

NAYARA SANTOS SOUZA

**AUTOPERCEÇÃO DE SAÚDE E SÍNDROME DA FRAGILIDADE
EM IDOSAS DA COMUNIDADE**

Belo Horizonte

Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional/UFMG

2016

NAYARA SANTOS SOUZA

**AUTOPERCEÇÃO DE SAÚDE E SÍNDROME DA FRAGILIDADE
EM IDOSAS DA COMUNIDADE**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Geriatria e Gerontologia da Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial a aquisição do título de Especialista em Fisioterapia, área de concentração geriatria e gerontologia.

Orientadora: Daniele Sirineu Pereira

Belo Horizonte
Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional/UFMG
2016

S719a Souza, Nayara Santos
Autopercepção de saúde e síndrome da fragilidade em idosas da comunidade.
2016 [manuscrito] / Nayara Santos Souza – 2016.
23 f., enc.il.

Orientadora: Daniele Sirineu Pereira

Monografia (especialização) – Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional.
Bibliografia: f. 14-16

1. Idosos – Saúde e higiene. 2. Envelhecimento. 3. Idoso fragilizado. I. Pereira, Daniele Sirineu II. Universidade Federal de Minas Gerais. Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional. III. Título.

CDU: 612.76

Este trabalho é dedicado aos meus pais, noivo e familiares pelo apoio, suporte e incentivo durante toda a jornada.

AGRADECIMENTOS

Agradeço á Deus por ter me dado saúde para conseguir concluir este trabalho.

Á minha orientadora Daniele Sirineu Pereira pela atenção, dedicação, paciência e por compartilhar seu conhecimento.

Aos professores por todo ensinamento no decorrer do curso.

Aos amigos pelo companheirismo.

Aos pacientes pela confiança depositada, me fazendo crescer profissionalmente e pessoalmente.

RESUMO

A fragilidade é uma condição multifatorial, caracterizada pelo aumento da vulnerabilidade a eventos adversos. A autopercepção da saúde tem sido apontada fortemente como preditor consistente de mortalidade entre idosos. Contudo, poucos estudos investigaram sua relação com a síndrome da fragilidade. O objetivo do estudo foi comparar a autopercepção de saúde de idosas da comunidade entre os níveis de fragilidade (não frágil, pré-frágil e frágil). Trata-se de um estudo observacional, transversal, com amostra de 449 idosas com média de idade de 70,69 anos (DP=4,74). A fragilidade foi avaliada pelos componentes: perda de peso não intencional no ano anterior; exaustão; redução da força de preensão palmar; baixo nível de atividade física e lentidão da marcha, com as classificações *Frágil* (três ou mais componentes), *Pré-frágil* (um ou dois componentes) e *Não-Frágil* (nenhum componente). A autopercepção da saúde foi avaliada pela pergunta: “De maneira geral, como você avalia sua saúde?” e “*Como é a sua saúde, em comparação com a de outras pessoas da sua idade?*”, com possibilidade de respostas: “*ruim*”, “*mais ou menos*” ou “*boa*”. Foram usados testes *Kruskal Wallis* e *Mann Whitney* para análise das variáveis ($\alpha=5\%$). Os resultados demonstraram uma diferença significativa na autopercepção da saúde entre os níveis de fragilidade. Idosas frágeis apresentaram pior autopercepção de saúde em relação às idosas pré-frágeis e às idosas não frágeis. De forma semelhante às idosas pré-frágeis relataram pior percepção comparado àquelas não frágeis. Quanto à autopercepção de saúde comparada, idosas consideradas frágeis apresentaram pior percepção da saúde em relação às idosas pré-frágeis e não frágeis. Contudo, não houve diferença entre idosas pré-frágeis e não frágeis. A autopercepção da saúde foi distinta entre os três níveis de fragilidade, reforçando que esta medida pode indicar piores condições clínicas de saúde. Esses resultados sugerem que a autopercepção de saúde pode ser usada como uma ferramenta simples de rastreio para identificação e direcionamento de avaliações mais específicas para idosas com percepção pessimista sobre a própria saúde.

