

AUTOPERCEPÇÃO DE SAÚDE EM UM GRUPO DE IDOSOS VINCULADOS A UM PLANO DE SAÚDE

Self-perceived health in a group of older adults covered by a health insurance plan

Maria Elisa Gonzalez Manso^a , Leticia Silva de Jesus^a , Diego Reses de Gino^b 

RESUMO

INTRODUÇÃO: A autopercepção de saúde por parte da pessoa idosa é uma ferramenta de grande importância por se tratar de indicador que representa aspectos de saúde tanto físicos quanto cognitivos e emocionais. **OBJETIVOS:** Apresentar como um grupo de idosos vinculado a um plano de saúde avalia sua autopercepção de saúde e quais as variáveis que interferem nessa percepção. **METODOLOGIA:** Trata-se de pesquisa quantitativa e transversal, com 148 idosos moradores da cidade de São Paulo (SP), durante o ano de 2017. As variáveis comparativas do estudo foram sexo, idade, estado civil, desempenho das atividades básicas de vida diária e instrumentais de vida diária, qualidade do sono, presença de lazer, número de doenças e de medicamentos de uso contínuo. Para análise estatística, utilizaram-se os testes t de Student, χ^2 ou exato de Fisher, quando necessário, além de regressão logística. **RESULTADOS:** Foram encontradas relações significativas entre uma má percepção de saúde e as variáveis: sexo feminino, presença de polifarmácia, número de doenças, qualidade do sono e desempenho nas atividades instrumentais de vida diária. A dependência para as atividades instrumentais de vida diária faz com que esses idosos tenham 5,33 vezes mais chances de ter má autopercepção de saúde. Cada comorbidade acrescida ao estado de saúde desse grupo incrementa 1,39 vez as chances de má autopercepção de saúde. **CONCLUSÃO:** A autopercepção de saúde nesse grupo é influenciada por inúmeras variáveis, mas o grau de dependência e o número de doenças foram as de maior impacto.

PALAVRAS-CHAVE: autopercepção; saúde do idoso; planos de pré-pagamento em saúde.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Self-perceived health reported by older adults is a tool of great importance for the health care system as it provides an indicator representing physical, cognitive, and emotional aspects of health. **OBJECTIVE:** To report how a group of older adults covered by a health insurance plan evaluate their self-perceived health and which variables influence their perception. **METHOD:** This quantitative cross-sectional study included 148 older adults living in the city of São Paulo, Brazil, in 2017. The study variables were sex, age, marital status, performance in basic activities of daily living and instrumental activities of daily living, sleep quality, leisure activity, number of diseases, and use of continuous medication. Statistical analysis was performed using Student's t -test, χ^2 test, or Fisher's exact test, and logistic regression was used. **RESULTS:** Significant relationships were observed between poor self-perceived health and the following variables: being female, polypharmacy, number of diseases, sleep quality, and performance in instrumental activities of daily living. Dependence on the instrumental activities of daily living made these older adults 5.33 times more likely to have poor self-perceived health. Each comorbidity added to the health status of this group increased the chance of poor self-perceived health by 1.39 times. **CONCLUSION:** Self-perceived health in this group of older adults is influenced by several variables; however, degree of dependence and number of diseases were those with the greatest impact.

KEYWORDS: self-perception; older adult health; prepaid health plans.

^aCentro Universitário São Camilo – São Paulo (SP), Brasil.

^bUniversidade Nove de Julho – São Paulo (SP), Brasil.

Dados para correspondência

Maria Elisa Gonzalez Manso – Rua Celso de Azevedo Marques, 740, ap. 1.101 – Mooca – CEP: 03122010 – São Paulo (SP), Brasil. E-mail: mansomeg@hotmail.com
Recebido em: 22/06/2019. Aceito em: 08/01/2020

DOI: 10.5327/Z2447-212320202000040

INTRODUÇÃO

Desde 1940, o Brasil vem apresentando um processo de envelhecimento progressivo da população.¹ Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE),¹ a população de idosos representava 5,61% do total de habitantes do país no ano 2000; em 2017, já representa 12,7% e estima-se que, no ano de 2050, ultrapasse os 13,44% da população brasileira. No contexto mundial, a Organização das Nações Unidas (ONU)² aponta que uma em cada nove pessoas no mundo tem, atualmente, 60 anos ou mais e que, em 2050, a população de idosos representará 22% da população mundial, ou seja, dois bilhões de pessoas.

