

PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS À PERCEPÇÃO NEGATIVA DE AUTOCUIDADO EM IDOSOS BRASILEIROS RESIDENTES NA COMUNIDADE

Prevalence of negative perception of self-care among Brazilian older adults living in the community and associated factors

Thaila Maki Hiraga^a, Samila Sathler Tavares Batistoni^{a,b},
Flávia Silva Arbex Borim^a, Anita Liberalesso Neri^a

RESUMO

OBJETIVO: Descrever e identificar fatores de natureza sociodemográfica e de comportamentos em saúde associados à percepção negativa de autocuidado em idosos residentes na comunidade de sete cidades brasileiras. **MÉTODOS:** Trata-se de um estudo transversal com dados do Estudo sobre Fragilidade em Idosos Brasileiros. Foram selecionadas características sociodemográficas, de comportamentos relacionados à saúde e de percepção de autocuidado em saúde. Para as análises, foram estimadas as distribuições percentuais e os respectivos intervalos de confiança de 95%, com nível de significância de 5%. Foi utilizada a análise de regressão logística univariada e multivariada, com critério *stepwise* de seleção de variáveis. **RESULTADOS:** Da amostra total de 2.552 idosos, a maioria foi de mulheres (65,8%), com idade média de 72,3 ± 5,5 anos. A pior percepção de autocuidado foi associada à não utilização de serviço odontológico (OR = 1,48; p < 0,001), faixa de renda de 1,1 a 3 salários mínimos (OR = 1,46; p = 0,049), tabagismo (OR = 1,41; p = 0,030), sedentarismo (OR = 1,32; p = 0,003) e sexo masculino (OR = 1,24; p = 0,023). **CONCLUSÃO:** Embora não tenham sido encontradas altas frequências de comportamentos negativos em saúde, destaca-se a associação com fatores modificáveis, como o sedentarismo e o tabagismo. A ausência de busca por serviços odontológicos continua sendo aspecto desafiador entre idosos. Os resultados apontam para um potencial indicador subjetivo nos levantamentos clínicos e de pesquisa em saúde ao longo do envelhecimento.

PALAVRAS-CHAVE: comportamentos saudáveis; estilo de vida; autocuidado; percepção; idosos; envelhecimento.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To describe and identify sociodemographic factors and health behaviors associated with a negative perception of self-care in community-resident older adults in seven Brazilian cities. **METHODS:** This is a cross-sectional analysis of data from the Frailty in Brazilian Older Adults (FIBRA) study. Sociodemographic characteristics, health-related behaviors, and perception of self-care in health were assessed. For analysis, percentage distributions and respective 95% confidence intervals were estimated, at a significance level of 5%. Univariate and multivariate logistic regression analyses were carried out, with stepwise variable selection. **RESULTS:** Of 2,552 older adults in the overall sample, most (65.8%) were women, with a mean age of 72.3 ± 5.5 years. The worst perception of self-care was associated with non-use of dental care services (OR = 1.48, p < 0.001), income range from 1.1 to 3 times the minimum wage (OR = 1.46, p = 0.049), smoking (OR = 1.41, p = 0.030), sedentary lifestyle (OR = 1.32, p = 0.003), and male gender (OR = 1.24, p = 0.023). **CONCLUSION:** Although no high frequencies of negative health behaviors were found, the association of poor perception of self-care with modifiable factors, such as sedentary lifestyle and smoking, stands out. Failure to seek dental care continues to be a challenging aspect among the elderly. These results point to a potential subjective indicator for clinical and health research surveys throughout the aging process.

KEYWORDS: healthy behavior; life style; self-care; perception; elderly; aging.

^aPrograma de Pós-Graduação em Gerontologia, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas – Campinas (SP), Brasil.

^bEscola de Artes, Ciências e Humanidades, Universidade de São Paulo – São Paulo (SP), Brasil.

