

ASSOCIAÇÃO ENTRE AUTOAVALIAÇÃO DE SAÚDE E INDICADORES DE CAPACIDADE FUNCIONAL

The association between self-rated health and functional capacity indicators

Josiana Maria Moreira Martinez Belmonte^a, Naelly Renata Saraiva Pivetta^a,
Samila Sathler Tavares Batistoni^{a,b}, Anita Liberalesso Neri^a, Flávia Silva Arbex Borim^a

RESUMO

OBJETIVO: Analisar a autoavaliação de saúde e identificar suas relações com a capacidade funcional e as medidas objetivas de força muscular e mobilidade em amostra idosa residente na comunidade. **MÉTODO:** Estudo transversal de base populacional com dados provenientes do banco eletrônico do Estudo de Fragilidade em Idosos Brasileiros (Fibra), realizado entre os anos de 2008 e 2009, em que foram recrutados 2.558 idosos da comunidade, residentes na área urbana. A variável dependente foi a autoavaliação de saúde comparada aos pares etários na velhice. As razões de chances, ajustadas pelas variáveis sociodemográficas e de saúde, foram estimadas por meio de regressão logística multinomial. As análises foram conduzidas no programa Stata 14.0. **RESULTADOS:** A média de idade dos idosos foi de 72,3 anos (DP ± 5,5), e 65,6% eram mulheres. Quando comparados a alguém da mesma idade, 70,2% avaliaram a sua saúde como melhor, 23,4% como igual e 6,4% como pior. Pelo modelo de regressão, verificou-se, no modelo ajustado, diferença estatisticamente significativa em relação à autoavaliação da saúde – sendo pior nos idosos dependentes nas atividades instrumentais (OR = 2,19; IC95% 1,22–3,92) e com menor força de preensão (OR = 0,96; IC95% 0,93–0,99). Avaliar a saúde como melhor apresentou diferença significativa com a velocidade de marcha (OR = 0,88; IC95% 0,81–0,94). **CONCLUSÃO:** Foram encontradas associações da autoavaliação de saúde e atividades instrumentais de vida diária, velocidade de marcha e força de preensão. Esses resultados reforçam a funcionalidade como um importante indicador de saúde, além de proporcionar a ampliação da abordagem da autoavaliação de saúde incluindo critérios de comparação social.

PALAVRAS-CHAVE: saúde do idoso; autoavaliação; atividades cotidianas; idoso; prevalência.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To evaluate self-rated health and to identify its relationship with functional capacity, objective measures of muscle strength, and mobility in a sample of community-dwelling elderly adults. **METHOD:** A cross-sectional, population-based study using data from the “Fragility Study on Brazilian Elderly” (Fibra) electronic database, carried out between 2008 and 2009, in which 2,558 community-dwelling elderly were recruited. The dependent variable was self-rated health compared with peers of the same age, among the elderly. The odd ratios were adjusted for sociodemographic and health variables and were estimated through multinomial logistic regression. The analyses were carried out using the program Stata 14.0. **RESULTS:** The average age of the elderly participants was 72.3 years old (SD ± 5.5) and 65.6% of them were women. When comparing with someone of the same age, 70.2% of the participants rated their health as better than the other’s; 23.4% of them rated it as equal, and 6.4% of the elderly rated it as worse. The adjusted regression model showed that the odd ratios were more important when rating health as worse among the elderly participants who were dependent on instrumental activities (OR = 2.19; 95%CI 1.22–3.92) and had weaker grip strength (OR = 0.96; 95%CI 0.93–0.99). Better health rating showed a statistically significant difference related to speed gait (OR = 0.88; 95%CI 0.81–0.94). **CONCLUSION:** We found associations between the self-rated health and instrumental activities of daily living, gait velocity, and grip strength. These results reinforce functionality as an important health predictor and broaden self-rated health approaches including social comparison criteria.

KEYWORDS: health of the elderly; self-assessment; activities of daily living; elderly; prevalence.

^aFaculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas – Campinas (SP), Brasil.