Palavras-Chaves: Envelhecimento. Idosas da comunidade. Fragilidade. Autopercepção de saúde.

ABSTRACT

Fragility is a multifactorial condition characterized by increased vulnerability to adverse events. Self-perception of health has been strongly pointed out as a consistent predictor of mortality among the elderly. However, few studies have investigated their relationship to the fragility syndrome. The objective of the study was to compare the self-perception of the health of the elderly in the community between the levels of fragility (non-fragile, pre-fragile and fragile). It is an observational, cross-sectional study with a sample of 449 elderly women with mean age of 70.69 years (SD = 4.74). Fragility was assessed by the following components: unintentional weight loss in the previous year; exhaustion; Reduction of palmar grip strength; Low level of physical activity and slow gait, with Fragile (three or more components), Prefragile (one or two components) and Non-Fragile (no component) classifications. Self-perception of health was assessed by the question: "In general, how do you assess your health?" And "How is your health compared to other people your age?" With "bad", "More or less" or "good". Kruskal Wallis and Mann Whitney tests were used to analyze the variables ($\alpha = 5\%$). The results demonstrated a significant difference in the self-perception of health among levels of fragility. Fragile elderly patients presented worse self-perception of health in relation to pre-frail elderly women and to non-frail elderly women. Similarly, pre-frail elderly women reported worse perception compared to non-fragile women. Regarding self-perceived health, older women considered fragile presented poorer health perception than pre-frail and non-frail elderly women. However, there was no difference between pre-frail and non-frail elderly women. Self-perception of health was distinct among the three levels of fragility, reinforcing that this measure may indicate worse health clinical conditions. These results suggest that health self-perception can be used as a simple screening tool for identifying and targeting more specific evaluations for elderly women with a pessimistic perception of their own health.

Keywords: Aging. Elderly in the community. Fragility. Self-perception of health.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	1
2	OBJETIVOS.....	5
3	2.1 <i>Objetivo Geral</i>	5
	2.2 <i>Objetivo Especifico</i>	5
3	METODOLOGIA.....	6
	3.1 Delineamento.....	6
	3.1.1 <i>Critérios de inclusão</i>	6
	3.1.2 <i>Critérios de exclusão</i>	6
	3.2 Instrumentos de Medidas.....	6
	3.2.1 <i>Caracterização da amostra</i>	6
	3.2.2 <i>Síndrome da Fragilidade</i>	6
	3.2.3 <i>Autopercepção de Saúde</i>	7
	3.2.4 <i>Análise estatística</i>	8
4	RESULTADOS.....	9
5	DISCUSSÃO.....	11
6	CONCLUSÃO.....	13
	REFERÊNCIAS.....	14

1. INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é consequência da transição demográfica que ocorreu ao longo dos anos, mudando a estrutura etária da base da pirâmide demográfica. Houve diminuição da taxa de fecundidade e mortalidade, além do aumento da expectativa de vida, decorrentes dos avanços da ciência e as melhorias na qualidade de vida da população (Kuchemann, 2012).

O processo de envelhecimento é caracterizado por um processo que acarreta alterações fisiológicas no indivíduo ao longo do tempo. Idosos são aqueles com 65 anos ou mais, em países desenvolvidos, e 60 anos ou mais em países em desenvolvimento (Fhon, 2012).

Estima-se que em 2050, 26,7% total da população brasileira será composta por indivíduos idosos, sendo sua maior parte composta por mulheres (IBGE, 2011).

Hoje, as mulheres representam 55,5% da população idosa brasileira e 61% do contingente de idosos acima de 80 anos (IBGE, 2011). Durante o envelhecimento, observamos que o número de mulheres idosas se sobrepõe ao número de homens idosos. Esta maior expectativa de vida feminina pode ser explicada pelo fato de que homens, jovens adultos, se expõe mais à fatores de risco como acidentes, assassinatos, além de apresentarem menor adesão ao acompanhamento médico regular, o que reflete um número maior de mortes nesta população. (Küchemann, 2012).

