

Autopercepção positiva de saúde em idosos: estudo populacional no Sul do Brasil

Positive self-rated health in the elderly: a population-based study in the South of Brazil

Autopercepción positiva de salud en ancianos: estudio poblacional en el Sur de Brasil

Susana Cararo Confortin ¹
 Maruí Weber Corseuil Giehl ¹
 Danielle Ledur Antes ¹
 Ione Jayce Ceola Schneider ¹
 Eleonora d'Orsi ¹

Abstract

The objective was to identify factors associated with positive self-rated health in the elderly in Florianópolis, Santa Catarina State, in the South of Brazil. This population-based cross-sectional study evaluated 1,705 elderly. Self-rated health was classified as positive (very good or good) or negative (fair, poor, and very poor). Crude and adjusted Poisson regression was used to identify associated factors. Prevalence of positive self-rated health was 51.2%, associated with male gender (PR = 1.13), more than 5 years of schooling, moderate (PR = 1.33) or high alcohol intake (PR = 1.37), leisure-time activity (PR = 1.20), Internet use (PR = 1.21), fewer diseases, mild/moderate dependence (PR = 2.20) or no dependence (PR = 2.67), no falls (PR = 1.19), and non-use of polypharmacy (PR = 1.27). Several modifiable factors were identified that can affect positive self-rated health in the elderly and contribute to the development of strategies to improve their quality of life.

Health of the Elderly; Self-Assessment; Cross-Sectional Studies

Resumo

O objetivo foi identificar fatores associados à autopercepção positiva de saúde em idosos de Florianópolis, Santa Catarina, Sul do Brasil. Trata-se de estudo transversal, de base populacional, com 1.705 idosos. A autopercepção de saúde foi classificada como positiva (muito boa e boa) e negativa (regular, ruim e muito ruim). A regressão bruta e ajustada de Poisson foi utilizada para identificar os fatores associados. A prevalência do desfecho foi de 51,2%, associada positivamente ao sexo masculino (RP = 1,13), ter mais de 5 anos de estudo, consumo moderado (RP = 1,33) ou alto de álcool (RP = 1,37), ser ativo no lazer (RP = 1,20), utilizar Internet (RP = 1,21), menor número de morbidades, dependência leve/moderada (RP = 2,20) ou nenhuma (RP = 2,67), não sofrer quedas (RP = 1,19) e não fazer uso de polifarmácia (RP = 1,27). Foram identificados diversos fatores modificáveis que podem interferir na autopercepção de saúde positiva de idosos e contribuir para o desenvolvimento de estratégias para melhorar a qualidade de vida desses.

Saúde do Idoso; Autoavaliação; Estudos Transversais

¹ Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Brasil.

Correspondência

I. J. C. Schneider
 Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva,
 Universidade Federal de Santa Catarina.
 Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima,
 Florianópolis, SC
 88040-970, Brasil.
 ione.jayce@gmail.com

Introdução

A autopercepção de saúde é considerada bom indicador do estado de saúde em idosos, pois incorpora tanto componentes físicos, cognitivos e emocionais quanto aspectos relacionados ao bem-estar e à satisfação com a própria vida ^{1,2,3}. Essa medida tem sido amplamente utilizada em estudos populacionais com idosos por estar associada, de forma consistente, à mortalidade e ao declínio funcional nesse grupo etário ^{4,5,6} e ainda por servir como ferramenta para o desenvolvimento de políticas de saúde que visem melhorar a situação de saúde da população idosa ⁶.

A prevalência de autopercepção positiva de saúde difere de forma considerável entre os estudos. Embora as perguntas sobre autopercepção de saúde, assim como as opções de resposta, sejam similares entre as investigações, os achados não são unânimes. Essa discrepância nas prevalências pode ser devido a flutuações de curto prazo na saúde ou doença, ocasionadas por variações cíclicas relacionadas ao bem-estar.

No âmbito nacional, alguns estudos ^{1,2,3,4} têm investigado a autopercepção de saúde em idosos, abordando a variável, principalmente, na forma de autopercepção negativa ². No entanto, avaliar a autopercepção na sua forma positiva facilita o entendimento dos fatores que podem ser modificados na busca dos motivos que determinem positivamente a saúde.

As prevalências de autopercepção de saúde positiva entre as investigações de base populacional brasileiras variam de 24,7 a 89,1% ^{1,4,7}. Enquanto, no âmbito internacional, variam de 35,7% a 63% ^{8,9,10}.

Haja vista que a autopercepção de saúde tem relação com vários aspectos fundamentais da saúde do idoso, como, por exemplo, sexo ¹¹, idade ¹¹, estado civil ¹¹, escolaridade ^{3,8,11,12}, renda domiciliar mensal ¹, atividade física ^{1,3,7,13} e o consumo de álcool ¹⁴, fica fácil entender as discrepâncias nas prevalências entre os estudos.

Além disso, condições de saúde também apresentam relação com a autopercepção de saúde, dentre elas, as quedas ¹⁵, a capacidade física ^{4,7,16}, os sintomas depressivos ^{1,16}, e as morbidades ^{3,4,17,18}, além de apresentarem impacto na mortalidade ^{4,6,19}. O uso de medicamentos ^{1,11} e o uso de serviços de saúde também estão associados, com destaque para o número de consultas médicas ¹, número de internações hospitalares e o tipo de seguro de saúde ¹¹.

Compreender os aspectos envolvidos na autopercepção da saúde pode evidenciar o perfil dos idosos que a referem de forma positiva, o que ainda é pouco abordado na literatura brasileira, conforme visto em revisão de literatura

sobre o tema, na qual todos os estudos investigados abordavam a variável na forma negativa ². Ao considerar a relevância do tema como importante indicador para a vigilância da saúde geral do idoso, o objetivo desse estudo é identificar a prevalência de autopercepção positiva de saúde e sua associação com fatores demográficos, socioeconômicos, de estilo de vida e condições de saúde em idosos de Florianópolis, capital de Santa Catarina, Brasil.

