

RELAÇÃO ENTRE FUNCIONALIDADE E AUTOPERCEPÇÃO DE SAÚDE ENTRE IDOSOS JOVENS E LONGEVOS BRASILEIROS

Josemara de Paula Rocha

Doutoranda em Gerontologia Biomédica na Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

E-mail: josemara.rocha@hotmail.com

Gabriela Guimarães Oliveira

Mestranda em Gerontologia Biomédica pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

Luisa Braga Jorge

Mestranda em Gerontologia Biomédica da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

Fernanda Regina Rodrigues

Mestranda em Gerontologia Biomédica pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

Patricia Morsch

Doutora em Gerontologia Biomédica pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

Ângelo José Gonçalves Bós

Docente do Programa de mestrado e doutorado em Gerontologia Biomédica da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

RESUMO: O objetivo deste estudo é verificar a relação entre funcionalidade e autopercepção de saúde (APS) entre idosos jovens e longevos. Foi realizada uma análise secundária dos dados da Pesquisa Nacional de Saúde do Brasil de 2013. A regressão linear foi utilizada para verificar a correlação entre APS e funcionalidade, avaliada pelo nível de independência para atividades básicas (ABVD) e instrumentais de vida diária (AIVD). Participaram 11.177 idosos. Quanto maior a idade, menor o nível de AIVD ($p < 0,001$) e de ABVD ($p < 0,001$). Melhores níveis de funcionalidade correlacionavam com melhores níveis de APS. Essa relação perdia a intensidade ao comparar níveis mais elevados de APS (boa e muito boa), exceto para a AIVD entre as idades de 80-89 e 90+, que apresentaram melhores níveis de AIVD entre os níveis mais elevados de APS. Observou-se diferenças no comportamento da relação entre funcionalidade e a APS em diferentes faixas etárias.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde Pública; Envelhecimento da População; Condições de saúde; Indicadores de saúde; Longevidade.

RELATIONSHIP BETWEEN FUNCTIONALITY AND SELF-PERCEPTION OF HEALTH AMONG BRAZILIAN ELDERLY AND LONG-LIVED PEOPLE

ABSTRACT: This study aims to verify the relation between functionality and self-perception of health (SPH) in elderly and long-lived people. It was made a secondary analysis of data from the Brazilian National Health Survey (NHS) from 2013. The linear regression was used to verify the possible correlation between SPH and functionality, which was assessed by the level of independence in activities of daily living (ADL) and instrumental activities of daily living (IADL). 11.177 elderly people participated in the NHS. Higher the age, lower the level of IADL ($p < 0.001$), the same for the ADL ($p < 0.001$). Better levels of functionality were correlated with better levels of SPH. This relationship lost intensity when comparing higher levels of PHC (good and very good), except for IADL in people between the ages of 80-89 and 90+, who presented better levels of IADL between the higher levels of PHC. We noted differences in the behavior of the relation between functionality and PHC in different age groups.

KEY WORDS: Public Health; Demographic Aging; Health Status; Health Status Indicators; Longevity.

INTRODUÇÃO

No Brasil, o fenômeno do envelhecimento populacional ocorreu rapidamente, tanto que o país teve praticamente 20 anos para

adaptar-se a um aumento de 10% para 20% na proporção de idosos (a partir de 60 anos), enquanto a França, por exemplo, teve 150 anos para tal (OMS, 2015). A prorrogação da vida é um anseio para muitas sociedades, porém só pode ser considerada uma conquista concreta quando associada com adequada qualidade aos anos vitais adicionais (VERAS, 2009). Contudo, dentre os idosos, o grupo que tem crescido mais marcantemente no país é o dos longevos (80 anos ou mais), que apresentam características clínicas diferenciadas (BÓS; KIMURA, 2015).

Por tratar-se de uma população heterogênea em seus aspectos biológicos, cognitivos e físico-funcionais (OMS, 2015), urge um olhar cuidadoso respeitando as necessidades dos idosos jovens e longevos. Para os longevos, a manutenção da autonomia durante a longevidade tem correlação com o nível de funcionalidade e o aprofundamento do conhecimento acerca dessa auto percepção e seus fatores determinantes torna-se necessária para a identificação das reais carências dos idosos e, assim, permitir uma atuação mais estratégica na promoção de saúde (ANSAI; SERA, 2013).

