

## Autopercepção de saúde entre idosos residentes em áreas rurais

*Self-rated health among elderly living in rural areas*

*Autopercepción de la salud entre los ancianos que viven en zonas rurales*

Rhaine Borges Santos Pedreira  
Camila Barros Andrade  
Vinícius Guerra Aguiar Barreto  
Elzo Pereira Pinto Junior  
Saulo Vasconcelos Rocha

**RESUMO:** Estudo transversal com 85 idosos da zona rural de um município do Nordeste brasileiro, que busca analisar os fatores associados à autopercepção negativa de saúde entre os mesmos. A autopercepção de saúde negativa foi referida por 55,29% dos idosos. Identificou-se associação da autopercepção negativa de saúde com as variáveis: “distúrbio do sono” (p-valor <0,001), “pressão alta” (p-valor=0,012), “dores na coluna” (p-valor=0,038) e “fumante” (p-valor=0,021).

**Palavras-chave:** Saúde do idoso; Autoimagem; População rural; Epidemiologia.

**ABSTRACT:** *Cross-sectional study with 85 elderly people from rural areas of a city Northeast Brazil. The aim is to analyze the factors associated with negative self-rated health among elderly. The negative self-rated health was reported by 55.29 % of the elderly. negative self-rated health association was identified with the variables "sleep disorder" (p-value <0.001) , "high pressure" (p-value = 0.012) , "back pain" (p-value = 0.038) and "smoking" (p-value=0.021) .*

**Keywords:** *Health of the elderly; Self concept; Rural population; Epidemiology.*

**RESUMEN:** *Estudio transversal con 85 ancianos de zona rural de una ciudad del Noreste de Brasil, que busca analizar los factores asociados con la autopercepción negativa de la salud entre ellos. La autopercepción negativa de la salud fue reportado por 55,29 % de los ancianos y fue identificado asociación con las variables "trastornos del sueño" (valor de  $p < 0,001$ , "hipertensión" ( valor de  $p = 0,012$ , "dolor de espalda" (valor de  $p = 0,038$ ) y "fumar" ( valor de  $p = 0,021$ ).*

**Palabras clave:** *Salud del Anciano; Autoimagem; Población rural; Epidemiologia.*

## Introdução

O processo de transição demográfica e epidemiológica tem provocado alterações na estrutura etária brasileira, implicando no crescimento acelerado do contingente de pessoas com 60 anos de idade ou mais, com estimativas que apontam o surgimento de 650 mil novos idosos a cada ano no Brasil (Veras, 2009).

As mudanças na pirâmide etária e o novo perfil de morbimortalidade demandam adaptações em todos os segmentos da sociedade, já que os indivíduos, ao envelhecerem, necessitam de uma rede familiar e comunitária de cuidado, do suporte da previdência social e de uma assistência especial do setor de saúde (Alves, Leite, & Machado, 2008).

Diante desse cenário, a autopercepção de saúde tem sido um dos indicadores mais utilizados em pesquisas que investigam as condições de saúde do idoso, pois se revela bom preditor da mortalidade e do declínio funcional entre tais indivíduos (Garcia, Höfelmann, & Facchini, 2010).

A avaliação da condição de saúde autorreferida trata-se de uma avaliação subjetiva, mas, apesar disso, tem demonstrado bons escores de confiabilidade e resultados semelhantes às pesquisas que utilizam medidas de avaliação objetivas (Lima-Costa, Barreto, & Giatti, 2003; Rocha, & Carneiro, 2010).

O envelhecimento, por ser um processo demasiadamente heterogêneo, deve ser compreendido em diferentes contextos.

Um caso especial no contexto das pesquisas gerontológicas diz respeito aos idosos residentes no meio rural, que convivem com situações de predominante pobreza, isolamento geográfico, baixos níveis de escolaridade, condições precárias de moradia, e maiores dificuldades de acesso a serviços de saúde, recursos sociais e transporte, quando comparados aos idosos residentes em áreas urbanas. Todos esses fatores, aliados ao processo fisiológico de envelhecimento, suas repercussões funcionais e problemas crônicos de saúde, são aspectos que indicam maior vulnerabilidade desses sujeitos do meio rural (Tavares, Paiva, Dias, Diniz, & Martins, 2013; Beltrame, Cader, Cordazzo, & Dantas, 2012).

Ao tratarmos do Brasil, no que diz respeito às condições de vida dos idosos residentes em municípios do interior do país, e principalmente daqueles que residem em áreas rurais, como fazendas e pequenos distritos distantes das regiões centrais dos municípios, existe uma maior escassez de informações. Diante dessa nova composição demográfica brasileira, fazem-se necessários estudos com o intuito de melhor avaliar as condições de vida e saúde da população idosa residente na zona rural para melhor assistir a ela.

Nesse sentido, o objetivo do presente estudo é analisar a autopercepção do estado de saúde e fatores associados entre idosos residentes em áreas rurais.

## **Material e Métodos**

Estudo transversal, realizado com 85 indivíduos idosos, com idade igual ou superior a 60 anos, cadastrados na Unidade de Saúde da Família (USF) do Distrito de Itajuru, Jequié (BA), no período de agosto a dezembro de 2011.

