

Fatores relacionados à autopercepção do estado de saúde em idosos residentes no meio rural do Brasil

Factors related to the self-perception of health status in older adults living in the rural environment of Brazil

Eleia de Macedo¹, Vivian Ulrich¹, Antônio Miguel Gonçalves Bós², Ângelo José Gonçalves Bós¹✉

¹ Instituto de Geriatria e Gerontologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). Porto Alegre, RS.

² Department of Business Administration, Tusculum College. Greenville, Estados Unidos da América.

Como citar este artigo (How to cite this article):

de Macedo E, Ulrich V, Bós AMG, Bós AJG. Fatores relacionados à autopercepção do estado de saúde em idosos residentes no meio rural do Brasil (*Factors related to the self-perception of health status in older adults living in the rural environment of Brazil*). Sci Med. 2018;28(3):ID29698. DOI: 10.15448/1980-6108.2018.3.29698

RESUMO

OBJETIVOS: Comparar a autopercepção do estado de saúde em idosos do meio rural e urbano e os seus possíveis fatores associados.

MÉTODOS: O estudo consistiu em uma análise secundária de dados da Pesquisa Nacional de Saúde de 2013, realizada pelo Instituto Nacional de Geografia e Estatística, que incluiu idosos residentes em meios rurais e urbanos. A variável dependente foi a autopercepção do estado de saúde (avaliada como muito boa, boa, regular, má e péssima); e as variáveis independentes foram fatores sociodemográficos, dados clínicos, funcionalidade do idoso e dados sobre o domicílio. As relações entre as variáveis foram testadas pelo teste do Qui-quadrado, sendo ajustadas pela autopercepção do estado de saúde. As análises foram realizadas por meio do programa Epi Info™ versão 7.2.1, aceitando $p < 0,05$ como significativo.

RESULTADOS: Os idosos do meio rural eram predominantemente homens, de cor parda, casados, analfabetos e com ocupação remunerada, apesar de terem classe econômica baixa. Entre os idosos do meio rural a autopercepção do estado de saúde foi mais frequentemente regular ou ruim, o domicílio era mais frequentemente cadastrado na Estratégia Saúde da Família e a maioria não tinha plano de saúde complementar. Os idosos do meio rural também apresentaram melhor desempenho nas Atividades Básicas de Vida Diária e pior desempenho nas Atividades Instrumentais de Vida Diária, tinham menos sintomas depressivos e menos multimorbidades. Os idosos do meio rural apresentaram menores chances de autopercepção do estado de saúde boa ou muito boa, mesmo ajustando para sexo, raça, estado conjugal, ocupação, classe socioeconômica, cobertura pela Estratégia Saúde da Família, sintomas depressivos, multimorbidade e desempenho nas Atividades Básicas de Vida Diária.

CONCLUSÕES: Os idosos do meio rural apresentaram pior autopercepção do estado de saúde que os idosos do meio urbano, mesmo controlando as características sociodemográficas, econômicas, clínicas e de acesso à saúde.

DESCRITORES: saúde do idoso; autopercepção; população rural; saúde pública; políticas públicas.

ABSTRACT

AIMS: To compare the self-perception of health status between rural and urban elderly and their possible associated factors.

METHODS: The study consisted of a secondary analysis of data from the National Health Survey of 2013, conducted by the National Institute of Geography and Statistics, which included elderly who lived in rural and urban environments. The dependent variable was the self-perception of health status (evaluated as very good, good, fair, bad and very bad); and the independent variables were socio-demographic factors, clinical data, functionality of the elderly and household data. Relationships between the variables were tested by the chi-square test, and adjusted by self-perception of health status. The analysis were performed through the Epi Info™ program version 7.2.1, accepting $p < 0.05$ as significant.

RESULTS: Rural elderly people were predominantly males, brown, married, illiterate and gainfully employed, despite having a low economic class. Among the rural elderly, self-perceived health status was more often regular or poor, the household was more often enrolled in the Family Health Strategy and most had no complementary health plan. Rural elderly also had better performance in the Basic Activities of Daily Living and worse performance in the Instrumental Activities of Daily Living, had less depressive symptoms and less multimorbidity. Rural elderly presented lower chances of self-perception of good or very good health, even adjusting for gender, race, marital status, occupation, socioeconomic class, coverage by the Family Health Strategy, depressive symptoms, multimorbidity, and performance in the Basic Activities of Daily Living.

CONCLUSIONS: The rural elderly have worse self-perception of health status than the urban elderly, even controlling socio-demographic, economic, clinical and health access characteristics.

KEYWORDS: health of the elderly; self-perception; rural population; public health; public policies.

Recebido: 15/01/2018

Aceito: 06/06/2018

Publicado: 20/07/2018

✉ **Correspondência:** angelo.bos@pucrs.br

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4901-3155>

Instituto de Geriatria e Gerontologia/PUCRS.

Av. Ipiranga, 6681 sala 703 – CEP 90619-900, Porto Alegre, RS, Brasil



Este artigo está licenciado sob forma de uma licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional, que permite uso irrestrito, distribuição e reprodução em qualquer meio, desde que a publicação original seja corretamente citada. http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt_BR

Abreviaturas: ABEP, Associação Brasileira de Empresas e Pesquisas; ABVD, atividade(s) básica(s) de vida diária; AIVD, atividade(s) instrumental(is) de vida diária; APES, autopercepção do estado de saúde; DCNT, doenças crônicas não transmissíveis; ESF, Estratégia Saúde da Família; IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; PNS, Pesquisa Nacional de Saúde.