A saúde do idoso pode ser avaliada de diferentes maneiras. Uma dessas diz respeito à capacidade funcional da pessoa idosa, a qual, do ponto de vista biológico, altera-se ao longo do curso da vida, atingindo seu ápice no começo da vida adulta e, a partir de então, declinando. Esta capacidade funcional não é apenas condicionada pela biologia, mas também sofre interferências das condições sociais, econômicas e culturais que determinam o processo de adoecimento. Assim, dentro do mesmo país ou da mesma cidade, grupos de idosos poderão ter capacidade funcional muito diversa.³

Com a finalidade de se estabelecer políticas públicas que considerem a diversidade do envelhecer, a Organização Mundial da Saúde (OMS), desde 1950, recomenda a utilização da autopercepção para monitorar o estado de saúde das populações idosas, já que este indicador representa os aspectos de saúde tanto físicos quanto cognitivos e emocionais. Trata-se de avaliação utilizada em pesquisa epidemiológica que permite analisar a qualidade de vida e intervir na morbimortalidade e no declínio da capacidade funcional, melhorando a expectativa de vida. É considerada ainda como importante preditor da mortalidade entre idosos.^{4,5}

Estudo anterior demonstra que bons níveis de saúde física e mental, autonomia e preservação da capacidade funcional têm sido relacionados à autopercepção de saúde positiva.⁶ Outros achados que se relacionam com a autopercepção positiva são: alto nível socioeconômico, religiosidade e hábitos de vida saudáveis.⁷ As críticas à utilização desse indicador destacam seu caráter subjetivo e a sobreposição que é realizada pelos idosos entre saúde, doença e envelhecimento.⁵

No Brasil, a pessoa idosa pode receber atenção à sua saúde tanto no sistema público quanto no setor privado. Este último é representado, em grande parte, pelos planos ou convênios médicos. Dados demonstram que o setor de saúde suplementar brasileiro se apresenta mais envelhecido que a população brasileira como um todo. Assim, em setembro de 2018, 13,61% do total de 47.292.741 usuários de planos de saúde tinham 60 ou mais anos de vida.⁸ Não há estudos, porém,

sobre como estes idosos, vinculados a convênios médicos, avaliam sua autopercepção de saúde, bem como quais os fatores que influenciam positiva ou negativamente essa percepção.

O objetivo desta pesquisa é apresentar como um grupo de idosos vinculados a um plano de saúde avaliam sua autopercepção de saúde e quais as variáveis que interferem nessa percepção.

MÉTODO

Esta pesquisa, de natureza quantitativa e transversal, foi realizada durante o ano de 2017 com um grupo de idosos vinculados a um plano de saúde. Foram incluídos idosos residentes na cidade de São Paulo (SP) com idade igual ou superior a 60 anos e excluídos da pesquisa idosos institucionalizados, hospitalizados, com doenças agudas ou que apresentassem déficits cognitivos avaliados por um teste de triagem: o miniexame do estado mental. Para este último, foram utilizados os pontos de corte ajustados segundo a escolaridade, como preconizado pelo Ministério da Saúde brasileiro.⁹

Para o cálculo da amostra, considerou-se nível de confiança de 95% e erro amostral de 5%, tendo sido entrevistados 148 idosos (total de idosos vinculados ao plano de saúde e que atendiam aos critérios de inclusão = 369). Selecionaram-se os participantes por sorteio, aleatoriamente, por meio de uma listagem de números com o total da população. Realizaram-se as entrevistas nas residências das pessoas, após leitura e assinatura pelo entrevistado do termo de consentimento livre e esclarecido.