^bEscola de Artes, Ciências e Humanidades (EACH), 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: flarbex@hotmail.com

Recebido em: 30/03/2017. Aceito em: 24/04/2017

DOI: 10.5327/Z2447-211520171700021

INTRODUÇÃO

A autoavaliação de saúde tem sido uma variável amplamente utilizada nos grandes inquéritos populacionais sobre saúde e bem-estar, consolidando-se como um indicador multidimensional de saúde e bom preditor de eventos adversos para os idosos.¹ A resposta dessa medida sofre influências sociais, culturais e de personalidade.² Entretanto, o que poderia ser considerado uma limitação desse indicador, na verdade, possibilita reconhecer tais influências sobre a saúde e identificar os julgamentos que os indivíduos fazem a respeito da sua própria condição, baseados em suas crenças, prioridades, experiências e circunstâncias individuais.^{1,3}

Também na velhice, a autoavaliação de saúde depende especialmente da maneira como a pessoa concebe a ideia de uma boa saúde, não apenas a respeito dos problemas físicos que se relacionam com o processo do envelhecimento, mas também envolvendo os sentimentos de controle, autonomia e funcionalidade no cotidiano.⁴ Estudos apontam que essa avaliação, na velhice, está associada tanto ao bem-estar^{5,6} quanto aos indicadores de morbidade, de declínio funcional e de mortalidade.⁷

Os idosos tendem a avaliar positivamente seu estado de saúde, e parte da explicação se dá pelos mecanismos subjetivos de comparação social.⁸ Possivelmente, adotam como base de comparação pessoas que se encontram em condições de saúde e funcionalidade piores do que as suas, derivando em senso de superioridade.⁹ Em estudos com idosos, tem sido proposta a utilização de indicadores de autoavaliação de saúde que envolvem explicitamente comparações sociais. Operacionalmente, há a inclusão de itens que solicitam ao idoso que compare sua saúde à saúde de outras pessoas com a mesma idade, gerando, potencialmente, mais informações acerca das influências sociais sobre a saúde.¹⁰

Por sua vez, os indicadores objetivos de funcionalidade e a restrição das atividades de vida diária são preditores de eventos negativos em saúde.¹¹ Indicadores de capacidade funcional são importantes para avaliar a demanda por assistência, cuidado e apoio aos indivíduos e seus familiares, e podem ter grande relevância nas autoavaliações de saúde, principalmente quando comparados a outros indivíduos da mesma faixa etária.

Nesse sentido, o presente estudo teve como objetivo analisar a autoavaliação de saúde e estimar sua associação com indicadores de capacidade funcional e medidas objetivas de força muscular e mobilidade em idosos a partir dos 65 anos, residentes na comunidade.

MÉTODOS

Estudo transversal de base populacional com amostra de 2.558 idosos, cujos dados foram provenientes do banco

eletrônico do Estudo de Fragilidade em Idosos Brasileiros (FIBRA), realizado entre os anos de 2008 e 2009.¹²

Rede Fibra/Unicamp

O Fibra recebeu apoio financeiro do Conselho Nacional de Pesquisa (CNPq) e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (Conep/FCM/Unicamp).

Foram incluídos na pesquisa indivíduos com 65 anos ou mais de ambos os sexos. As cidades que fizeram parte do polo Unicamp do Estudo Fibra foram: Campinas (São Paulo), Belém (Pará), Parnaíba (Piauí), Campina Grande (Paraíba), Poços de Caldas (Minas Gerais), Ivoti (Rio Grande do Sul) e o subdistrito de Ermelino Matarazzo, em São Paulo.

Para a realização da pesquisa, foi utilizada amostragem por conglomerados. Na primeira etapa, foram sorteados setores censitários da área urbana dos municípios participantes. O número mínimo calculado para compor a amostra das cidades com mais de um milhão de habitantes, como Campinas e Belém, foi de 601 idosos, considerando um erro amostral de 4%. Para as demais cidades com menos de um milhão de habitantes, foi estimado o número de 384 idosos, com erro amostral de 5%.

Na segunda etapa, os idosos foram recrutados em domicílio por pessoal treinado com o objetivo de identificar os idosos e selecioná-los segundo os critérios de inclusão, sendo estes: compreender instruções; aceitar participar do estudo; possuir residência permanente no domicílio e setor censitário; e possuir idade a partir de 65 anos. Foram excluídos os idosos que apresentavam déficits de memória, atenção, orientação espacial, temporal e de comunicação, sugestivos de déficit cognitivo; incapacidade permanente ou temporária para andar (exceto os que faziam uso de dispositivo de auxílio à marcha); perda localizada de força e afasia decorrentes de sequela de acidente vascular encefálico (AVE); comprometimento grave da motricidade, da fala ou da afetividade associado à doença de Parkinson avançada; déficit auditivo ou visual grave; estágio terminal.