INTRODUÇÃO

O crescente envelhecimento humano tem gerado interesse da sociedade na realização de pesquisas voltadas às necessidades de saúde da população idosa. De Mera e Netto [1] destacam a necessidade de políticas públicas voltadas não somente para o idoso residente no meio urbano, mas também para o idoso que reside no meio rural. Poucos estudos têm se dedicado a pesquisar os possíveis fatores relacionados à saúde de idosos do meio rural, que segundo esses autores, apresenta sinais de dificuldades no acesso aos serviços de saúde [1]. É imprescindível que sejam ampliadas políticas públicas para a melhoria da qualidade de vida na longevidade, para que tanto as sociedades desenvolvidas quanto aquelas em desenvolvimento possam atender de forma mais igualitária os idosos [2].

Diversos estudos populacionais salientam que a autopercepção do estado de saúde (APES) é um bom indicador do estado de saúde [3-5], relacionado ao bem-estar pessoal, à mortalidade e ao declínio funcional [5-8], além de orientar políticas públicas [5, 8]. Entre os determinantes da APES estão a capacidade funcional e os fatores sociodemográficos, como sexo, idade, nível educacional, classe socioeconômica, estado civil e presença de comorbidades. Em estudos epidemiológicos a capacidade funcional está relacionada com o desempenho em realizar atividades básicas de vida diária (ABVD) e atividades instrumentais de vida diária (AIVD). A funcionalidade é definida como a capacidade de um indivíduo adaptar-se aos problemas cotidianos, atividades do seu dia-a-dia, incluindo sua participação na sociedade, ainda que apresente alguma limitação física, mental ou social [9]. As ABVD são atividades como alimentar-se, vestir-se, tomar banho, usar o vaso sanitário, transferir-se da cama para uma cadeira e caminhar em um cômodo do mesmo andar. As AIVD compreendem atividades domésticas, fazer compras, administrar as próprias medicações e cuidar das finanças [10, 11].

Em 2013, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) realizou em parceria com o Ministério da Saúde a Pesquisa Nacional de Saúde

(PNS), na qual foi utilizada uma amostragem populacional representativa de todas as unidades federativas do Brasil [11]. A PNS incluiu idosos rurais e idosos urbanos e investigou a APES. Também foram questionadas características sociodemográficas e clínicas que poderiam explicar possíveis diferenças entre grupos de idosos. Desta forma, o presente trabalho busca comparar a APES em idosos do meio rural e urbano e os seus possíveis fatores associados.

MÉTODOS

Este estudo realizou uma análise secundária dos dados da PNS 2013. Para tanto foram selecionados todos os entrevistados com idade igual ou superior a 60 anos. Detalhes sobre a metodologia de amostragem e sobre o instrumento de avaliação foram publicados pelo IBGE em 2014 [13]. Os participantes foram escolhidos de forma aleatória entre os residentes de domicílios localizados em setores censitários representativos sorteados aleatoriamente. Inicialmente mais de 60 mil residências foram visitadas e em cada uma delas um morador com idade superior a 18 anos foi sorteado para a avaliação.

No presente estudo a variável dependente foi a APES, que na PNS foi investigada pela questão N001, descrita como: “Em geral, como o(a) senhor(a) avalia a sua saúde?”, presente no módulo N (Percepção do estado de saúde) e classificada como muito boa, boa, regular, má ou péssima. A variável foi dicotomizada em “boa ou muito boa” e “regular, má ou péssima”. A caracterização da zona rural ou urbana na PNS foi realizada pela análise da variável V0026 (tipo de situação censitária), com os valores rural e urbano.

Como possíveis fatores associados foram analisadas variáveis sociodemográficas – sexo, idade, raça, escolaridade, estado conjugal, ocupação; clínicas – presença de sintomas depressivos, número de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT); multimorbidades; funcionalidade; dados sobre o domicílio; cobertura pela Estratégia Saúde da Família (ESF); e cobertura por plano de saúde complementar. Foram consideradas também outras informações sobre a posse de produtos duráveis, que oportunizaram a classificação econômica a partir dos critérios da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP) [14]. Essa abordagem foi a mesma realizada por Rocha et al. [15] que, ao considerar o nível de instrução mais elevado da residência, classificaram o nível socioeconômico da residência dos entrevistados da PNS em A, B, C e

D&E, sendo a classe “A” a mais elevada e a classe “D&E” a mais baixa [14-16].

O grau de funcionalidade dos participantes foi classificado de acordo com a dificuldade referida na realização de ABVD e AIVD. A abordagem para o cálculo da funcionalidade também foi a mesma descrita por Rocha et al. [16] que utilizou os dados do módulo K da PNS, denominado “Saúde dos indivíduos com 60 anos ou mais e cobertura de mamografia entre mulheres de 50 anos ou mais”. Na sua abordagem, os valores de cada uma das atividades representam o percentual de facilidade na sua realização. Assim, receberam 100% os participantes que realizavam todas as atividades sem dificuldade e 0% os participantes que não conseguiam realizar as mesmas.