As variáveis de estudo, além da autopercepção de saúde, foram sexo, idade, estado civil, renda, desempenho das atividades básicas de vida diária (ABVD), desempenho das atividades instrumentais de vida diária (AIVD), qualidade do sono, presença de lazer, presença de doenças e uso de medicamentos de uso contínuo. A avaliação das ABVD e AIVD foi realizada pelas escalas de Katz e Lawton, respectivamente,¹⁰ as demais variáveis foram coletadas mediante questionário desenvolvido pela equipe de pesquisadores. Para coleta da autopercepção de saúde, utilizou-se o instrumento preconizado pelo Ministério de Saúde brasileiro,¹¹ com as classificações: ótima, boa, regular e má.

Os dados, organizados em planilha de Excel, foram submetidos à análise estatística realizada pelo *software* SPSS versão 25 IBM®. A análise descritiva compreendeu medidas categóricas e contínuas, estas últimas expressas na forma de medidas de tendência central e medidas de dispersão. Os dados categóricos foram expressos por distribuição de frequência absoluta (n) e relativa (%).

Necessitou-se reagrupar a autopercepção de saúde em má/regular ou boa/ótima por haver poucos idosos em

algumas categorias, sendo a categoria boa/ótima considerada como referência.

Realizou-se análise univariada, em que cada variável foi considerada separadamente e associada à autopercepção de saúde, e multivariada, com avaliação de diversas variáveis em conjunto em relação à autopercepção de saúde.

Para comparações entre as variáveis, utilizou-se o teste *t* de Student, o teste χ^2 ou o teste exato de Fisher (F), quando necessário, considerando um nível de significância de 5%.

A normalidade foi avaliada graficamente e a suposição de homogeneidade das variâncias, que é a suposição mais forte para a utilização do teste *t* de Student, foi checada. Mais ainda, considerando o teorema do limite central, a distribuição de amostras com mais de 30 indivíduos tende assintoticamente a uma distribuição normal. Com base nessas teorias e suposições, assegurou-se a propriedade para utilizar o teste *t* de Student, apresentaram-se as médias e os desvios padrão para descrever as variáveis.

Com o intuito de identificar os fatores que influenciam a percepção de saúde, foi realizada a análise de regressão logística, inserindo-se no modelo inicial todas as variáveis estudadas na análise univariada que apresentaram valor de *p* menor do que 0,10 (*p* < 0,10). O método de regressão logística utilizado foi o *stepwise forward*, que não inclui no modelo final as variáveis que analisadas conjuntamente mostravam-se sem significância estatística. Dessa forma, das variáveis inicialmente inseridas no modelo, apenas entraram no modelo final aquelas que apresentaram significância estatística (*p* < 0,05). As demais variáveis não entraram no modelo.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Centro Universitário São Camilo (SP), CAAE 48116915.8.0000.0062.

RESULTADOS

A Tabela 1 demonstra os dados descritivos encontrados nos 148 pacientes entrevistados. A renda média mensal do grupo foi de R\$ 6.500, variando entre R\$ 0 e R\$ 14 mil.

As doenças que acometem esse grupo de pessoas idosas podem ser todas consideradas como doenças crônicas não transmissíveis. Notou-se ainda a presença de fatores de risco importantes para doenças cardiovasculares no grupo. A média de doenças por idoso encontrada foi de 5,3 doenças, variando de 1 a 10.

A maioria desses idosos refere ter hipertensão arterial (101 / 68,2%). A seguir, 35,1% (52 idosos) referem diabetes tipo 2, 13,5% (20) já têm ou tiveram angina ou infarto e 3,4% (5) tiveram acidente vasculoencefálico. Desses idosos, 12,8% (19) apresentam osteoporose e 22,3% (33) têm

Tabela 1 Dados descritivos em um grupo de idosos vinculados a um plano de saúde, São Paulo, 2017 (n = 148).