A funcionalidade pode ser definida como a capacidade do indivíduo de administrar a própria vida ou cuidar da sua saúde, sendo amplamente influenciada pelo grau de autonomia e independência individuais (FREITAS et al., 2012). Ela engloba o funcionamento integrado das Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD), Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD) e outros fatores individuais que permitem classificar o grau de saúde do idoso, mesmo diante da presença de doenças crônicas (RAMOS et al., 2013).

A manutenção da funcionalidade no processo de envelhecimento tem sido apontada como um indicador de saúde e o fator mais determinante da saúde na velhice (LOPES; SANTOS, 2015), constituindo a incapacidade uma limitante não somente do aspecto físico, mas também socioemocional (MENEZES et al., 2016), o que fez com que o estado funcional seja considerado atualmente um dos grandes componentes da saúde do idoso, tornando-se o eixo central para a avaliação geriátrica (MACHADO; MACHADO; SOARES, 2013).

A auto percepção de saúde (APS) também é um importante indicador da saúde dos idosos e tem sido amplamente utilizada em pesquisas, pois se mostra

como uma medida da atual situação de saúde e bem-estar dos indivíduos. Esta informação é avaliada através de uma pergunta simples, de natureza escalar, que busca retratar a avaliação que o sujeito faz da qualidade geral de sua saúde (BORIM; BARROS; NERI, 2012). A APS tem mostrado-se preditora de morbidade, mortalidade e incapacidade especialmente nos idosos (BLAZER, 2008; BORIM; BARROS; NERI, 2012).

Diante da importância desses dois indicadores, funcionalidade e auto percepção de saúde, e a possível diferença entre idosos e longevos, esse estudo tem como objetivo verificar a presença de correlação entre funcionalidade (ABVD e AIVD) e auto percepção de saúde, observando possíveis diferenças entre os grupos etários e os fatores determinantes desta relação.

2 METODOLOGIA

Trata-se de uma análise secundária de um estudo transversal, observacional, descritivo e analítico de um banco de dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS). A PNS foi conduzida pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no ano de 2013, em parceria com o Ministério da Saúde. Através de uma amostragem de base populacional no Brasil, ela teve como objetivo geral fazer um levantamento da situação de saúde, dos estilos de vida e da atenção à saúde dos brasileiros através de amostragem conglomerada em três estágios. Primeiro, selecionando os setores censitários, em seguida, os domicílios, e então, os moradores (IBGE, 2014). A PNS fez uso de um questionário dividido em três partes: ao domicílio, a todos os moradores e individual. Ela foi respondida por um morador de 18 anos ou mais selecionado. A amostragem final da pesquisa foi de 60.202 participantes. O projeto da PNS foi aprovado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa do Conselho Nacional de Saúde pelo Parecer número 328159.

No presente estudo, a funcionalidade (atividades básicas e instrumentais da vida diária) foi adotada como variável dependente. As variáveis independentes foram a APS, características sociodemográficas e o número de doenças crônicas. A APS foi investigada pela questão N1, "Em geral, como o(a) sr(a) avalia a sua saúde?"

presente no módulo N (Percepção do estado de saúde). O entrevistado tinha cinco opções, de 1 a 5, sendo 1, a opção “muito boa”, 2 “boa”, 3 “regular”, 4 “ruim” e 5 “muito ruim”. Para os cálculos, a APS foi analisada em uma escala modificada para 1, “muito ruim”, 2, “ruim”, 3, “regular”, 4, “boa” e 5, “muito boa”.

Para a avaliação da funcionalidade dos participantes foram analisadas as questões referentes ao grau de dificuldade referida para ABVD e AIVD presentes no módulo K do questionário, denominado “Saúde dos indivíduos com 60 anos ou mais e cobertura de mamografia entre mulheres de 50 anos ou mais”, na primeira parte, relacionadas às “dificuldades em realizar as atividades habituais”. As perguntas abordam o nível de dificuldade em quatro opções, sendo 1 referente a resposta “não consegue”, 2, “tem grande dificuldade”, 3, “tem pequena dificuldade”, e, 4, “não tem dificuldade”. As atividades de “comer”, “tomar banho”, “ir ao banheiro”, “se vestir”, “andar em casa”, “deitar e levantar da cama”, e “sentar ou levantar da cadeira” sozinho, foram categorizadas em ABVD. Ao passo que, as atividades, “fazer compras”, “administrar as finanças”, “ir ao médico” e “sair sozinho” foram unidas na categoria AIVD. O questionário também interrogou sobre a capacidade de autoadministração de medicamentos, porém os idosos que não faziam uso, não responderam esta questão, por isso, foi excluída do escore.