Inicialmente, foi realizada uma análise descritiva dos fatores e suas possíveis associações com o tipo de domicílio. As frequências dos idosos do meio rural e urbano em cada um dos níveis dos fatores foram expressas em valores absolutos e percentuais. As análises foram realizadas por meio do programa Epi Info™, versão 7.2.1. As associações foram testadas pelo teste do Qui-quadrado. As médias dos níveis de funcionalidade (ABVD e AIVD), número de sintomas depressivos e multimorbidades foram comparadas para cada tipo de domicílio e testadas pelo teste t de Student. Os fatores significativos ou indicativos de significância com a variável tipo de domicílio foram incluídos em modelos de regressão logística, calculando a chance de o fator estar associado ao participante, considerando a APES boa ou muito boa. Foram realizadas análises simples com os fatores individualmente e um modelo ajustado com todas as variáveis, observando a possível dependência de todos os fatores na relação entre APES e o meio rural. Para entender o efeito de cada variável independente na relação entre APES e o meio rural, foram construídos modelos bivariados. Foram considerados como estatisticamente significativos níveis de significância de 5% e, como indicativos de significância, entre 5 e 10% [17].

RESULTADOS

Foram entrevistadas na PNS um total de 11.177 pessoas idosas, das quais 2.178 (19,5%) residiam em setores censitários rurais e 8.999 (80,5%) em setores censitários urbanos. Na **Tabela 1**, observamos as características sociodemográficas e clínicas dos participantes da PNS com 60 anos ou mais de acordo

com o tipo de domicílio. No meio rural observou-se maior frequência de homens, pardos, casados e analfabetos. Como classe socioeconômica, no meio rural predominou a D&E, mesmo com frequência maior de idosos com atividade remunerada. No meio rural prevaleceu a APES regular, seguida da ruim. Os idosos do meio rural apresentaram maior frequência de cadastro na ESF, sem plano privado de saúde. Os idosos do meio rural também apresentaram menores médias de sintomas depressivos e de número de DCNT.

Quanto à facilidade na execução de atividades de vida diária, os idosos do meio rural referiram melhor facilidade nas ABVD. Para as AIVD, a diferença entre os residentes dos dois meios não foi estatisticamente significativa.

Na **Tabela 2** observamos a associação entre o domicílio e as características sociodemográficas e clínicas nas chances de ter boa ou muito boa APES. Inicialmente foram realizadas análises simples (univariadas). Os idosos do meio rural apresentaram 41% menos chance de ter APES boa ou muito boa. A APES também apresentou associação significativa com todas as variáveis que apresentaram diferenças nas distribuições de idosos do meio rural e urbano, evidenciadas na **Tabela 1**. Dessa maneira, foi necessário realizar a análise ajustada incluindo todas as variáveis independentes, para observar se a relação entre domicílio e APES era dependente ou não dessas variáveis. Os resultados da análise ajustada também são apresentados na **Tabela 2**, onde podemos observar que a chance de ter APES boa ou muito boa dos idosos residentes no meio rural, quando ajustada para as outras variáveis, melhorou. A chance dos idosos do meio rural apresentar APES boa ou muito boa passou de 41% menos chance para 24% menos chance, observando assim a influência de fatores nessa relação. Apenas as variáveis sexo e ESF perderam a sua significância.

Para melhor compreender quais variáveis afetaram a relação entre domicílio e APES nos idosos avaliados, foram realizadas análises bivariadas (**Tabela 3**). Cada uma das variáveis analisadas foi incluída em modelos de regressão logística junto com a variável domicílio, observando o impacto individual sobre a relação. As variáveis que modificaram as chances dos idosos do meio rural terem APES boa ou muito boa foram: escolaridade, classe socioeconômica e plano de saúde. Ao ajustar para cada uma dessas variáveis, ocorreu melhora na chance de ter APES boa ou muito boa.

Tabela 1. Características sociodemográficas e clínicas dos participantes da Pesquisa Nacional de Saúde 2013 com 60 anos ou mais, conforme o tipo de domicílio.