Métodos

Área e população de estudo

Os dados deste estudo fazem parte da pesquisa sobre as condições de saúde da população idosa de Florianópolis, denominada *EpiFloripa Idoso* (http://www.epifloripa.ufsc.br/category/inqueritos/epi_idoso/epi_idoso_10/fin_idoso_09, acessado em 15/Ago/2014). Trata-se de um estudo transversal, de base populacional e domiciliar, realizado com idosos (60 anos ou mais) residentes na zona urbana do Município de Florianópolis, em 2009-2010.

Detalhes sobre o local, população do estudo e amostragem foram publicados previamente ²⁰ e serão apresentados de forma breve. Foi utilizada estratégia de amostragem em dois estágios para se atingir o tamanho de amostra calculado em 1.599 idosos. No primeiro estágio, 420 setores censitários urbanos da cidade foram estratificados em ordem crescente de renda média mensal do chefe da família (R\$ 314,76 a R\$ 5.057,77), agregados em decis com 42 setores cada, sorteando-se sistematicamente oito setores em cada decil, de forma a contemplar todos os grupos. As unidades do segundo estágio foram os domicílios, sorteados de maneira sistemática. Todos os idosos residentes nos domicílios sorteados foram convidados a participar do estudo. Consideraram-se perdas as entrevistas não realizadas após quatro tentativas (inclusive no período noturno e no final de semana) e recusas quando as pessoas optaram por não responder ao questionário.

Coleta de dados

Para a coleta dos dados, foi utilizado um instrumento estruturado na forma de entrevistas face a face, utilizando-se o *personal digital assistant* (PDA) para o registro dos dados.

A consistência dos dados foi verificada semanalmente por meio da frequência simples e comparação com o esperado. As respostas incongruentes eram identificadas, corrigidas pelo supervisor e entrevistador responsável pelas incon-

sistências, retornando ao responsável pelo banco final. O controle de qualidade foi realizado por meio da aplicação, por telefone, de questionário reduzido em 10% das entrevistas realizadas, as quais foram selecionadas aleatoriamente.

A autopercepção do estado de saúde foi obtida por meio da pergunta “Em geral, você diria que sua saúde é: muito boa, boa, regular, ruim ou muito ruim?”²¹. As cinco categorias de resposta para o desfecho foram dicotomizadas em positiva (“muito boa” e “boa”) e negativa (“regular”, “ruim” e “muito ruim”).

Variáveis independentes

- **Demográficas e socioeconômicas:** sexo (feminino; masculino), grupo etário (60 a 69 anos, 70 a 79 e 80 ou mais), estado civil (com companheiro – casado; sem companheiro – solteiro/separado/divorciado e viúvo), trabalha atualmente (não; sim), escolaridade em anos de estudo (sem estudo formal; 1 a 4; 5 a 8; 9 a 11 e ≥ 12) e renda familiar *per capita* estratificada em quartis (1º quartil: \leq R\$ 327,50; 2º quartil: de R\$ 327,50 a R\$ 700,00; 3º quartil: de R\$ 700,00 a R\$ 1.500,00; e 4º quartil: $>$ R\$ 1.500,00).

- **Estilo de vida:** tabagismo (fumante atual, ex-fumante ou nunca fumou), consumo de álcool (nunca, moderado, alto ou de risco) verificado por meio das três primeiras perguntas do questionário AUDIT (*The Alcohol Use Disorders Identification Test*)²², atividade física de lazer verificada pelo *Questionário Internacional de Atividade Física* (IPAQ), versão longa (insuficientemente ativos: 0 a 149 minutos de atividades físicas/semana e fisicamente ativos: ≥ 150 minutos de atividades físicas/semana)²³.

- **Uso de Internet:** capacidade autorreferida em usar computador para envio e recebimento de mensagens pela Internet²⁴.

- **Condições de saúde:** número de morbidades (nenhuma; 1 a 2 morbidades ou 3 ou mais morbidades relatadas) verificadas a partir da pergunta “Algum médico ou profissional de saúde já disse que o(a) Sr.(a) tem/teve...?”, na qual constava 16 opções de agravos (questionário da *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios* – PNAD)²⁵, dependência funcional²⁶ foi avaliada por meio do *Questionário Brasileiro de Avaliação Funcional Multidimensional* adaptado do questionário *Old Americans Resources and Services* (BOMFAQ/OARS), categorizado em sem dependência funcional²⁶ (ausência de dependência), dependência leve (dependência em uma a três atividades) e moderada/grave (dependência em quatro ou mais atividades). Estado cognitivo (normal e presença de provável déficit cognitivo), investigado pelo *Mini-Exame do Estado Mental* (MEEM), com

pontos de corte que levam, em consideração, o nível de escolaridade de acordo com Brucki et al.²⁷. A queda no último ano foi verificada por meio da pergunta: “O(A) Senhor(a) sofreu alguma queda(tombo) no último ano?”, categorizada em sim ou não.

- **Uso de medicamentos e serviços de saúde:** a posse de plano de saúde foi verificada a partir da pergunta “O(A) Sr.(a) tem plano de saúde particular, de empresa ou órgão público?” (sim; não); internação nos últimos 6 meses (sim; não) e o uso de polifarmácia²⁸ (sim; não), obtido a partir das embalagens e/ou receita médica dos medicamentos, coletadas pelo nome comercial e, posteriormente, classificadas segundo a *Anatomical Therapeutic Chemical* (ATC)²⁹, considerado uso concomitante de quatro ou mais medicamentos.

Foram excluídas as entrevistas respondidas por informantes (n = 49), devido ao fato de a autopercepção de saúde ser uma informação subjetiva que só poderia ser fornecida pelo idoso.