Dados para correspondência

Flávia Silva Arbex Borim – Programa de Pós-Graduação em Gerontologia, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas – Avenida Tessália Vieira de Camargo, 126 – CEP: 13083-887 – Campinas (SP), Brasil – E-mail: flarbox@hotmail.com

Recebido em: 01/02/2018. Aceito em: 07/03/2018

DOI: 10.5327/Z2447-211520181800011

INTRODUÇÃO

O autocuidado em saúde compõe as bases dos modelos biopsicossociais explicativos das condições de saúde de indivíduos e populações. Em pesquisa, a operacionalização do autocuidado compreende uma ampla gama de indicadores que variam desde manifestações comportamentais objetivas relativas à promoção, manutenção ou restauração da saúde, até indicadores de natureza subjetiva, entre eles atitudes, crenças e percepções em relação às práticas individuais em saúde.¹

Nessa temática, a percepção de autocuidado destaca-se como um construto de natureza subjetiva. Especificamente, as estimativas ou julgamentos que as pessoas fazem a respeito do cuidado que dedicam à própria saúde constituem uma variável importante na compreensão da centralidade da saúde e dos investimentos dispensados a esta. Na velhice, tais julgamentos são influenciados pelas experiências de curso de vida, controladas por fatores sociodemográficos e econômicos, às alterações em necessidades, motivação e estratégias, às crenças sobre a saúde e sobre os desfechos relacionados a essas trajetórias.² A literatura gerontológica revela que suas percepções ou imagens de saúde podem ser influenciadas pelos indicadores de utilização de serviços de saúde ou pelo engajamento em comportamentos objetivos.³

O envelhecimento populacional e o grande contingente de idosos nas sociedades atuais têm incentivado e gerado oportunidades de pesquisa voltadas para uma compreensão mais ampla da atuação dos fatores comportamentais e do investimento no autocuidado ao longo de toda a vida e a consequente determinação de trajetórias saudáveis ou patológicas de envelhecimento. Indivíduos com mais idade tendem a ter um forte impulso interior para manter a saúde, apesar de serem menos propensos a se envolverem em novos comportamentos saudáveis.^{2,3} Identificar e compreender os fatores associados àqueles idosos que julgam não dedicar cuidado à própria saúde pode favorecer a compreensão e as práticas em promoção de saúde entre idosos. A maior parte da literatura ainda é dedicada à compreensão do autocuidado em faixas etárias mais jovens ou explora, de forma isolada, o envolvimento de idosos em comportamentos de saúde, tais como exercício físico ou tabagismo, por exemplo.⁴⁻⁷ O presente estudo buscou descrever a prevalência e os fatores associados às percepções negativas de autocuidado em saúde em idosos residentes na comunidade de sete cidades brasileiras em 2008–2009.

MÉTODOS

Estudo transversal que utilizou os dados do Estudo sobre Fragilidade em Idosos Brasileiros (FIBRA) para estudar o

fenômeno de fragilidade e suas relações com diferentes variáveis em idosos residentes em diferentes regiões brasileiras.⁸ O FIBRA Polo Unicamp compôs uma amostra probabilística de idosos residentes em setores censitários da zona urbana de sete municípios: Campinas, em São Paulo; Belém, no Pará; Parnaíba, no Piauí; Campina Grande, na Paraíba; Poços de Caldas, em Minas Gerais; Ermelino Matarazzo, Distrito de São Paulo; e Ivoti, no Rio Grande do Sul.

A coleta de dados em sessão única com duração de 40 a 120 minutos, conduzida em escolas, igrejas, unidades básicas de saúde, centros de conveniência e clubes, foi realizada por estudantes de graduação e de pós-graduação treinados após convite, esclarecimentos e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Informações metodológicas detalhadas foram apresentadas por Neri et al.⁸

Para o presente estudo, utilizou-se uma subamostra de 2.552 idosos residentes na comunidade, uma vez que, para alcançar os objetivos do mesmo, foi necessária a exclusão de idosos com indicativos de déficit cognitivo rastreado por meio do Mini Exame do Estado Mental⁹ e daqueles que não responderam à variável critério do estudo, a saber, percepção de autocuidado.

A percepção de autocuidado foi identificada a partir da questão “Como o(a) senhor(a) avalia o cuidado que dedica à sua saúde?”, com opções de resposta “muito ruim”, “ruim”, “regular”, “bom” e “muito bom”, agrupadas em três categorias: “muito ruim/ruim”, “regular” e “bom/muito bom”. As variáveis independentes foram: as sociodemográficas — sexo (masculino; feminino), faixa etária (65 a 69; 70 a 74; 75 a 79; 80 anos ou mais), escolaridade (sem escolaridade formal; 1 a 4; 5 a 8; 9 anos ou mais), renda familiar (menos que 1 salário mínimo (SM); 1,1 a 3,0; 3,1 a 5,0; 5,1 a 10,0; mais que 10,0 SM) e estado civil (casado; solteiro; viúvo; divorciado) por meio de questões de autorrelato —, e as de comportamentos relacionados à saúde — prática regular de exercício físico (fisicamente ativo; sedentário), tabagismo (fumante; não fumante; ex-fumante), frequência do consumo de bebidas alcoólicas (nunca; moderado; alto), utilização de serviço médico (sim; não) e utilização de serviço odontológico (sim; não).