A fim de comparar os níveis de dificuldade com a percepção da saúde, foi criado um escore de independência para ABVD e AIVD, representado por um percentual do máximo de pontos possíveis. Para tanto, respostas 1, receberam valor 0; 2, valor 1; 3, valor 2; e 4, valor 3. Assim, indivíduos com 100% do escore não teriam nenhuma dificuldade, completando a soma máxima de 21 pontos, ou seja, sete questões com respostas de opção 3, “não tem dificuldade”. O mesmo cuidado foi adotado para a AIVD, porém a soma máxima dos pontos foi 12 nas quatro questões analisadas.

A categorização das atividades em básicas e instrumentais foi feita adotando os conceitos de Moraes (2010). Segundo o autor, as ABVD referem-se à capacidade de realizar as tarefas de autocuidado, enquanto as AIVD são aquelas relacionadas com o gerenciamento da própria vida, sendo, portanto, mais complexas.

As variáveis sociodemográficas foram obtidas a partir do módulo C (Características gerais dos moradores): sexo (C6), idade (C8, classificada em faixas etárias: 60 a 69, 70 a 79, 80 a 89 e 90 anos ou mais), raça (C9, com os níveis branca, preta, parda e outras), estado conjugal (a partir da variável C10, os participantes que viviam com cônjuge foram classificados como casados, e a variável C11 classificou os demais participantes em solteiros, viúvos e divorciados/separados).

A escolaridade foi criada a partir da variável D1, que considerou analfabeto o participante que referiu não saber ler e escrever. Para os demais participantes que se encontravam estudando, a escolaridade foi baseada na resposta à pergunta D3 (qual o curso que frequenta?). Para o participante que não estava estudando, a escolaridade foi baseada nas perguntas D9 (qual o curso mais elevado que estudou anteriormente?) e D14 (concluiu este curso que frequentou anteriormente?). Desta forma, a escolaridade foi categorizada em analfabeto, fundamental incompleto, fundamental completo, médio e superior.

O número de doenças crônicas foi calculado a partir do módulo Q (Doenças crônicas), onde os participantes foram questionados a respeito do diagnóstico prévio de 14 doenças (artrite, asma, outra doença pulmonar, acidente vascular encefálico, câncer, cardiopatia, problema de coluna, depressão, outra doença mental, dislipidemia, diabetes mellitus, hipertensão arterial sistêmica, insuficiência renal crônica e outra doença).

Usando os critérios da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP, 2014), questões sobre as informações do domicílio (módulo A) e nível de instrução mais elevado foram usados para calcular o nível socioeconômico dos participantes. Essa classificação infere sobre o poder aquisitivo, representado pelas categorias de A (mais elevada), B, C, e D&E (FERREIRA; BENICIO, 2015).

Foi realizada estatística descritiva (médias e desvios-padrão) para definir o perfil dos participantes quanto ao sexo, a idade, raça, o estado conjugal, doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) relatadas, grau de instrução e classificação socioeconômica. Para analisar o comportamento dos valores de APS e AIVD e ABVD com a idade, foram elaborados gráficos de área.

Para verificar a existência de relação significativa entre as médias dos escores de dificuldade em ABVD, AIVD, APS e as características sociodemográficas e clínicas, foi aplicada a Análise de Variância. Foi testado um modelo completo de regressão linear multivariada para observar quais variáveis sociodemográficas e clínicas explicavam a correlação entre ABVD e APS e AIVD e APS. Para realizar os cálculos estatísticos utilizou-se o pacote estatístico do Epi Info™ 7.0 considerando o p significativo quando menor que 5%, e como indicativo de significância quando entre 5 e 10% (BÓS, 2012).

3 RESULTADOS

Participaram do estudo 11.177 idosos, dos quais 55,8% (6.238) tinham idade entre 60 e 69 anos, 30,8% (3.441) entre 70 e 79 anos, 11,6% (1.293) entre 80 e 89 anos e 205(1,8%) com 90 anos ou mais.