	Domicílio		Total	p
	Rural	Urbano		
Sexo				
Feminino	1012 (46,5%)	5610 (62,3%)	6622 (59,3%)	<0,001
Masculino	1166 (53,5%)	3389 (37,7%)	4555 (40,8%)	
Idade (anos)	69,7±7,80	69,9±7,91	69,9±7,89	0,1731
Raça				
Branca	804 (36,9%)	4510 (50,1%)	5314 (47,5%)	<0,001
Parda	1141 (52,4%)	3511 (39,0%)	4652 (41,6%)	
Preta	207 (9,5%)	842 (9,4%)	1049 (9,4%)	
Outra	26 (1,2%)	136 (1,5%)	162 (1,5%)	
Estado Conjugal				
Casado	1197 (54,9%)	3851 (42,8%)	5048 (45,2%)	<0,001
Divorciado	243 (11,2%)	1238 (13,8%)	1481 (13,3%)	
Solteiro	266 (12,2%)	1094 (12,2%)	1360 (12,2%)	
Viúvo	472 (21,7%)	2816 (31,2%)	3288 (29,4%)	
Escolaridade				
Analfabeto	1028 (47,2%)	1763 (19,6%)	2791 (25,0%)	<0,001
Fundamental incompleto	955 (43,8%)	4122 (45,8%)	5077 (45,4%)	
Fundamental completo	81 (3,7%)	805 (8,9%)	886 (7,9%)	
Médio	71 (3,3%)	1287 (14,3%)	1358 (12,2%)	
Superior	43 (2,0%)	1022 (11,4%)	1065 (9,5%)	
Ocupação remunerada				
Não	1615 (74,2%)	7039 (78,2%)	8654 (77,4%)	<0,001
Sim	563 (25,8%)	1960 (21,8%)	2523 (22,6%)	
Classe socioeconômica				
A	4 (0,2%)	300 (3,3%)	304 (2,7%)	<0,001
B	128 (5,9%)	2099 (23,3%)	2227 (19,9%)	
C	793 (36,4%)	4189 (46,6%)	4982 (44,6%)	
D&E	1253 (57,5%)	2411 (26,8%)	3664 (32,8%)	
Auto percepção do estado de saúde				
Muito boa	80 (3,7%)	635 (7,1%)	715 (6,4%)	<0,001
Boa	658 (30,2%)	3559 (39,6%)	4217 (37,7%)	
Regular	1071 (49,2%)	3711 (41,2%)	4782 (42,8%)	
Ruim	312 (14,3%)	855 (9,5%)	1167 (10,4%)	
Muito ruim	57 (2,6%)	239 (2,7%)	296 (2,7%)	
ESF				
Não	413 (19,0%)	3358 (37,3%)	3771 (33,7%)	<0,001
Sim	1491 (68,5%)	4712 (52,4%)	6203 (55,5%)	
Não sei	274 (12,5%)	929 (10,3%)	1203 (10,8%)	
Plano de Saúde				
Não	1971 (90,5%)	5863 (65,2%)	7834 (70,1%)	<0,001
Sim	207 (9,5%)	3136 (34,8%)	3343 (29,9%)	
ABVD (%)	96,8±11,72	96,2±13,45	96,3±13,13	0,0469
AIVD (%)	88,9±22,83	89,5±22,69	89,4±22,72	0,3372
Sintoma depressivo (n)	0,69±1,44	0,78±1,56	0,76±1,54	0,0159
DCNT (n)	1,49±1,42	1,87±1,61	1,80±1,58	<0,001
TOTAL	2178 (19,5%)	8999 (80,5%)	11177 (100,0%)	

Dados apresentados em n (%), exceto idade, ABVD, AIVD, sintoma depressivo e DCNT (média ± desvio padrão).

ESF, Estratégia Saúde da Família; ABVD, facilidade para atividades básicas de vida diária; AIVD, facilidade para atividades instrumentais de vida diária; DCNT, doença crônica não transmissível.

Tabela 2. Chances de ter boa ou muito boa autopercepção do estado de saúde avaliadas pela regressão logística simples e ajustada, utilizando como fatores o domicílio dos idosos e as suas características sociodemográficas e clínicas (Plano Nacional de Saúde, 2013).

Fator	Análise simples		Análise ajustada	
	RC (IC95%)	p	RC (IC95%)	p
Domicílio (referência Urbano)				
Rural	0,59 (0,53-0,65)	<0,001	0,76 (0,68-0,86)	<0,001
Sexo (referência Feminino)				
Masculino	1,13 (1,05-1,22)	0,0019	0,93 (0,85-1,03)	0,1532
Raça (referência Branca)				
Parda	0,64 (0,59-0,69)	<0,001	0,65 (0,45-0,92)	0,0160
Preta	0,64 (0,56-0,74)	<0,001	0,80 (0,72-0,88)	<0,001
Outra	0,73 (0,53-0,99)	0,0492	0,83 (0,71-0,97)	0,0191
Estado conjugal (referência Casado)				
Divorciado	1,16 (1,03-1,30)	0,0115	1,33 (1,16-1,53)	<0,001
Solteiro	1,12 (0,99-1,26)	0,0703	1,34 (1,16-1,55)	<0,001
Viúvo	1,00 (0,92-1,10)	0,9605	1,35 (1,21-1,51)	<0,001
Escolaridade (referência Analfabeto)				
Fundamental incompleto	1,55 (1,41-1,72)	<0,001	1,45 (1,21-1,73)	<0,001
Fundamental completo	2,17 (1,86-2,53)	<0,001	1,26 (1,13-1,41)	<0,001
Médio	3,91 (3,41-4,48)	<0,001	2,19 (1,85-2,59)	<0,001
Superior	6,24 (5,33-7,30)	<0,001	2,94 (2,39-3,61)	<0,001
Ocupada (referência Não)				
Sim	1,66 (1,52-1,82)	<0,001	1,25 (1,13-1,39)	<0,001
Classe socioeconômica (referência A)				
B	0,50 (0,38-0,66)	<0,001	0,71 (0,52-0,98)	0,0341
C	0,25 (0,19-0,32)	<0,001	0,53 (0,39-0,73)	<0,001
D&E	0,17 (0,13-0,23)	<0,001	0,44 (0,31-0,60)	<0,001
ESF (referência Não)				
Sim	0,61 (0,56-0,67)	<0,001	1,00 (0,91-1,10)	0,9911
Não sei	0,77 (0,68-0,88)	<0,001	0,93 (0,80-1,08)	0,3686
Plano de Saúde (referência Não)				
Sim	2,39 (2,20-2,60)	<0,001	1,64 (1,47-1,83)	<0,001
ABVD	1,05 (1,04-1,05)	<0,001	1,03 (1,02-1,03)	<0,001
Sintoma depressivo	0,61 (0,60-0,65)	<0,001	0,74 (0,71-0,78)	<0,001
Multimorbidade	0,64 (0,62-0,66)	<0,001	0,64 (0,62-0,66)	<0,001

RC, razão de chances; IC, intervalo de confiança; ESF, Estratégia Saúde da Família; ABVD, facilidade para realizar atividades básicas de vida diária.