Análise dos dados

Foram realizadas análises descritivas para todas as variáveis e foram calculadas as prevalências e os respectivos intervalos de 95% de confiança (IC95%) da autopercepção positiva de saúde segundo a natureza das exposições. Para a análise bivariada e ajustada, foi utilizada a regressão de Poisson³⁰, para estimar as razões de prevalência (RP) brutas e ajustadas com seus respectivos IC95%. Na análise ajustada, utilizou-se o modelo hierárquico, no qual foram incluídas as variáveis demográficas e socioeconômicas (primeiro nível), as variáveis de estilo de vida compuseram o segundo nível, o uso de Internet, o terceiro nível, as variáveis relacionadas às condições de saúde compuseram o quarto nível, e o uso de medicamentos e serviços de saúde compuseram o quinto e último nível, mais proximal à variável dependente. A significância estatística de cada variável do modelo foi verificada por meio do teste de Wald de heterogeneidade ou tendência. A entrada das variáveis no modelo foi feita por nível, sendo incluídas, na análise ajustada, todas aquelas que apresentaram valor de $p < 0,20$. Considerou-se o nível de significância estatística de 5%.

A análise dos dados foi conduzida no programa estatístico Stata SE 12.0 (Stata Corp., College Station, Estados Unidos). Todas as análises realizadas consideraram o efeito do desenho amostral por conglomerados, incorporando-se os pesos amostrais por meio do comando *svy*.

Considerações éticas

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, protocolo nº 352/2008, e foi solicitada, aos entrevistados, a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os autores declaram não haver conflito de interesses.

Resultados

Do total de idosos elegíveis para o estudo ($n = 1.911$), 1.705 foram entrevistados, taxa de resposta de 89,1%, com as entrevistas realizadas por informantes. Contudo, para essa análise, essas entrevistas foram excluídas ($n = 49$), totalizando amostra analítica de 1.656 idosos. A mediana de idade dos entrevistados foi de 69 anos (faixa: 60 a 102 anos). Mais da metade era do sexo feminino (62,5%), do grupo etário de 60 a 69 anos (51,7%), relatou ter companheiro (58,9%), não trabalhava no momento da entrevista (86,5%), e 32,5% apresentavam de 1 a 4 anos de estudo. Mais de 60% dos indivíduos não consumiam bebidas alcoólicas, e 59,2% reportaram nunca ter fumado. Menos de 1/3 dos idosos foi considerado suficientemente ativo no lazer (31,5%). A maioria relatou não utilizar Internet (76,7%), referiu 3 ou mais morbidades (52%), apresentou desempenho cognitivo normal (54,3%), não sofreu quedas no último ano (82,1%), possuía plano de saúde privado (66%), relatou internação nos últimos seis meses (92,9%), não fazia uso de polifarmácia (55,4%), e 43,9% relataram dependência leve nas atividades da vida diária (Tabela 1).

A proporção de idosos que apresentou autopercepção positiva de saúde foi de 51,2% (IC95%: 48,8-53,6). Os resultados das associações, na análise bruta e ajustada, entre autopercepção positiva de saúde e variáveis independentes são apresentadas na Tabela 2. Todas as variáveis independentes apresentaram associação significativa com o desfecho. A análise ajustada mostra que a prevalência de autopercepção positiva de saúde foi 1,13 vez maior nos homens quando comparados às mulheres. Observou-se, também, aumento da prevalência de autopercepção de saúde positiva conforme o aumento da escolaridade.

A prevalência do desfecho foi 33% e 37% maior nos idosos com consumo de álcool moderado e alto, respectivamente, comparados aos que não consomem. Aqueles ativos no lazer apresentaram prevalência 20% maior de autopercepção positiva de saúde quando comparados aos seus pares.

Indivíduos que faziam uso de Internet apresentaram prevalência 21% maior de autopercepção positiva de saúde em relação aos que não utilizavam essa ferramenta. Idosos que não relataram morbidades ou relataram 1 ou 2 morbidades apresentaram 52% e 45% maior prevalência do desfecho quando comparados aos com 3 ou mais morbidades. Aqueles com dependência leve ou com ausência de dependência apresentaram 2,20 e 2,67 vezes maior prevalência de autopercepção positiva de saúde quando comparados aos idosos com dependência moderada/grave.

A prevalência do desfecho foi 19% e 27% maior nos idosos que não sofreram queda no último ano e nos que não fazem uso de polifarmácia, respectivamente, quando comparados aos seus pares.

Discussão

No presente estudo, a prevalência de autopercepção positiva de saúde foi de 51,2%. O resultado é consistente com estudo prévio de Silva et al. ⁷, o qual verificou que a prevalência desse desfecho foi de 50,4% em três municípios do interior do Brasil nas regiões Nordeste, Sudeste e Sul. O estudo conduzido em Bambuí, Minas Gerais ¹, apresentou prevalência desse desfecho de 24,7%. Enquanto estudo realizado por Borim et al. ⁴ apresentou prevalência estimada de autopercepção positiva de saúde superior a do presente estudo, de 80,9% em idosos de Campinas, São Paulo. Existem duas possibilidades para explicar as diferenças entre as prevalências dos diversos estudos, primeiro, as diferentes opções de resposta à pergunta de autopercepção de saúde ou mesmo a forma de categorização que não é homogênea, e, segundo, podem existir diferenças entre as regiões estudadas quanto aos aspectos socioeconômicos e demográficos e ambos podem interferir na prevalência da autopercepção de saúde.

A autopercepção positiva de saúde foi associada ao sexo masculino, corroborando com estudos prévios ^{31,32}. O processo de envelhecimento é marcado por diferenças quanto ao estado de saúde entre homens e mulheres, as quais podem ser decorrentes de combinação de fatores biológicos, sociais e comportamentais, o que pode ocasionar percepções diferenciadas quanto ao estado de saúde ^{33,34}. Ainda, as mulheres tendem a procurar mais por serviços de saúde, apresentam maior expectativa de vida, são suscetíveis a maior número de morbidades e declínio do estado funcional, o que pode influenciar e favorecer a descoberta de agravos à saúde ³⁵, condições menos letais ^{35,36}, de modo que essas percebem sua saúde de maneira pior que o sexo masculino.

Tabela 1

Descrição da amostra e prevalências de autopercepção positiva de saúde de acordo com as variáveis demográficas, socioeconômicas, estilo de vida, uso de Internet, condições de saúde, uso de medicamentos e serviços de saúde em idosos de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 2009-2010.