Para a variável “prática regular de exercício físico”, foram utilizados 16 itens sobre exercícios físicos do *Minnesota Leisure Time Activity Questionnaire* (MLTAQ),¹⁰ coletados por autorrelato o número de dias por semana e o número de minutos por dia de prática em cada exercício, e calculado o gasto calórico em taxa de equivalentes metabólicos (METS). Foram categorizados como idosos fisicamente ativos aqueles que acumularam pelo menos 30 minutos de exercício de intensidade moderada pelo menos cinco vezes na semana (de ≥ 3 MET a ≤ 6 MET) ou 20 minutos de exercício de intensidade vigorosa

(> 6 MET) pelo menos três vezes por semana,¹¹ ou sedentários, de acordo com as recomendações da *American College of Sports Medicine* (ACSM) e da *American Heart Association* (AHA). Para a variável tabagismo, utilizou-se das questões “O(a) senhor(a) fuma atualmente?” e “Já fumou e largou?”. Para o consumo de bebidas alcoólicas e sua frequência, utilizou-se a questão “Com que frequência o(a) senhor(a) consome bebidas alcoólicas?” com possíveis as respostas: “nunca”, “uma vez por mês ou menos”, “duas a quatro vezes por mês”, “duas a três vezes por semana” e “quatro a mais vezes por semana”. Foram categorizados como abstêmios os idosos que optaram pela resposta “nunca”, o consumo moderado deu-se pelas respostas “uma vez por mês ou menos” e “duas a quatro vezes por mês” e consumo alto pelas respostas “duas a três vezes por semana” e “quatro a mais vezes por semana”.

A variável “utilização de serviço médico” baseou-se na questão “Quantas vezes o(a) senhor(a) foi a uma consulta médica (qualquer especialidade)?”, a “utilização de serviço odontológico” usou a questão “Quantas vezes o(a) senhor(a) foi ao dentista nos últimos 12 meses?”.

Foi realizada a análise descritiva das variáveis. A associação entre percepção do autocuidado e as variáveis independentes selecionadas foi verificada pelo teste χ^2 . Para analisar os fatores relacionados à condição de pior percepção de autocuidado (ruim/muito ruim), foi utilizada a análise de regressão logística uni e multivariada, com critério *stepwise* de seleção de variáveis. O nível de significância adotado para os testes estatísticos foi de 5%, ou seja, $p < 0,05$.

A pesquisa liderada pelo Polo Unicamp foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), mediante o Parecer nº 208/2007. O presente estudo também foi aprovado como adendo ao estudo maior pelo mesmo Comitê de Ética, mediante o Parecer nº 1.100.955.

RESULTADOS

Do total de idosos elegíveis ($n = 2.552$), a maioria foi de mulheres (65,8%), com maior frequência etária entre 65 e 74 anos, cuja média foi de $72,3 \pm 5,5$ anos. Cerca de 60,0% dos idosos entrevistados relataram renda familiar de até três SM, com renda média para a amostra de $3,9 \pm 4,9$ SM. Da amostra, 49,1% tinham de 1 a 4 anos de escolaridade e 50,5% eram casados.

Em relação à variável dependente, a percepção de autocuidado por parte dos idosos da amostra resultou em 51,9% desses avaliando-o como muito bom ou bom, 31,5% como regular e 16,6% como ruim ou muito ruim. O levantamento dos comportamentos relativos à saúde resultou em 55,9%

dos idosos classificados como sedentários, 90,6% dos idosos não fumavam e em relação ao consumo de bebida alcoólica, a maioria dos idosos foi classificada como “abstêmios” (70,2%). Comportamentos ativos relativos à utilização de serviços médicos e odontológicos de consultas anuais foram encontrados em 90,8 e 35,5%, respectivamente.

Na Tabela 1, as variáveis socioeconômicas “sexo”, “renda” e “escolaridade” mostraram relações com a percepção de autocuidado. Em relação aos comportamentos relacionados à saúde, a prática regular de exercício físico, tabagismo e utilização dos serviços médicos e odontológicos no último ano apresentaram associação com a percepção do autocuidado.