Na Figura 1 podemos observar o comportamento dos valores de APS e AIVD nas diferentes faixas etárias. Há uma relação diretamente proporcional entre o escore de independência em AIVD com a APS para todas as faixas etárias, nos níveis de APS nomeados muito ruim, ruim e regular. No entanto, essa relação fica menos intensa para os idosos jovens com APS boa e muito boa, ao passo que se mantém acentuada para os longevos, mesmo com APS mais elevada. A manutenção das AIVD pareceu ter um impacto mais intenso sobre a APS entre os longevos do que entre os idosos jovens.

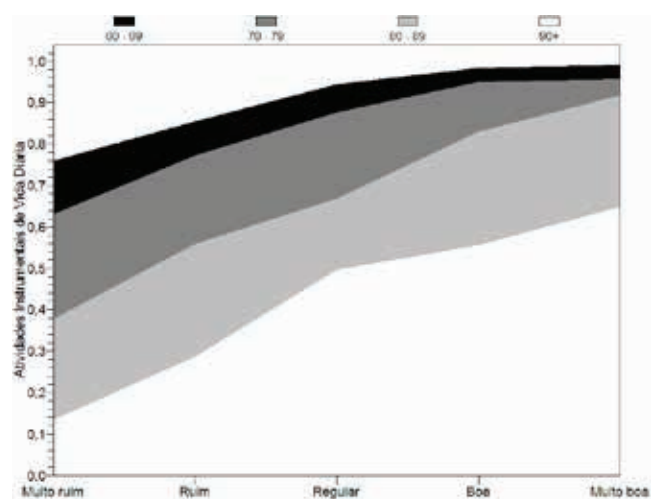


Figura 1. Comportamento dos valores de APS e AIVD nas diferentes

faixas etárias

O comportamento da ABVD e APS entre idosos jovens e longevos pode ser observado na Figura 2, que mostra uma relação diretamente proporcional entre as duas variáveis. Maiores níveis de APS apresentaram melhores escores para a ABVD. Esse comportamento foi mais acentuado nos níveis mais baixos de APS (muito ruim, ruim e regular), principalmente entre os longevos. As diferenças nos escores de ABVD foram menores entre os níveis mais altos de APS (boa e muito boa), sendo esse fenômeno também observado entre os participantes com 90 anos ou mais que apresentaram um declínio nesse escore, mesmo relatando uma APS *muito boa*.

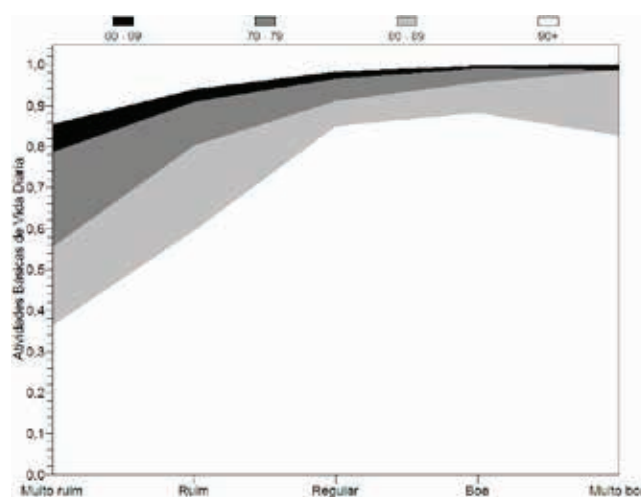


Figura 2. Comportamento dos valores de APS e ABVD nas diferentes faixas etárias

Na Tabela 1 são descritas as características dos participantes e os resultados da regressão linear múltipla para ABVD e AIVD, ajustando para as variáveis independentes. A relação entre funcionalidade, tanto para ABVD quanto para AIVD, e APS permaneceu significativa ($p < 0,001$). Foi possível identificar um maior número de participantes mulheres (59,2%), média etária de 69,9 anos, raça branca (47,5%), estado conjugal casado (45,2%), baixo nível de escolaridade e classe socioeconômica, e média de 1,8 doenças crônicas.