O município de Jequié fica localizado na Região Sudoeste da Bahia. Nesse município, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (Brasil, 2015), em 2010 a população de idosos era de cerca de 17.296 indivíduos representando aproximadamente 11,4% da população total, sendo que 8,1% deles residiam em áreas rurais.

Foram incluídos na pesquisa todos os 104 idosos cadastrados na USF. Consideraram-se como critérios de exclusão para a composição da amostra final do estudo: idosos com diagnóstico de doença de Alzheimer, Demência, ou qualquer transtorno psiquiátrico ou neurológico que inviabilizasse a aplicação do questionário.

Além disso, foram excluídos ainda os idosos cujos questionários continham perdas em alguma das variáveis investigadas neste estudo. Após os critérios acima, obteve-se o total de 85 indivíduos, compondo o estudo (81,7% do total de idosos cadastrados na USF).

Para a coleta de dados, foi utilizado um questionário padronizado, respondido pelos participantes em seu próprio domicílio, e aplicado por pesquisadores devidamente treinados. Antes da aplicação do instrumento, foi realizado um estudo-piloto em uma população semelhante (de outro distrito da zona rural do município) e em outra localidade, a fim de testar e calibrar o instrumento para que ele fosse capaz de responder aos objetivos dos pesquisadores. O instrumento de coleta utilizado no estudo foi composto por questões sobre: as características sociodemográficas e informações pessoais (sexo, idade, escolaridade, situação conjugal e característica da moradia), autopercepção de saúde, doenças autorreferidas, informação sobre o histórico de quedas no último ano e sobre o consumo atual de álcool e tabaco, nível de atividade física e avaliação de atividades instrumentais da vida diária.

O nível de atividade física foi avaliado pelo Questionário Internacional de atividades físicas (IPAQ) - versão adaptada para idosos. Foram considerados ativos, os indivíduos que praticaram atividades físicas moderadas e/ou intensas por pelos 150 minutos por semana (Mastudo, Araujo, Mastudo, Andrade, Andrade, Oliveira, & Braggion, 2001).

A avaliação funcional do desempenho dos idosos na realização de atividades instrumentais da vida diária foi realizada com base na aplicação da Escala de Lawton (Amendola, Alvarenga, Latorre, & Oliveira, 2014). Foram investigados nove itens e em cada um desses itens os pesquisadores questionam se os idosos conseguem executar tais atividades “sem ajuda”, “com ajuda parcial” ou “não consegue”. Optou-se por utilizar a versão da Escala de Lawton recomendada pelo Ministério da Saúde no Caderno de Atenção Básica n.º 19 – Saúde do Idoso (Brasil, 2006).

Nesta pesquisa, classificaram-se os idosos em dois níveis de *status* funcional: “totalmente independentes”, se os indivíduos conseguem executar todas as atividades sem ajuda; “algum nível de dependência”, se os idosos precisam de algum tipo de ajuda ou não conseguem realizar qualquer uma das atividades.

Para a análise dos dados, foi usado o pacote estatístico Statistical Package for Social Science- SPSS for Windows, versão 20.0.

Na análise dos dados, foram utilizados procedimentos da estatística descritiva, e teste de hipótese para testar independência das variáveis categóricas. Foi utilizado o Teste Qui-Quadrado de Pearson para testar tais hipóteses considerando-se nível de significância de 5% (valore de  $p < 0,05$ ). O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (CEP/UESB) (Parecer n.º 045/2011) e seguiu todas as recomendações éticas da pesquisa com seres humanos regulamentados pela Resolução 466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde.

## Resultados

A média de idade da população em estudo foi de 73 anos ( $\pm 9,4$ ). A maioria dos sujeitos era do sexo feminino (58,82%), com idade entre 60-79 anos (75,29%), analfabetos (63,53%), que moram acompanhados (78,82%), de religião católica (67,06%) e que se referiram “solteiro/outros” (56,47%) por não se enquadrarem na situação “casado ou em união estável” (Tabela I).

**Tabela 1. Características sociodemográficas de idosos residentes em áreas rurais de um município do interior do Nordeste, Brasil, 2012**

Variável	n	%
<b>Sexo</b>		
Feminino	50	58,82
Masculino	35	41,18
<b>Idade</b>		
60-79 anos	64	75,29
80 ou mais	21	24,71
<b>Situação Conjugal</b>		
Casado/união estável	37	43,53
Solteiro/outros	48	56,47
<b>Escolaridade</b>		
Analfabeto	54	63,53
Não Analfabeto	31	36,47
<b>Moradia</b>		
Mora Acompanhado	67	78,82
Mora Sozinho	18	21,18
<b>Religião</b>		
Católico	57	67,06
Não católico	28	32,94

Fonte: Dados da pesquisa (2012)

No que diz respeito às condições de saúde e hábitos de vida desses idosos, a maioria referiu autopercepção de saúde negativa (55,29%). Quando questionados sobre a presença de algumas doenças/agravos, foram relatadas dores de coluna (71,76%), diabetes (15,29%), distúrbio do sono (23,53%), hipercolesterolemia (23,53%), pressão alta (49,41%), e doenças articulares degenerativas (32,94%). A investigação ainda revelou que os idosos fizeram referência a problemas como histórico de queda (28,24%), consumo de bebida alcoólica (14,12%), ser fumante (65,88%) e 44,71% foram classificados como inativos fisicamente (Tabela II).

