e a dependência para realizar atividades diárias, por consequência de condições crônicas de saúde, resultam em indicador da autoavaliação negativa da própria saúde (SANTOS; COUTO; BASTONE, 2018).

Esses achados podem ser atribuídos ao fato de que o envelhecimento acarreta prejuízos ao desempenho motor e, por conseguinte, à realização das AVDs, exercendo impacto negativo nas condições de saúde dessas pessoas. Com isso, a impossibilidade de realizar as atividades do cotidiano faz com que o idoso sinta-se com a saúde negativa (BELÉM et al., 2016) .

Bez; Neri (2014) associaram a autoavaliação de saúde à variável força de preensão, o seu estudo identificou que a baixa força de preensão é indicativa para uma autoavaliação negativa de saúde. Para Belmonte et al. (2017), a força de

preensão é considerada importante indicador de capacidade funcional. Descrevem a função do aparelho musculoesquelético como componente importante de saúde, associando a diminuição da força muscular à morbidade, limitação funcional e mortalidade.

Estudos evidenciaram que os idosos que apresentam força de preensão manual reduzida são sedentários, apresentam déficits de massa corporal, problemas de saúde e limitações funcionais em atividades que exigem a participação dos membros superiores e inferiores (BELMONTE et al., 2017). Desse modo, a força de preensão manual vem sendo utilizada como indicador de força global e de funcionalidade. O desempenho de AVDs oferece informações diretas e indiretas que interagem com as crenças que a pessoa tem sobre suas próprias capacidades. Menor força de preensão relacionou-se com autoavaliações negativas de saúde provavelmente devido a suas relações com diminuição da capacidade funcional e com indisponibilidade de recursos financeiros (BEZ; NERI, 2014).

As Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs) também estiveram associadas à autoavaliação negativa de saúde. Segundo Jerez-Roig (2016), o frequente avanço no declínio da saúde dos residentes faz com que os serviços médicos prevaleçam sobre a oferta de atividades de lazer e sociais, especialmente nas ILPIs sem fins lucrativos. Esse baixo estímulo à integração social, junto com fatores como a escassez de profissionais e a realidade do abandono social, mais característicos das instituições filantrópicas, poderia explicar a maior proporção de idosos que perceberam sua saúde como ruim nesse tipo de ILPI.

No estudo de Antunes et al. (2018), relataram ter encontrado a associação entre ter cor da pele preta com autoavaliação negativa de saúde em idosos, entretanto os autores não explicaram o porquê desse achado. Acredita-se que as diferenças sociais ainda existentes em relação à cor da pele, podem influenciar a percepção do idoso sobre seu lugar na comunidade e, por conseguinte, na autoavaliação de saúde.

A variável atividade física tem forte impacto na autoavaliação de saúde, já que a atividade física é de grande importância para a manutenção da saúde dos idosos. A atividade física regular, além de aumentar a expectativa de vida e reduzir o risco de doenças crônicas, contribui de maneira significativa para a manutenção da

aptidão física e de capacidades funcionais como andar, tomar banho e comer (VAGETTI et al., 2013).

No estudo de Confortin et al. (2015), notabilizou-se que indivíduos que faziam uso de internet apresentaram prevalência 21% maior de autoavaliação positiva de saúde em relação aos que não utilizavam essa ferramenta. A explicação descrita pelos autores é que os idosos que utilizam novas tecnologias estão motivados a melhorar a conexão com o mundo, buscam comunicação e interação, principalmente com familiares e amigos, procurando possibilidades de lazer. Tais interações e inserções ao mundo da tecnologia podem estar atreladas à melhora da autoestima, da autoconfiança e da saúde mental, o que possivelmente explica a relação entre o uso de internet e a percepção mais otimista de saúde.

Estudos têm elencado a autoavaliação positiva de saúde de pessoas idosas ao consumo moderado de álcool. Krug et al. (2018) dizem que consumir álcool moderadamente está associado a algumas boas condições de saúde, como melhor cognição e menor risco de demência, melhor desempenho funcional, menos sintomas depressivos, alguma proteção contra doenças cardiovasculares e asma, menor mortalidade e melhor qualidade de vida, o que pode elucidar a melhor autoavaliação de saúde destes idosos. Confortin et al. (2015) também encontraram relação do consumo de álcool a autoavaliação positiva de saúde. Corroborando com o estudo de Krug et al. (2018), essa associação pode ser explicada também pelo provável maior vínculo social entre os idosos que consomem álcool.