No decorrer do envelhecimento ocorre o processo natural de senescência, ou seja, o indivíduo passa por mudanças características deste processo sem muitas interferências em sua rotina e capacidade funcional. Porém, este processo nem sempre ocorre de maneira natural, sendo acompanhado de

várias doenças crônicas que tornam estes indivíduos incapacitados e dependentes, caracterizando a senilidade. Nesse contexto, a Síndrome da Fragilidade vem ganhando destaque, pois causa declínio das reservas fisiológicas tornando o idoso um indivíduo mais vulnerável (Remor, 2012). A Fragilidade é definida como um estado de vulnerabilidade do indivíduo, onde fatores estressores causam declínio das reservas fisiológicas, queda funcional ocasionando comprometimento na homeostase, ou seja, os sistemas fisiológicos perdem a capacidade de se manterem estáveis, tornando-se mais vulneráveis na presença de estresse. (Fried, 2001).

A Síndrome da Fragilidade está relacionada à redução de força e massa muscular; flexibilidade; coordenação e equilíbrio. O indivíduo fragilizado apresenta fatores predisponentes às quedas, maior risco de hospitalização, institucionalização e morte, demandando um maior tempo com cuidados e gastos com a saúde. (Arantes, 2009). A operacionalização da síndrome da fragilidade ainda é controversa na literatura. Contudo, o Fenótipo de Fragilidade proposto por FRIED tem sido amplamente usado tanto no âmbito clínico quanto na pesquisa científica. A classificação dos idosos por esse fenótipo ocorre a partir de cinco componentes: perda não intencional de peso no último ano; fadiga/exaustão; diminuição da força de preensão palmar; redução da atividade física e diminuição da velocidade da marcha (Fried, 2001). São considerados frágeis de acordo com o Fenótipo de Fragilidade, indivíduos que apresentassem três ou mais componentes do fenótipo, pré-frágeis àqueles que apresentassem um ou dois componentes, e não frágeis àqueles que não apresentam nenhum

deles (Remor, 2012).

A Síndrome da Fragilidade tem sido equivocadamente confundida com construtos como comorbidades e incapacidade. Existem diferenças entre eles, embora os mesmos possam estar presentes em um mesmo indivíduo. (Fried, 2004). Comorbidade é quando o indivíduo apresenta pelo menos duas patologias associadas, e como o envelhecimento geralmente é acompanhado pela progressão de doenças crônicas, a comorbidade é um fator que predispõe a incapacidade nos idosos. Incapacidade é quando o indivíduo apresenta dificuldade ou necessidade de ajuda para realizar as atividades do dia-a-dia (Fried, 2004 e ROCKWOOD, 2000). O indivíduo pode ser frágil e não apresentar comorbidades, como também apresentar diversas comorbidades e não ser frágil. Já a incapacidade pode agravar tanto a fragilidade quanto as comorbidades, mas indivíduos frágeis podem não apresentar incapacidades. Por isso se faz necessário à distinção entre elas para a abordagem adequada (Fried, 2004). Por afetar múltiplos sistemas, dentre eles o sistema neuromuscular, neuroendócrino e sistema imunológico, a fragilidade pode levar à limitações funcionais e dificuldades para realizar as AVD's. A autopercepção de saúde é definida como a capacidade do indivíduo em perceber seu estado de saúde em relação ao meio em que se encontra; seja social, profissional ou pessoal (Carvalho, 2012). Estudos apontam que esse construto tem associação com o estado real ou objetivo de saúde, refletindo aspectos da saúde física, cognitiva e emocional (Appels, 1996; Marcellini, 2002). É ainda apontado como um indicador de mortalidade (Kaplan, 1983, Idler, 1997).

Sabemos que a autopercepção de saúde gera um grande impacto em vários

aspectos da saúde do indivíduo sendo considerado um componente de avaliação que abrange aspectos sociais e psicológicos. Quando tais fatores se encontram alterados, refletem uma autopercepção negativa (Carvalho, 2012). Indivíduos com percepção positiva estão mais dispostos a lidar e enfrentar suas limitações do que aqueles com percepção negativa. Isto significa que o indivíduo apresenta um melhor enfrentamento perante aos fatores adversos, o que reflete diretamente na sua qualidade de vida e bem estar (Levy et. al, 2002).