A raça e a classe socioeconômica não foram significativamente relacionadas com ABVD e AIVD. Essa relação também não foi significativa para o sexo e os níveis de ABVD, onde os homens apresentaram menores níveis de independência ($p = 0,181$), sendo

significativa para AIVD, com maiores níveis para o sexo masculino ($p=0,004$). Idade foi um fator inverso e significativamente relacionado à funcionalidade, principalmente para a AIVD ($p<0,001$). Maior nível de escolaridade foi acompanhado de melhores escores de

AIVD ($p<0,001$), contudo, para ABVD essa correlação foi menos significativa. Quanto ao estado conjugal, viver sem companheiro (solteiros e viúvos) correlacionava-se com menor pontuação para ABVD ($p<0,05$), com maior impacto sobre as AIVD ($p<0,001$). O número de doenças

crônicas correlacionou-se com menores escores de funcionalidade, sendo mais evidente para AIVD ($p<0,001$).

Tabela 1. Distribuição dos participantes e coeficientes de regressão múltipla para Atividades Básicas (ABVD) e Instrumentais de Vida Diária (AIVD)

	N / %	ABVD		AIVD	
		Coefficiente	p	Coefficiente	p
Autopercepção de saúde	Muito ruim (referência)	323(2,9)	-	-	
	Ruim	1145(10,2)	12,59	<0,001	12,26 <0,001
	Regular	4802(42,9)	18,49	<0,001	20,67 <0,001
	Boa	4177(37,4)	20,03	<0,001	24,89 <0,001
	Muito boa	730(6,5)	20,07	<0,001	25,05 <0,001
Sexo	Feminino (referência)	6622(59,2)	-	-	
	Masculino	4555(40,8)	-0,34	0,181	1,17 0,004
Idade (Média, DP)		69,9 ± 7,89	-0,35	<0,001	-0,98 <0,001
Escolaridade	Analfabeto (referência)	2791(25,0)	-	-	
	Fundamental completo	886(7,9)	0,62	0,202	6,74 <0,001
	Fundamental incompleto	5077(45,4)	1,31	<0,001	6,09 <0,001
	Médio	1358(12,1)	0,90	0,044	6,91 <0,001
	Superior	1065(9,5)	0,95	0,069	7,97 <0,001
Raça	Branca (referência)	5314(47,5)	-	-	
	Outra	162(1,5)	0,56	0,564	2,19 0,159
	Parda	4652(41,6)	0,26	0,309	-0,01 0,992
	Preta	1049(9,4)	0,51	0,218	0,45 0,504
Estado conjugal	Casado (referência)	5048(45,2)	-	-	
	Divorciado	1481(13,3)	-0,45	0,219	-0,49 0,398
	Solteiro	1360 (12,2)	-1,07	0,005	-2,88 <0,001
	Viúvo	3288(29,4)	-0,72	0,019	-2,84 <0,001

Classe Socioeconômica

A (referência)	304(2,7)	AIVD impactou mais a APS entre os longevos do que entre os idosos jovens. O mesmo é apontado por De Luca, Silva e Hallal (2009), que observaram que a incapacidade para AIVD associou-se apenas com o aumento da idade, o que pode ser explicado pelo envelhecimento
B	2227(19,9)	
C	4982(44,6)	
D&E	3664(32,8)	

Nº Doenças Crônicas (média, DP) 1,8 ± 1,57

4 DISCUSSÃO

Foi possível observar que a manutenção das

estando diretamente associado a maiores ocorrências de incapacidade funcional. Tanto a função física quanto a APS são importantes preditores de mortalidade e estudos

recentes têm demonstrado essa correlação significativa entre o desempenho físico e baixos níveis de APS em idosos (BRENOWITZ et al., 2014).

O estudo de Silva et al. (2012) apontou, por exemplo, que a APS positiva está intimamente relacionada com a independência funcional, favorecendo a realização das AIVD. Uma pesquisa buscando identificar se as combinações de doenças crônicas, limitações funcionais e síndromes geriátricas pode prever má APS, piora da APS em dois anos e mortalidade em dois anos, verificou que havia diferentes preditores para cada desfecho. Idosos jovens com $\geq 68,5$ anos, com dificuldade para caminhar várias quadras, sintomas depressivos e má APS apresentavam o risco para piora da APS em dois anos. Já, longevos com $\geq 80,5$ anos, apresentando limitações tanto em ABVD como em AIVD, tinham aumento do risco para morte em dois anos (KOROUKIAN et al., 2016).