Pavão, Werneck e Campos (2013), assim como o VIGITEL (2017), evidenciaram que, em relação à região de moradia, verificou-se que os indivíduos residentes nas regiões Sudeste e Sul apresentaram significativamente menores chances de ter autoavaliação de saúde ruim, quando comparados aos indivíduos residentes na Região Nordeste. Esses achados podem estar relacionados a questões estruturais nessa região, ligadas à assistência em saúde mais precária, em comparação às regiões Sul e Sudeste, o que indica a necessidade de maiores investimentos nela, a fim de melhorar a saúde de suas populações (PAVÃO; WERNECK; CAMPOS, 2013).

5 CONCLUSÃO

No presente estudo analisou-se a produção científica brasileira, de 2013 a 2018, sobre a autoavaliação de saúde do idoso. Ao descrever os aspectos positivos e negativos que influenciam na autoavaliação de saúde dos idosos, pôde-se perceber que a quantidade de fatores que afetaram negativamente a autoavaliação de saúde foi maior que o quantitativo referente aos fatores positivos, o que permitiu concluir que os autores tiveram maior facilidade para descrever aspectos que acarretavam em autoavaliação negativa de saúde, e que provavelmente tinham maior impacto sobre a vida dos idosos que participaram das pesquisas.

Mediante os resultados encontrados nos estudos analisados, verificou-se que pertencer aos estratos sociais mais vulneráveis (ser baixa renda, má qualidade de habitação e possuir baixa escolaridade), além de ser do sexo feminino, possuir várias morbidades, assim como fazer uso de polifarmácia e o histórico de quedas constituíram os principais fatores para autoavaliação negativa de saúde.

O alto nível de escolaridade, o consumo moderado de álcool, ser do sexo masculino, ter renda elevada, residir na região Sul/Sudeste do Brasil, ser ativo fisicamente no lazer, utilizar internet, redução das morbidades, redução da dependência em AVD, ausência de quedas e não fazer uso de polifarmácia foi associado à autoavaliação positiva de saúde em idosos.

Por fim, a principal conclusão desse estudo é que a autoavaliação de saúde é complexa e está associada a múltiplos fatores, resultantes de informações demográficas, socioeconômicas, suporte social e estilo de vida, assim como condições de saúde e o uso de bens e serviços.

A pesquisa apresenta limitações, levando-se em consideração a quantidade de artigos resultantes da utilização de filtros durante as buscas. O filtro referente ao país de filiação - Brasil também é fator limitante, já que os resultados dos estudos analisados apontaram apenas o perfil dos idosos brasileiros. Desse modo, as reflexões expostas não devem ser generalizadas a outras populações, podendo ser encontrados outros fatores nos países de estrutura divergente do Brasil, que ainda é considerado um país de terceiro mundo.

As ponderações expostas sobre os fatores associados à autoavaliação de saúde fornecem uma visão ampla das condições de saúde dos idosos brasileiros, que poderão contribuir para a atuação dos profissionais de saúde, tanto no ensino

como na assistência, com ênfase nas ações de promoção e prevenção de agravos, resultando em um envelhecimento ativo e com melhores condições de vida, além de direcionar o foco para futuros estudos.

REFERÊNCIAS

- ANTUNES, J. L. F. Desigualdades sociais na autoavaliação de saúde dos idosos da cidade de São Paulo. **Rev Bras epidemiol.** v. 21, suppl.2, p. 1-14, 2018.
- BELÉM, P. L. O. et al. Autoavaliação do estado de saúde e fatores associados em idosos cadastrados na Estratégia Saúde da Família de Campina Grande, Paraíba. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.** v. 19, n. 2, p. 265-276, 2016.
- BELMONTE, J. M. M. M. et. al. Associação entre autoavaliação de saúde e indicadores de capacidade funcional. **Geriatr Gerontol Aging.**, v. 11, n. 2, p. 61-67, 2017.
- BEZ, J. P. O.; NERI, A. L. Velocidade da marcha, força de preensão e saúde percebida em idosos: dados da rede FIBRA Campinas, São Paulo, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 8, p. 3343-3353, 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde; Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa /** Cadernos de Atenção Básica n. 19. – Brasília, 2006.
- _____. Ministério da Saúde. Vigitel Brasil 2017 Saúde **Suplementar : vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito.** Agência Nacional de Saúde Suplementar. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018.
- CARRAPATO, P.; CORREIA, P.; GARCIA, B. Determinante da saúde no Brasil: a procura da equidade na saúde. **Saúde Soc.** São Paulo, v.26, n.3, p.676-689, 2017.
- CIOSAK, S. I. et al. Senescência e senilidade: novo paradigma na Atenção Básica de Saúde. **Rev Esc Enferm USP**, v. 45, esp. 2, 1763-8, 2011.
- CONFORTIN, S. C. et al. Autopercepção positiva de saúde em idosos: estudo populacional no Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública.** Rio de Janeiro, v. 31, n.5, p. 1049-1060, mai. 2015.
- FERRETTI, F.; NIEROTKA, R. P.; SILVA, M. R. Concepção de saúde segundo relato de idosos residentes em ambiente urbano. **Comunicação Saúde Educação.** v.15, n.37, p.565-72, 2011.
- GARCIA, M. A. A. et al. Atenção à saúde em grupos sob a perspectiva dos idosos. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v.14, n. 2, p.175-182, mar/abr. 2006.
- IBGE. Censo demográfico. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua**, 2017.
- JEREZ-ROIG, J. Autopercepção da saúde em idosos institucionalizados. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.21, n.11, p.3367-3375, 2016.