		n	%
Gênero	Masculino	58	39,5
	Feminino	89	60,5
	Sem informação	1	-
	Total	148	100,0
Estado civil	Relação estável	79	53,4
	Solteiro	4	2,7
	Separado	8	5,4
	Viúvo(a)	57	38,5
	Total	148	100,0
Autopercepção de saúde	Má	2	1,4
	Regular	26	17,6
	Boa	68	45,9
	Ótima	52	35,1
	Total	148	100,0
ABVD	Independente	143	96,6
	Dependência moderada	3	2,0
	Dependência total	2	1,4
	Total	148	100,0
AIVD	Independente	103	69,6
	Independente / sedentário	5	3,4
	Dependência leve	9	6,1
	Dependência moderada	20	13,5
	Dependência grave	11	7,4
	Total	148	100,0
Risco de queda (TUG)	Sem dificuldade	90	60,8
	Dificuldade leve	40	27,0
	Dificuldade moderada	9	6,1
	Dificuldade grave	9	6,1
	Total	148	100,0
Acuidade visual	Inadequada	97	65,5
	Adequada	51	34,5
	Total	148	100,0
Acuidade auditiva	Inadequada	64	43,2
	Adequada	84	56,8
	Total	148	100,0
Sem lazer	Não	141	95,3
	Sim	7	4,7
	Total	148	100,0
Sono	Adequado sem medicamento	83	56,1
	Adequado com medicamento	10	6,8
	Inadequado sem medicamento	17	11,5
	Inadequado com medicamento	38	25,7
	Total	148	100,0

ABVD: atividades básicas de vida diária; AIVD: atividades instrumentais de vida diária; TUG: teste *timed up and go*.

ou tiveram algum tipo de câncer. A depressão é referida por 9 idosos (6,1%).

O número médio de medicamentos utilizado por cada idoso foi de 6,9, variando de 1 a 21 medicamentos.

Como mencionado, foi necessário reagrupar o grupo para melhor análise estatística na variável autopercepção de saúde por haver poucos idosos em algumas categorias. Como resultado, 28 (18,9%) pessoas idosas consideram sua saúde má/regular e 120 (81,1%) boa/ótima.

A Tabela 2 apresenta as análises uni e multivariadas associadas à autopercepção de saúde. Pode-se observar que houve diferença significante entre os grupos (má/regular e boa/ótima) em relação ao número de medicamentos ingeridos/dia e número de doenças ($p < 0,05$), evidenciando que os idosos participantes que referem sua saúde como má/regular utilizam, em média, maior quantidade de medicamentos e têm maior número de doenças.

Pode-se observar diferença estatisticamente significante entre os grupos categorizados quanto à autopercepção de saúde em relação a outras variáveis, como demonstrado na Tabela 3. Notou-se maior percentual de idosas e de pessoas com dependência nas AIVD entre os que referiram sua autopercepção de saúde como má/regular. Constatou-se ainda maior percentual de pessoas idosas com sono adequado sem necessidade de utilização de medicamento no grupo com boa/ótima autopercepção de saúde. Com relação às demais variáveis e às doenças referidas por esses idosos, não houve diferença estatisticamente significante entre os grupos.

Tabela 2 Análise uni e multivariada significativamente associada à autopercepção de saúde em um grupo de idosos vinculados a um plano de saúde, São Paulo, 2017 (n = 148).

		Autopercepção de saúde		p
		Má/Regular	Boa/Ótima	
Número de medicamentos	n	28	120	0,003
	Média	9,00	6,46	
	Desvio padrão	4,62	3,77	
	Mínimo	3,00	0,00	
	Máximo	21,00	21,00	
Número de doenças	n	28	120	< 0,001
	Média	8,00	5,87	
	Desvio padrão	2,19	2,69	
	Mínimo	4,00	1,00	
	Máximo	13,00	16,00	

A Tabela 4 mostra a análise de regressão logística, em que os resultados indicam que as variáveis que mais influenciaram a má autopercepção de saúde foram a dependência para realização de AIVD e o número de doenças.

Constatou-se que os idosos do grupo pesquisado que apresentam dependência nas AIVD têm, aproximadamente, 5,33 vezes mais chances de ter uma má autopercepção de saúde do que os sem dependência. Depreende-se ainda que cada uma enfermidade acrescida ao número de doenças apresentada por esses idosos aumenta 1,39 vez a chance de má autopercepção de saúde.

Tabela 3 Associação entre variáveis e autopercepção de saúde em um grupo de idosos vinculados a um plano de saúde, São Paulo, 2017 (n = 148).

