

Flávia Silva Arbex Borim^I

Anita Liberalesso Neri^I

Priscila Maria Stolses Bergamo
Francisco^{II}

Marilisa Berti de Azevedo
Barros^{II}

Dimensões da autoavaliação de saúde em idosos

Dimensions of self-rated health in older adults

RESUMO

OBJETIVO: Analisar associação entre autoavaliação negativa de saúde e indicadores de saúde, bem-estar e variáveis sociodemográficas em idosos.

MÉTODOS: Estudo transversal utilizando dados de inquérito de saúde de base populacional com amostra probabilística por conglomerados, realizado em Campinas, SP, em 2008 e 2009. Os participantes eram idosos (≥ 60 anos) e a variável dependente foi autoavaliação de saúde, categorizada em: excelente, muito boa, boa, ruim e muito ruim. As razões de prevalências ajustadas foram estimadas por meio de regressão múltipla de Poisson.

RESULTADOS: Maior prevalência de autoavaliação de saúde como ruim/muito ruim foi observada nos indivíduos que nunca estudaram, naqueles com menor escolaridade, com renda familiar per capita mensal inferior a um salário mínimo. Tiveram também pior autoavaliação de saúde aqueles com pontuação igual ou maior a cinco no indicador de saúde física, cinco ou mais no *Self Reporting Questionnaire 20* e os que não referiram sentimento de felicidade todo o tempo.

CONCLUSÕES: Os efeitos independentes das condições materiais de vida, saúde física e mental e bem-estar subjetivo, observados sobre a autoavaliação de saúde, sugerem que idosos podem ser beneficiados por políticas de saúde apoiadas numa visão global e integrativa da velhice.

DESCRITORES: Idoso. Autoavaliação. Nível de Saúde. Efeitos Psicossociais da Doença. Fatores Socioeconômicos. Desigualdades em Saúde. Inquéritos Epidemiológicos.

^I Programa de Pós-Graduação em Gerontologia. Faculdade de Ciências Médicas. Universidade Estadual de Campinas. Campinas, SP, Brasil

^{II} Departamento de Saúde Coletiva. Faculdade de Ciências Médicas. Universidade Estadual de Campinas. Campinas, SP, Brasil

Correspondência | Correspondence:

Flávia Silva Arbex Borim
Rua Padre Francisco de Abreu Sampaio, 269
apto. 32B Parque Itália
13036-140 Campinas, SP, Brasil
E-mail: flarbex@hotmail.com

Recebido: 15/11/2013

Aprovado: 23/5/2014

Artigo disponível em português e inglês em:
www.scielo.br/rsp

ABSTRACT

OBJECTIVE: To analyze the association between negative self-rated health and indicators of health, wellbeing and sociodemographic variables in older adults.

METHODS: Cross-sectional study that used data from a population-based health survey with a probability cluster sample that was carried out in Campinas, SP, Southeastern Brazil, in 2008 and 2009. The participants were older adults (≥ 60 years) and the dependent variable was self-rated health, categorized as: excellent, very good, good, bad and very bad. The adjusted prevalence ratios were estimated by means of Poisson multiple regression.

RESULTS: The highest prevalences of bad/very bad self-rated health were observed in the individuals who never attended school, in those with lower level of schooling, with monthly *per capita* family income lower than one minimum salary. Individuals who scored five or more in the physical health indicator also had bad self-rated health, as well as those who scored five or more in the Self-Reporting Questionnaire 20 and those who did not refer feeling happiness all the time.

CONCLUSIONS: The independent effects of material life conditions, physical and mental health and subjective wellbeing, observed in self-rated health, suggest that older adults can benefit by health policies supported by a global and integrative view of old age.

DESCRIPTORS: Aged. Self-Assessment. Health Status. Cost of Illness. Socioeconomic Factors. Health Inequalities. Health Surveys.

INTRODUÇÃO

O aumento da longevidade e a mudança do perfil epidemiológico ampliaram de forma significativa o conceito de saúde e o espectro de indicadores necessários para o seu monitoramento. Considerando que a avaliação subjetiva das pessoas sobre a sua própria condição de saúde é um indicador importante do impacto da doença sobre o bem-estar individual,⁴ essa medida passou a ser usada em inquéritos populacionais, juntamente com outras de autorrelato sobre: sinais, como quedas e incontinência urinária; sintomas, como fadiga, tristeza e ansiedade; evocação de diagnósticos clínicos feitos por médicos; e desempenho funcional indicado por grau de necessidade de ajuda para o desempenho de atividades de vida diária.