Os idosos que cumpriram os critérios definidos eram convidados a participar da coleta de dados em local e data previamente agendados. Caso concordassem em participar, assinavam um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A coleta de dados foi realizada em um único encontro com duração aproximada de 40 a 120 minutos. Na primeira fase, eram coletadas informações sobre características demográficas, socioeconômicas, avaliação da fragilidade, além de serem submetidos à aferição da pressão arterial e medidas antropométricas. Baseando-se nos critérios sugeridos pela

Academia Brasileira de Neurologia,¹³ menos um desvio padrão, também foi realizado um rastreio cognitivo por meio do Mini Exame do Estado Mental (MEEM), em que os idosos que pontuavam abaixo da nota de corte desse questionário eram excluídos das demais perguntas (a nota de corte foi definida como 17 para os analfabetos, 22 para idosos que possuem de um a quatro anos de escolaridade, 24 para idosos que possuem entre cinco e oito anos de estudo e 26 para aqueles com nove anos ou mais de escolaridade).

Na segunda fase, os idosos que pontuavam acima da nota de corte no MEEM seguiam para medidas de autorrelato das condições de saúde física, funcionalidade, sintomas depressivos, satisfação com a vida, problemas de sono, quedas e fraturas, uso de medicamentos, tabagismo e alcoolismo, acesso a serviços médicos e hospitalares no último ano.

Instrumentos de coleta de dados

As informações foram coletadas por meio de questionário previamente testado, com questões validadas, aplicado por entrevistadores treinados e respondidos diretamente pelos idosos. As variáveis analisadas neste estudo foram:

- Autoavaliação de saúde: foi avaliada por meio da pergunta: “*Como o/a senhor/a avalia sua saúde em comparação com a de outras pessoas da sua idade?*” Com opção de resposta: Melhor, Igual ou Pior.
- Capacidade funcional: avaliada por meio de autorrelatos dos idosos quanto à execução das atividades instrumentais de vida diária (AIVDs) e atividades básicas de vida diária (ABVDs). Foram considerados dependentes os idosos que relatavam necessitar de ajuda parcial ou total para a realização de uma ou mais ABVDs e AIVDs, segundo as seguintes escalas:
 1. Atividades Instrumentais de Vida Diária de Lawton.¹⁴ Esta escala avalia a ajuda necessária para realizar sete itens de AIVDs, sendo estes: telefonar, usar transportes, fazer compras, cozinhar, realizar serviços domésticos, usar medicação e manejar dinheiro. O idoso deveria responder se era totalmente independente, se precisava de alguma ajuda ou se precisava de total ajuda para realizar cada uma das atividades mencionadas.
 2. Atividade de Vida Diária de Katz.¹⁵ Escala investiga a ajuda necessária para realizar seis ABVDs de autocuidado: alimentação, controle de esfínteres, transferência, higiene pessoal, capacidade para se vestir e tomar banho. O indivíduo era questionado se era totalmente independente, se precisava de alguma ajuda ou se precisava de ajuda total para fazer cada uma das atividades citadas.
- Força de preensão manual: foi avaliada a partir do dinamômetro manual hidráulico portátil, modelo JAMAR da marca *Lafayette Instruments Inc.* Os valores obtidos foram registrados em kgf. O idoso deveria permanecer sentado, com o braço dominante flexionado em um ângulo de 90° em relação ao antebraço. Quando solicitado, o idoso deveria apertar com sua maior força a alavanca do aparelho e, após atingir o maior pico de força, era permitido relaxar a mão. Foram feitas três repetições, permitindo descanso de 1 minuto entre elas. Definiu-se como força de preensão o valor médio das três repetições.
- Velocidade da marcha: neste teste, o idoso deveria andar 4,6 metros em linha reta em sua velocidade usual. Antes e depois desse trajeto, foram acrescentadas linhas de dois metros cada uma, sendo a primeira utilizada para a aceleração e a segunda para a desaceleração. Era permitido ao idoso utilizar o seu dispositivo de auxílio à marcha (andador ou bengala).¹⁶ Foram três tentativas, sendo que o tempo de cada trajeto foi obtido com um cronômetro manual. Os tempos relativos à aceleração e desaceleração (dois metros cada) não foram computados. Definiu-se o valor da velocidade de marcha a partir da velocidade média das três tentativas;
- Covariáveis:
 1. Características demográficas: sexo, faixa etária, situação conjugal (com companheiro ou sem companheiro);
 2. Características socioeconômicas: escolaridade (que foi dividida nos seguintes grupos, de acordo com o tempo de estudo: nunca estudou, 1 a 4 anos de estudo e 5 anos ou mais de escolaridade); renda familiar mensal *per capita* (que foi dividida em faixas de renda: mais que 5 salários mínimos; de 5 a 3,1; de 3 a 1,1 salário mínimo; e menor ou igual a 1 salário mínimo) e região onde mora (Sul/Sudeste e Norte/Nordeste);
 3. Número de doenças crônicas: foi identificado por meio da pergunta: “*Algum médico já disse que você tem alguma destas doenças crônicas: hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, doença do coração, AVC/isquemia/derrame, doenças reumáticas, câncer, doenças dos pulmões, depressão e osteoporose?*”. O idoso podia responder sim ou não para cada doença. Ao final, os resultados foram agrupados em duas faixas: nenhuma ou uma doença, e duas ou mais doenças.