**Tabela 2. Condições de saúde e hábitos de vida de idosos residentes em áreas rurais de um município do interior do Nordeste, Brasil, 2012**

<b>Variável</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Autopercepção Negativa de Saúde</b>		
Sim	47	55,29
Não	38	44,71
<b>Diabetes</b>		
Sim	13	15,29
Não	72	84,71
<b>Distúrbio do Sono</b>		
Sim	20	23,53
Não	65	76,47
<b>Colesterol Alto</b>		
Sim	20	23,53
Não	65	76,47
<b>Pressão Alta</b>		
Sim	42	49,41
Não	43	50,59
<b>Doenças Articulares Degenerativas</b>		
Sim	28	32,94
Não	57	67,06
<b>Dores de Coluna</b>		
Sim	61	71,76
Não	24	28,24
<b>Histórico de Queda</b>		
Sim	24	28,24
Não	61	71,76
<b>Dependência para AIVD</b>		
Algum nível de dependência	60	70,59
Totalmente independente	25	29,41
<b>Inatividade Física</b>		
Sim	38	44,71
Não	47	55,29

**Consumo de Bebida Alcoólica**

Sim	12	14,12
Não	73	85,88

**Fumante**

Sim	56	65,88
Não	29	34,12

Fonte: Dados da pesquisa (2012)

A análise bivariada dos fatores associados à autopercepção negativa de saúde não demonstrou associação estatisticamente significativa com as variáveis sociodemográficas (Tabela III).

**Tabela 3. Fatores sociodemográficos associados à autopercepção negativa de saúde**

Variável	Autopercepção Negativa de Saúde		p-valor*
	Sim	Não	
<b>Sexo</b>			0,774
Feminino	27 (57,4%)	23 (60,5%)	
Masculino	20 (42,6%)	15 (39,5%)	
<b>Idade</b>			0,844
60-79 anos	35 (74,5%)	29 (76,3%)	
80 ou mais	12 (25,5%)	9 (23,7%)	
<b>Situação Conjugal</b>			0,498
Casado/união estável	22 (46,8%)	15 (39,5%)	
Solteiro/outros	25 (53,2%)	23 (60,5%)	
<b>Escolaridade</b>			0,332
Analfabeto	32 (68,1%)	22 (57,9%)	
Não analfabeto	15 (31,9%)	16 (42,1)	
<b>Moradia</b>			0,297
Mora acompanhado	39 (83,0%)	28 (73,7%)	
Mora sozinho	8 (17,0%)	10 (26,3%)	
<b>Religião</b>			0,243
Católico	29 (61,7%)	28 (73,7%)	
Não Católico	18 (38,3%)	10 (26,3%)	

\* Teste Qui-Quadrado de Pearson.

Fonte: Dados da pesquisa (2012)

Entretanto, quando essa análise considerou as condições de saúde e hábitos de vida, foi possível identificar associação estatisticamente significativa da autopercepção negativa de saúde com as variáveis: “distúrbio do sono” (p-valor <0,001), “pressão alta” (p-valor=0,012), “dores na coluna” (p-valor=0,038) e “fumante” (p-valor=0,021).

Indivíduos que referiam alguma dessas morbidades apresentaram maior probabilidade de referir sua saúde como negativa (Tabela IV).

**Tabela 4. Condições de saúde e hábitos de vida associados à autopercepção negativa de saúde**

Variável	Autopercepção Negativa de Saúde		p-valor*
	Sim	Não	
<b>Dependência para AIVD</b>			0,067
Algum nível de dependência	37 (78,7%)	23(60,5%)	
Totalmente independente	10 (21,3%)	15 (39,5%)	
<b>Diabetes</b>			0,272
Sim	9 (19,1%)	4 (10,5%)	
Não	38 (80,9%)	34 (89,5%)	
<b>Distúrbio do Sono</b>			<0,001**
Sim	18 (38,3%)	2 (5,3%)	
Não	29 (61,7%)	36 (94,7%)	
<b>Colesterol Alto</b>			0,130
Sim	14 (29,8%)	6 (15,8%)	
Não	33 (70,2%)	32 (84,2%)	
<b>Pressão Alta</b>			0,012**
Sim	29 (61,7%)	13 (34,2%)	
Não	18 (38,3%)	25 (65,8%)	
<b>DAD</b>			0,481
Sim	17 (36,2%)	11 (28,9%)	
Não	30 (63,8%)	27 (71,1%)	
<b>Dores na Coluna</b>			0,038**
Sim	38 (80,9%)	23 (60,5%)	
Não	9 (19,1%)	15 (39,5%)	
<b>Histórico de Queda</b>			0,071
Sim	17 (36,2%)	7 (18,4%)	
Não	30 (63,8%)	31 (81,6%)	
<b>Consumo de Bebida Alcoólica</b>			0,393
Sim	8 (17,0%)	4 (10,5%)	
Não	39 (83,0%)	34 (89,5%)	
<b>Fumante</b>			0,021**
Sim	36 (76,6%)	20 (52,6%)	
Não	11 (23,4%)	18 (47,4%)	
<b>Inatividade física</b>			0,996
Sim	21 (44,7%)	17 (44,7%)	
Não	26 (55,3%)	21 (55,3%)	