As respostas de autorrelato sobre morbidades, sinais e sintomas e capacidade funcional têm seu foco direcionado para as condições clínicas individuais e apresentam boa concordância com registros médicos ou exames clínicos.³⁰ A autoavaliação de saúde implica em perguntas e respostas de natureza valorativa e comparativa. É uma medida complexa, influenciada pelos mesmos elementos que controlam os relatos sobre sinais, sintomas, desempenho funcional e diagnósticos médicos. A diferença entre esses dois tipos de medida reside no

fato de os autorrelatos sobre sinais e sintomas serem de caráter descritivo e a autoavaliação da saúde ser de caráter global e valorativo, indicada por uma resposta que se caracteriza como um julgamento pessoal, feito com base em critérios individuais e sionormativos de acesso prioritário ao respondente.¹¹

Estudos sobre as relações entre a avaliação de saúde por critérios objetivos e subjetivos são baseados em comparações entre o envelhecimento saudável ou bem-sucedido aferidas pelos dois critérios de avaliação. A correlação entre o estado de saúde medido com indicadores objetivos e subjetivos tende a enfraquecer com o avançar da idade.¹¹ Entre idosos, a incongruência refletida em baixa pontuação em saúde objetiva e alta pontuação na autoavaliação da saúde (ou saúde subjetiva) pode ser explicada por mecanismos compensatórios de natureza afetiva, cuja função é proteger a autoestima, o senso de autoeficácia e o bem-estar subjetivo.²⁶ No entanto, há limites para a ação desses mecanismos compensatórios,^{20,21,29} o que explica as correlações positivas encontradas entre autoavaliações objetivas e subjetivas de saúde entre idosos com incapacidade,¹⁴ com incapacidade e doenças crônicas¹¹ e com depressão,¹⁸ ou que

vivem sob condições de pobreza²¹ e com pouco acesso a bens e a oportunidades sociais.¹⁰

Estudo longitudinal que incluiu na sua linha de base indivíduos sem doença e sem incapacidade apontou que a morbidade, mesmo ajustada por variáveis sociodemográficas, utilização e acesso ao serviço de saúde e fatores de risco à saúde, ao longo do tempo, é um preditor da autoavaliação de saúde.¹¹ Relatou ainda que a incapacidade tem uma relação direta com a avaliação subjetiva de saúde. Em relação à depressão, meta-análise envolvendo estudos longitudinais e transversais observou que a presença de doenças crônicas e de pior saúde percebida estava associada à depressão no idoso e que a autoavaliação de saúde apresentou maior associação com depressão do que doenças crônicas autorrelatadas.⁷

No Brasil, estudos de base populacional apontam associação da autoavaliação de saúde com a morbidade e a capacidade funcional em idosos,^{17,25} mas a magnitude dessa relação, quando incluídas variáveis como a saúde mental e o bem-estar subjetivo, ainda não foi investigada.

O objetivo do presente estudo foi analisar a associação entre autoavaliação negativa de saúde e indicadores de saúde, bem-estar e variáveis sociodemográficas entre idosos.

MÉTODOS

Foram analisados dados oriundos do Inquérito de Saúde de Campinas (ISACamp 2008/2009),^a de base populacional, para análise dos perfis do estado de saúde, comportamentos de saúde e uso de serviços de saúde em diferentes segmentos da população. Esse inquérito coletou informações domiciliares de pessoas com 10 anos ou mais, considerando-se três faixas etárias: 10 a 19, 20 a 59 e 60 anos e mais, residentes na área urbana do município de Campinas, SP, entre 2008 e 2009. O cálculo do tamanho da amostra totalizou 1.000 indivíduos em cada grupo de idade. Foi selecionada amostra probabilística por conglomerados, em dois estágios: sorteio dos setores censitários e dos domicílios.^{6,a}

Prevendo-se 20,0% de recusas e de domicílios vagos, foram selecionados 3.900 domicílios para a obtenção de ao menos 1.000 entrevistas de idosos. Entre os domicílios sorteados, houve perda de 6,5% por impossibilidade de encontrar um morador ou por recusa de um residente em arrolar os indivíduos que moravam no domicílio. Dos 1.558 idosos identificados nos domicílios sorteados, 2,4% recusaram-se a participar da pesquisa, sendo entrevistados 1.520 idosos. Entre estes, em 5,8% dos casos as entrevistas foram feitas com um cuidador ou com um familiar e foram excluídas do presente estudo.

Portanto, foram analisados os dados de 1.432 idosos com idade média de 69,5 anos (IC95% 69,1;69,9).