Variáveis	n	% (IC95%)	Autopercepção positiva de saúde [% (IC95%)]	Valor de p
Sexo [n = 1.656]				< 0,001
Feminino	1.058	62,5 (59,7 -65,3)	48,9 (45,0-52,7)	
Masculino	598	37,5 (34,7-40,3)	61,1 (55,8-66,1)	
Grupo etário (anos) [n = 1.656]				0,001
80 ou mais	214	12,8 (10,3-15,3)	43,9 (36,7-51,3)	
70-79	596	35,5 (32,6-38,4)	48,3 (43,2-53,6)	
60-69	846	51,7 (48,8-54,7)	59,3 (53,6-64,8)	
Estado civil [n = 1.656]				< 0,001
Com companheiro(a)	974	58,89 (55,4-62,4)	57,2 (52,8-61,4)	
Sem companheiro(a)	682	41,11 (37,6-44,6)	48,1 (43,8-52,4)	
Trabalha atualmente [n = 1.656]				0,004
Não	1.429	86,5 (84,1-88,8)	51,8 (47,6-55,9)	
Sim	227	13,5 (11,2-15,8)	64,1 (57,2-70,5)	
Escolaridade (anos) [n = 1.648]				< 0,001
Sem escolaridade formal	148	7,4 (5,3-9,5)	35,5 (28,0-43,7)	
1-4	568	32,6 (27,8-37,3)	39,7 (34,9-44,8)	
5-8	315	18,6 (16,0-21,3)	49,6 (43,0-56,2)	
9-11	231	16,2 (12,6-19,8)	62,3 (56,0-68,3)	
≥ 12	386	25,2 (20,6-29,8)	73,3 (66,8-70,0)	
Renda <i>per capita</i> (Reais) [n = 1.656]				< 0,001
1º quartil (menor)	414	22,5 (18,7-26,4)	46,9 (39,8-52,5)	
2º quartil	418	25,2 (21,7-28,8)	41,3 (36,1-46,7)	
3º quartil	414	25,4 (22,4-28,4)	56,5 (50,9-62,0)	
4º quartil (maior)	410	26,8 (21,7-32,0)	68,2 (62,6-73,2)	
Consumo de álcool [n = 1.656]				< 0,001
Não consome	1.061	63,3 (59,8-66,8)	43,9 (40,2-47,6)	
Moderado	315	19,3 (16,0-22,5)	67,2 (60,3-73,3)	
Alto	280	17,5 (14,5-20,3)	73,0 (62,5-57,0)	
Tabagismo [n = 1.656]				0,004
Nunca fumou	1.004	59,2 (55,9-62,6)	49,9 (45,9-53,8)	
Fumou e parou	511	32,2 (29,0-35,4)	57,1 (51,5-62,6)	
Fuma atualmente	141	8,6 (6,6-10,5)	64,2 (54,5-73,0)	
Atividade física no lazer [n = 1.656]				< 0,001
Insuficientemente ativo	1.165	68,5 (63,5-73,6)	48,0 (43,8-52,1)	
Ativo	491	31,5 (26,4-36,4)	65,3 (60,9-69,5)	
Uso de Internet [n = 1.656]				< 0,001
Não	1.313	76,7 (72,3-81,2)	46,2 (43,0-49,4)	
Sim	343	23,3 (18,8-27,7)	77,3 (71,3-82,5)	
Número de morbidades [n = 1.637]				< 0,001
3 ou mais	873	52,0 (48,5-55,5)	36,8 (32,1-41,7)	
1-2	617	38,5 (35,7-41,4)	70,3 (65,7-74,6)	
Nenhuma	147	9,5 (7,7-11,3)	78,8 (70,5-85,2)	
Estado cognitivo [n = 1.648]				0,028
Déficit cognitivo	771	45,7 (40,9-50,4)	49,0 (44,1-53,8)	
Normal	877	54,3 (49,6-59,1)	57,1 (51,9-62,1)	

(continua)

Tabela 1 (continuação)

Variáveis	n	% (IC95%)	Autopercepção positiva de saúde % (IC95%)	Valor de p
Dependência em AVD [n = 1.656]				< 0,001
Moderada/Grave	491	29,9 (26,6-33,2)	22,1 (18,0-26,7)	
Leve	707	43,9 (39,7-40,0)	60,2 (54,7-65,4)	
Ausência de dependência	458	26,2 (22,7-29,8)	77,8 (73,1-81,9)	
Queda no último ano [n = 1.656]				< 0,001
Sim	308	17,9 (15,6-20,2)	38,3 (31,2-46,0)	
Não	1.348	82,1 (79,8-84,4)	56,7 (53,1-60,3)	
Plano de saúde [n = 1.656]				< 0,001
Sim	597	34,0 (28,6-39,3)	45,4 (40,1-50,9)	
Não	1.059	66,0 (60,7-71,4)	57,6 (53,9-61,1)	
Internação nos últimos 6 meses [n = 1.656]				0,007
Não	128	7,1 (5,8-8,5)	37,2 (26,6-49,3)	
Sim	1.528	92,9 (91,5-94,2)	54,7 (51,0-58,3)	
Uso de polifarmácia [n = 1.656]				< 0,001
Sim	743	44,6 (40,7-48,5)	36,2 (30,6-42,1)	
Não	913	55,4 (51,5-59,3)	67,4 (63,6-70,9)	

AVD: atividades da vida diária; IC95%: intervalo de 95% de confiança.

Tabela 2

Análise bruta e ajustada dos fatores associados à autopercepção positiva de saúde em idosos. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 2009-2010.