\* Teste Qui-Quadrado de Pearson

\*\* p-valor < 0,05

Fonte: Dados da pesquisa (2012)

## Discussão

O perfil dos idosos residentes na zona rural que participaram deste estudo é caracterizado pela feminização da velhice, analfabetismo e coresidência no mesmo domicílio com outras pessoas. Também apresentam autopercepção de saúde negativa, presença de doenças/agravos crônicos, como doença de coluna e hipertensão arterial, poucos relatos de episódios de quedas, dependência em pelo menos uma das atividades instrumentais da vida diária, histórico de tabagismo e bons níveis de prática de atividade física. A autopercepção negativa de saúde nessa população se associou a distúrbio do sono, pressão alta, dores na coluna e tabagismo.

Os resultados do presente estudo permitem identificar uma predominância de mulheres dentre os idosos entrevistados, achado que se assemelha a outras pesquisas realizadas com idosos que residem em comunidade (Rigo, Paskulin, & Moraes, 2010). Esse padrão pode ser explicado pelo fato de ser mais frequente a migração masculina do meio rural para os grandes centros urbanos, e da maior expectativa de vida em pessoas do sexo feminino, já que a mulher, ao longo da vida, costuma se expor menos a fatores de risco à saúde, adotar hábitos mais saudáveis e buscar serviços de saúde em estágios iniciais da doença (Pliger, Menon, & Mathias, 2012).

Com relação à faixa etária, apesar do ritmo do envelhecimento ser acelerado no Brasil, a maior parte dos idosos ainda se encontra entre 60 e 79 anos, resultado semelhante ao encontrado por outros autores (Virtuoso, Mazo, Menezes, Cardoso, Dias, & Balbé, 2012). Quanto à situação conjugal, a presença de quantidade significativa de idosos que se encontrava sem companheiro, resultado similar ao encontrado em outra investigação também realizada no município de Jequié (BA) (Torres, Reis, Reis, Fernandes, & Xavier, 2010), e em Fortaleza (CE) (Clares, Freitas, Almeida, Galiza, & Queiroz, 2011). Levando em consideração que houve predominância de mulheres dentre os indivíduos dessa pesquisa, o elevado percentual de sujeitos não-casados pode ser atribuído a questões como a migração masculina para os grandes centros urbanos, discutida anteriormente, e à própria cultura dessas gerações em que as mulheres viúvas devem permanecer sem companheiro, e dedicar-se às atividades domésticas e cuidar dos filhos, o que diminui o número de idosos casados (Pliger, Menon, & Mathias, 2011; Clares, Freitas, Almeida, Galiza, & Queiroz, 2011).

Já a predominância de religião católica também foi identificada em outros estudos no levantamento bibliográfico (Clares, Freitas, Almeida, Galiza, & Queiroz, 2011; Borim, Barros, & Neri, 2012). Historicamente, o Brasil conviveu com uma marcante influência da religião católica em sua formação (Aquino, 2012), o que reflete no comportamento cultural e na escolha da religião por parte de sua população, principalmente pelos mais idosos. Em contrapartida, cabe observar que, por a religião católica ser mais comum e tradicional no Brasil, os idosos podem tê-la referido sem, necessariamente, serem praticantes ativos da mesma (Duarte, Lebrão, Tuono, & Laurenti, 2008).

O fato de ter uma religião representa um apoio para os idosos configurando um maior suporte ao enfrentarem seus problemas, favorecendo uma maior satisfação com a vida e minimizando os sentimentos de desamparo e desesperança (Duarte, Lebrão, Tuono, & Laurenti, 2008). Sendo assim, a presença da religiosidade na vida dos idosos tem mostrado contribuir para a promoção e a manutenção do bem-estar, seja por meio do consolo espiritual, da rede de apoio social e/ou pelas regras de conduta moral e espiritual que ela estabelece (Cardoso, & Ferreira, 2009).

Ao analisarmos os resultados referentes à escolaridade dos idosos, observa-se que a maioria deles é analfabeto. Esse resultado é endossado por outros trabalhos, que demonstram níveis de analfabetismo na região Nordeste do Brasil acima de 60%, principalmente nas zonas rurais, dentre outros fatores, em consequência da desigualdade de implantação de escolas ao longo da história desse país, a desigualdade social marcante na região, e falta de políticas educacionais direcionadas à alfabetização dos idosos (Torres, Reis, Reis, Fernandes, & Xavier, 2010; Peres, 2011).