		Autopercepção de saúde				p
		Má/Regular		Boa/Ótima		
		n	%	n	%	
Sexo	Masculino	6	21,4	52	43,7	0,030
	Feminino	22	78,6	67	56,3	
AIVD	Independente	13	46,4	95	79,2	< 0,001
	Dependência	15	53,6	25	20,8	
Qualidade do sono	Adequado sem medicamento	8	28,6	75	62,5	0,014
	Adequado com medicamento	3	10,7	7	5,8	
	Inadequado sem medicamento	5	17,9	12	10,0	
	Inadequado com medicamento	12	42,9	26	21,7	

AIVD: atividades instrumentais de vida diária.

Tabela 4 Variáveis que mais influenciaram a má autopercepção de saúde em um grupo de idosos vinculados a um plano de saúde, São Paulo, 2017.

Variável	Nível descritivo (p)	Odds ratio (OR)	Intervalo de confiança (IC)
Dependência para AIVD	0,001	5,33	2,07–13,74
Número de doenças	< 0,001	1,39	1,16–1,66

AIVD: atividades instrumentais de vida diária.

DISCUSSÃO

A predominância de mulheres entre o grupo de idosos participantes desta pesquisa bem como a idade média e o estado civil corroboram o já encontrado em outras pesquisas realizadas com usuários de convênios médicos no Brasil.^{12,13} Nota-se predomínio feminino entre os usuários de planos de saúde brasileiros principalmente nas faixas etárias mais longevas e na Região Sudeste do país.

Para o grupo pesquisado, a porcentagem encontrada de idosos que consideram sua autopercepção de saúde como ótima (35,5%) ou boa (45,9%) foi muito superior à encontrada em inquéritos populacionais realizados no Brasil: de 20 a 25%.^{5,7,14,15} Como mencionado, questões socioeconômicas podem influenciar a autopercepção de saúde. Estudos populacionais realizados no Brasil e nos Estados Unidos^{6,7} indicam que idosos pertencentes a níveis socioeconômicos mais elevados têm melhor percepção de sua saúde, considerando-se a renda como um preditor robusto dessa melhor percepção. Apesar de se tratar de grupo com renda média mensal que pode ser considerada média a alta, esta pesquisa não encontrou associação estatística entre renda e autopercepção de saúde, o que poderia explicar as porcentagens de boa e ótima autopercepção de saúde encontradas entre os idosos participantes da pesquisa.

A distribuição dos idosos pesquisados em relação à capacidade de realização das ABVD e AIVD mostra o que já se encontra consolidado na literatura: inicialmente o idoso perde a independência para as AIVD e depois para as ABVD.¹² Pode-se deduzir que se trata de um grupo de idosos em processo de perda de independência.

Quanto ao lazer, a literatura demonstra que pior desempenho no domínio social, com poucas atividades de lazer por parte de idosos, está relacionado à piora da autopercepção de saúde.^{16,17} Outro estudo relata que ser usuário de computador parece associar-se com melhora da autopercepção de saúde, talvez por esses idosos se sentirem mais incluídos, terem acesso a mais informações e, portanto, apresentarem melhora do seu senso de autocontrole.⁷ Nesta pesquisa, apesar de a maioria dos idosos participantes não realizar atividades de lazer para além de usar o computador ou assistir televisão, não se observou associação entre a autopercepção de saúde e esta variável.

As doenças referidas pelos idosos pesquisados seguem o padrão encontrado para esse segmento etário, em que a hipertensão arterial apresenta elevada frequência populacional e incidência que aumenta conforme a elevação da idade. Estima-se que a hipertensão atinja mais da metade da população idosa e é doença geralmente associada a outras comorbidades crônicas, como o diabetes *mellitus*, o segundo diagnóstico mais frequente entre o grupo estudado.^{15,16}

No que tange ao número de doenças encontradas nesse grupo, não se notou diferença com outros estudos com grupos semelhantes em termos de faixa etária.¹² Deve-se ressaltar que idosos portadores de três ou mais doenças apresentam pior qualidade de vida e condições de saúde, maior dificuldade de realização das atividades de vida diária e, consequentemente, maior incapacidade funcional.¹⁴ Sobre o número de medicamentos, também não se observou diferença em relação a outros estudos com grupos semelhantes.¹⁸