Variáveis	Análise bruta		Análise ajustada	
	RP (IC95%)	Valor de p	RP (IC95%)	Valor de p
Bloco 1: Demográficas e socioeconômicas				< 0,001
Sexo		< 0,001		
Feminino	1,00		1,00	
Masculino	1,25 (1,14-1,37)		1,13 (1,02-1,26)	
Grupo etário (anos)		0,001		
80 ou mais	1,00		1,00	
70-79	1,10 (0,88-1,37)		1,07 (0,86-1,34)	
60-69	1,35 (1,09-1,68)		1,20 (0,94-1,52)	
Estado civil		< 0,001		
Com companheiro(a)	1,00		1,00	
Sem companheiro(a)	0,84 (0,76-0,93)		0,94 (0,82-1,07)	
Trabalha atualmente		0,003		
Não	1,00		1,00	
Sim	1,24 (1,08-1,42)		1,04 (0,90-1,20)	
Escolaridade (anos)		< 0,001		
Sem escolaridade formal	1,00		1,00	
0-4	1,12 (0,84-1,50)		1,05 (0,80-1,39)	
5-8	1,40 (1,13-1,73)		1,26 (1,03-1,55)	
9-11	1,76 (1,40-2,21)		1,53 (1,21-1,95)	
≥ 12	2,07 (1,62-2,64)		1,68 (1,32-2,13)	
Renda per capita (Reais)		< 0,001		
1º quartil (menor)	1,00		1,00	
2º quartil	0,90 (0,73-1,09)		0,87 (0,71-1,06)	
3º quartil	1,23 (1,02-1,47)		1,08 (0,90-1,28)	
4º quartil (maior)	1,48 (1,28-1,71)		1,12 (0,96-1,31)	

(continua)

Tabela 2 (continuação)

Variáveis	Análise bruta		Análise ajustada	
	RP (IC95%)	Valor de p	RP (IC95%)	Valor de p
Bloco 2: Estilo de vida				< 0,001
Consumo de álcool		< 0,001		
Não consome	1,00		1,00	
Moderado	1,53 (1,34-1,75)		1,33 (1,18-1,51)	
Alto	1,66 (1,45-1,91)		1,37 (1,18-1,57)	
Tabagismo		0,001		
Nunca fumou	1,00		1,00	
Fumou e parou	1,14 (1,02-1,28)		1,04 (0,93-1,15)	
Fuma atualmente	1,29 (1,11-1,48)		1,16 (0,99-1,36)	
Atividade física no lazer		< 0,001		
Insuficientemente ativo	1,00		1,00	
Ativo	1,36 (1,25-1,48)		1,20 (1,12-1,30)	
Bloco 3: Uso de Internet				< 0,001
Uso de Internet		< 0,001		
Não	1,00		1,00	
Sim	1,67 (1,53-1,83)		1,21 (1,07-1,36)	
Bloco 4: Condições de saúde				< 0,001
Número de morbidades		< 0,001		
3 ou mais	1,00		1,00	
1-2	1,91 (1,69-2,16)		1,45 (1,29-1,64)	
Nenhuma	2,14 (1,79-2,56)		1,52 (1,27-1,82)	
Estado cognitivo		0,028		
Déficit cognitivo	1,00		1,00	
Normal	1,16 (1,02-1,34)		1,05 (0,94-1,18)	
Dependência em AVD		< 0,001		
Moderada/Grave	1,00		1,00	
Leve	2,72 (2,19-3,40)		2,20 (1,74-2,76)	
Ausência de dependência	3,53 (2,89-4,31)		2,67 (2,10-3,39)	
Queda no último ano		< 0,001		
Sim	1,00		1,00	
Não	1,48 (1,22-1,79)		1,19 (1,05-1,36)	
Bloco 5: Uso de medicamentos e serviços de saúde				< 0,001
Plano de saúde		< 0,001		
Não	1,00		1,00	
Sim	1,27 (1,12-1,43)		1,10 (0,99-1,22)	
Internação nos últimos 6 meses		0,019		
Não	1,00		1,00	
Sim	1,47 (1,07-2,02)		1,04 (0,78-1,41)	
Uso de polifarmácia		< 0,001		
Sim	1,00		1,00	
Não	1,47 (1,07-2,02)		1,27 (1,14-1,41)	

AVD: atividades da vida diária; IC95%: intervalo de 95% de confiança; RP: razão de prevalência.

Bloco 2: ajuste por sexo, grupo etário e escolaridade; Bloco 3: ajuste por sexo, grupo etário, escolaridade, consumo de álcool e atividade física de lazer; Bloco 4: ajuste por sexo, grupo etário, escolaridade, consumo de álcool, atividade física de lazer e uso de Internet; Bloco 5: ajuste por sexo, grupo etário, escolaridade, consumo de álcool, atividade física de lazer, uso de Internet, número de morbidades, dependência em AVD e quedas no último ano.

Na presente pesquisa, a autopercepção positiva de saúde foi associada com o aumento da escolaridade, achado que corrobora com estudo prévio¹². Sabe-se que pessoas com níveis

maiores de escolaridade e maior renda têm mais acesso à informação, o que acarreta a adoção de hábitos saudáveis de vida, tais como alimentação adequada e balanceada e a prática regular de

atividades físicas³⁷. Assim, os idosos com maior escolaridade apresentam melhor qualidade de vida relacionada à saúde³¹ e, conseqüentemente, melhor autopercepção de saúde.

Quanto aos comportamentos de saúde, verificou-se, no presente estudo, que a autopercepção positiva de saúde foi associada ao consumo de álcool. Estudo realizado por Poikolainen et al.¹⁴ mostrou que, após ajustes por variáveis sociodemográficas e de estilo de vida, o consumo moderado de álcool apresentou associação com a percepção positiva de saúde. Resultado semelhante foi encontrado por Lang et al.³⁶, os quais verificaram que pessoas com 50 anos ou mais que bebiam moderadamente apresentavam melhor cognição, melhor qualidade de vida e menos sintomas depressivos. Esses autores relataram que o consumo de álcool em níveis moderados é frequentemente associado com vida social mais ativa, o que pode explicar tais associações. Contudo, esses resultados devem ser interpretados com cautela, visto o risco do consumo excessivo de álcool, especialmente em idosos. Assim, são necessárias outras investigações para compreender melhor essa relação.