Análise dos dados

Os dados relativos aos idosos foram inseridos em banco de dados e dois avaliadores treinados realizaram a checagem da consistência das informações digitadas, com exigência de 100% de acordo entre eles para aceite dos registros em computador.

Foi realizada análise descritiva para a caracterização da amostra, a partir das medidas de frequência (absoluta e relativa). Para as análises, foram estimadas as distribuições percentuais e respectivos intervalos de confiança de 95%. As associações entre as variáveis independentes e saúde referenciada à comparação social foram analisadas pelo teste Qui-quadrado de Pearson com nível de significância de 5%. Também foram usadas análises de regressão logística multinomial para estimar razões de chances, sendo a variável dependente a autoavaliação de saúde, cuja categoria identificada como “igual” foi a de referência. As análises dos dados foram feitas por meio do *software Stata* versão 14.0.

RESULTADOS

A idade média dos idosos foi de 72,3 anos (DP \pm 5,5) com idade máxima de 93 anos; deste total, 65,6% eram mulheres. Quando comparados a alguém da mesma idade, 70,2% avaliaram a sua saúde como melhor, 23,4% avaliaram como igual e 6,4% como pior. Em relação à capacidade funcional, 9,9% e 9,3% dos idosos apresentaram alguma dependência nas ABVDs e AIVDs, respectivamente. A velocidade média de marcha foi de 5,1 m/s e a força média de prensão foi de 25,0 kgf (Tabela 1).

A Tabela 2 mostra os resultados da associação da autoavaliação de saúde com as variáveis independentes. Foram verificadas associações entre a variável dependente e renda, escolaridade, região onde mora, número de doenças crônicas e capacidade funcional. Os idosos que avaliaram a sua saúde como melhor, comparando-se aos que avaliaram como pior, recebiam mais do que um salário mínimo, residiam na região Sul/Sudeste do Brasil, apresentavam até uma doença crônica, eram independentes nas atividades de vida diárias, tinham mais força de prensão palmar e menor tempo da velocidade de marcha.

Pelo modelo de regressão logística multinomial, verificou-se, no modelo bruto, maior razão de chance de avaliar sua saúde como pior para os idosos com dependência nas ABVDs e AIVDs assim como para aqueles com menor força de prensão palmar e lentidão na marcha. O modelo ajustado permaneceu sugerindo como determinantes para pior percepção de sua saúde o fato de apresentar dependência nas atividades instrumentais (OR = 2,19; IC95% 1,22–3,92) e

Tabela 1 Análise descritiva das variáveis dependentes e independentes.