Pesquisas demonstram que, com o envelhecer, há inúmeros fatores de risco para o desenvolvimento de patologias relacionadas ao sono. Alterações no ritmo circadiano, o uso de mais de cinco medicamentos por dia e as doenças crônicas (físicas e mentais) que acometem as pessoas idosas contribuem para piora da qualidade do sono.¹⁹

A utilização, por quase metade dos idosos participantes, de medicamentos que induzem o sono é um fator preocupante. A maioria desses fármacos, quando utilizados em idosos, causam sedação, aumentam o risco de quedas e possuem diversos efeitos adversos.²⁰

Observou-se, neste estudo, que os idosos participantes que referem sua saúde como má/regular utilizam, em média, maior quantidade de medicamentos e têm maior número de doenças. Maior número de doenças está associado ao incremento do uso de medicação, maior grau de dependência e perda da capacidade funcional, o que pode alterar a autopercepção de saúde da pessoa idosa.^{14,21,22}

O sexo feminino, outro fator associado à má percepção de saúde entre os idosos pesquisados, é referido como frequentemente relacionado à pior percepção do envelhecimento. Maior número de incapacidades, maior prevalência de doenças crônicas, maior número de comorbidades e depressão são citados na literatura como fatores de risco associados à má percepção de saúde pelas idosas.^{21,23}

Estudos ressaltam ainda que as mulheres idosas, por procurarem mais por serviços de saúde, descobrem mais agravos de saúde e condições menos letais, o que pode influenciar negativamente no modo como estas percebem sua saúde.¹⁴

Este estudo estabeleceu relação estatisticamente relevante entre a autopercepção de saúde e o desempenho nas AIVD. Este achado se relaciona com o fato de que, assim que o idoso inicia a perda da capacidade de cuidar das suas próprias finanças, ir às compras ou ao banco, ele vê isto como um sinal de que sua integridade física e cognitiva começa a ser comprometida.¹⁶ À medida que o grau de dependência aumenta, existe maior declínio de funcionalidade e, quando essa fragilidade é percebida, aumenta a probabilidade de o idoso ter uma má percepção de saúde.²¹

A qualidade do sono mostrou-se outra importante variável que afetou a autopercepção de saúde desse grupo. Idosos apresentam modificações importantes na arquitetura do sono, com a redução percentual do sono de ondas lentas e do sono paradoxal. O estágio IV não é mais registrado, há redução do estágio III e aumento dos despertares noturnos, o que traz como consequência direta a menor eficiência do sono, resultando, muitas vezes, em prejuízo da qualidade. Há aumento dos estágios mais superficiais do sono (I e II), e a latência para o início do sono parece não sofrer alterações importantes. Ocorrem, ainda, outras mudanças no ciclo vigília/sono, com redistribuição do sono nas 24 horas, ou seja, a intrusão de cochilos diurnos e de interrupções do sono noturno, e a antecipação do início e do final do sono para horários mais precoces.²⁰

O sono adequado, sem necessidade de utilização de medicamento, parece influenciar não apenas na qualidade de vida das pessoas idosas, mas vem sendo correlacionado ao desencadeamento e/ou manutenção de doenças neurodegenerativas que acometem essa faixa etária.²⁴ Uma má qualidade do sono pode estar associada à irritação, à depressão e ao isolamento social, o que pode afetar a autopercepção de saúde.

Como comentado, as variáveis que mais influenciaram a má autopercepção de saúde nesse grupo de idosos vinculados a um plano de saúde foram a dependência para realização de AIVD e o número de doenças. A primeira aumentou em 5,33 vezes as chances de má autopercepção de saúde, e a segunda mostrou que, para cada doença que o idoso apresenta em comorbidade, há um incremento de 1,39 vez para uma má autopercepção.

A presença de comorbidades ou multimorbilidade, esta última definida como sendo a ocorrência simultânea de ≥ 2 e ≥ 3 doenças crônicas em uma mesma pessoa, é fenômeno frequente entre a população idosa mundial e associa-se ao aumento da mortalidade e baixa qualidade de vida, além de comprometer a capacidade funcional.²⁵ Pesquisas demonstram que os idosos associam a presença de múltiplas doenças à perda da capacidade de realizar atividades, à impossibilidade de cuidar de si, à não participação nos assuntos familiares, à inatividade social e ao isolamento social e a não ser

capaz de resolver seus problemas; todas essas são ações que remetem ao controle que a pessoa idosa tem sobre sua própria vida. O termo dependência passa a assumir exatamente o contrário de ter controle sobre si.⁵ Daí a influência que a presença de comorbidades e a perda progressiva de dependência adquirem para a autopercepção negativa da saúde.