Tabela 3. Chances dos idosos do meio rural apresentarem boa ou muito boa autopercepção de saúde ajustadas para cada uma das características sociodemográficas e clínicas, pela regressão logística bivariada (Pesquisa Nacional de Saúde, 2013).

Fator de ajuste	Domicílio (referência urbano)	RC (IC95%)	P
Sexo	rural	0,57 (0,52-0,63)	<0,001
Raça	rural	0,62 (0,56-0,68)	<0,001
Estado conjugal	rural	0,59 (0,53-0,65)	<0,001
Escolaridade	rural	0,83 (0,74-0,92)	<0,001
Ocupada	rural	0,57 (0,52-0,63)	<0,001
Classe socioeconômica	rural	0,75 (0,68-0,83)	<0,001
ESF	rural	0,63 (0,57-0,70)	<0,001
Plano de saúde	rural	0,72 (0,65-0,79)	<0,001
Sintoma depressivo	rural	0,55 (0,50-0,61)	<0,001
Multimorbidade	rural	0,47 (0,43-0,52)	<0,001
ABVD	rural	0,57 (0,52-0,63)	<0,001

RC, razão de chances; IC, intervalo de confiança; ESF, Estratégia Saúde da Família; ABVD, facilidade para realizar atividades básicas de vida diária.

DISCUSSÃO

O presente trabalho buscou observar possíveis fatores relacionados à diferença na APES entre idosos rurais e urbanos. A APES aponta para a questão da qualidade de vida, que consiste em sentir-se bem mesmo com a presença de doenças que possam comprometer a independência funcional. Além disso, o autorrelato da saúde envolve fatores considerados não clínicos, tais como o estado de humor, as redes de relações sociais e as comparações sociais [18]. A autoavaliação do estado de saúde é um indicador recomendado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para verificar a saúde das populações [3,4]. Observamos que os idosos rurais apresentam menor frequência de APES boa ou muito boa. Em uma publicação recente, Scott e Jacks [19] estudaram a associação entre suporte social e APES em idosos norte-americanos rurais e urbanos.

Contrastando com os idosos brasileiros rurais, os idosos norte-americanos rurais apresentaram melhores níveis de APES do que os idosos urbanos [19]. Entretanto, em Portugal, Araújo et al. [20] também observaram pior APES em idosos rurais.

Este estudo revela que os idosos rurais apresentavam maior frequência de estado civil casado, analfabetismo, raça parda ou preta e baixo nível socioeconômico. Uma pesquisa realizada no nordeste brasileiro encontrou predominância significativa do sexo masculino em idosos da zona rural, 88% deles convivendo com a família [21]. O estudo atribui o fato de as mulheres idosas apresentarem maior número de DCNT e pior APES como fatores relacionados à migração para a zona urbana, onde conseguem suporte familiar dos filhos. Cabral et al. [21] reforçam que os idosos em idade avançada migram para as zonas urbanas em busca de maiores facilidades de acesso aos serviços públicos de saúde e de segurança. Outros estudos realizados com idosos do meio rural apontam para o fato da baixa escolaridade ser um fator de deterioração geral da saúde nas áreas rurais [22, 23]. Morais et al. [22] verificaram que a maioria dos idosos em ambos os sexos são analfabetos e/ou sequer assinam o nome, ocorrendo nos homens os melhores índices de escolaridade.

Um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) revelou os efeitos da cor/raça na saúde da população idosa brasileira. A cor parda esteve associada ao pior estado de saúde autorreferido e a preta à maior comorbidade [24]. Assim como no presente estudo, o autor conclui que idosos pardos e pretos apresentam pior estado de saúde. Estudos realizados na Inglaterra e nos Estados Unidos também indicam associação da cor/raça com APES dos idosos, ressaltando que as desigualdades raciais refletem a situação de saúde das populações durante os ciclos da vida [25]. Oliveira et al. [24] ressaltam que desigualdades socioeconômicas relacionadas a escolaridade, atividade econômica e renda causam importante efeito nas condições gerais de vida dos idosos. Esses fatores estão associados à baixa chance de apresentar APES boa ou muito boa. Entre os idosos que relatam APES boa ou muito boa, destacam-se fatores como maior escolaridade, renda e comportamentos relativos à saúde, como consumo frequente de frutas e verduras e uso moderado de álcool [6, 24]. Entretanto, no presente estudo a análise ajustada nos permite concluir que a relação entre raça e APES em idosos é independente dos níveis de escolaridade e socioeconômicos. Os fatores étnicos podem também estar afetando essa relação.