As informações dos participantes foram coletadas por meio de questionário aplicado por entrevistadores treinados. As questões foram organizadas em blocos que abordaram tópicos relativos à morbidade, acidentes e violências, saúde emocional, qualidade de vida, uso de serviços, práticas preventivas, uso de medicamentos, comportamentos relacionados à saúde e características socioeconômicas. As variáveis analisadas com relação aos idosos foram:

1. Indicador subjetivo global de saúde. Correspondeu à resposta a um item escalar com cinco alternativas: “Em geral, você diria que sua saúde é: excelente, muito boa, boa, ruim ou muito ruim?”.
2. Indicador de saúde física. Foi construído a partir das respostas dos idosos aos itens correspondentes a doenças crônicas, problemas de saúde e se estes causavam limitações. Foi atribuída pontuação zero aos indivíduos que não apresentaram nenhuma doença e nenhum problema crônico de saúde; pontuação um a cada doença ou problema relatado sem limitação e pontuação dois para cada doença e problema relatado com limitação nas atividades do dia a dia. Esse indicador apoiou-se nos dados relativos aos seguintes aspectos:
 - a) Doenças crônicas. Correspondeu à pergunta: “Algum médico ou profissional de saúde já disse que você tem alguma das seguintes doenças?”, com possibilidade de resposta dicotômica (sim ou não) para: hipertensão, diabetes, doença do coração, câncer, reumatismo, osteoporose, asma/bronquite/enfisema, tendinite e problemas de circulação.
 - b) Sinais e sintomas físicos. Foi feita a pergunta: “Você tem algum dos seguintes problemas de saúde?”, com possibilidade de resposta dicotômica (sim ou não) para: dor de cabeça, dor nas costas, alergia, problema emocional, tontura, insônia e problema urinário.
 - c) Limitação funcional. Foi investigada com a pergunta: “A doença ou o problema de saúde (sinal ou sintoma) limita ou não limita as suas atividades do dia a dia?”, para cada doença ou problema de saúde relatado pelos idosos.
3. Indicador de saúde mental, que consistiu no escore obtido para cada idoso no *Self Reporting Questionnaire 20 (SRQ-20)*²² – um instrumento de 20 itens dicotômicos, em que cada resposta afirmativa

^a Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Centro Colaborador em Análise de Situação de Saúde. Inquérito de Saúde ISACamp 2008/2009 [citado 2014 jul 13]. Disponível em: <http://www.fcm.unicamp.br/fcm/ccas-centro-colaborador-em-analise-de-situacao-de-saude/isacamp/2008>

equivale a um ponto. Foram construídas três faixas: zero a quatro, cinco a dez e dez pontos ou mais.

4. Características demográficas: sexo e idade.
5. Indicadores de condições materiais de vida: escolaridade e renda familiar mensal per capita.
6. Indicadores de bem-estar. Foram consideradas as respostas a dois itens do questionário de qualidade de vida 36 itens *short form – Health Survey Questionnaire* (SF-36):⁸
 - a) Sentimento de felicidade (nível de prazer na vida cotidiana). Foi avaliado por meio da pergunta: “Você tem se sentido feliz nas últimas quatro semanas?”, com as seguintes alternativas de resposta: todo o tempo/a maior parte do tempo, alguma parte do tempo e pequena parte do tempo/nunca.
 - b) Vitalidade (nível de energia percebido na vida cotidiana). Foi avaliada por meio da pergunta: “Você tem se sentido com muita energia nas últimas quatro semanas?”, com as possibilidades de resposta todo o tempo/a maior parte do tempo, alguma parte do tempo e pequena parte do tempo/nunca.

Os dados do inquérito foram digitados em banco desenvolvido com o uso do software EpiData, versão 3.1 e submetidos à avaliação de consistência. Para as análises foram estimadas as prevalências e respectivos intervalos de confiança de 95%. As associações entre variáveis independentes e autoavaliação de saúde foram analisadas pelo teste Qui-quadrado com nível de significância de 5%. Também foram usadas análises de regressão simples e múltipla de Poisson para estimar razões de prevalência brutas e ajustadas. Foram introduzidas no modelo de regressão múltipla de Poisson as variáveis que apresentaram nível de significância menor que 20% ($p < 0,20$), na associação com a variável dependente, e permaneceram no modelo aquelas com $p < 0,05$. O modelo de regressão foi desenvolvido em quatro etapas. Na primeira etapa, foram introduzidas as variáveis demográficas e socioeconômicas; na segunda foi acrescentado o indicador de saúde física; na terceira etapa, entrou o indicador de saúde mental; e na quarta etapa, foram introduzidos os indicadores de bem-estar. A análise dos dados foi realizada com os comandos svy do software Stata versão 11.0, utilizando-se as ponderações decorrentes do desenho amostral e considerando-se a existência das unidades primárias de amostragem.