A limitação desta pesquisa relaciona-se ao próprio grupo estudado, o qual não reflete as características dos idosos brasileiros como um todo, tampouco de outros idosos pertencentes à saúde suplementar, fato que não permite que seus achados sejam generalizados. Outra limitação que pode ser apontada refere-se ao fato de não terem sido incluídas variáveis tais como transtorno de humor, déficit cognitivo e fragilidade, as quais poderiam ter alterado os resultados obtidos. A relevância do estudo, entretanto, consiste na escassa literatura sobre a saúde dos idosos vinculados a planos de saúde no Brasil, o que dificulta o estabelecimento de políticas mais efetivas para as necessidades desse grupo de pessoas.

CONCLUSÃO

A maioria dos idosos que compôs o grupo teve autopercepção positiva da saúde em porcentagens superiores às referidas para idosos brasileiros pela literatura nacional. A regular/má autopercepção foi relacionada às variáveis: sexo feminino, presença de polifarmácia, número de doenças, qualidade do sono e dependência nas AIVD. Observou-se ainda que, dessas variáveis, as que mais influenciam a má percepção de saúde são o desempenho comprometido nas AIVD e o número elevado de doenças. A primeira aumenta em, aproximadamente, cinco vezes e a segunda em mais de uma vez as chances de o idoso avaliar sua saúde como má/regular. Pode-se concluir que o grau de dependência e o número de doenças foram as variáveis que mais impactaram na autopercepção de saúde do grupo.

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declararam não haver conflito de interesses.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Relações entre as alterações históricas na dinâmica demográfica brasileira e os impactos decorrentes do processo de envelhecimento da população [Internet]. IBGE [acessado em 8 fev. 2019]. Disponível em: https://www2.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/alteracoes_e_impactos/default.shtml
2. Ministério dos Direitos Humanos Brasileiro. Dados Estatísticos [Internet]. Ministério dos Direitos Humanos Brasileiro [acessado em 21 jan. 2018]. Disponível em: <http://www.sdh.gov.br/assuntos/pessoa-idosa/dados-estatisticos>
3. Centro Internacional Longevidade Brasil. Envelhecimento ativo: um marco político em resposta a uma revolução da longevidade [Internet]. Rio de Janeiro: CILC; 2015 [acessado em 1º out. 2016]. Disponível em: <http://ilcbrazil.org/portugues/noticias/active-ageing-a-policy-framework-in-response-to-the-longevity-revolution/>