A Tabela 2 apresenta os dados referentes à atuação de cada variável e à atuação conjunta das variáveis do estudo sobre a condição de pior percepção de autocuidado. A análise de regressão univariada identificou associações significativas com as menores faixas de renda familiar, sedentarismo, ser fumante e não utilização de serviços médicos e odontológicos. A análise de regressão multivariada identificou que os idosos que apresentaram pior percepção de autocuidado foram aqueles que negaram utilização de serviço odontológico, com *odds ratio* (OR) de 1,48 e intervalo de confiança de 95% (IC95%) de 1,22–1,80; os com renda de 1,1 a 3,0 SM (OR = 1,46; IC95% 1,01–2,15), os tabagistas (OR = 1,41; IC95% 1,03–1,90), os que não praticavam exercícios físicos regularmente (OR = 1,32; IC95% 1,10–1,58) e os homens (OR = 1,24; IC95% 1,03–1,50).

DISCUSSÃO

Este é o primeiro estudo brasileiro sobre percepção do autocuidado em idosos. O objetivo foi avaliar a prevalência e os fatores associados às percepções negativas de autocuidado em saúde nos idosos e identificou que 16,6% da amostra apresentaram a percepção como ruim ou muito ruim. Essa variável foi significativamente associada a homens, à negativa de utilização de serviço odontológico, à renda de 1,1 a 3,0 SM, ao relato de tabagismo e à não prática regular de exercícios físicos.

As características sociodemográficas da amostra do estudo indicaram uma distribuição já descrita em publicações anteriores.^{8,10} A mesma guarda semelhanças com dados nacionais em relação à faixa etária, à maior presença de mulheres, à baixa escolaridade e à renda familiar.¹² O estudo mostra maior procura por serviços médicos, no Brasil — o estudo Saúde, Bem-estar e Envelhecimento (SABE) identificou porcentagem de 16,7% no estado de São Paulo¹³ e a Pesquisa Nacional de Saúde, de 16,5% no país.¹² Estudos corroboram a menor procura anual por dentista pela população brasileira

Tabela 1 Análise descritiva e bivariada considerando as variáveis sociodemográficas e os comportamentos relacionados à saúde em relação à percepção de autocuidado em idosos. Estudo sobre Fragilidade em Idosos Brasileiros, Polo Unicamp, Brasil, 2008-2009.

	n (%)	Percepção de autocuidado n (%)			Valor p
		Muito ruim/ruim 423 (16,6)	Regular 805 (31,5)	Bom/muito bom 1.324 (51,9)	
Idade (anos)					
65 a 69	967 (37,9)	173 (40,90)	317 (39,38)	477 (36,03)	0,250
75 a 79	796 (31,2)	138 (32,62)	242 (30,06)	416 (31,42)	
70 a 74	486 (19,0)	65 (15,37)	154 (19,13)	267 (20,17)	
≥ 80	303 (11,9)	47 (11,11)	92 (11,43)	164 (12,39)	
Sexo					
Masculino	873 (34,2)	137 (32,4)	303 (37,6)*	433 (32,7)	0,046*
Feminino	1.679 (65,8)	286 (67,6)*	502 (62,4)	891 (67,3)*	
Renda familiar (SM)					
< 1,0	243 (11,0)	47 (12,4)*	74 (10,7)	122 (10,8)	< 0,001*
1,1 a 3,0	1.064 (48,2)	209 (55,0)*	365 (52,7)*	490 (43,2)	
3,1 a 5,0	487 (22,1)	87 (22,9)	135 (19,5)	265 (23,4)	
5,1 a 10,0	276 (12,5)	27 (7,1)	75 (10,8)*	174 (15,4)*	
> 10,0	136 (6,2)	10 (2,6)	44 (6,3)*	82 (7,2)*	
Escolaridade (anos)					
0	505 (19,8)	99 (23,4)*	179 (22,3)*	227 (17,2)	< 0,001*
1 a 4	1.252 (49,1)	215 (50,8)*	390 (48,5)	647 (48,9)	
5 a 8	461 (18,1)	78 (18,5)	145 (18,0)	238 (18,0)	
≥ 9	332 (13,0)	31 (7,3)	90 (11,2)	211 (15,9)*	
Estado civil					
Casado	1.287 (50,5)	224 (53,0)	406 (50,5)	657 (49,7)	0,298
Solteiro	210 (8,2)	33 (7,8)	59 (7,3)	118 (8,9)	
Divorciado	188 (7,4)	30 (7,1)	72 (9,0)	86 (6,4)	
Viúvo	863 (33,9)	136 (32,1)	267 (33,2)	460 (34,8)	
Prática regular de exercício físico					
Sedentário	1.294 (55,9)	208 (61,5)*	436 (59,9)*	650 (52,1)	< 0,001*
Ativo	1.019 (44,1)	130 (38,5)	291 (40,1)	598 (47,9)*	
Tabagismo					
Não fumante	2.314 (90,6)	364 (86,1)	717 (89,1)	1.233 (93,1)*	< 0,001*
Fumante	238 (9,4)	59 (13,9)*	88 (10,9)*	91 (6,9)	
Frequência do consumo de bebidas alcólicas					
Nunca	1.767 (70,2)	312 (74,6)	534 (67,5)	921 (70,5)	0,094
Moderada	583 (23,2)	78 (18,7)	203 (26,7)	302 (23,1)	
Alta	166 (6,6)	28 (6,7)	54 (6,8)	84 (6,4)	
Utilização de serviço médico					
Não	225 (9,2)	56 (13,9)*	77 (9,9)	92 (7,3)	< 0001*
Sim	2.212 (90,8)	345 (86,1)	699 (90,1)	1.168 (92,7)*	
Utilização de serviço odontológico					
Não	1.625 (64,5)	309 (74,1)*	527 (66,1)	789 (60,5)	< 0,001*
Sim	895 (35,5)	108 (25,9)	271 (33,9)	516 (39,5)*	