Já a autopercepção de saúde negativa gera um impacto social e psicológico muito grande no indivíduo tornando-os mais susceptíveis á presença de doenças psicossomáticas do que indivíduos com autopercepção positiva de saúde. (Freitas et. al, 2009). A autopercepção de saúde prediz desfechos como declínio funcional e morte, sendo de grande importância nas pesquisas gerontológicas (Idler et. al, 1997). Sabe-se que com a fragilidade, o indivíduo idoso tem declínios funcionais como diminuição da força e massa muscular, flexibilidade, equilíbrio, coordenação, etc, o que acarreta em alto risco para quedas e índice de mortalidade (Fried 2001). Nesse contexto, a autopercepção da saúde negativa tem sido relacionada à mortalidade. Torna-se então importante investigar a relação entre a autopercepção de saúde e a síndrome da fragilidade no contexto do envelhecimento.

2.OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

- Comparar a autopercepção de saúde entre idosas da comunidade classificadas como frágeis, pré-frágeis e não frágeis.

2.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar a amostra de idosas quanto as variáveis sociodemográficas.
- Caracterizar as idosas em relação aos níveis de fragilidade.
- Avaliar a autopercepção das idosas da amostra.
- Comparar a autopercepção de saúde entre os níveis de fragilidade nas idosas da comunidade.

3. METODOLOGIA

3.1 DELINEAMENTO

O presente estudo é um subprojeto de um ensaio clínico já realizado, registrado no Registro Brasileiro de Ensaio Clínicos (ReBEC: RBR9v9cwf), intitulado “Interação entre os polimorfismos dos genes das citocinas TNF- α , IL6, IL10 e os efeitos do exercício físico em idosas”, em que serão usados os dados obtidos no baseline para as análises. Trata-se, portanto, de um estudo do tipo observacional, transversal.

3.1.1 Critérios de inclusão: Foram incluídas 451 mulheres com 65 anos ou mais, residentes na comunidade e sedentárias.

3.1.2 Critérios de exclusão: Os critérios de exclusão foram: idosas com alterações cognitivas detectáveis pelo Mini-exame do Estado Mental, doença inflamatória ou infecciosa em fase aguda; neoplasia nos últimos cinco anos; uso de drogas imunossupressoras; amputações nos membros inferiores; cirurgias ou fraturas nos membros inferiores nos últimos seis meses; presença de doenças ou sequelas neurológicas.

4.2 INSTRUMENTOS DE MEDIDAS

4.2.1 Caracterização da amostra

Os dados sociodemográficos e clínicos foram obtidos por um questionário estruturado elaborado pelos pesquisadores, incluindo informações como idade, renda, escolaridade, doenças associadas, medicações usadas, dentre outras.

3.2.2 Síndrome da Fragilidade:

Para avaliar a condição de fragilidade e categorizar as idosas entre os níveis frágil, pré-frágil e não-frágil, foram utilizados os 5 critérios do fenótipo de fragilidade proposto por Fried et al. (2001): 1) perda de peso não intencional, 2)

exaustão, 3) nível de atividade física, 4) diminuição da velocidade de marcha, 5) força de preensão palmar.

A informação sobre a perda de peso não intencional foi obtida pela seguinte questão: “A Senhora perdeu peso, mais que 4,5 kg, de forma não intencional/involuntária (sem fazer dieta ou regime) no último ano?”. O critério de exaustão foi investigado por meio de dois itens da *Center for Epidemiological Studies – Depression* (CES-D). As idosas foram questionadas em relação à frequência (nunca, raramente, a maioria das vezes e sempre) com que tiveram que “fazer grande esforço para realizar tarefas habituais” e que “não conseguiram terminar determinada tarefa”, na última semana. As participantes que respondiam a “maioria das vezes” e/ou “sempre”, para um dos dois itens eram consideradas frágeis. O nível de atividade física foi avaliado pelo questionário *Minnesota Leisure Time Activities Questionnaire*, traduzido e adaptado para a população brasileira.