Ainda no que diz respeito às características sociodemográficas, foi identificado predomínio de idosos que moram acompanhados. Este resultado é corroborado por outros autores que abordam essa temática, sendo possível inferir que é cada vez maior a parcela de idosos que vivem em coresidência, não somente em regiões de mais pobres, como é o caso do Nordeste, mas também em regiões do Sul do Brasil que dispõem de melhores recursos (Pliger, Menon, & Mathias, 2011; Silva, Pinto Junior, & Vilela, 2014).

Além de conhecer o perfil sociodemográfico dos idosos, é importante conhecer também suas condições de saúde e seus hábitos de vida. Neste estudo, quando questionados acerca das doenças crônicas, parte dos idosos referiram ser acometidos por diabetes, hipertensão arterial sistêmica (HAS) e dores de coluna.

Outros trabalhos com população semelhante também apontam alta prevalência de autorrelato de doenças crônicas, com destaque para HAS, reumatismos e doenças de coluna (Silva, Pinto Junior, & Vilela, 2014; Virtuoso, Mazo, Menezes, Cardoso, Dias, & Balbé, 2012).

As doenças crônicas têm sido relatadas com mais frequência, pois têm relação direta com a transição demográfica e epidemiológica, acometendo principalmente os idosos. Entretanto, acredita-se que tais doenças não sejam consequência apenas do envelhecimento, mas também estão ligadas ao estilo de vida que a sociedade atual vem adotando, com hábitos de tabagismo, etilismo, inatividade física, dentre outros, que foram comportamentos também relatados por parte dos idosos participantes desse estudo (Neumann, Conde, Lemos, & Moreira, 2014; Veras, 2012).

Outro dado que se destaca neste trabalho é a maior parcela dos idosos terem apresentado dependência para realizar pelo menos uma das atividades instrumentais da vida diária (AIVD). Tal aspecto foi identificado em outra pesquisa, reafirmando o fato de que as doenças crônicas também têm uma forte influência na funcionalidade dos idosos, apontando ainda que a HAS, por exemplo, aumentou em 39% a chance de o idoso ser dependente nas AIVDs (Alves, Leimann, Vasconcelos, Carvalho, Vasconcelos, Fonseca, Lebrão, & Laurenti, 2007).

Apesar de os idosos deste estudo apresentarem uma média de idade relativamente alta, algum nível de dependência para AIVD e doenças crônicas, verificou-se um bom nível de atividade física dentre esses indivíduos. Por se tratar de uma população rural, o próprio cotidiano e a rotina de trabalho desses indivíduos os tornam mais ativos, já que é habitual a realização de atividades agropecuárias, como cultivo de plantas e cuidado com os animais, e atividades domésticas pelos indivíduos que moram na zona rural (Heitor, Rodrigues, & Tavares, 2013).

Dentre as características observadas nos indivíduos participantes deste estudo destaca-se ainda o distúrbio do sono. Trabalhos encontrados na literatura trazem que boa parte dos idosos acima de 65 anos estão insatisfeitos ou declaram algum problema com o sono. Além disso, os transtornos do sono estão associados à pior condição de saúde, podem implicar na diminuição da sensação de bem-estar, da qualidade de vida e no aumento da predisposição para morbimortalidade (Pandi-Perumal, Seils, Kayumov, Rlaph, Lowe, Moller, & Swaab, 2002; Tanaka, & Shirakawa, 2004; Quan, & Zee, 2004; Hood, Bruck, & Kennedy, 2004; Souza, & Reimão, 2004; Oliveira, Yassuda, Cupertino, & Neri, 2010).

Os relatos de ocorrência de quedas nos últimos 12 meses foram resultados que merecem destaque e se assemelham a outras pesquisas com idosos brasileiros na literatura. As quedas em idosos consistem em um problema de Saúde Pública, uma vez que são um agravo cada vez mais frequente, sendo responsáveis por desencadear comprometimento funcional e trazer implicações para a qualidade de vida dos idosos, favorecendo, além disso, o risco de institucionalização (Cruz, Ribeiro, Vieira, Teixeira, Bastos, & Leite, 2012; Pinto Junior, Silva, Vilela, Casotti, & Alencar, 2013).

Outro aspecto analisado neste estudo consistiu em avaliar, de forma geral, a autopercepção negativa que os idosos têm da própria saúde, já que a autopercepção de saúde é considerada um indicador que possibilita a avaliação do indivíduo no âmbito biopsicossocial, de forma objetiva e ampla (Garcia, Höfelmann, & Facchini, 2010; Rodrigues, & Maia, 2010).

Partindo disso, e com base no relatado pelos indivíduos, identificou-se que a maioria deles referiu uma percepção negativa da própria saúde, bem como foi evidenciado em outra investigação (Silva, Pinto Junior, & Vilela, 2014). Com base da análise desta variável, foi possível inferir que apresentaram associação estatisticamente significativa as variáveis referentes às condições de saúde e hábitos de vida, sendo que as variáveis sociodemográficas não tiveram correlação.