Pesquisas^{3,13} verificaram associação entre ser ativo no lazer e autopercepção positiva de saúde, as quais corroboram com os achados da presente investigação. A prática de atividade física propicia benefícios como a manutenção e/ou melhora da capacidade funcional, manutenção da independência e da autonomia, redução de morbidades³⁸, melhora da qualidade de vida¹³, o que promove mais atividade social e, conseqüentemente, bem-estar biopsicossocial e preservação da saúde física e mental³⁸.

No que diz respeito ao uso de Internet, não foram encontrados estudos demonstrando essa associação. Esse é um novo e promissor campo de estudo, pois a inclusão digital de idosos é fenômeno recente com vários efeitos positivos sobre a saúde e a qualidade de vida desses. Estudos mostraram que idosos que fazem uso de Internet mantêm hábitos de vida mais saudáveis^{24,39}, apresentam melhor capacidade funcional^{24,40} e cognitiva⁴¹, isso pode acarretar melhor percepção de saúde. Além disso, idosos que utilizam as novas tecnologias estão motivados a melhorar a conexão com o mundo, buscam comunicação e interação, principalmente, com familiares e amigos, procuram possibilidades de lazer e querem sentir-se menos excluídos da era digital em que a sociedade se encontra⁴². Isso pode estar atrelado à melhora da autoestima, da autoconfiança e da saúde mental⁴³, o que possivelmente explica a relação entre o uso de Internet e a percepção mais otimista de saúde.

No presente estudo, foi observado que tanto a ausência quanto o menor número de morbidades aumentaram a prevalência de autopercepção positiva de saúde. Esse achado pode ser explicado pelo fato de que idosos que relataram 1 ou 2 doenças crônicas, possivelmente, têm maior facilidade para mantê-las controladas e consideram-se saudáveis e, conseqüentemente, possuem melhor percepção sobre sua saúde⁴⁴. Estudos prévios observaram associação entre morbidades e autopercepção negativa da saúde^{3,17}, quanto maior o número de morbidades, maior a prevalência de autopercepção negativa da saúde. Idosos portadores de três ou mais doenças apresentam pior qualidade de vida^{45,46}, piores condições de saúde⁴⁶ e maior dificuldade na realização de atividades da vida diária (AVD), conseqüentemente, pior capacidade funcional⁴⁶. Esses elementos podem fazer com que o idoso que apresenta 3 ou mais morbidades perceba sua saúde de forma menos otimista.

A associação entre autopercepção de saúde e a redução do grau de dependência em AVD foi verificada por outras investigações^{7,44}. Sabe-se que maior dificuldade na realização de AVD pode acarretar pior capacidade funcional⁴⁵, implicando na qualidade de vida dos idosos⁴⁷. Além disso, a dependência nas AVD pode interferir nas atividades sociais que os idosos realizavam, tais como ir à igreja, visitar amigos⁴⁶, frequentar grupos de convivência, entre outros. De certo modo, isso pode explicar a menor prevalência de percepção positiva da própria saúde nos idosos com maior dependência nas AVD.

Em relação à associação entre autopercepção de saúde e não sofrer quedas, essa associação pode ser entendida pela perda de autonomia e independência nas AVD gerada pela queda, que acarreta sentimentos de fragilidade e insegurança, diminuição das atividades sociais e a baixa autoestima⁴⁷. Pode afetar negativamente a qualidade de vida dos idosos e fazer com que apresentem menor prevalência de percepção positiva da saúde. Resultado semelhante foi verificado em outro estudo¹⁵.

No que diz respeito à polifarmácia, o não uso dessa está associado à percepção positiva de saúde. Dentre os idosos, uma das intervenções mais usadas para o tratamento de doenças são as medicamentosas. Assim, pode-se dizer que o uso de medicamentos indique ao idoso que algo está inadequado e interfira na sua autopercepção de saúde⁴⁸. Além disso, supõe-se que o uso de polifarmácia é atribuído a alguma(s) doença(s) referida(s), o que pode contribuir para alterações clínicas, além de maior frequência de interações medicamentosas com potenciais efeitos adver-

tos, pior condição de saúde^{3,45} e, consequentemente, autopercepção menos otimista de saúde.

Este estudo apresenta algumas limitações a serem consideradas na interpretação dos resultados. O delineamento transversal não permite estabelecer relações de causalidade entre a autopercepção de saúde e as variáveis de exposição investigadas, porém indica a magnitude das associações e pode trazer novas hipóteses para o desenvolvimento da área em estudo. Em segundo, o uso de medidas autorreferidas (variáveis socioeconômicas, estilo de vida, condições de saúde, uso de medicamento e serviços de saúde) que podem acarretar viés de informação. No entanto, ressalta-se que foram tomadas diversas precauções para evitar vieses, com a utilização de instrumentos padronizados e extensivo treinamento da equipe de campo.

Entre os aspectos positivos, destaca-se que os resultados apresentados são informações de base populacional, com amostra representativa da população idosa de Florianópolis. Esses resultados podem ser diferentes de outros estudos, além dos motivos já apresentados no início, pois a cidade apresenta um dos melhores Índices de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M),

além dos índices de renda e educação isoladamente (Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil 2013. Ranking – todo o Brasil (2010). <http://atlasbrasil.org.br/2013/ranking>, acessado em 08/Nov/2014). Isso pode influenciar a qualidade de vida dos residentes e a percepção de saúde.

A percepção de saúde é uma medida subjetiva considerada como bom indicador do estado de saúde em idosos. Este estudo pode evidenciar o perfil dos idosos que possuem percepção de saúde positiva, essencial para a vigilância de sua saúde geral. A partir disso, o desenvolvimento de políticas de saúde pode apoiar ações nas questões associadas com a percepção positiva de saúde e promover, indiretamente, estratégias para melhorar a qualidade de vida dessa população.

Em conclusão, o alto nível de escolaridade, o maior consumo de álcool, ser ativo fisicamente no lazer, utilizar Internet, redução das morbidades, redução da dependência em AVD, ausência de quedas e não fazer uso de polifarmácia foram associados à autopercepção positiva de saúde em idosos do Município de Florianópolis.