*p < 0,05 (teste do χ^2); SM: salários mínimos.

em relação ao médico,^{12,14} com prevalência semelhante apontada em pesquisa utilizando dados do Inquérito de Saúde de Campinas (ISACamp) com 64,1% de idosos de Campinas, São Paulo, sem consulta odontológica anual.¹⁵

Quanto aos comportamentos relacionados à saúde, houve maior proporção de idosos sedentários, com percentual semelhante a outros estudos que utilizaram o mesmo critério da

ACSM e a AHA.^{6,10} A prevalência de tabagismo neste estudo foi inferior ao encontrado em outros estudos,^{6,16-18} em parte justificada pelo critério de inclusão de idosos a partir de 65 anos, retirando uma porcentagem significativa de possíveis fumantes, e pela possibilidade de maior inclusão de mulheres idosas advindas de cidades interioranas, apontando para efeitos de coorte. Em relação aos comportamentos relativos

Tabela 2 Análise de regressão logística uni e multivariada para pior percepção de autocuidado (n = 2.552). Estudo sobre Fragilidade em Idosos Brasileiros, Polo Unicamp, Brasil, 2008-2009.

	Pior percepção de autocuidado			
	Análise univariada		Análise multivariada	
	OR (IC95%)	Valor p	OR (IC95%)	Valor p
Idade (anos)				
≥ 80	1	–		
75 a 79	0,94 (0,71–1,24)	0,664		
70 a 74	1,09 (0,85–1,41)	0,490		
65 a 69	1,21 (0,94–1,54)	0,138		
Sexo				
Feminino	1	–	1	–
Masculino	1,08 (0,93–1,27)	0,309	1,24 (1,03–1,50)	0,023*
Renda familiar (SM)				
> 10,0	1	–	1	–
5,1 a 10,0	0,94 (0,62–1,42)	0,773	0,84 (0,54–1,31)	0,434
3,1 a 5,0	1,44 (0,98–2,10)	0,061	1,18 (0,78–1,77)	0,438
1,1 a 3,0	1,90 (1,33–2,72)	< 0,001*	1,46 (1,01–2,15)	0,049*
< 1,0	1,68 (1,11–2,54)	0,014*	1,22 (0,76–1,96)	0,403
Prática regular de exercícios físico				
Ativo	1	–	1	–
Sedentário	1,39 (1,18–1,63)	< 0,001*	1,32 (1,10–1,58)	0,003*
Tabagismo				
Não fumante	1	–	1	–
Fumante	1,81 (1,42–2,32)	< 0,001*	1,41 (1,03–1,9)	0,030*
Frequência do consumo de bebidas alcóolicas				
Nunca	1	–		
Frequência moderada	0,94 (0,78–1,12)	0,485		
Frequência alta	1,03 (0,76–1,40)	0,837		
Utilização de serviço médico				
Sim	1	–		
Não	1,68 (1,28–1,75)	< 0,001*		
Utilização de serviço odontológico				
Sim	1	–	1	–
Não	1,50 (1,28–1,75)	< 0,001*	1,48 (1,22–1,80)	< 0,001*