Variáveis	n	%
Autoavaliação de saúde comparada aos pares etários		
Pior	163	6,4
Igual	598	23,4
Melhor	1.797	70,2
Sexo		
Masculino	879	34,3
Feminino	1.679	65,6
Idade (anos)		
65 – 69	956	37,4
70 – 74	803	31,4
75 – 79	488	19,1
80 e mais	310	12,1
Renda (sm)		
≤ 1,0	245	11,1
1,1 – 3,0	1.064	48,1
3,1 – 5,0	492	22,2
> 5,0	412	18,6
Escolaridade (anos)		
Nunca	340	13,3
1 – 4	465	18,2
5 – 8	1.255	49,3
9 ou mais	494	19,3
Estado conjugal		
Com companheiro	1.291	50,6
Sem companheiro	1.262	49,4
Residência		
Sul/Sudeste	1.445	56,5
Norte/ Nordeste	1.113	43,5
Número doenças crônicas		
0 – 1	1.310	52,0
≥ 2	1.210	48,0
Capacidade funcional abvds		
Independente	2.285	90,1
Dependente 1 ou mais AIVD	251	9,9
Capacidade funcional aivds		
Independente	2.281	90,7
Dependente 1 ou mais AIVD	233	9,3
Média da força de prensão		
Média (DP)	25,1 (9,31)	
Média da velocidade de marcha		
Média (DP)	5,1 (1,65)	

Tabela 2 Características da amostra estudada, segundo a autoavaliação de saúde comparada aos pares etários em idosos. Fibra 2008/09.

Variáveis	Autoavaliação de saúde comparada aos pares etários			p-valor
	Pior	Igual	Melhor	
Sexo				
Masculino	26,4	34,4	35,1	0,082
Feminino	73,6	65,6	64,9	
Idade (anos)				
65 – 69	39,9	41,7	35,8	0,125
70 – 74	31,9	30,0	31,8	
75 – 79	19,6	17,9	19,4	
80 e mais	8,6	10,4	13,0	
Renda (SM)				
≤ 1	15,4	9,9	11,1	0,001
1,1 – 3,0	61,5	50,2	46,1 ^a	
3,1 – 5,0	12,6	21,3	23,4 ^a	
> 5,0	10,5	18,6	19,4 ^a	
Escolaridade (anos)				
Nunca	28,9	18,5 ^a	18,7 ^a	0,022
1 – 4	45,4	49,2	49,5	
5 – 8	19,0	19,0	17,9	
9 ou mais	6,7	13,3	13,9 ^a	
Estado conjugal				
Com companheiro	47,8	50,6	50,8	0,770
Sem companheiro	52,2	49,4	49,2	
Residência				
Sul/Sudeste	45,4	55,7	57,8 ^a	0,009
Norte/Nordeste	54,6	44,3	42,2 ^a	
Número doenças crônicas				
0 – 1	26,5	49,4 ^a	55,2 ^a	< 0,001
≥ 2	73,5	50,6 ^a	44,8 ^a	
Capacidade funcional abvds				
Independente	82,7	89,7	90,9 ^a	0,004
Dependente	17,3	10,3	9,1 ^a	
Capacidade funcional aivds				
Independente	77,8	90,8 ^a	91,9 ^a	< 0,001
Dependente	22,2	9,2 ^a	8,1 ^a	
Média da força de prensão				
Média	22,1	24,9 ^a	25,4 ^a	
Média da velocidade de marcha				
Média	5,84	5,30 ^a	5,03 ^{ab}	

^aDiferença significativa da pior autoavaliação de saúde; ^bdiferença significativa da igual autoavaliação de saúde; nível de significância aceito foi $p < 0,05$.

exibir menor força de prensão (OR = 0,96; IC95% 0,93–0,99). Avaliar a sua saúde como melhor apresentou diferença significativa com a velocidade de marcha (OR = 0,88; IC95% 0,81–0,94) (Tabela 3).

DISCUSSÃO

O principal objetivo deste estudo consistiu em analisar o quanto os indicadores de funcionalidade relacionam-se com a autoavaliação de saúde de idosos. Foi observado que os idosos que avaliaram a sua saúde como pior, em relação aos seus pares etários, apresentaram maiores chances de dependência nas AIVDs e menor força de prensão em relação aos seus pares etários. Aqueles que avaliaram a sua saúde como melhor apresentaram melhor desempenho físico, ou seja, menor chance de lentidão na marcha.