A diminuição da velocidade de marcha foi avaliada pelo tempo gasto para a idosa percorrer uma distância de 4,6 m, em velocidade usual. A redução de força de preensão palmar foi mensurada pelo dinamômetro JAMAR, seguindo as recomendações da *American Society of Hand Therapists*, sendo obtida a média de três medidas no membro dominante. Foram adotados os pontos de corte ajustados por sexo, altura e índice de massa corporal, definidos por Fried et al. (2001).

As idosas que apresentassem 3 ou mais dos critérios abaixo eram consideradas frágeis, pré-frágeis se apresentassem 1 ou 2 desses critérios e não-frágeis quando nenhum desses critérios estivesse presente.

3.2.3 Autopercepção de saúde:

A saúde autopercebida foi avaliada por meio das perguntas: “Como sua saúde é de modo geral?” e “Como é a sua saúde, em comparação com a de outras pessoas da sua idade?”, sendo as opções de resposta “Ruim”, “Mais ou menos” ou “Boa”.

3.2.4 Análise estatística

A análise estatística descritiva, utilizando medidas de tendência central (média e mediana), de variabilidade (amplitude e desvio padrão) e distribuição de frequência, foi realizada para a caracterização da amostra. A normalidade da distribuição dos dados foi verificada pelo teste *Kolmogorov-Smirnov*.

Para comparar a autopercepção de saúde entre os níveis de fragilidade (frágil, pré-frágil e não frágil) foi realizado o teste não paramétrico Kruskal Wallis e Mann Whitney, uma vez que os dados não apresentaram distribuição normal.

As análises foram processadas no programa *Statistical Package for Social Sciences*, versão 17.0.1. (SPSS Inc., Chicago, IL). Para todas as análises foi considerado nível de significância de $\alpha = 5\%$.

4. RESULTADOS

Os dados representados na tabela 1 referem-se às características sociodemográficas e clínicas da amostra. Das 451 idosas incluídas no estudo, apenas 449 foram avaliadas, pois duas tiveram câncer e foram excluídas do estudo. A maioria das idosas apresentou faixa etária de 70 anos, eram viúvas, escolaridade média de seis anos, com sobrepeso, faziam uso de dois ou mais medicamentos, apresentavam mais de duas comorbidades e tinham baixa renda familiar. Quanto aos níveis de fragilidade, de acordo com o fenótipo de Fried, 29% (130) eram consideradas não frágeis; 62.1% (279) consideradas pré-frágeis e 8.9% (40) frágeis.

Tabela 1: Característica sociodemográficas

Variáveis	Grupo Não Frágil	Grupo Pré-Frágil	Grupo Frágil	Total
N	29(130)%	62.1(279)%	8.9(40) %	449
Idade (anos)				
65 - 88	70.7 ± 4,9	70.5 ± 4,6	71.7± 4,9	70.7 ± 4,7
Estado Civil %				
Solteira	16.2(21)	12.5(35)	15(6)	36.3(163)
Casada	30.8(40)	39.4(110)	32.5(13)	13.8(62)
Divorciada	10.8(14)	9(25)	20(8)	10.5(47)
Viúva	42.3(55)	39.1(19)	32.5(13)	39.4(177)
Escolaridade	7,2 ± 4,5	6,3 ± 4,2	4,3 ± 3,5	6,4 ± 4,3
IMC(Kg/m²)				
14.82 – 48.61	28.0 ± 4,16	29.7 ± 5,06	27.8 ± 4,6	29 ± 4,8
Comorbidades				
0 – 8.00	2.3 ± 1,46	2.7 ± 1,6	2.9 ± 1,8	2.6 ± 1,6
Medicamentos				
0 – 10.00	2.7 ± 1,78	3.3 ± 2,1	3.5 ± 2,2	3.2 ± 2,0
Renda Familiar %				
1 salário	13,8%	14.3(40)%	10(4)%	13.8(62)%
2 salários	26,2%	23.3(65)%	27.5(11)%	24.5(110)%
3 salários	15,4%	21.9(61)%	5(2)%	18.5(83)%
4 salários	11,5%	12.9(36)%	12.5(5)%	12.5(56)%
5 ou mais salários	33,1%	27.2(76)%	45(18)%	30.5(137)%