O rendimento familiar per capita é um indicador de acesso a bens essenciais, especialmente em situação de ausência ou insuficiência de políticas públicas sociais que garantam moradia, transporte e atendimento à saúde adequado e de qualidade [26]. A análise das desigualdades entre as populações rurais e urbanas no Brasil realizada pelo Instituto de Pesquisas Aplicadas e a Fundação João Pinheiro, observou que a renda domiciliar per capita média da população urbana é quase três vezes maior do que a da população rural. Existem indicações que índices de classificação econômica baseados na posse de produtos duráveis, como a classificação da ABEP, subestimam a renda nas zonas rurais. Estas indicações são baseadas nas diferenças urbano-rural na disponibilidade (oferta) dos bens [27], na preferência dos consumidores destes bens [27], e na presença da infraestrutura necessária para utilizar os bens, como eletricidade, água encanada e esgoto [28]. Não existem na literatura artigos que avaliam o quanto impactante seriam essas diferenças em análises comparativas. Entretanto, índices semelhantes são utilizados para fazer comparações entre as zonas rurais e urbanas [27], justificando o uso da classificação da ABEP no presente trabalho.

Para Borim et al. [6] os critérios pessoais e socioambientais são utilizados como mecanismos de regulação de natureza compensatória, que, no processo de autoavaliação, identificam os efeitos negativos da percepção de perdas associadas ao envelhecimento e autocuidado em saúde, a partir da comparação com pessoas em piores condições de saúde. Morais et al. [22] mencionam que na zona rural há predomínio da pobreza, com níveis educacionais baixos, precariedade de moradias e dificuldades com o transporte público e com o acesso aos recursos sociais e de saúde [22]. Anderson [29] destacou que em contraste com os idosos urbanos, mais de 60% dos idosos da área rural não possuem eletricidade e 75% não dispõem de água encanada, tendo como ponto crucial a falta de esgoto sanitário e de coleta de lixo. Para Oliveira et al. [24], o ambiente urbano é mais favorável ao idoso do que o ambiente rural, considerando a distribuição e o acesso aos recursos sociais. Entretanto, observou maior condição intrínseca de mobilidade pelo idoso do meio rural. O mesmo autor evidencia que a migração dos idosos da zona rural para a urbana os torna mais vulneráveis após a vida ativa do campo, perdendo grande parte das ABVD.-

Em relação às morbidades, quanto maior o número de doenças crônicas, maior é a prevalência de APES ruim, fortemente associada à obesidade ou ao baixo peso [3]. Um inquérito de saúde nacional reforça

que aumento da idade, baixos níveis de escolaridade e renda, tabagismo, sedentarismo, presença de morbidade crônica e obesidade são fatores associados à autoavaliação ruim na população brasileira [3]. É importante ressaltar que a PNS aponta os problemas cardiovasculares como os de maior ocorrência de DCNT [30], sendo que independentemente do local de moradia, o impacto dessas doenças sobre a capacidade funcional contribui para as limitações físicas, dependência e hospitalizações [31]. Entretanto, existem certas condições que levam a incapacidade funcional do idoso, como deficiência visual e auditiva, demências, fraturas de quadril e acidentes vasculares [32]. Matias et al. [33] encontraram forte relação entre APES de sintomas depressivos com frequência de quedas, e salientam que a depressão afeta a capacidade funcional dos idosos a partir dos sintomas cognitivos, como anedonia, desmotivação, medo e inatividade. Essas condições crônicas diminuem a independência e a autonomia do idoso, reduzindo a capacidade na realização das ABVD e AIVD.

Outro fator frequente entre os idosos rurais foi o cadastro do domicílio na ESF, também relacionado à menor frequência de APES boa ou muito boa. É possível que o programa ESF represente aos idosos uma rede de apoio social que ampara e os aproxima dos serviços de saúde, favorecendo o acesso às consultas, medicamentos e exames. Foi importante observar a presença da ESF entre os idosos rurais. Os idosos residentes em domicílios com ESF apresentaram chances menores de referir APES boa ou muito boa. No entanto, a análise ajustada por outros fatores, principalmente socioeconômicos, fez com que esta associação não fosse significativa. Podemos concluir então que a associação da ESF com a APES está dependente de fatores socioeconômicos e não é relacionada à diferença na atenção prestada por este serviço.

Análises posteriores foram realizadas para entender a relação entre ESF e boa ou ótima APES, e observamos que a ESF é significativamente associada na presença de escolaridade, número de DCNT e plano de saúde complementar. A ausência de um desses fatores manteve a significância, demonstrando que essa relação está dependente dos fatores de morbidade, escolaridade e de plano de saúde. Acredita-se que os baixos níveis de escolaridade, especialmente no meio rural, limitem o acesso e a busca por serviços de saúde, favorecendo a cronicidade das doenças.

O fato do idoso ter um plano de saúde complementar pressupõe melhor renda e/ou suporte familiar. Um estudo recente de Muniz et al. [30], realizado com idosos paulistanos, verificou que os idosos referiram

a presença de pelo menos quatro problemas de saúde, sendo a maioria mulheres, morando com familiares, ensino superior completo e alta adesão ao tratamento. Os autores sugerem que o alto nível de escolaridade e o poder aquisitivo favoreceram o acesso à medicação [30].