Quanto às variáveis de controle — renda, escolaridade, região de residência e número de doenças crônicas —, os dados coletados apresentaram diferenças estatisticamente significativas em relação à autoavaliação de saúde. Esses achados condizem com o que foi encontrado em estudos prévios, mostrando que essas variáveis exercem fortes influências sobre a avaliação subjetiva de saúde.^{5,17}

Tabela 3 Razão de chance bruta e ajustada, e intervalo de confiança da capacidade funcional em relação à autoavaliação de saúde (a resposta igual à de referência), em idosos. Fibra 2008/09.

	Pior		Melhor	
	Modelo 1 OR (IC95%)	Modelo 2* OR (IC95%)	Modelo 1 OR (IC95%)	Modelo 2* OR (IC95%)
Capacidade funcional abvds				
Independente	1	1	1	1
Dependente	1,82 (1,12–2,96)	1,27 (0,71–2,27)	0,87 (0,64–1,19)	0,83 (0,57–1,20)
Capacidade funcional aivds				
Independente	1	1	1	1
Dependente	2,81 (1,76–4,47)	2,19 (1,22–3,92)	0,86 (0,62–1,20)	0,92 (0,61–1,39)
Força de prensão	0,96 (0,94–0,98)	0,96 (0,93–0,99)	1,00 (0,99–1,01)	1,01 (0,99–1,02)
Velocidade de marcha	1,11 (1,02–1,21)	1,02 (0,94–1,11)	0,88 (0,83–0,94)	0,88 (0,81–0,94)

*Modelo ajustado pelas variáveis sexo, idade, renda, escolaridade, estado conjugal, residência, número de doenças crônicas, ABVDs, AIVDs, velocidade de marcha e força de prensão.

Observa-se que as avaliações positivas tendem a ser superiores às negativas em maior proporção do que quando essa medida é tomada sem se fazer referência direta à comparação social.^{4,18} Proposições advindas da literatura gerontológica apontam para a possibilidade de que haja crenças negativas compartilhadas a respeito da velhice, e, assim, ao se comparar com outros indivíduos considerados idosos, julgam-se em condições melhores de saúde do que os demais.^{19,20}

A percepção de saúde seguiu a mesma direção dos resultados obtidos em outros estudos em relação aos indicadores de funcionalidade. O nível de dependência nas AIVDs, que indicou piora no estado de saúde autoavaliado, corroborou os dados obtidos em estudos semelhantes.²¹⁻²³

Em um estudo de base populacional, com delineamento transversal, observou-se que a incapacidade funcional foi a variável que mais interferiu na percepção de saúde, independente do gênero.²² Em uma revisão sistemática de literatura sobre autoavaliação do estado de saúde na população idosa brasileira, foi possível depreender que, entre as variáveis predominantemente associadas à autoavaliação negativa de saúde, destaca-se a dificuldade e/ou a incapacidade para realização de atividades de vida diária.²³ Pesquisadores mostraram que classificar a saúde como ruim/muito ruim aumentava a chance de os idosos estudados apresentarem dependência moderada e grave.²¹ Esses achados nos levam a considerar a capacidade funcional como um elemento substancialmente relevante para determinar a autoavaliação de saúde dos idosos.²⁴

Apesar da relação negativa entre dependência física e autoavaliação de saúde, com dados provenientes da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 1998-2008, cujo objetivo foi examinar a tendência em saúde, os resultados apontam melhora significativa da autoavaliação em saúde entre os idosos brasileiros, assim como a estabilidade da prevalência de incapacidades para realização de atividades de vida diária ao longo dos anos estudados.²⁵

A força de preensão é considerada um importante indicador de capacidade funcional. Sabe-se que a função do músculo esquelético é um componente importante de saúde e a diminuição da força muscular está associada à morbidade, limitação funcional e mortalidade.²⁶ Os resultados do presente estudo corroboram a literatura, demonstrando uma associação entre força de preensão manual e autoavaliação de saúde.^{27,28} Um estudo transversal de base populacional avaliou a força de preensão e a autoavaliação de saúde e observou que avaliar a sua saúde como boa estava positivamente associada com maior nível de força muscular.²⁷