No entanto, o estudo de Koroukian et al. (2016) encontrou maiores percentuais de baixa APS e piora da mesma em dois anos, principalmente nas limitações em ABVD, onde 76 dos indivíduos com limitação em ABVD tinham pior APS, ao passo que 65 daqueles com prejuízo das AIVD concorriam com esse declínio. Nesta pesquisa, observamos médias de independência em ABVD, maiores do que as de AIVD, e AIVD teve maior correlação com a APS do que ABVD.

Outro aspecto interessante dos achados foram os indivíduos com mais de 90 anos sofrerem mais impacto na ABVD quando comparada a outras idades inferiores, como cita Freitas et al. (2012) em seu estudo, onde indivíduos com 80 anos ou mais apresentaram maior dependência tanto em ABVD quanto AIVD.

Esses resultados foram mantidos mesmo após o ajuste da análise para características sociodemográficas e número de doenças crônicas. Algumas relações foram encontradas entre funcionalidade e essas variáveis independentes. Ser do sexo masculino foi um fator relacionado com maior escore de AIVD. Tal resultado vai ao encontro do estudo de Alexandre et al. (2014), no qual os homens apresentaram menor densidade de incidência de incapacidade em AIVD. Por outro lado, viver sem companheiro estava associado a uma menor independência tanto para ABVD quanto AIVD. Esse resultado corrobora com o estudo de Barbosa et al. (2014), que observou que a incapacidade funcional mostrava-se menor entre os casados, indicando que os

idosos que não tinham companheiro, como os viúvos, eram mais dependentes em AIVD.

O número de doenças crônicas mostrou forte correlação com os escores de ABVD e AIVD e ter multimorbidades é uma condição comum para muitos idosos. O número de doenças crônicas também parece estar associado ao grau de dependência em ABVD e AIVD. O estudo de Alves et al. (2007) demonstrou que a presença de doenças crônicas causou um impacto negativo tanto para ABVD quanto para AIVD, achado que corrobora com os resultados do presente estudo. Além disso, Bonardi, Souza e Moraes (2007) ressaltam a complexidade da associação entre a funcionalidade e as doenças crônicas, apontando que a presença de incapacidade funcional pode favorecer o aparecimento ou piora das doenças. Os idosos acometidos por duas ou três doenças crônicas apresentaram um risco 2,7 vezes maior de relatarem APS negativa, enquanto aqueles com quatro ou mais doenças crônicas, tinham um risco de 4,35 vezes. A presença de dependência leve em ABVD conferia um risco de 2,34, e moderada, 2,11 para autorreferir APS negativa (BELÉM et al., 2016).

A importância da escolaridade para a manutenção a funcionalidade fica evidenciada nas constatações. Essa correlação tem sido relatada em outros estudos com diferentes nacionalidades. No estudo de Rosa et al. (2003), os idosos com nível mais baixo de escolaridade apresentam chance cinco vezes maior de ter dependência moderada/grave. Santos e Cunha (2013) observaram que a baixa escolaridade influencia diretamente no desempenho das AIVD e a falta destas tem relação direta em perda de autonomia e isolamento social. Outro estudo, com amostra representativa de 23 países, incluindo indivíduos de 16 a 65 anos, identificou que indivíduos com maior tempo de escolaridade e que apresentavam melhor habilidade cognitiva relatavam melhor APS (BORGONOVÍ; POKROPEK, 2016).

Ademais, os dados encontrados no presente estudo quanto às características sociodemográficas vão ao encontro do último censo brasileiro (IBGE, [S.d.]), o qual aponta que o maior número de idosos encontra-se na faixa etária de 60-69 anos, com predominância do sexo feminino (IBGE, [S.d.]). Além disso, estudos como o de Tavares et al. (2013) corroboram os achados desse estudo

em relação às demais características sociodemográficas da amostra.

Nesse estudo, os dois importantes indicadores de saúde pública investigados - funcionalidade e APS - estavam relacionados. Maiores níveis de APS relacionavam-se com maiores escores percentuais de facilidade para ABVD e AIVD. Os modelos de regressão demonstraram que, hipoteticamente, aumentando a APS e os níveis de escolaridade e diminuindo ou, nesse caso, prevenindo o aparecimento de novas doenças crônicas seriam favorecidos maiores ganhos funcionais e, assim, a promoção da saúde. Entre as diferentes faixas etárias essa relação entre funcionalidade e APS foi mais intensa entre os longevos em todas as subcategorias da APS quanto à manutenção das AIVD e para as subcategorias mais inferiores de APS para ABVD. Isso reforça a ideia da importância da rotina para os longevos, de oportunidades estimulantes para a manutenção da funcionalidade.