OR: *odds ratio*; IC95%: intervalo de confiança de 95%; *p < 0,05; SM: salários mínimos.

ao uso de álcool, a Pesquisa Nacional Brasileira sobre Álcool identificou valor semelhante do consumo de álcool ao presente estudo, em torno de 28%.¹⁹ Uma grande proporção de estudos aponta para uma associação positiva entre o consumo semanal de bebidas alcóolicas e maior qualidade de vida e funcionalidade entre idosos, embora não esclareçam os mecanismos subjacentes a tal associação.^{16,20}

Em relação à percepção de autocuidado, apesar da maior parte dos idosos perceber e avaliar positivamente o seu autocuidado, 16,6% da amostra avaliaram a percepção como ruim ou muito ruim. A avaliação subjetiva tendeu a ser condizente com os dados objetivos sobre o envolvimento em comportamentos saudáveis ou a evitação de comportamentos não saudáveis, dando poder preditivo e tornando os indicadores subjetivos cada vez mais relevantes aos estudos em saúde e envelhecimento.²¹

Menor busca por serviços odontológicos foi uma variável mais fortemente associada e mais discriminativa do que a busca por serviços médicos. A ausência de necessidade percebida tem sido citada como uma barreira para a utilização de serviços odontológicos, já que, para muitos, os problemas bucais não ameaçam a vida e os impactos no bem-estar não são óbvios.¹⁴ Faz-se necessário levar em conta a capacidade dos idosos em acessar os serviços, a qual está diretamente relacionada à renda e à escolaridade.¹³ Ainda no aspecto do subjetivismo e da individualidade de cada idoso, não se pode ignorar as diferentes percepções sobre os serviços de saúde e acesso pelos usuários.²²

A prática regular de exercício físico é amplamente reconhecida como um comportamento promotor de saúde e qualidade de vida, e atua na redução dos riscos para o desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis.^{1,23} De acordo com a Política Nacional de Saúde (PNS), o tabagismo é um dos principais fatores de risco à saúde evitáveis, podendo contribuir para o desenvolvimento de diversas doenças crônicas, como doenças cardiovasculares, câncer, doenças pulmonares obstrutivas crônicas, entre outras.²⁴ Sabe-se que os comportamentos relacionados à saúde não se manifestam isoladamente, e sim conjugados a outros comportamentos de risco ou proteção, como no caso, ao tabagismo e ao sedentarismo. Portanto, a prática de atividades físicas adequadas e a abstinência do fumo podem prevenir doenças, aumentar a longevidade e melhorar a percepção subjetiva a respeito do cuidado que o idoso dedica à própria saúde; além da intervenção nesta perspectiva ser fundamental por se tratar de fatores modificáveis.²⁵

A pior percepção do autocuidado foi mais presente entre os indivíduos de renda baixa e entre homens. A presença da população masculina nas ações de saúde apresenta

um desafio para os serviços de saúde e, para esse grupo, a prevenção e a promoção de saúde precisam levar em consideração a percepção dos indivíduos acerca do cuidado e do processo saúde-doença.²⁶ Indivíduos com menor renda tendem a adotar frequentemente hábitos de vida prejudiciais à saúde por disporem de menor acesso à informação e pelas condições de vida que propiciam a incorporação de comportamentos considerados não saudáveis e, provavelmente, piores percepções do autocuidado. Algumas limitações podem ser destacadas: as perguntas amplas através de diferentes instrumentos e critérios validados impossibilitou o desenvolvimento e aprofundamento de algumas análises como a não discriminação de fatores associados ao uso de serviços de saúde e a não inclusão dentre as variáveis analisadas do comportamento alimentar; de acordo com estudo de tradução e adaptação transcultural do questionário utilizado MLTAQ, alguns itens de esporte coletivo e atividades de alta intensidade não são realizados por idosos brasileiros,²⁷ possibilitando subestimar o gasto energético real da amostra; a informação referida para os comportamentos relacionados à saúde pode subestimar os dados dos comportamentos socialmente indesejáveis;^{4,17} e o viés de causalidade reversa devido ao delineamento de corte transversal. Tais limitações sugerem cuidado na interpretação dos resultados e na extrapolação para diferentes populações.