Avaliar a sua saúde como pior apresentou uma diminuição no desempenho físico. Bez e Neri²⁹ verificaram que a pior autoavaliação de saúde indica maior chance de lentidão de

marcha. Outro estudo evidenciou que os idosos com 80 anos ou mais apresentaram uma associação entre o teste de velocidade da marcha e a autoavaliação de saúde.³⁰ Um estudo longitudinal investigou a relação entre autoavaliação de saúde e função física nos idosos sem demência, e os autores observaram que, depois do ajuste estatístico com indicadores de saúde, avaliar a sua saúde como ruim/muito ruim apresentou maior probabilidade de pior desempenho físico.³¹

A velocidade de marcha pode ser um parâmetro para avaliar o desempenho físico, tanto nas pesquisas como na prática clínica, sendo uma ferramenta de fácil aplicação para ser usada na atenção primária de saúde, com a possibilidade de diagnosticar precocemente os grupos mais vulneráveis para desenvolver incapacidade funcional.

Existe, entretanto, o reconhecimento de algumas limitações no presente estudo. Em primeiro lugar, a incapacidade funcional foi baseada no autorrelato, tal como utilizado em outras pesquisas envolvendo capacidade funcional. Em segundo lugar, ressalta-se o delineamento transversal que não permite análises de relações causais entre as variáveis estudadas. Destaca-se, contudo, que este estudo contribui com evidências provenientes de uma grande amostra de idosos que vivem na comunidade e explora as contribuições do conceito de autoavaliação da saúde comparada aos pares etários e suas relações com dados objetivos e subjetivos de funcionalidade. Futuros estudos devem ser realizados, principalmente em relação a três temáticas:

- abordagem em outras variáveis independentes (como o envolvimento social),
- inclusão de modelos estatísticos mais avançados, como a *Path Analysis* para identificar quais variáveis são mediadoras das relações entre a autoavaliação de saúde e indicadores de funcionalidade, e
- os delineamentos longitudinais para estimação de risco.

CONCLUSÃO

Em suma, os resultados permitiram analisar a autoavaliação de saúde em idosos e identificar as relações com indicadores de capacidade funcional. Foram encontradas associações da autoavaliação de saúde e AIVDs, velocidade de marcha e força de preensão. Esses resultados reforçam a funcionalidade como um importante indicador de saúde, principalmente na perspectiva do envelhecimento.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e à Coordenação de

Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) pelo financiamento deste estudo.

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram não haver conflito de interesses.