Políticas públicas que reforcem esse aspecto da funcionalidade devem estar alinhadas com a realidade dos longevos. A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa reforça essa relevância, assim como a política do envelhecimento ativo reconhece a importância da saúde e da participação social para um envelhecimento bem-sucedido.

Algumas limitações podem ser apontadas no estudo. O delineamento transversal não possibilita estabelecer relações de causa efeito. Ainda, mesmo que o estudo tenha sido realizado com dados de uma importante pesquisa nacional com uma amostra representativa, o uso de dados secundários e autorreferidos limita a análise apenas às variáveis disponíveis, que podem ter sido subestimadas pelos participantes, seja na autopercepção de saúde ou na presença de doenças crônicas. Os dados da PNS não nos permitiram incluir variáveis importantes como o nível cognitivo dos participantes. O número de doenças foi utilizado como marcador de multimorbidade porque o objetivo não foi observar o grau de funcionalidade dos idosos e longevos. Uma análise posterior poderá ser realizada incluindo as doenças individualmente com o objetivo de observar quais as mais impactantes na funcionalidade dos participantes.

5 CONCLUSÃO

Pode-se concluir que a relação entre autopercepção de saúde e atividades da vida diária foi mais forte entre os longevos, parecendo que a manutenção das atividades instrumentais teve maior influência da idade do que as atividades básicas. Níveis mais altos de autopercepção de saúde relacionaram-se com maiores valores de independência em atividades da vida diária. O aumento da idade determinou maior comprometimento da funcionalidade, principalmente, para as instrumentais. Esses achados reforçam a importância de olhar diferenciadamente para os longevos dentro da faixa etária dos idosos, pois apresentam necessidades diferenciadas. Ao mesmo tempo, os resultados desafiam os pesquisadores a buscar soluções para promover a manutenção das atividades instrumentais de vida diária, visto que tiveram forte influência na autopercepção de saúde e que ser longevo aumenta as chances de ter esse tipo de limitação. Os resultados também mostram que o número de doenças crônicas é um fator importante para o comprometimento da funcionalidade, o que precisa ser abordado em medidas preventivas e de reabilitação na população brasileira.

REFERÊNCIAS

- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA - ABEP. **Critério de Classificação Econômica Brasil**: alterações na aplicação do Critério Brasil, válidas a partir de 01/01/2015. Disponível em: <<http://www.abep.org/>>. Acesso em: 13 jul. 2016.
- ALEXANDRE, T. S. et al. Incapacidade em atividades instrumentais de vida diária em idosos: diferenças de gênero. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 48, n. 3, p. 379–389, jun. 2014.
- ALVES, L. C. et al. A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do Município de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 8, p. 1924–1930, ago. 2007.
- ANSAL, J. H.; SERA, C. T. N. Percepção da autonomia