A associação entre a autopercepção negativa de saúde e o distúrbio do sono, encontrada nessa investigação, também foi evidenciada em outros achados da literatura, em que idosos que relatavam insônia e demais complicações durante o sono não se mostravam satisfeitos com sua saúde (Loyola Filho, Firmo, Uchôa, & Lima-Costa, 2013; Oliveira, Yassuda, Cupertino, & Neri, 2010).

O tabagismo, associado à autopercepção negativa de saúde, também foi confirmado em um estudo com idosos integrantes da coorte do Projeto Bambuí, que sofriam de hipertensão e/ou diabetes. Tal fato possibilita refletir que comportamentos de risco adotados por idosos implicam diretamente na autopercepção de saúde com impacto negativo sobre ela (Loyola Filho, Firmo, Uchôa, & Lima-Costa, 2013).

As doenças crônicas também interferem na autopercepção negativa de saúde entre indivíduos idosos que vivem em comunidade.

Pesquisas demonstram resultados semelhantes entre a associação da autopercepção negativa e HAS (Silva, Pinto Junior, & Vilela, 2014), e dores de coluna (Pereira, Vasconcelos, Souza, Pereira, Nakatani, & Bachion, 2014; Lacerda, Godoy, Cobianchi, & Bachion, 2005), sendo que dentre as dores de maior frequência foram relatadas as dores das regiões dorsais, como dores lombares e no pescoço.

Em um estudo realizado com idosas de Florianópolis, SC, (Krug, Lopes, Mazo, & Marchesan, 2013), as entrevistadas relataram que encontravam na dor, uma barreira para a prática de atividade física.

Observa-se, portanto, que as dores no corpo influenciam na qualidade de vida dos idosos favorecendo maior comprometimento funcional, físico, maior dependência na realização das atividades da vida diária, favorecendo o sentimento de morte, além de acarretar fadiga, alterações de sono, dentre outros, fatores que contribuem para uma maior insatisfação com a própria vida e condições de saúde.

Neste sentido, a autopercepção de saúde caracteriza-se como uma forma de mensuração mais sensível do que outras medidas externas de saúde por não se limitar a nenhuma doença ou estado funcional específico (Garcia, Höfelmann, & Facchini, 2010; Pliger, Menon, & Mathias, 2011; Jylha, 2009).

Ainda é oportuno apontar que os resultados obtidos nesse estudo podem ter certo viés de memória, uma vez que se trata de um autorrelato acerca das doenças, hábitos e comportamentos, de idosos longevos (Silva, Pinto Junior, & Vilela, 2014).

Além disso, outras limitações foram observadas no presente estudo: o delineamento transversal que não permite estabelecermos uma relação de causalidade; e a não utilização de questionários específicos para população idosa da zona rural.

No entanto, o presente estudo avaliou um contingente elevado de indivíduos residentes em áreas rurais, população pouco investigada em estudos brasileiros, fornecendo insumos importantes para o conhecimento do estado de saúde desse público e para a condução de ações direcionadas a realidade dessa população.

## Conclusão

A autopercepção de saúde se mostra um bom indicador de condições de vida e saúde dos idosos. Utilizar dessa estratégia para investigar aspectos gerontológicos no contexto do envelhecimento populacional, de forma multidimensional, pode contribuir consideravelmente para o planejamento de ações em atenção à saúde do idoso, já que o uso desse indicador pode nortear a identificação das necessidades dos idosos que extrapolam a simples análise de presença/ausência de doença ou o *status* funcional, considerando os aspectos subjetivos na determinação do seu estado de saúde.

## Referências

- Alves, L. C., Leimann, B. C. Q., Vasconcelos, M. E. L., Carvalho, M. S., Vasconcelos, A. G. G., Fonseca, T. C. O., Lebrão, M. L., & Laurenti, R. (2007). A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do Município de São Paulo. Rio de Janeiro, RJ: *Cad. Saúde Pública*, 23(8), 1924-1930.
- Alves, L. C., Leite, I. C., & Machado, C. J. (2008). Perfis de saúde dos idosos no Brasil: análise da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios de 2003 utilizando o método grade of membership. Rio de Janeiro, RJ: *Cad. Saúde Pública*, 24(3), 535-546.
- Amendola, F., Alvarenga, M. R. M., Latorre, M. R. D. O., & Oliveira, M. A. C. (2014). Desenvolvimento e validação do índice de vulnerabilidade de famílias a incapacidades e dependência (IVF-ID). São Paulo, SP: *Rev. Esc. Enferm. USP*, 48(1), 80-88.
- Aquino, M. (2012). Modernidade republicana e diocesanização do catolicismo no Brasil: as relações entre Estado e Igreja na Primeira República (1889-1930). São Paulo, SP: *Revista Brasileira de História*, 32(63), 143-170.
- Beltrame, V., Cader, S. A., Cordazzo, F., & Dantas, E. H. M. (2012). Qualidade de vida de idosos da área urbana e rural do município de Concórdia, SC. Rio de Janeiro, RJ: *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol*, 15(2), 223-232.
- Borim, F. S. A., Barros, M. B. A., & Neri, A. L. (2012). Autoavaliação da saúde em idosos: pesquisa de base populacional no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. Rio de Janeiro, RJ: *Cad. Saúde Pública*, 28(4), 769-780.
- Brasil (2006). Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. *Cadernos de Atenção Básica: Envelhecimento e saúde da pessoa idosa*. Brasília, DF.
- Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Recuperado em 12 agosto, 2015, de: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=291800>.
- Cardoso, M. C. S., & Ferreira, M. C. (2009). Envolvimento religioso e bem-estar subjetivo em idosos. Brasília, DF: *Psicol. Ciên. Prof.*, 29(2), 380-393.