Estudo realizado na zona rural no Sul do Brasil observou um percentual de 10,6% de idosos com 80 anos ou mais de idade [22]. Entre as comorbidades autorreferidas pelos idosos destacaram-se hipertensão arterial sistêmica, problemas de coluna, reumatismo, insônia e catarata [22]. Rabelo et al. [18] investigaram a relação entre o estilo de vida e a APES em idosos com e sem hipertensão arterial sistêmica e observaram que a saúde percebida pelos idosos foi influenciada negativamente pela presença da hipertensão. O estudo salienta que a má percepção de qualidade de vida em idosos hipertensos pode ser explicada pelo relacionamento com outras pessoas em atividades sociais e comunitárias, além da realização de atividades físicas [18]. As morbidades referidas por octogenários da zona urbana de Uberaba/MG foram relacionadas à qualidade de vida nos contextos rurais e urbanos. As morbidades mais citadas foram má circulação, problemas cardíacos, constipação e problemas de visão, em proporção significativamente superior às dos idosos da zona rural [31]. Acredita-se que a frequência de problemas circulatórios e constipação estejam relacionados ao estilo de vida dos idosos residentes na zona urbana, com sedentarismo e menor disponibilidade de alimentos laxativos do que na zona rural. Pinguart et al. [34] sugerem que a percepção mais negativa em longevos é reflexo do aumento e da gravidade dos problemas de saúde, de limitações da funcionalidade e da diminuição dos bens materiais e psíquicos para o enfrentamento das doenças que os acometem.

A funcionalidade no processo de senescência está diretamente relacionada à capacidade de autonomia e independência na realização das atividades de vida diária. A Política Nacional de Saúde do Idoso [35] considera que o principal problema que pode afetar o idoso, como consequência da evolução de suas enfermidades e de seu estilo de vida é a perda da capacidade funcional, isto é, a perda das habilidades físicas e mentais necessárias para a realização de suas ABVD e ABVI.

Neste estudo observamos diferenças importantes entre idosos residentes no meio rural e urbano, sendo possível concluir que os idosos do meio rural apresentavam pior APES que os idosos do meio urbano, mesmo controlando para as características

sociodemográficas, econômicas, clínicas e de acesso à saúde.

NOTAS

Apoio financeiro

Este estudo não recebeu apoio financeiro de fontes externas.

Declaração de conflito de interesses

Os autores declaram não haver conflitos de interesses relevantes ao conteúdo deste estudo.

Contribuições dos autores

Todos os autores fizeram contribuições substanciais para concepção, ou delineamento, ou aquisição, ou análise ou interpretação de dados; e redação do trabalho ou revisão crítica; e aprovação final da versão para publicação.

Disponibilidade dos dados e responsabilidade pelos resultados

Todos os autores declaram ter tido total acesso aos dados obtidos e assumem completa responsabilidade pela integridade destes resultados.

REFERÊNCIAS

1. De Mera CMP, Netto CGA. Envelhecimento dos produtores no meio rural na região do Alto Jacuí/RS e conseqüente migração para cidade. *Estud Interdiscipl Envelhec*. 2014;19(3):759-74.
2. Tavares DMS, Arduini GO, Martins NPF, Dias FA, Ferreira LA. Características socioeconômicas e qualidade de vida de idosos urbanos e rurais com doenças cardíacas. *Rev Gaúcha Enferm*. 2015;36(3):21-7. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2015.03.45470>
3. Pavão ALB, Werneck GL, Campos MR. Autoavaliação do estado de saúde e a associação com fatores sociodemográficos, hábitos de vida e morbidade na população: um inquérito nacional. *Cad Saúde Pública*. 2013;29(4):723-34. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2013000800010>
4. Pagotto V, Bachion MM, Silveira EA. Autoavaliação da saúde por idosos brasileiros: revisão sistemática da literatura. *Rev Panam Salud Pública*. 2013;33:302-10. <https://doi.org/10.1590/S1020-49892013000400010>
5. Confortin SC, Giehl MWC, Antes DL, Schneider IJC, D'Orsi E. Autopercepção positiva de saúde em idosos: estudo populacional no Sul do Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2015;31(5):1049-60. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00132014>
6. 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;28:769-80. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2012000400016>
7. Fayers PM, Sprangers MA. Understanding self-rated health. *Lancet*. 2002;359:187-8. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(02\)07466-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(02)07466-4)
8. Sargent-Cox KA, Anstey KJ, Luszcz MA. Determinants of self-rated health items with different points of reference: implications for health measurement of older adults. *J Aging Health*. 2008;20:739-61. <https://doi.org/10.1177/0898264308321035>
9. Caldas CP. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. *Cad Saúde Pública*. 2003;19(3):773-81. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2003000300009>
10. Alves LC, Leite IC, Machado CJ. Conceituando e mensurando a incapacidade funcional da população idosa: uma revisão de literatura. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2008;13:1199-207. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232008000400016>
11. Spillman BC. Changes in elderly disability rates and the implications for health care utilization and cost. *Milbank Q*. 2004;82:157-94. <https://doi.org/10.1111/j.0887-378X.2004.00305.x>
12. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Pesquisa nacional de saúde: 2013: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas: Brasil, grandes regiões e unidades da federação [Internet]. Rio de Janeiro; 2014 [cited 2017 November 6]. Available from: <http://biblioteca.ibge.gov.br/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=291110>
13. Brasil. Instituto de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde – 2013: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas – Brasil, Grandes Regiões e Unidades da Federação [Internet]. Rio de Janeiro; 2014 [cited 2017 May 26]. Available from: <ftp://ftp.ibge.gov.br/PNS/2013/pns2013.pdf>
14. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Critério de Classificação Econômica Brasil: Alterações na aplicação do Critério Brasil-ABEP [Internet]. São Paulo; 2014 [cited 2016 December 28]. Available from: <http://www.abep.org>
15. Rocha JP, Oliveira GG, Nerisb JCD, Bós AMG, Bós AJG. Impacto clínico, socioeconômico e da autopercepção de saúde na funcionalidade de idosos. *Geriatr Gerontol Aging*. 2017;11(3):124-32. <https://doi.org/10.5327/Z2447-211520171700051>
16. Rocha JP, Oliveira GG, Jorge LB, Rodrigues FR, Morsch P e Bós AJG. Relação entre funcionalidade e autopercepção de saúde entre idosos jovens e longevos brasileiros. *Rev Saude Pesq*. 2017;10(2):283-91. <https://doi.org/10.17765/1983-1870.2017v10n2p283-291>
17. Bós AJG. Epi Info sem mistérios: um manual prático. Porto Alegre: Edipucrs; 2012. 211p.
18. Rabelo DF, Lima CFM, Freitas PM, Santos JC. Qualidade de vida, condições e autopercepção da saúde entre idosos hipertensos e não hipertensos. *Rev Kairos Gerontol*. 2010;13(2):115-30.
19. Scott, LD, Jacks LL. Promoting healthy lifestyles in urban and rural elders. *J Rur Nurs Health Care*. 2000;1(2):74-100. <http://dx.doi.org/10.14574/ojrmhc.v1i2.490>