Resumen

El objetivo fue identificar factores asociados a la autopercepción positiva de salud en ancianos de Florianópolis, Santa Catarina, sur de Brasil. Se trata de un estudio transversal, de base poblacional, con 1.705 ancianos. La autopercepción de salud fue clasificada como positiva (muy buena y buena) y negativa (regular, mala y muy mala). La regresión bruta y ajustada de Poisson se utilizó para identificar los factores asociados. La prevalencia del desenlace fue 51,2%, asociada positivamente al sexo masculino (RP = 1,13), contar con más de 5 años de estudios, consumo moderado (RP = 1,33) o alto consumo de alcohol (RP = 1,37), ser activo duran-

te el tiempo de ocio (RP = 1,20), utilizar Internet (RP = 1,21), menor número de morbilidades, dependencia leve/moderada (RP = 2,20) o ninguna (RP = 2,67), no sufrir caídas (RP = 1,19) y no polimedarse (RP = 1,27). Se identificaron diversos factores modificables que pueden interferir en la autopercepción de salud positiva de los ancianos y contribuir al desarrollo de estrategias para mejorar su calidad de vida.

Salud del Anciano; Autoevaluación; Estudios Transversales

Colaboradores

S. C. Confortin, M. W. C. Giehl, D. L. Antes, I. J. C. Schneider e E. d'Orsi participaram da concepção, análise e interpretação dos dados, redação do artigo, aprovação final da versão a ser publicada e são responsáveis por todos os aspectos do trabalho na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra.

Agradecimentos

Agradecemos aos técnicos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis pelo auxílio na operacionalização deste estudo. Os autores agradecem aos participantes do estudo, à Capes-REUNI pela concessão de bolsa de doutorado de S. C. Confortin e ao CNPq (processo nº 569834/2008-2). Este artigo é originário do Projeto *Epi-Floripa 2009-2010 Estudo Epidemiológico das Condições de Saúde dos Idosos de Florianópolis, Santa Catarina*. Este estudo foi financiado pelo CNPq, processo número 569834/2008-2 e desenvolvido no âmbito do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina.

Referências

1. Lima-Costa MF, Firmo JOA, Uchôa E. A estrutura da auto-avaliação da saúde entre idosos: projeto Bambuí. *Rev Saúde Pública* 2004; 38:827-34.
2. Pagotto V, Bachion MM, Silveira EA. Autoavaliação da saúde por idosos brasileiros: revisão sistemática da literatura. *Rev Panam Salud Pública* 2013; 33:302-10.
3. Pavão ALB, Werneck GL, Campos MR. Autoavaliação do estado de saúde e a associação com fatores sociodemográficos, hábitos de vida e morbidade na população: um inquérito nacional. *Cad Saúde Pública* 2013; 29:723-34.
4. Borim FSA, Barros MBA, Neri AL. Autoavaliação da saúde em idosos: pesquisa de base populacional no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2012; 28:769-80.
5. Fayers PM, Sprangers MA. Understanding self-rated health. *Lancet* 2002; 359:187-8.
6. Sargent-Cox KA, Anstey KJ, Luszcz MA. Determinants of self-rated health items with different points of reference: implications for health measurement of older adults. *J Aging Health* 2008; 20:739-61.
7. Silva RJ, Smith-Menezes A, Tribess S, Romo-Perez V, Virtuoso Jr. JS. Prevalência e fatores associados a percepção negativa da saúde em pessoas idosas do Brasil. *Rev Bras Epidemiol* 2012; 15:49-62.
8. Carvalho FF, Santos JN, Souza LM, Souza NRM. Analysis of perception of the health status of elderly from the metropolitan area of Belo Horizonte city. *Rev Bras Geriatr Gerontol* 2012; 15:285-94.