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, em adendo ao Parecer 079, de 2007, referente ao projeto ISACamp 2008/2009 em 27 de abril de 2010.

RESULTADOS

Na Tabela 1 é apresentada a prevalência da autoavaliação de saúde como ruim/muito ruim, segundo as variáveis demográficas e socioeconômicas, os indicadores de saúde física e mental e os indicadores de bem-estar subjetivo (felicidade e vitalidade). Observou-se que idosos com escolaridade igual ou inferior a quatro anos e com renda per capita de até três salários mínimos apresentaram maior prevalência de autoavaliação de saúde como ruim/muito ruim.

Aqueles com pontuação igual ou maior a cinco no indicador de saúde física e que pontuaram cinco ou mais no SRQ-20 apresentaram maior prevalência de autoavaliações negativas de saúde, com RP = 17,0 e RP = 10,1, respectivamente, nas categorias de maiores pontuações (Tabela 1). As prevalências de autoavaliação de saúde como ruim/muito ruim foram significativamente mais elevadas entre os indivíduos que responderam ter menor sentimento de felicidade e vitalidade (Tabela 1).

Por meio do modelo de regressão múltipla verificou-se, na primeira etapa, maior prevalência de autoavaliação de saúde como ruim/muito ruim nos indivíduos sem escolaridade formal, naqueles com um a quatro anos de estudo e com renda familiar mensal per capita inferior a um salário mínimo. Na segunda etapa da análise, aqueles com pontuação igual ou maior a cinco no indicador de saúde física apresentaram maior prevalência de autoavaliação negativa de saúde. Na terceira etapa (Tabela 2), os que pontuaram cinco ou mais no SRQ-20 e na quarta etapa as categorias baixo e intermediário nível de sentimento de felicidade apresentaram maior prevalência de autoavaliações negativas de saúde. Observou-se que, mesmo na presença de congruência entre a autoavaliação global da saúde e os autorrelatos sobre doenças, sinais e sintomas, incapacidade e limitações, a saúde mental e o sentimento de felicidade foram variáveis importantes na relação com a autoavaliação da saúde nos idosos (Tabela 2).

DISCUSSÃO

Foi observada prevalência de autoavaliação negativa da saúde de 10,9% (IC95% 8,9;13,2) entre idosos, assim como associação dessa condição subjetiva com indicadores de saúde física e mental, com senso de felicidade e com variáveis socioeconômicas. Tais dados sugerem que a percepção da saúde caracteriza-se não apenas por condições socioeconômicas favoráveis e saúde física e mental preservadas, mas também por bem-estar subjetivo positivo, indicado por sentimento de felicidade.²⁸

A idade e o sexo não apresentaram relação significativa com a autoavaliação de saúde. Pesquisas que investigaram a autopercepção da saúde em idosos no Brasil apontam esse mesmo resultado,^{6,17,19} apesar das diferenças de gênero com relação à saúde e das relações

Tabela 1. Prevalência e razão de prevalência de autoavaliação e indicadores entre pessoas ≥ 60 anos. Campinas, SP, 2008-2009. (N = 1.432)

Variável	n	Prevalência	RP	IC95%
Sexo		$p = 0,927$		
Masculino	580	10,8	1	
Feminino	852	10,9	1,01	0,75;1,36
Faixa etária (anos)		$p = 0,228$		
60 a 69	800	10,5	1	
70 a 79	470	12,9	1,22	0,82;1,83
≥ 80	162	6,8	0,65	0,29;1,44
Escolaridade (anos de estudo)		$p < 0,001$		
≥ 9	339	5,9	1	
5 a 8	166	5,9	1,01	0,48;2,10 ^a
1 a 4	682	12,2	2,08	1,37;3,16 ^a
Nunca estudou	242	17,7	3,01	1,84;4,91 ^a
Renda per capita (salário mínimo)		$p < 0,004$		
> 3	269	4,9	1	
1 a 3	591	10,7	2,15	1,14;4,07 ^b
< 1	572	14,0	2,84	1,42;5,64 ^b
Indicador de saúde física		$p < 0,001$		
0	156	1,9	1	
1	176	3,3	1,69	0,39;7,38 ^a
2/4	557	5,4	2,75	0,80;9,40 ^a
5/8	360	16,0	8,10	2,42;27,10 ^a
9/25	163	33,5	17,00	5,15;56,10 ^a
Indicador de saúde mental		$p < 0,001$		
0 a 4	100	4,7	1	
5 a 9	302	16,1	3,44	2,39;4,95 ^a
≥ 10	130	47,4	10,11	7,04;14,50 ^a
Felicidade		$p < 0,001$		
Todo tempo	502	2,5	1	
Maior parte/Alguma parte do tempo	810	10,2	4,00	2,26;7,03 ^a
Pequena parte do tempo/Nunca	120	50,9	19,80	11,81;33,23 ^a
Vitalidade		$p < 0,001$		
Todo tempo	349	2,8	1	
Maior parte/Alguma parte do tempo	811	7,9	2,82	1,48;5,40 ^a
Pequena parte do tempo/Nunca	272	30,2	10,70	5,10;22,40 ^a