20. Araújo J, Ramos E, Lopes C. Estilos de vida e percepção do estado de saúde em idosos portugueses de zona rural e urbana. *Acta Med Port.* 2011;24(S2):78-88.
21. Cabral SOT, Oliveira CCC, Vargas MM, Neves ACS. Condições de ambiente e saúde em idosos residentes nas zonas rural e urbana em um município da região nordeste. *Geriatr Gerontol.* 2010;4(2):76-84.
22. Morais EP, Rodrigues RAP, Gerhardt TE. Os idosos mais velhos no meio rural: realidade de vida e saúde de uma população do interior gaúcho. *Texto Contexto Enferm.* 2008;17(2):374-83. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072008000200021>
23. Aires M, Paskulin LMG, Morais EP. Capacidade funcional de idosos mais velhos: estudo comparativo em três regiões do Rio Grande do Sul. *Rev Latino-Am Enferm.* 2010;18:1-7.
24. Oliveira BLCA, Thomaz EBAF, Silva RA. Associação da cor/raça aos indicadores de saúde para idosos no Brasil: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (2008). *Cad Saúde Pública.* 2014;30(7):1-15. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00071413>
25. Clarke P, Smith J. Aging in a cultural context: cross-national differences in disability and the moderating role of personal control among older adults in the United States and England. *J Geronto B Psychol Sci Soc Sci.* 2011;66(4):457-67. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbr054>
26. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil 2009 [Internet]. Rio de Janeiro; 2009 [cited 2015 August 9]. Available from: http://www.ibge.gov.br/english/estatistica/populacao/indic_sociosaude/2009/indic_saude.pdf
27. Harttgen K, Vollmer S. inequality decomposition without income or expenditure data: using an asset index to simulate household income. *UNDP Hum Devel Rep.* 2011;22p. Available from: <http://hdr.undp.org/en/content/inequality-decomposition-without-income-or-expenditure-data>
28. Filmer D, Pritchett LH. Estimating wealth effects without expenditure data—or tears: an application to educational enrollments in states of India. *Demography.* 2001;38(1):115-32.
29. Anderson MIP. Saúde e condições de vida do idoso no Brasil [dissertação de mestrado]. [Rio de Janeiro]: Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2006.
30. Muniz ECS, Goulart FC, Lazarini CA, Marin MJS. Análise do uso de medicamentos por idosos usuários de plano de saúde suplementar. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2017;20(3):375-87. <http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562017020.160111>
31. Tavares DMS, Ribeiro AG, Ferreira CS, Martins NPF, Pegorari MS. Idosos octogenários nos contextos urbano e rural: comparação socioeconômica, morbidades e qualidade de vida. *Rev Enferm UERJ.* 2015;23(2):156-63. <https://doi.org/10.12957/reuerj.2015.5961>
32. Hazzard WR, Brerman EL, Blass J, Ettinger WH, Halter JB. *Principles of Geriatric Medicine and Gerontology.* 3ª ed. New York: MacGraw Hill; 1994.
33. Matias AGC, Fonseca MA, Matos MAA. Análise fatorial de sintomas depressivos e ocorrência de quedas em idosos. *Sci Med.* 2015;25(1):ID19804. <https://doi.org/10.15448/1980-6108.2015.1.19804>
34. Pikhart H, Rohak M, Siegrist J, Pajak A, Rywik S, Kyshegyi J. Psychosocial work characteristics and self-rated health in four communist countries. *J Epidemiol Community Health.* 2001;55:624-30. <https://doi.org/10.1136/jech.55.9.624>
35. Brasil. Ministério da Saúde. Redes Estaduais de atenção ao idoso. Guia operacional e portarias relacionadas. Série A. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2002. 