- Clares, J. W. B., Freitas, M. C., Almeida, P. C., Galiza, F. T., & Queiroz, T. A. (2011). Perfil de idosos cadastrados numa Unidade Básica de Saúde da Família de Fortaleza-CE. Fortaleza, CE: *Rev Rene*, 12(n.º esp.), 988-994.
- Cruz, D. T., Ribeiro, L. C., Vieira, M. T., Teixeira, M. T. B., Bastos, R. R., & Leite, I. C. G. (2012). Prevalência de quedas e fatores associados em idosos. São Paulo, SP: *Rev Saúde Pública*, 46(1), 138-146.
- Duarte, Y. A. O., Lebrão, M. L., Tuono, V. L., & Laurenti, R. (2008). Religiosidade e envelhecimento: uma análise do perfil de idosos do município de São Paulo. São Paulo, SP: *Saúde Coletiva*, 5(24), 173-177.
- Garcia, L. P., Höfelmann, D. A., & Facchini, L. A. (2010). Self-rated health and working conditions among workers from primary health care centers in Brazil. Rio de Janeiro, RJ: *Cad. Saúde Pública*, 26(5), 971-980.
- Heitor, S. F. D., Rodrigues, L. R., & Tavares, D. M. S. (2013). Prevalência da adequação à alimentação saudável de idosos residentes em zona rural. Florianópolis, SC: *Texto Contexto-Enferm*, 22(1), 79-88.
- Hood, B., Bruck, D., & Kennedy, G. (2004). Determinants of sleep quality in the healthy aged: the role of physical, psychologic, circadian and naturalistic light variables. *Age Ageing*, 33(2), 159-165.
- Jylha, M. (2009). What is self-rated health and why does it predict mortality? Towards a unified conceptual model. *Soc Sci Med*, 69, 307-316.
- Krug, R. R., Lopes, M. A., Mazo, G. Z., & Marchesan, M. (2013). A dor dificulta a prática de atividade física regular na percepção de idosas longevas. São Paulo, SP: *Rev. Dor*, 14(3), 192-195.
- Lacerda, P. F., Godoy, L. F., Cobianchi, M. G., & Bachion, M. M. (2005). Estudo da ocorrência de “dor crônica” em idosos de uma comunidade atendida pelo Programa Saúde da Família em Goiânia. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 7(1), 29-40.
- Lima-Costa, M. F., Barreto, S. M., & Giatti, L. (2003). Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Rio de Janeiro, RJ: *Cad. Saúde Pública*, 19(3), 735-743.
- Loyola Filho, A. I., Firmo, J. O. A., Uchôa, E., & Lima-Costa, M. F. (2013). Fatores associados à autoavaliação negativa da saúde entre idosos hipertensos e/ou diabéticos: resultados do projeto Bambuí. São Paulo, SP: *Rev Bras Epidemiol*, 16(3), 559-571.
- Mastudo, S., Araujo, T., Mastudo, V., Andrade, D., Andrade, E., Oliveira, L. C., & Braggion, G. (2001). Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ): estudo de validade e reprodutibilidade no Brasil. *Rev Bras Ativ Fís Saúde*, 6(2), 5-16.
- Neumann, B., Conde, S. R., Lemos, J. R. N., & Moreira, T. R. (2014). Associação entre o estado nutricional e a prevalência de doenças crônicas não transmissíveis em idosos residentes no município de Roca Sales-RS. Passo Fundo, RS: *RBCEH*, 11(2), 166-177.
- Oliveira, B. H. D., Yassuda, M. S., Cupertino, A. P. F. B., & Neri, A. L. (2010). Relações entre padrão do sono, saúde percebida e variáveis socioeconômicas em uma amostra de idosos residentes na comunidade - Estudo PENSA. Rio de Janeiro, RJ: *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(3), 851-860.