^a $p < 0,001$ ^b $p < 0,004$

entre idade avançada, morbidades e incapacidades que, em conjunto, podem influenciar a autoavaliação da saúde.^{11,14} Sexo e idade foram mantidas no modelo de regressão como variáveis de ajuste, uma vez que a análise incluiu variáveis que sofrem influências diretas do sexo e da idade, como pode ser observado em alguns inquéritos que têm detectado maior prevalência de doenças crônicas nas mulheres e nos mais idosos.^{1,3}

As variáveis socioeconômicas são importantes correlatos de saúde física. As desvantagens socioeconômicas

influenciam o estilo de vida, o uso e o acesso a serviços de saúde e as relações sociais, podendo ter relação com pior condição de saúde de indivíduos e populações.²⁹ Na presente investigação, a autoavaliação de saúde apresentou associação significativa com renda e escolaridade. Em virtude da insuficiência de apoios, como a educação e o atendimento das necessidades de saúde, moradia e transporte no Brasil, a renda tem um papel fundamental com relação à aquisição de bens e serviços necessários para a reprodução social.¹⁰ Robert et al²⁰ (2009)

Tabela 2. Modelo de regressão múltipla de Poisson^a da associação entre autoavaliação de saúde e variáveis socioeconômicas, indicadores de saúde e bem-estar entre pessoas ≥ 60 anos. Campinas, SP, 2008-2009.

Variável	Primeira etapa ^b RP	IC95%	Segunda etapa ^c RP	IC95%	Terceira etapa ^d RP	IC95%	Quarta etapa ^e RP	IC95%
Escolaridade (anos de estudo)								
≥ 9	1		1		1		1	
5 a 8	0,89	0,44;1,80	0,96	0,49;1,91	0,87	0,45;1,70	0,87	0,44;1,73
1 a 4	1,77	1,21;2,59	1,66	1,04;2,65	1,58	0,99;2,56	1,57	
Nunca estudou	2,50	1,57;3,95	2,29	1,42;3,68	2,00	1,22;3,25	1,93	1,20;3,10
Renda per capita (salário mínimo)								
> 3	1		1		1		1	
1 a 3	1,66	0,90;3,06	1,92	0,99;3,76	2,03	1,10;3,74	2,00	1,11;3,60
< 1	1,95	1,00;3,82	1,91	0,91;4,01	1,93	0,97;3,84	1,99	1,07;3,70
Indicador de saúde física								
0	1		1		1		1	
1	1,55	0,35;6,85	1,60	0,35;6,85	1,60	0,37;6,82	1,67	0,42;6,58
2/4	2,64	0,77;9,06	2,64	0,77;9,06	2,12	0,63;7,13	2,16	0,67;6,96
5/8	8,25	2,45;27,81	8,25	2,45;27,81	4,82	1,44;16,10	4,36	1,35;14,08
9/25	17,1	5,22;56,44	17,1	5,22;56,44	6,14	1,79;21,03	4,96	1,51;16,30
Indicador de saúde mental								
0 a 4	1		1		1		1	
5 a 9	2,43	1,59;3,72	2,43	1,59;3,72	2,43	1,59;3,72	2,03	1,36;3,04
≥ 10	5,26	3,36;8,22	5,26	3,36;8,22	5,26	3,36;8,22	2,92	1,74;4,90
Felicidade								
Todo tempo	1		1		1		1	
Maior parte/Alguma parte do tempo	2,73	1,56;4,77	2,73	1,56;4,77	2,73	1,56;4,77	2,73	1,56;4,77
Pequena parte do tempo/Nunca	6,44	3,11;13,31	6,44	3,11;13,31	6,44	3,11;13,31	6,44	3,11;13,31

^a Modelo de regressão múltipla de Poisson ajustado por sexo e idade.

^b RP ajustadas pelas variáveis demográficas e socioeconômicas.

^c RP ajustadas pelas variáveis demográficas, socioeconômicas e indicador de saúde física.