IMC: Índice de massa corporal

Em relação à autopercepção da saúde, de modo geral, idosas não frágeis e pré-frágeis tiveram melhor percepção da saúde (“boa”) em relação às idosas frágeis, que tenderam a relatar a percepção de saúde como “mais ou menos”. Na tabela 2 é apresentada a comparação da autopercepção de saúde entre os níveis de fragilidade na amostra de idosas da comunidade. Houve diferença significativa na autopercepção da saúde entre os três níveis de fragilidade. Para a questão “*Como sua saúde é de modo geral?*” idosas frágeis apresentaram pior autopercepção de saúde em relação às idosas pré-frágeis e às idosas não frágeis, de forma semelhante às idosas pré-frágeis relataram pior percepção comparado àquelas não frágeis. Já em relação à questão “*Como é a sua saúde, em comparação com a de outras pessoas da sua idade?*” idosas consideradas frágeis apresentaram pior percepção da saúde em relação às idosas pré-frágeis e não frágeis. Contudo, não houve diferença entre idosas pré-frágeis e não frágeis.

Tabela 2: Comparação da autopercepção de saúde entre os níveis de fragilidade

Aupercepção da saúde	Fragilidade			
	Amostra total	Não Frágil	Pré-frágil	Frágil
<i>Aupercepção da saúde Global</i>				
Ruim	4.1%	2.4% ^A	4.3% ^B	8.1% ^C
Mais ou menos	41.4 %	27.8% ^D	64.9% ^E	64.9% ^F
Boa	54.5%	69.8% ^G	51.3% ^H	27% ^I
<i>Aupercepção da saúde Comparada</i>				
Ruim	2.7%	1.6% ^J	7.5% ^K	5.4% ^K
Mais ou menos	23.8%	17.5% ^L	39.4% ^M	37.8% ^M
Boa	73.5%	81% ^N	53% ^O	56.8% ^O

Kruskal-Wallis, Man Whitney. Médias que compartilham a mesma letra sobrescrita não apresentam diferença significativa, $\alpha = 5\%$.

5. DISCUSSÃO

Os resultados do presente estudo demonstraram que em relação às características sociodemográficas a maioria das idosas foram viúvas, com escolaridade média de seis anos, com sobrepeso, baixo número de comorbidades e medicamentos usados. As diferenças significativas da autopercepção da saúde em mulheres idosas nos três níveis de fragilidade, classificados de acordo com Fried et al. (2001), foram observadas no estudo. No contexto clínico é um achado importante, uma vez que a percepção de saúde é uma medida simples e fácil de ser usada, podendo constituir uma ferramenta para identificação de idosas que demandam uma abordagem mais criteriosa. Existem poucas investigações sobre a relação entre autopercepção de saúde e fragilidade, tornando limitada a comparação dos resultados deste estudo com os de outros. Na literatura, a prevalência de idosos frágeis acima de 65 anos varia em torno de 10% e, com tendência a aumentar com o avanço da idade (Souza, 2012). No presente estudo as idosas frágeis totalizaram 8,9% da amostra, 62% pré-frágeis e 29% de não frágeis. Em estudo de base populacional em Belo Horizonte-MG, a prevalência de idosos frágeis foi de 8,4%, pré-frágeis de 46,3% e não frágeis de 45% (Vieira, 2013). As diferenças encontradas entre os estudos podem estar relacionadas ao fato de no presente estudo a amostra ter sido de conveniência e de que foram incluídas apenas mulheres. A autopercepção de saúde tem sido um dos indicadores mais utilizados em pesquisas de populações idosas (Lima-Costa, 2004; Santos, 2008; Alves, 2010; Cesari, 2009), sendo preditor robusto de mortalidade e declínio funcional nessa população. Em nosso estudo, idosas frágeis relataram pior percepção de saúde em relação à pré-frágeis e não frágeis, corroborando resultados de outros estudos (Vieira, 2013; Lau, 2016). Em estudo de Lau & Kwan com amostra de 121 idosos com média de idade de 97,7 anos (DP = 2,3), com 73% de mulheres, a condição de fragilidade ocorreu concomitantemente com pobre percepção de saúde em 32,4% dos idosos. Já em estudo de Huohvanaine et