É necessária a elaboração de estratégias simples e práticas, de fácil compreensão e de baixo custo financeiro para se ter conhecimento sobre a saúde de idosos, como a utilização de medidas subjetivas. O presente estudo contribui com a percepção de autocuidado em saúde como mais um indicador para o campo de estudos em Gerontologia e para a prática clínica. Especificamente, o delineamento de intervenções destinadas à autogestão em saúde pode se valer do conceito e das medidas de percepção de autocuidado para o refinamento de suas ações.²⁸

Vale a consideração de que a experiência positiva e o alcance de indicadores satisfatórios e saudáveis de envelhecimento não são fruto apenas de esforços individuais e de controle pessoal sobre a própria saúde e bem-estar.^{4,5,29} É preciso considerar os determinantes múltiplos da saúde como as políticas públicas, os ambientes favoráveis ou desfavoráveis à saúde, as ações comunitárias, fatores socioculturais e a organização dos sistemas de saúde.

CONCLUSÃO

O presente estudo encontrou componentes importantes para a compreensão do autocuidado em saúde de idosos.

Identificou que os idosos que apresentaram pior percepção de autocuidado foram os homens, com renda de 1,1 a 3,0 SM, os sedentários, os fumantes e aqueles que não utilizaram serviço odontológico no período recente. Assim sendo, considera-se que percepção negativa de autocuidado entre idosos revela-se como um indicador importante para levantamentos clínicos e de pesquisa em saúde na velhice, com implicações para as trajetórias de envelhecimento.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), o financiamento deste estudo.

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram não haver conflito de interesses.