^d RP ajustadas pelas variáveis demográficas, socioeconômicas, indicador de saúde física e indicador de saúde mental.

^e RP ajustadas por todas as variáveis da tabela.

Valores com significância estatística estão apresentados em negrito.

analisaram a qualidade de vida estratificando os participantes adultos por *status* socioeconômico e idade e observaram associação significativa entre autoavaliação de saúde, renda e escolaridade.

As doenças crônicas não transmissíveis, que são altamente prevalentes na população idosa, provocam significativo impacto na qualidade de vida dos indivíduos acometidos e de seus familiares, com repercussões no setor saúde. Com o aumento no número de comorbidades de um idoso diminui acentuadamente sua qualidade de vida.¹² A prevalência de doenças crônicas aumenta com o avançar da idade, atingindo mais de 70,0% nas pessoas com 70 anos ou mais,⁴ e sua presença exerce influência direta na autoavaliação da saúde.^{2,13} O declínio funcional, principal consequência das condições crônicas, guarda relação robusta com a saúde percebida.¹⁴

O presente estudo encontrou razão de prevalência mais alta em autoavaliação da saúde como ruim entre os idosos que pontuaram cinco ou mais no indicador de saúde física. A ausência de associação entre pontuações de um a quatro nesse indicador e a autoavaliação negativa da saúde pode estar relacionada ao controle das doenças crônicas. Isso indica a importância de reduzir, diagnosticar e tratar o mais precocemente possível as morbidades comuns para promover a qualidade de vida dos idosos. Priorizar o controle das morbidades e proporcionar o cuidado integral e contínuo são estratégias políticas que têm como foco a prevenção e o gerenciamento das doenças crônicas.²³

A pontuação obtida pelos idosos na avaliação de transtorno mental comum (caracterizado por sintomas somáticos e depressivos, estado de ansiedade, irritabilidade, insônia, fadiga, dificuldade de memória e de concentração) associou-se de maneira estatisticamente significativa com a autoavaliação negativa da saúde. Estudo transversal que analisou autoavaliação de saúde em amostra representativa de idosos verificou que os sintomas depressivos são os principais preditores de avaliação da própria saúde como ruim.¹⁵ Embora a saúde física e mental estejam correlacionadas, o efeito independente de cada uma sobre a autoavaliação de saúde é evidente no presente estudo.

A depressão gera um dos principais gastos em saúde na população com 60 anos ou mais, compromete a capacidade funcional, associa-se com doenças somáticas, leva ao isolamento social e causa diminuição significativa na qualidade de vida dos indivíduos.⁷ Na velhice, a etiologia e os sintomas psicológicos, comportamentais e físicos da depressão podem variar e se manifestar de forma heterogênea, exigindo adaptações nas formas de diagnóstico e tratamento.⁵ Devido à singularidade dessa doença na velhice e dos achados encontrados no presente estudo, enfatiza-se a necessidade de investir mais em prevenção da depressão e em promoção da saúde mental como forma de contribuir para a melhora da saúde subjetiva e, conseqüentemente, para a melhoria do bem-estar e da qualidade de vida dos idosos.

A associação encontrada entre o sentimento de felicidade e a autoavaliação de saúde foi a mais forte de todas as relações investigadas. Estudo longitudinal que investigou os determinantes da autoavaliação de saúde e da felicidade observou que essas variáveis refletem as diferentes facetas de uma base comum do bem-estar físico e mental.²⁷ Siahpush et al²⁴ (2008) avaliaram relações entre felicidade, satisfação com a vida e saúde e observaram que as pessoas com níveis elevados de sentimentos de felicidade tinham melhores condições de saúde objetiva e subjetiva.

Felicidade é um estado de prazer hedônico decorrente da satisfação de necessidades e do alcance das metas. Traduz-se na predominância de estados emocionais positivos, ou pelo equilíbrio entre estados positivos e negativos. É influenciada por estímulos ambientais, pela experiência passada, pelos estados fisiológicos e por experiências intrapsíquicas.¹⁶ O conceito de felicidade integra o conceito de bem-estar subjetivo, que reflete a avaliação que o próprio indivíduo faz sobre a dinâmica das relações entre as condições do ambiente em que vive, a própria competência comportamental e a qualidade de vida percebida.¹⁶ O bem-estar subjetivo está ligado aos afetos positivos e, conseqüentemente, à saúde emocional. Idosos com níveis mais altos de afetos positivos tendem a utilizar estratégias de enfrentamento construtivas quando confrontados com desafios inerentes à idade avançada.⁹