al., embora com amostra exclusivamente masculina, foi verificado que a pobre autopercepção de saúde na meia idade foi associada ao desenvolvimento tanto de pré-fragilidade, quanto de fragilidade na idade avançada (Huohvanainen, 2016).

A autopercepção de saúde contempla diferentes aspectos do indivíduo, incluindo uma perspectiva biopsicossocial. Ela deve ser compreendida tanto na perspectiva de sua natureza subjetiva e contextual, como também um indicador objetivo de condições somáticas e mentais. Embora seja uma concepção individual e subjetiva, apresenta ligação também com o contexto social e o contexto biológico (Jylha, 2009).

O mecanismo subjacente à relação da autopercepção de saúde com desfechos adversos de saúde, ainda não tem sido explorados. Contudo, Jylha argumenta que tais desfechos geralmente estão relacionados a alterações em processos fisiológicos, de modo em que há ligação da autopercepção de saúde com a mortalidade e declínio funcional. Podemos incluir aqui a fragilidade, pode ser entendida como um resumo compactado de informações e/ou percepções sobre as condições corporais envolvidas nesses contextos (Jylha, 2009).

O uso da autopercepção da saúde na prática clínica, pela facilidade de sua obtenção, pode ser útil como ferramenta de triagem para o estado de saúde, incluindo aspectos perceptuais do indivíduo e informações que não poderiam ser obtidas por ferramentas específicas. Nesse contexto, mesmo que a autoavaliação da saúde não seja garantia da condição de saúde do idoso, uma autopercepção negativa certamente merece atenção e direcionamento do profissional da saúde para uma abordagem diferenciada, em busca de fatores que possam estar afetando a percepção do paciente, como por exemplo, condições subclínicas no paciente idoso. Assim, considerando que a autopercepção da saúde não substitui ferramentas de diagnóstico, ela pode além de permitir rastreio de idosos com maior probabilidade de maiores comprometimentos, auxiliar na tomada de decisões clínicas, especialmente em países de baixa e média renda, onde os recursos são escassos (Babones, 2009).

6. CONCLUSÃO

Distinta entre os três níveis de fragilidade (não frágil pré-frágil e frágil), a autopercepção de saúde é uma medida que pode indicar piores condições de saúde clínica em pessoas idosas. Os resultados sugerem que a autopercepção de saúde pode ser usada como uma ferramenta simples de rastreio para identificação e direcionamento de avaliações mais específicas para idosas com percepção mais pessimista sobre a própria saúde. A facilidade de acesso dessa medida pode permitir identificação precoce da condição de saúde das idosas frágeis e pré-frágeis, possibilitando abordagem antecipada, ou seja, preventiva dessa população, minimizando os fatores de risco e suas complicações, como institucionalização, hospitalização e morte.

REFERÊNCIAS

APPELS, A. et al. Self-rated health and mortality in a Lithuanian and a Dutch population. **Social Science & Medicine**, v. 42, n. 5, p. 681-689, 1996. ISSN 0277-9536.

ARANTES, P. M. et al. Atuação da fisioterapia na síndrome de fragilidade: revisão sistemática. **Rev Bras Fisioter**, v. 13, n. 5, p. 365-75, 2009.

BABONES, S. The consistency of self-rated health in comparative perspective. **Public health**, v. 123, n. 2, p. 199-201, 2009. ISSN 0033-3506.

CARVALHO, F. F. et al. Análise da percepção do estado de saúde dos idosos da região metropolitana de Belo Horizonte. **Rev. bras. geriatr. gerontol**, v. 15, n. 2, p. 285-294, 2012. ISSN 1809-9823.