4. Pagotto V, Nakatani AYK, Silveira EA. Fatores associados à autoavaliação de saúde ruim em idosos usuários do Sistema Único de Saúde. *Cad Saúde Pública*. 2011;27(8):1593-602. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2011000800014>
5. Fonseca MGUP, Firmo JOA, Loyola Filho AI, Uchôa E. Role of autonomy in self-assessment of health by the elderly. *Rev Saúde Pública*. 2010;44(1):159-65. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102010000100017>
6. Pinquart M. Correlates of subjective health in older adults: a meta-analysis. *Psychol Aging*. 2001;16(3):414-26. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.16.3.414>
7. Borim FSA, Barros MBA, Neri AL. Self-rated health in the elderly: a population-based study in Campinas, São Paulo, Brazil. *Cad Saúde Pública*. 2012;28(4):769-80. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2012000400016>
8. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Assistência médica por competência segundo segmentação grupo: hospitalar, hospitalar e ambulatorial [Internet]. Região Metropolitana: São Paulo. Agência Nacional de Saúde Suplementar; 2018 [acessado em 8 fev. 2018]. Disponível em: http://www.ans.gov.br/anstabnet/cgi-bin/tabnet?dados/tabnet_br.def
9. Gomes LMC, Martins, LNSL. Avaliação Cognitiva e do Humor. In: Manso MEG, Biffi ECA, editores. Geriatria, Manual da Liga de Estudos do Processo de Envelhecimento. São Paulo: Martinari; 2015.
10. Dias AL, Rodrigues TC. Avaliação da Capacidade Funcional. In: Manso MEG, Biffi ECA, editores. Geriatria, Manual da Liga de Estudos do Processo de Envelhecimento. São Paulo: Martinari; 2015.
11. Estevez ES, Crociari NP. Anamnese e Exame Físico do Idoso. In: Manso MEG, Biffi ECA, editores. Geriatria, Manual da Liga de Estudos do Processo de Envelhecimento. São Paulo: Martinari; 2015.
12. Manso MEG, Osti AV, Borozino NF, Maresti LTP. Avaliação Multidimensional do Idoso: resultados em um grupo de indivíduos vinculados a uma operadora de planos de saúde. *Kairós Gerontol*. 2018;21(1):191-211. <https://doi.org/10.23925/2176-901X.2018v21i1p191-211>
13. Manso MEG, Ribeiro MP. Perfil de um grupo de idosos participantes de um programa de prevenção de doenças crônicas. *Estud. interdiscipl. envelhec.* 2015;20(1):57-71. <http://dx.doi.org/10.13140/RG.2.2.25516.51849>
14. 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/S0102-311X00132014>
15. Medeiros SM, Silva LSR, Carneiro JA, Ramos GCF, Barbosa ATF, Caldeira AP. Fatores associados à autopercepção negativa da saúde entre idosos não institucionalizados de Montes Claros, Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2016;21(11):3377-86. <https://doi.org/10.1590/1413-812320152111.18752015>
16. Barbosa BR, Almeida JM, Barbosa MR, Rossi-Barbosa LAR. Avaliação da capacidade funcional dos idosos e fatores associados à incapacidade. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2014;19(8):3317-25. <https://doi.org/10.1590/1413-81232014198.06322013>
17. Melo DM, Falsarella GR, Neri AL. Autoavaliação de saúde, envolvimento social e fragilidade. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2014;17(3):471-84. <https://doi.org/10.1590/1809-9823.2014.13172>
18. 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):374-86. <https://doi.org/10.1590/1981-22562017020.160111>
19. Quinones MS, Gomes MM. Sono no envelhecimento normal e patológico: aspectos clínicos e fisiopatológicos. *Rev Bras Neurol*. 2011;47(1):31-42.
20. Alvarenga JM, Loyola Filho AI, Giacomin KC, Uchoa E, Firmo JOA. Uso de benzodiazepínicos entre idosos: o alívio de "jogar água no fogo", não pensar e dormir. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2015;18(2):249-58. <https://doi.org/10.1590/1809-9823.2015.14045>
21. Ribeiro EG, Matosinhos FP, Guimarães GL, Couto AM, Azevedo RS, Mendoza IYQ. Autopercepção de saúde e vulnerabilidade clínico-funcional de idosos de Belo Horizonte/Minas Gerais. *Rev Bras Enferm*. 2018;71(Supl. 2):860-7. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0135>
22. Nunes APN, Barreto SM, Gonçalves LG. Relações sociais e autopercepção da saúde: projeto envelhecimento e saúde. *Rev Bras Epidemiol*. 2012;15(2):415-28. <https://doi.org/10.1590/S1415-790X2012000200019>
23. Pedreira RBS, Andrade CB, Barreto VGA, Pinto Junior EP, Rocha SV. Autopercepção de saúde entre idosos residentes em áreas rurais. *Kairós Gerontol*. 2016;19(1):103-19. <https://doi.org/10.23925/2176-901X.2016v19i1p103-119>
24. Manso, MEG. Como a má qualidade do sono prejudica a saúde do nosso cérebro. Portal do Envelhecimento [Internet]. [acessado em 18 jan. 2018]. Disponível em: <https://www.portaldoenvelhecimento.com.br/como-a-ma-qualidade-do-sono-prejudica-a-saude-do-nosso-cerebro/>
25. Nunes BP, Batista SRR, Andrade FB, Souza Junior PRB, Lima-Costa MF, Facchini LA. Multimorbididade em indivíduos com 50 anos ou mais de idade: ELSI-Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2018;52(Supl. 2):10s. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2018052000637>