As associações encontradas entre condições de saúde física e mental avaliadas por autorrelato e as apreciações subjetivas da qualidade da saúde sugerem focos para investimento em pesquisas, como, por exemplo, o teste de medidas mais detalhadas de saúde mental, vitalidade e felicidade, bem como a investigação de variáveis mediadoras dos efeitos das condições de saúde sobre as avaliações subjetivas de saúde. Outras pesquisas poderão avaliar os efeitos das autoavaliações positivas de saúde entre más condições de saúde e sobre a continuidade do funcionamento psicossocial e do senso de felicidade em idosos. Estudos futuros poderão também focar em pesquisas prospectivas para avaliar fatores de risco e de proteção para desfechos como mortalidade, morbidade e incapacidade a partir de riscos somáticos, psiquiátricos e psicológicos, do bem-estar subjetivo e da autoavaliação de saúde.

O estudo permite constatar efeitos independentes sobre a autoavaliação da saúde em relação às condições materiais de vida, a saúde física, a saúde mental e o bem-estar, enfatizando a abordagem integral do idoso, nas diferentes dimensões. Os achados mostram que, mesmo na presença de congruência entre a autoavaliação global da saúde e os autorrelatos sobre doenças, sinais e sintomas, incapacidade e limitações, a saúde mental e o sentimento de felicidade são variáveis importantes na relação com a autoavaliação da saúde nos idosos.

REFERÊNCIAS

1. Agborsangaya CB, Lau D, Lahtinen M, Cooke T, Johnson JA. Multimorbidity prevalence and patterns across socioeconomic determinants: a cross-sectional survey. *BMC Public Health*. 2012;12:201. DOI:10.1186/1471-2458-12-201
2. Alves LC, Rodrigues RN. Determinantes da autopercepção de saúde entre idosos do Município de São Paulo, Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2005;17(5-6):333-41. DOI:10.1590/S1020-49892005000500005
3. Barros MBA, César CLG, Carandina L, Torre GD. Desigualdades sociais na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD-2003. *Cienc Saude Coletiva*. 2006;11(4):911-26. DOI:10.1590/S1413-81232006000400014
4. Barros MBA, Francisco PMSB, Lima MG, Cesar CLG. Social inequalities in health among elderly. *Cad Saude Publica*. 2011;27(Supl 2):s198-208. DOI:10.1590/S0102-311X2011001400008
5. Batistoni SST, Neri AL, Nicolosi GT, Lopes LO, Khoury HT, Eulálio MC, et al. Sintomas depressivos e fragilidade. In: Neri AL, organizadora. Fragilidade e qualidade de vida na velhice. Campinas: Alínea; 2013. p.283-98.
6. Borim FSA, Barros MBA, Neri AL. Autoavaliação da saúde em idosos: pesquisa de base populacional no município de Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2012;28(4):769-80. DOI:10.1590/S0102-311X2012000400016
7. Chang-Quan H, Xue-Mei Z, Bi-Rong D, Zhen-Chan L, Ji-Rong Y, Qing-Xiu L. Health status and risk for depression among the elderly: a meta-analysis of published literature. *Age Ageing*. 2010;39(1):23-30. DOI:10.1093/ageing/afp187
8. Ciconelli RM, Ferraz MB, Santos W, Meinão I, Quaresma MR. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). *Rev Bras Reumatol* 1999;39:143-50.
9. Dezutter J, Wiesmann U, Apers S, Luyckx K. Sense of coherence, depressive feelings and life satisfaction in older persons: a closer look at the role of integrity and despair. *Aging Ment Health*. 2013;17(7):839-43. DOI:10.1080/13607863.2013.792780
10. Geib LTC. Determinantes sociais da saúde do idoso. *Cienc Saude Coletiva*. 2012;17(1):123-33. DOI:10.1590/S1413-81232012000100015
11. Latham K, Peek CW. Self-rated health and morbidity onset among late midlife U.S. adults. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2013;68(1):107-16. DOI:10.1093/geronb/gbs104
12. Lima MG, Barros MBA, César CLG, Goldbaum M, Carandina L, Ciconelli RM. Impact of chronic disease on quality of life among the elderly in the state of São Paulo, Brazil: a population-based study. *Rev Panam Salud Publica*. 2009;25(4):314-21. DOI:10.1590/S1020-49892009000400005
13. Lima-Costa MF, Firmo JOA, Uchoa E. A estrutura da auto-avaliação da saúde entre idosos: projeto Bambuí. *Rev Saude Publica*. 2004;38(6):827-34. DOI:10.1590/S0034-89102004000600011
14. Martinez DJ, Kasl SV, Gill TM, Barry LC. Longitudinal association between self-rated health and timed gait among older persons. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2010;65(6):715-9. DOI:10.1093/geronb/gbp115
15. Millán-Calenti JC, Sánchez A, Lorenzo T, Maseda A. Depressive symptoms and other factors associated with poor self-rated health in the elderly: gender differences. *Geriatr Gerontol Int*. 2012;12(2):198-206. DOI:10.1111/j.1447-0594.2011.00745.x
16. Neri AL. Qualidade de vida na velhice e subjetividade. In: Neri AL, organizadora. Qualidade de vida na velhice: enfoque multidisciplinar. Campinas: Alínea; 2007. p.13-59.
17. Nunes APN, Barreto SM, Gonçalves LG. Relações sociais e autopercepção da saúde: Projeto Envelhecimento e Saúde. *Rev Bras Epidemiol*. 2012;15(2):415-28. DOI:10.1590/S1415-790X2012000200019
18. Ostbye T, Malhotra R, Chan A. Thirteen dimensions of health in elderly Sri Lankans: results from a Nation Sri Lanka Aging Survey. *J Am Geriatr Soc*. 2009;57(8):1376-87. DOI:10.1111/j.1532-5415.2009.02350.x
19. Pagotto V, Nakatani AYK, Silveira EA. Fatores associados à autoavaliação de saúde ruim em idosos usuários do Sistema Único de Saúde. *Cad Saude Publica*. 2011;27(8):1593-602. DOI:10.1590/S0102-311X2011000800014
20. Robert SA, Cherepanov D, Palta M, Dunham NC, Feeny D, Fryback DG. Socioeconomic status and age variations in health-related quality of life: results from the National Health Measurement Study. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2009;64(3):378-89. DOI:10.1093/geronb/gbp012
21. Rosero-Bixby L, Dow WH. Surprising SES gradients in mortality, health and biomarkers in a Latin American population of adults. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2009;64(1):105-17. DOI:10.1093/geronb/gbn004
22. Scazufca M, Menezes PR, Vallada H, Araya R. Validity of the self-reporting questionnaire-20 in epidemiological studies with older adults. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2009;44:247-54. DOI 10.1007/s00127-008-0425-y
23. Schmidt MI, Duncan BB, Azevedo e Silva G, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM, et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. *Lancet*. 2011;377(9781):1949-61. DOI:10.1016/S0140-6736(11)60135-9
24. Siahpush M, Spittal M, Singh GK. Happiness and life satisfaction prospectively predict self-rated health, physical health, and the presence of limiting, long-term health conditions. *Am J Health Promot*. 2008;23(1):18-26. DOI:10.4278/ajhp.061023137
25. Silva RJS, Smith-Menezes A, Tribess S, Rómo-Perez V, Virtuoso Júnior JS. Prevalência e fatores associados à percepção negativa da saúde em pessoas idosas no Brasil. *Rev Bras Epidemiol*. 2012;15(1):49-62. DOI:10.1590/S1415-790X2012000100005