DE ALBUQUERQUE SOUSA, A. C. P. et al. Frailty syndrome and associated factors in community-dwelling elderly in Northeast Brazil. **Archives of gerontology and geriatrics**, v. 54, n. 2, p. e95-e101, 2012. ISSN 0167-4943.

FRIED, L. P. et al. Frailty in older adults evidence for a phenotype. **The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences**, v. 56, n. 3, p. M146-M157, 2001. ISSN 1079-5006.

FRIED, L. P. et al. Untangling the concepts of disability, frailty, and comorbidity: implications for improved targeting and care. **The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences**, v. 59, n. 3, p. M255-M263, 2004. ISSN 1079-5006.

FHON, J. R. S. et al. Síndrome de fragilidade relacionada à incapacidade funcional no idoso. **Acta Paul Enferm**, v. 25, n. 4, p. 589-94, 2012.

HUOHVANAINEN, E. et al. Association of Self-Rated Health in Midlife With Mortality and Old Age Frailty: A 26-Year Follow-Up of Initially Healthy Men. **The**

Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences, p. glv311, 2016. ISSN 1079-5006.

IDLER, E. L.; BENYAMINI, Y. Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. **Journal of health and social behavior**, p. 21-37, 1997. ISSN 0022-1465.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. Sinopse do Senso Demográfico de 2010. <www.ibge.gov.br> Acesso em 05 dezembro 2015.

JYLHÄ, M. What is self-rated health and why does it predict mortality? Towards a unified conceptual model. **Social science & medicine**, v. 69, n. 3, p. 307-316, 2009. ISSN 0277-9536.

KAPLAN, G. A.; CAMACHO, T. Perceived health and mortality: a nine-year follow-up of the human population laboratory cohort. **American journal of epidemiology**, v. 117, n. 3, p. 292-304, 1983. ISSN 0002-9262.

KÜCHEMANN, B. A. Envelhecimento populacional, cuidado e cidadania: velhos dilemas e novos desafios. **Sociedade e Estado**, v. 27, n. 1, p. 165-180, 2012. ISSN 0102-6992.

LAU, B. H. P.; KWAN, J.; CHEUNG, K. S. L. Overlap of Frailty, Comorbidity, Disability, and Poor Self-Rated Health in Community-Dwelling Near-Centenarians and Centenarians. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 64, n. 4, p. 900-901, 2016. ISSN 1532-5415.

LEVY, B. R.; SLADE, M. D.; KASL, S. V. Longitudinal benefit of positive self-perceptions of aging on functional health. **The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences**, v. 57, n. 5, p. P409-P417, 2002. ISSN 1079-5014.

LIMA-COSTA, M. F.; FIRMO, J. O.; UCHÔA, E. A estrutura da auto-avaliação da saúde entre idosos: projeto Bambuí. **Revista de Saúde Pública**, v. 38, n. 6, p. 827-834, 2004. ISSN 1518-8787.

MARCELLINI, F. et al. Health perception of elderly people: the results of a longitudinal study. **Archives of Gerontology and Geriatrics**, v. 35, p. 181-189, 2002. ISSN 0167-4943.

REMOR, C. B.; BÓS, A. J. G.; WERLANG, M. C. Características relacionadas ao perfil de fragilidade no idoso. **Scientia Medica**, v. 21, n. 3, 2011. ISSN 1806-5562.

ROCKWOOD, K.; HOGAN, D. B.; MACKNIGHT, C. Conceptualisation and measurement of frailty in elderly people. **Drugs & aging**, v. 17, n. 4, p. 295-302, 2000. ISSN 1170-229X.

SANTOS, E. G. S. Perfil de fragilidade em idosos comunitários de Belo Horizonte: um estudo transversal. 2008.

VIEIRA, R. A. et al. Prevalência de fragilidade e fatores associados em idosos comunitários de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil: dados do estudo FIBRA. **Cad Saude Publica**, v. 29, n. 8, p. 1631-1643, 2013.

XUE, Q.-L. The frailty syndrome: definition and natural history. **Clinics in geriatric medicine**, v. 27, n. 1, p. 1-15, 2011. ISSN 0749-0690.