- de idosos longevos e sua relação com fatores sociodemográficos e funcionais. **Kairós Gerontologia**, São Paulo, v. 16, n. 5, p. 189-200, 2013
- BARBOSA, B. R. et al. Avaliação da capacidade funcional dos idosos e fatores associados à incapacidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 8, p. 3317–3325, ago. 2014.
- BELÉM, P. L. O. et al. Autoavaliação do estado de saúde e fatores associados em idosos cadastrados na Estratégia Saúde da Família de Campina Grande, Paraíba. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 265–276, jun. 2016.
- BLAZER, D. G. How do you feel about? Health outcomes in late life and self-perceptions of health and well-being. **The Gerontologist**, v. 48, n. 4, p. 415–422, 2008.
- BONARDI, G.; SOUZA, V. B. A. E.; MORAES, J. F. D. Incapacidade funcional e idosos: um desafio para os profissionais de saúde. **Scientia Medica**, Porto Alegre, v. 17, n. 3, p. 138–144, 2007.
- BORGONOV, F.; POKROPEK, A. Education and Self-Reported Health: Evidence from 23 Countries on the Role of Years of Schooling, Cognitive Skills and Social Capital. **PloS one**, v. 11, n. 2, p. e0149716, 2016.
- BORIM, F. S. A.; BARROS, M. B. A.; NERI, A. L. Autoavaliação da saúde em idosos: pesquisa de base populacional no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 4, p. 769–780, 2012.
- BÓS, Â. J. G. **Epi Info sem mistérios**: um manual prático. Porto Alegre: EdUPUCRS, 2012.
- BÓS, Â. J. G.; KIMURA, A. Y. Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária em idosos com 80 anos ou mais em um Hospital Universitário do Rio Grande do Sul. **Revista da AMRIGS**, Porto Alegre, v. 59, n. 2, p. 106–111, 2015.
- BRENOWITZ, W. D. et al. Longitudinal associations between self-rated health and performance-based physical function in a population-based cohort of older adults. **PLoS ONE**, v. 9, n. 11, p. e111761, 3 nov. 2014.
- DEL DUCA, G. F.; SILVA, M. C.; HALLAL, P. C. Incapacidade funcional para atividades básicas e instrumentais da vida diária em idosos. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 5, p. 796–805, out. 2009.
- FERREIRA, R. A. B.; BENICIO, M. H. D. Obesidade em mulheres brasileiras : associação com paridade e nível socioeconômico. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 37, n. 4/5, p. 337–342, 2015.
- FREITAS, R. S. et al. Capacidade funcional e fatores associados em idosos: estudo populacional. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 25, n. 6, p. 933–939, 2012.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Censo 2010**. Disponível em: <<http://www.sidra.ibge.gov.br/bda/tabela/listabl.asp?z=cd&o=3&i=P&c=3107>>. Acesso em: 26 jul. 2016.
- 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. Rio de Janeiro: IBGE, 2014. Disponível em: <<http://biblioteca.ibge.gov.br/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=291110>>. Acesso em: 18 out. 2015.
- KOROUKIAN, S. M. et al. Combinations of Chronic Conditions, Functional Limitations, and Geriatric Syndromes that Predict Health Outcomes. **Journal of General Internal Medicine**, v. 31, n. 6, p. 630–637, 22 jun. 2016.
- LOPES, G. L.; SANTOS, M. I. P. O. Funcionalidade de idosos cadastrados em uma unidade da Estratégia Saúde da Família segundo categorias da Classificação Internacional de Funcionalidade. **Revista Brasileira de Geriatria & Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 71–83, 2015.
- MACHADO, F. N.; MACHADO, A. N.; SOARES, S. M. Comparação entre a capacidade e desempenho: um estudo sobre a funcionalidade de idosos dependentes.

Revista Latino-Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 21, n. 6, p. 1321–1329, 2013. **Pública**, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 548–554, jun. 2009.

MENEZES, A. V. et al. Função executiva de idosos institucionalizados e comunitários: relação com capacidades cognitivas e funcionais. **Saúde e Pesquisa**, Maringá (PR), p. 405-414, v. 9, n. 3, 2016.

Recebido em: 22 de maio de 2017

Aceito em: 08 de agosto de 2017

MORAES, E. N. **Avaliação multidimensional do idoso: a consulta do idoso e os instrumentos de rastreio**. 3. ed. Belo Horizonte: Folium, 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. **World report on ageing and health**. Geneva: OMS, 2015. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186463/1/9789240694811_eng.pdf?ua=1>.

RAMOS, L. R. et al. Perguntas mínimas para rastrear dependência em atividades da vida diária em idosos. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 47, n. 3, p. 506–513, 2013.

ROSA, T. E. C. et al. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n. 1, p. 40–48, fev. 2003.

SANTOS, G. S.; CUNHA, I. C. K. O. Avaliação da capacidade funcional de idosos para o desempenho das atividades instrumentais da vida diária: um estudo na atenção básica à saúde. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, Divinópolis, v. 3, n. 3, p. 820–828, 2013.

SILVA, R. J. S. et al. Prevalência e fatores associados à percepção negativa da saúde em pessoas idosas no Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 15, n. 1, p. 49–62, 2012.

TAVARES, D. M. S. et al. Características sociodemográficas e qualidade de vida de idosos com hipertensão arterial sistêmica que residem na zona rural: importância do papel do enfermeiro. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 2, p. [08 telas], 2013.

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Revista de Saúde**