KRUG, R. R. et al. Fatores sociodemográficos, comportamentais e de saúde associados à autopercepção de saúde positiva de idosos longevos residentes em Florianópolis, Santa Catarina. **Rev Bras Epidemiol**. v. 21, p.1-16, 2018.

LIMA, C. A.; TOCANTINS, F. R. Necessidades de saúde do idoso: perspectivas para a enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 62, n. 3, p. 367-373, 2009.

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, n. 11, p. 3377-3386, 2016.

MELO, D. M.; FALSARELLA, G. R.; NERI, A.L. Autoavaliação de saúde, envolvimento social e fragilidade em idosos ambulatoriais. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, v. 17, n. 3, p. 471-484, 2014.

PAVÃO, A. L.; WERNECK, G. L.; CAMPOS, M. R. Autoavaliação do estado de saúde e a associação com fatores sociodemográficos, hábitos de vida e morbidade Na população: um inquérito nacional. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 4, p. 723-734, abr, 2013.

PEREIRA, L. V. et al. Prevalência, intensidade de dor crônica e autopercepção de saúde entre idosos: estudo de base populacional. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 17, n. 3, p. 471-484, 2014.

PILGER, C. et al. Compreensão sobre o envelhecimento e ações desenvolvidas pelo enfermeiro na atenção primária a saúde. **Ciência y Enfermagem XIX**, v. 19, n. 5, p. 1-9, 2013.

SANTOS, E. C.; COUTO, B. M.; BASTONE, A. C. Fatores associados à autoavaliação negativa da saúde em idosos cadastrados nas Unidades Básicas de Saúde. **ABCS Health Sci.**, v.43, n. 1, p. 47-54, 2018.

SOUZA, M. S.; COQUEIRO, R. S.; FERNANDES, M. H. Estudo populacional sobre os determinantes da autopercepção de saúde de idosos residentes em comunidade. **Ciencia y Enfermeria**, v. 22, n.2, p. 13-26, 2016.

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

VERAS, M. L. M. et al. Processo de envelhecimento: um olhar do idoso. **R. Interd.** v. 8, n. 2, p. 113 - 122, 2015.

APÊNDICES

APÊNDICE A - INSTRUMENTO DE COLETA DE INFORMAÇÕES DOS ARTIGOS

CÓDIGO DO ARTIGO: _____

1) REFERÊNCIA (ABNT):

2) LOCAL DE REALIZAÇÃO DA PESQUISA (ESTADO, CIDADE, INSTITUIÇÃO DE SAÚDE):

3) PARTICIPANTES DA PESQUISA (QUEM SÃO? TAMANHO DA AMOSTRA?):

4) DESENHO DO ESTUDO (TIPO DE ESTUDO, NATUREZA):

5) PRINCIPAIS CONCLUSÕES DO ESTUDO:

6) ASPECTOS ASSOCIADOS À AUTOAVALIAÇÃO DE SAÚDE:

6.1) ASPECTOS QUE POSSUEM INFLUÊNCIA POSITIVA:

6.2) ASPECTOS QUE POSSUEM INFLUÊNCIA NEGATIVA:



TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA PUBLICAÇÃO DIGITAL NA BIBLIOTECA
"JOSÉ ALBANO DE MACEDO"

Identificação do Tipo de Documento

- () Tese
() Dissertação
(x) Monografia
() Artigo

Eu, Giovanna Ingrid Siqueira de Lima
autorizo com base na Lei Federal nº 9.610 de 19 de Fevereiro de 1998 e na Lei nº 10.973 de
02 de dezembro de 2004, a biblioteca da Universidade Federal do Piauí a divulgar,
gratuitamente, sem ressarcimento de direitos autorais, o texto integral da publicação
Autoavaliação de saúde em idosos brasileiros: revisão integrativa
de minha autoria, em formato PDF, para fins de leitura e/ou impressão, pela internet a título
de divulgação da produção científica gerada pela Universidade.

Picos-PI 24 de fevereiro de 20 19

Giovanna Ingrid Siqueira de Lima
Assinatura

Giovanna Ingrid Siqueira de Lima
Assinatura