26. Strawbridge WJ, Wallhagen MI, Cohen RD. Successful aging and well-being: self-rated compared with Rowe and Kahn. *Gerontologist*. 2002;42(6):727-33. DOI:10.1093/geront/42.6.727
27. Subramanian SV, Kim D, Kawachi I. Covariation in the socioeconomic determinants of self rated health and happiness: a multivariate multilevel analysis of individuals and communities in the USA. *J Epidemiol Community Health*. 2005;59(8):664-9. DOI:10.1136/jech.2004.025742
28. Teixeira INDO, Neri AL. Envelhecimento bem sucedido: uma meta no curso da vida. *Psicol USP*. 2008;19(1):81-94. DOI:10.1590/S0103-65642008000100010
29. Wickrama K, Mancini JA, Kwag K, Kwon J. Heterogeneity in multidimensional health trajectories of late old years and socioeconomic stratification: a latent trajectory class analysis. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2013;68(2):290-7. DOI:10.1093/geronb/gbs111
30. Wu SC, Li CY, Ke DS. The agreement between self-reporting and clinical diagnosis for selected medical conditions among elderly in Taiwan. *Public Health*. 2000;114(2):137-42. DOI:10.1016/S0033-3506(00)00323-1

Artigo baseado na tese de doutorado de Borim FSA, intitulada: "Autoavaliação de saúde e transtorno mental comum em idosos: estudo de base populacional no município de Campinas, SP", apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, em 2014.

Trabalho financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP – Processo 2010/05504-9, Bolsa de Doutorado de Borim FSA) e pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq – Processo 409747/2006-8, financiamento da pesquisa e bolsa produtividade de Barros MBA).

Os autores declaram não haver conflito de interesses.