REFERÊNCIAS

- Sundstam K, Espnes GA, Söderhamn O. Lived experiences of self-care among older physically active urban-living individuals. *Clin Interv Aging*. 2013;8:123-30. DOI: 10.2147/CIA.S39689
- Aldwin CM, Park CL, Spiro III A. *Handbook of health psychology and aging*. New York: The Guilford Press; 2007.
- Fänge A, Ivanoff SD. The home is the hub of health in very old age: Findings from the ENABLE-AGE Project. *Arch Gerontol Geriatr*. 2009;48:340-5. DOI: 10.1016/j.archger.2008.02.015
- Guimarães VV, Florindo AA, Stopa SR, César CLG, Barros MBA, Carandina L, et al. Consumo abusivo e dependência de álcool em população adulta no Estado de São Paulo, Brasil. *Rev Bras Epidemiol*. 2010;13(2):314-25.
- Pruchno R, Wilson-Genderson M. Adherence to clusters of health behaviors and successful aging. *J Aging Health*. 2012;24(8):1279-97. DOI: 10.1177/0898264312457412
- Vrdoljak D, Markovic BB, Puljak L, Lalic DI, Kranjčević K, Vucak J. Lifestyle intervention in general practice for physical activity, smoking, alcohol consumption and diet in elderly: a randomized controlled trial. *Arch Gerontol Geriatr*. 2014;58:160-9. DOI: 10.1016/j.archger.2013.08.007
- Emile M, Chalabaev A, Stephan Y, Corrion K, d'Arripe-Longueville F. Aging stereotypes and active lifestyle: personal correlates of stereotype internalization and relationships with level of physical activity among older adults. *Psychol Sports Exercise*. 2014;15:198-204. DOI: 10.1016/j.psychsport.2013.11.002
- Neri AL, Yassuda MS, Araújo LF, Eulálio MC, Cabral BE, Siqueira MEC, et al. Metodologia e perfil sociodemográfico, cognitivo e de fragilidade de idosos comunitários de sete cidades brasileiras: Estudo FIBRA. *Cad Saúde Pública*. 2013;29(4):778-92. DOI: 10.1590/S0102-311X2013000400015
- Brucki SMDNR, Nitrini R, Caramelli P, Bertolucci PHF, Okamoto IH. Sugestões para o uso do Mini-Exame do Estado Mental no Brasil. *Arq Neuropsiquiatr*. 2003;61(3B):777-81. DOI: 10.1590/S0004-282X2003000500014
- Costa TB, Neri AL. Medidas de atividade física e fragilidade em idosos: dados do FIBRA Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2011;27(8):1537-50. DOI: 10.1590/S0102-311X2011000800009
- Haskell WL, Lee IM, Pate RR, Powell KE, Blair SN, Franklin BA, et al. *Physical Activity and Public Health: Updated Recommendation for Adults from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association*. *Med Sci Sports Exerc*. 2007;39(8):1423-34. DOI: 10.1249/mss.0b013e3180616b27
- Brasil. Pesquisa nacional de saúde 2013: acesso e utilização dos serviços de saúde, acidentes e violências. Brasil, grandes regiões e unidades da federação / IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. Rio de Janeiro: IBGE; 2015.
- Louvison MCP, Lebrão ML, Duarte YAO, Santos JLF, Malik AM, Almeida ES. Desigualdades no uso e acesso aos serviços de saúde entre idosos do município de São Paulo. *Rev Saúde Pública*. 2008;42(4):733-40. DOI: 10.1590/S0034-89102008000400021
- Miotto MHMB, Barcellos LA, Velten DB. Avaliação do impacto na qualidade de vida causado por problemas bucais na população adulta e idosa em município da região sudeste. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2012;17(2):397-405. DOI: 10.1590/S1413-81232012000200014
- Francisco PMSB, Barros MBA, Cordeiro MRD. Vacinação contra influenza em idosos: prevalência, fatores associados e motivos de não-adeseção em Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2011;27(3):417-26. DOI: 10.1590/S0102-311X2011000300003
- Lima MG, Barros MBA, César CLG, Goldbaum M, Carandina L, Alves MCGP. Health-related behavior and quality of life among the elderly: a population-based study. *Rev Saúde Pública*. 2011;45(3):485-93. DOI: 10.1590/S0034-89102011000300006
- Zaitune MPA, Barros MBA, Lima MG, César CLG, Carandina L, Goldbaum M, et al. Fatores associados ao tabagismo em idosos: Inquérito de Saúde no Estado de São Paulo (ISA-SP). *Cad Saúde Pública*. 2012;28(3):583-95. DOI: 10.1590/S0102-311X2012000300018
- Kim SK, Park JH, Lee JJ, Lee SB, Kim TH, Han JW, et al. Smoking in elderly Koreans: prevalence and factors associated with smoking cessation. *Arch Gerontol Geriatr*. 2013;56:214-9. DOI: 10.1016/j.archger.2012.08.018
- Madruça CS, Ferri CP, Pinsky I, Blay SL, Caetano R, Laranjeira R. Tobacco use among the elderly: the first Brazilian National Survey (BNAS). *Aging Ment Health*. 2010;14(6):720-4. DOI: 10.1080/13607860903586177
- Borim FSA, Barros MBA, Neri AL. Autoavaliação da saúde em idosos: pesquisa de base populacional no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2012;28(4):769-80. DOI: 10.1590/S0102-311X2012000400016
- Sargent-Cox K, Cherbuin N, Morris L, Butterworth P, Anstey K. The effect of health behavior change on self-rated health across the adult life course: a longitudinal cohort study. *Prevent Med*. 2013;58:75-80. DOI: 10.1016/j.ypmed.2013.10.017
- Smith PM, Glazier RH, Sibley LM. The predictors of self-rated health and the relationship between self-rated health and health service needs are similar across socioeconomic groups in Canada. *J Clin Epidemiol*. 2010;63:412-21. DOI: 10.1016/j.jclinepi.2009.08.015
- Chao J, Li Y, Xu H, Yu Q, Wang Y, Liu P. Health status and associated factors among the community-dwelling elderly in China. *Arch Gerontol Geriatr*. 2013;56(1):199-204. DOI: 10.1016/j.archger.2012.10.001
- Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Pesquisa Nacional de Saúde. Percepções do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas. Rio de Janeiro: IBGE; 2014.
- Brasil. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
- Xavier SQ, Ceolin T, Echevarría-Guanilo ME, Mendieta MC. Concepção de saúde e autocuidado pela população masculina de uma unidade básica de saúde. *Enferm Global*. 2015;(40):55-65.
- Lustosa LP, Pereira DS, Dias RC, Parentoni NA, Britto RR, Pereira LSM. Tradução e adaptação transcultural do Minnesota Leisure Time Activities Questionnaire em idosos. *Geriatr Gerontol*. 2011;5(2):57-65.
- Jordan JE, Briggs AM, Brand CA, Osborne RH. Enhancing patient engagement in chronic disease self-management support initiatives in Australia: the need for an integrated approach. *Med J Aust*. 2008;189(10 Suppl):S9-13.
- Organização Mundial da Saúde. *Aging and life course: What is "active ageing"*. Organização Mundial da Saúde [Internet]; 2013 [citado em 05 jan. 2015]. Disponível em: http://www.who.int/ageing/active_ageing/en/