- Pandi-Perumal, S. R., Seils, L. K., Kayumov, L., Rlaph, M. R., Lowe, A., Moller, H., & Swaab, D. F. (2002). Senescence, sleep, and circadian rhythms. *Ageing Res Rev, 1*, 559-604.
- Pereira, L. V., Vasconcelos, P. P., Souza, L. A. F., Pereira, G. A., Nakatani, A. Y. K., & Bachion, M. M. (2014). Prevalência, intensidade de dor crônica e autopercepção de saúde entre idosos: estudo de base populacional. Ribeirão Preto, SP: *Rev. Latino-Am. Enfermagem, 22*(4), 662-669.
- Peres, M. A. C. (2011). Velhice e analfabetismo, uma relação paradoxal: a exclusão educacional em contextos rurais da região Nordeste. Brasília, DF: *Soc. Estado, 26*(3), 631-662.
- Pinto Junior, E. P., Silva, I. T., Vilela, A. B. A., Casotti, C. A., & Alencar, M. S. (2013). Prevalência e fatores associados às quedas em idosos que corresidem e são assistidos pela Estratégia de Saúde da Família. Ilhéus, BA: *Memorialidades, 10*, 51-73.
- Pliger, C., Menon, M.H., & Mathias, T.A.F. (2011). Características sociodemográficas e de saúde de idosos: contribuições para os serviços de saúde. Ribeirão Preto, SP: *Rev. Latino-Am. Enfermagem, 19*(5), 1230-1238.
- Quan, S. F., & Zee, P. (2004). A sleep review of systems: Evaluating the effects of medical disorders on sleep in the patient. *Geriatrics, 59*(3), 37-42.
- Rigo, I. I., Paskulin, L. M. G., & Morais, E. P. (2010). Capacidade funcional de idosos de uma comunidade rural do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS: *Rev Gaúcha Enferm, 31*(2), 254-261.
- Rocha, S. V., & Carneiro, L. R. V. (2010). Condições de saúde de mulheres idosas residentes em uma cidade do nordeste do Brasil. *Arq. Ciênc. Saúde, 17*(2), 80-83.
- Rodrigues, C. G., & Maia, A. G. (2010). Como a posição social influencia a autoavaliação do estado de saúde? Uma análise comparativa entre 1998 e 2003. Rio de Janeiro, RJ: *Cad. Saúde Pública, 26*(4), 762-774.
- Silva, I. T., Pinto Junior, E. P., & Vilela, A. B. A. (2014). Autopercepção de saúde de idosos que vivem em estado de coresidência. Rio de Janeiro, RJ: *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol, 17*(2), 275-287.
- Souza, J. C., & Reimão, R. (2004). Epidemiologia da insônia. *Psicol. Estud., 9*(1), 3-7.
- Tanaka, H., & Shirakawa, S. (2004). Sleep health, lifestyle and mental health in the Japanese elderly: Ensuring sleep to promote a healthy brain and mind. *J Psychosom Res, 56*, 465-477.
- Tavares, D. M. S., Paiva, M. M., Dias, F. A., Diniz, M. A., & Martins, N. P. F. (2013). Socio-demographic characteristics and quality of life of elderly patients with systemic arterial hypertension who live in rural areas: the importance of nurses' role. Ribeirão Preto, SP: *Rev. Latino-Am. Enfermagem, 21*(2), 515-522.
- Torres, G. V., Reis, L. A., Reis, L. A., Fernandes, M. H., & Xavier, T. T. (2010). Relação entre funcionalidade familiar e capacidade funcional de Idosos dependentes no município de Jequié, BA: *Rev. Baiana Saúde Pública, 34*(1), 19-30.
- Veras, R. (2009). Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Revista de Saúde Pública, 43*(3), 548-554.

Veras, R. P. (2012). Um modelo em que todos ganham: mudar e inovar, desafios para o enfrentamento das doenças crônicas entre os idosos. Maringá, PR: *Acta Scientiarum. Human and Social Sciences*, 34(1), 3-8.

Virtuoso, J. F., Mazo, G. Z., Menezes, E. C., Cardoso, A. S., Dias, R. G., & Balbé, G. P. (2012). Perfil de morbidade referida e padrão de acesso a serviços de saúde por idosos praticantes de atividade física. Rio de Janeiro, RJ: *Ciênc. Saúde Coletiva*, 17(1), 23-31.

Recebido em 13/02/2016

Aceito em 30/03/2016

---

**Rhaine Borges Santos Pedreira** – Discente do Curso de Bacharelado em Fisioterapia pela Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, UESB, Campus de Jequié, Bahia - Brasil. Bolsista de Iniciação Científica PIBIC/FAPESB, colaboradora do Núcleo de Estudos em Saúde da População, integrante do Projeto MONIDI.

E-mail: rhaineborges@gmail.com

**Camila Barros Andrade** - Discente do curso de Medicina, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, UESB, Campus Jequié, BA.

E-mail: milabandrade@hotmail.com

**Vinícius Guerra Aguiar Barreto** – Discente do curso de Medicina, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, UESB, Campus Jequié, BA.

E-mail: viniciusgabarreto@gmail.com

**Elzo Pereira Pinto Junior** - Mestre em Saúde Coletiva/ Universidade Estadual do Ceará (UECE), Doutorando em Saúde Pública, Instituto de Saúde Coletiva, ISC, Universidade Federal da Bahia.

E-mail: elzojr@hotmail.com

**Saulo Vasconcelos Rocha** - Mestre em Saúde Coletiva, UEFS, Professor Assistente do Departamento de Saúde II, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Doutorando em Educação Física, Universidade Federal de Santa Catarina.

E-mail: svrocha@uesb.edu.br