9. Chen Y, While AE, Hicks A. Self-rated health and associated factors among older people living alone in Shanghai. *Geriatr Gerontol Int* 2015; 15:457-64.
10. Gomes GAO, Cintra FA, Diogo MJD, Neri AL, Guariento ME, Sousa MLR. Comparação entre idosos que sofreram quedas segundo desempenho físico e número de ocorrências. *Rev Bras Fisioter* 2009;13:430-7.
11. Ramos M. Impact of socioeconomic status on Brazilian elderly health. *Rev Saúde Pública* 2007; 41:616-24.
12. Schneider U, Pfarr C, Schneider BS, Ulrich V. I feel good! Gender differences and reporting heterogeneity in self-assessed health. *Eur J Health Econ* 2012; 13:251-65.
13. Lucumí DI, Grogan-Kaylor A, Espinosa-García G. Asociación de la posición socioeconómica y la percepción del ambiente con la autopercepción del estado de salud en mujeres de Bogotá, Colombia. *Rev Panam Salud Pública* 2013; 34:14-20.
14. Poikolainen K, Vartiainen E, Korhonen HJ. Alcohol intake and subjective health. *Am J Epidemiol* 1996; 144:346-50.
15. Siqueira FV, Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, et al. Prevalence of falls and associated factors in the elderly. *Rev Saúde Pública* 2007; 41:749-56.
16. Arnadottir SA, Gunnarsdottir ED, Stenlund H, Lundin-Olsson L. Determinants of self-rated health in old age: a population-based, cross-sectional study using the International Classification of Functioning. *BMC Public Health* 2011; 11:670.
17. Lorenzo T, Millán-Calenti JC, Lorenzo-López L, Sánchez A, Maseda A. Predictores de mala salud autopercebida en una población de personas mayores. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2013; 48:272-5.
18. Martin LG, Schoeni RF, Freedman VA, Andreski P. Feeling better? Trends in general health status. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 2007; 62:S11-21.
19. Lacruz ME, Emeny RT, Baumert J, Ladwig KH. Prospective association between self-reported life satisfaction and mortality: results from the MONICA/KORA Augsburg S3 survey cohort study. *BMC Public Health* 2011; 11:579.
20. Giehl MWC, Schneider IJC, Corseuil HX, Benedetto TRB, d'Orsi E. Physical activity and environment perception among older adults: a population study in Florianópolis, Brazil. *Rev Saúde Pública* 2012; 46:516-25.
21. Ware Jr. JE, Kosinski M, Keller SD. A 12- item Short-Form Health Survey: construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. *Med Care* 1996; 34:220-33.
22. Lima CT, Freire AC, Silva AP, Teixeira RM, Farrell M, Prince M. Concurrent and construct validity of the audit in an urban Brazilian sample. *Alcohol* 2005; 40:584-9.
23. Craig CL, Marshall AL, Sjöström M, Bauman AE, Booth ML, Ainsworth BE, et al. International physical activity questionnaire: 12-country reliability and validity. *Med Sci Sports Exerc* 2003; 35: 1381-95.
24. Medeiros FL, Xavier AJ, Schneider IJC, Ramos LR, Sigulem D, d'Orsi E. Inclusão digital e capacidade funcional de idosos residentes em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil (EpiFloripa 2009-2010). *Rev Bras Epidemiol* 2012; 15:106-22.
25. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD de 2003. PNAD 1.01 questionário da pesquisa. <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2003/questp nad2003.pdf> (acessado em 20/Mar/2009).
26. Rosa TEC, Benício MHD, Latorre MRDO, Ramos LR. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. *Rev Saúde Pública* 2003; 37:40-8.
27. Brucki SM, Nitrini R, Caramelli P, Bertolucci PH, Okamoto IH. Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. *Arq Neuropsiquiatr* 2003; 61:777-81.
28. Ziere G, Dieleman JP, Hofman A, Pols HA, van der Cammen TJ, Stricker BH. Polypharmacy and falls in the middle age and elderly population. *Br J Clin Pharmacol* 2005; 61:218-23.
29. Aziz MM, Calvo MCM, d'Orsi E. Medicamentos prescritos aos idosos em uma capital do Sul do Brasil e a Relação Municipal de Medicamentos. *Cad Saúde Pública* 2012; 28:52-64.
30. Barros AJ, Hiraikata VN. Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies: an empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio. *BMC Med Res Methodol* 2003; 3:21.
31. Robert AS, 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:S378-89.
32. Szwarcwald CL, Souza-Júnior PRB, Esteves MAP, Damacena GN, Viacava F. Socio-demographic determinants of self-rated health in Brazil. *Cad Saúde Pública* 2005; 21 Suppl 1:S54-64.
33. Crimmins EM, Kim JK, Sole-Auro A. Gender differences in health: results from SHARE, ELSA and HRS. *Eur J Public Health* 2011; 21:81-91.
34. Lawlor DA, Ebrahim S, Davey Smith G. Sex matters: secular and geographical trends in sex differences in coronary heart disease mortality. *BMJ* 2001; 323:541-5.
35. Camarano AA, Kanso S. Perspectivas de crescimento para a população brasileira: velhos e novos resultados. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 2009. (Textos para Discussão, 1426).
36. Lang I, Wallace RB, Huppert FA, Melzer D. Moderate alcohol consumption in older adults is associated with better cognition and well-being than abstinence. *Age Ageing* 2007; 36:256-61.
37. Simsek H, Doganay S, Budak R, Ucku R. Relationship of socioeconomic status with health behaviors and self-perceived health in the elderly: a community-based study, Turkey. *Geriatr Gerontol Int* 2014; 14:960-8.

38. Organização Mundial da Saúde. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília: Organização Mundial da Saúde; 2005.
39. Xavier AJ, d'Orsi E, Wardle J, Demakakos P, Smith SG, von Wagner C. Internet use and cancer-preventive behaviors in older adults: findings from a longitudinal cohort study. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2013; 22:2066-74.
40. d'Orsi E, Xavier AJ, Steptoe A, Oliveira C, Ramos LR, Orrell M, et al. Sociodemographic and lifestyle factors related to instrumental activities of daily living dynamics: results from the English Longitudinal Study of Ageing. *J Am Geriatr Soc* 2014; 62:1630-9.
41. Xavier AJ, d'Orsi E, Oliveira CM, Orrell M, Demakakos P, Biddulph JP, et al. English Longitudinal Study of Aging: can internet/e-mail use reduce cognitive decline? *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2014; 69:1117-21.
42. Vieira MC, Santarosa LMC. O uso do computador e da Internet e a participação em cursos de informática por idosos: meios digitais, finalidades sociais. In: XX Simpósio Brasileiro de Informática na Educação. <http://www.br-ie.org/pub/index.php/sbie/article/view/1145> (acessado em 15/Nov/2014).
43. Gatto SL, Tak SH. Computer, internet, and e-mail use among older adults: benefits and barriers. *Educ Gerontol* 2008; 34:800-11.
44. Alves LC, Rodrigues RN. Determinantes da auto-percepção de saúde entre idosos do Município de São Paulo, Brasil. *Rev Panam Salud Pública* 2005; 17:333-41.
45. Huntley AL, Johnson R, Purdy S, Valderas JM, Salisbury S. Measures of multimorbidity and morbidity burden for use in primary care and community settings: a systematic review and guide. *Ann Fam Med* 2012; 10:134-41.
46. Santos JLF, Lebrão ML, Duarte YAO, Lima FD. Functional performance of the elderly in instrumental activities of daily living: an analysis in the municipality of São Paulo, Brazil. *Cad Saúde Pública* 2008; 24:879-86.
47. Ribeiro AP, Souza ER, Atie S, Souza AC, Schilithz AO. The influence of falls on the quality of life of the aged. *Ciênc Saúde Coletiva* 2008; 13:1265-73.
48. Murray MD, Callahan CM. Improving medication use for older adults: an integrated research agenda. *Ann Intern Med* 2003; 139(5 Pt 2):425-9.

Recebido em 31/Ago/2014

Versão final reapresentada em 29/Nov/2014

Aprovado em 08/Dez/2014