REFERÊNCIAS

- Whitley E, Popham F, Benzeval M. Comparison of the Rowe–Kahn Model of Successful Aging With Self-rated Health and Life Satisfaction: The West of Scotland Twenty-07 Prospective Cohort Study. *Gerontologist*. 2016;56(6):1082-1092.
- Leinonen R, Heikkinen E, Jylha M. Changes in health, functional performance and activity predict changes in self-rated health: a 10-year follow-up study in older people. *Arch Gerontol Geriatr*. 2002;35:79-92.
- Festinger L. A Theory of Social Comparison Processes. *Human Relations*. 1954;7:40.
- Henchoz K, Cavalli S, Girardin. Health perception and health status in advanced old age: A paradox of association. *J Aging Studies*. 2008;22:282-90.
- Borim FSA, Neri AL, Francisco PMSB, Barros MBA. Dimensões da autoavaliação de saúde em idosos. *Rev Saúde Pública*. 2014;48(5):714-22.
- Confortin SC, Giehl MWC, Antes DL, Schneider IJC. Autopercepção positiva de saúde em idosos: estudo populacional no Sul do Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2015;31(5):1049-60.
- Shen C, Schooling CM, Chan WM, Zhou JX, Johnston JM, Lee SY, et al. Self-rated health and mortality in a prospective Chinese elderly cohort study in Hong Kong. *Prevent Med*. 2014;67:112-8.
- Cramm JM, Bornscheuer L, Selivanova A, Lee J. The health of India's elderly population: A Comparative Assessment Using Subjective and Objective Health Outcomes. *J Popul Ageing*. 2015;8:245-59.
- Cheng S-T, Fung H, Chan A. Maintaining self-rated health through social comparison in old age. *J Gerontol*. 2007;62B(5):277-85.
- Corcoran K, Crusius J, Mussweiler T. Social comparison: motives standards, and mechanisms. *Theories Social Psychologic*. 2011;119-39.
- Kashikar Y, Nagarkar A. Prevalence and determinants of frailty in older adults in India. *Ind J Gerontol*. 2016;30(3):364-81.
- 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.
- Brucki SMD, Nitrini R, Caramelli P, Bertolucci PHF, Okamoto IH. Sugestões para o uso Mini-Exame do Estado Mental no Brasil. *Arq Neuropsiquiatr*. 2003;61(3B):777-81.
- Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontol*. 1969;9:179-86.
- Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. *JAMA*. 1963;185(12):914-9.
- Guralnik JM, Simonssick EM, Ferrucci L, Glynn R, Berkman LF, Blazer DG, et al. A short physical performance battery assessing lower extremity function: Association with self-reported disability and prediction of mortality and nursing home admission. *J Gerontol*. 1994;49(2):85-94.
- Robert SA, Cherepanov D, Palta M, Dunham NC, Feeny D, Fryback DG. Socioeconomic status and age variations in health-related quality of life: results from the National Health Measurement Study. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2009;64(3):378-89. DOI: 10.1093/geronb/gbp012
- 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(6):739-61.
- Legg M, Occhipinti S, Ferguson M, Dunn J, Chambers SK. When peer support may be most beneficial: the relationship between upward comparison and perceived threat. *Psychooncology*. 2011;20(12):1358-62.
- Chio NG, DiNitto DM, Kim J. Discrepancy between chronological age and felt age: age group difference in objective and subjective health as correlates. *J Aging Health*. 2014;26(3):458-73. DOI: 10.1177/0898264314523449
- Rosa TEC, Benício MH D'Aquino, Latorre MRDO, Ramos LR. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. *Rev Saúde Pública*. 2003;37(1):40-8.
- Silva RJS, Menezes AS, Tribess S, Rómo-Perez V, Virtuoso Júnior JS. Prevalência e fatores associados à percepção negativa da saúde em pessoas idosas no Brasil. *Rev Bras Epidemiol*. 2012;15(1):49-62.
- Pagotto V, Bachion MM, Silveira EA. Autoavaliação da saúde por idosos brasileiros: revisão sistemática da literatura. *Rev Panam Salud Publica*. 2013;33(4):302-10.
- Ramos LR. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. *Cad Saúde Pública*. 2003;19(3):793-8.
- Lima-costa MF, Matos DL, Camargos VP, Macinko J. Tendências em dez anos das condições de saúde de idosos brasileiros: evidências da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (1998, 2003, 2008). *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011;16(9):3689-96.
- Rantanen T, Guralnik JM, Sakari-Rantala R, Leveille S, Simonsick EM, Ling S, et al. Disability, physical activity, and muscle strength in older women: The women's health and aging study. *Arch Phys Med Rehabil*. 1999;80(2):130-5.
- Hansen AW, Beyer N, Flensburg-Madsen T, Grønbaek M, Helge JW. Muscle strength and physical activity are associated with self-rated health in an adult Danish population. *Prevent Med*. 2013;57:792-8.
- Lino VTS, Rodrigues NCP, O'Dwyer G, Andrade MKN, Mattos IE, Portela MC. Handgrip Strength and Factors Associated in Poor Elderly Assisted at a Primary Care Unit in Rio de Janeiro, Brazil. *PLoS ONE*. 2016;11(11). DOI: 10.1371/journal.pone.0166373
- Bez JPO, Neri AL. Velocidade da marcha, força de preensão e saúde percebida em idosos: dados da rede FIBRA Campinas, São Paulo, Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2014;19(8):3343-53.
- Ferreira FFP, Izzo H, Filho WJ. Impacto da capacidade física na saúde percebida entre idosos em velhice avançada. *Saúde Coletiva*. 2007;17(4):154-7.
- Brenowitz WD, Hubbard RA, Crane PK, Gray SL, Zaslavsky O, Larson EB. Longitudinal Associations between self-rated health and performance-based physical function in a population-based cohort of older adults. *PLoS One*. 2014;11(9):e111761.

ERRATA

No artigo “Associação entre autoavaliação de saúde e indicadores de capacidade funcional”, com o número de DOI: 10.5327/Z2447-211520171700021, publicado no periódico *Geriatrics, Gerontology and Aging*. 2017;11(2):61-7, na página 61:

Onde se lia:

Josana Maria Moreira Martinez Belmonte

Leia-se:

Josiana Maria Moreira Martinez Belmonte