

# Fatores sociodemográficos, comportamentais e de saúde associados à autopercepção de saúde positiva de idosos longevos residentes em Florianópolis, Santa Catarina

*Sociodemographic, behavioral, and health factors associated with positive self-perceived health of long-lived elderly residents in Florianópolis, Santa Catarina, Brazil*

Rodrigo de Rosso Krug<sup>I,II</sup>, Ione Jayce Ceola Schneider<sup>III</sup>, Maruí Weber Corseuil Giehl<sup>IV</sup>, Danielle Ledur Antes<sup>V</sup>, Susana Cararo Confortin<sup>V</sup>, Giovana Zarpellon Mazo<sup>VI</sup>, André Junqueira Xavier<sup>V</sup>, Eleonora d'Orsi<sup>V</sup>

**RESUMO:** O objetivo deste estudo foi verificar os fatores associados à autopercepção de saúde positiva de idosos longevos (80+). Estudo transversal conduzido no município de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, com 239 idosos participantes do EpiFloripa Idoso. Foram aplicados instrumentos de coleta para verificar dados sociodemográficos e econômicos, autorrelato do estado de saúde, quedas e estilo de vida. Para identificar os fatores associados à autopercepção de saúde positiva, utilizou-se regressão de Poisson ajustada por sexo. A autopercepção de saúde positiva foi mais prevalente nos idosos longevos sem a presença de depressão (RP = 0,49) e que faziam consumo de álcool (RP = 1,99). Compreender quais variáveis podem interferir na autopercepção de saúde de idosos longevos auxilia em melhores ações de saúde para essa população, principalmente para evitar depressão, além de reduzir custos com internações, medicamentos e tratamentos de saúde, muito frequentes em idosos longevos.

**Palavras-chave:** Idosos de 80 anos ou mais. Autoavaliação. Saúde. Comorbidade. Estilo de vida. Tratamento.

<sup>I</sup>Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas, Universidade Federal de Santa Catarina – Florianópolis (SC), Brasil.

<sup>II</sup>Programa de Pós-Graduação em Atenção Integral à Saúde, Universidade de Cruz Alta – Cruz Alta (RS), Brasil.

<sup>III</sup>Curso de Fisioterapia, Universidade Federal de Santa Catarina – Araranguá (SC), Brasil.

<sup>IV</sup>Universidade Federal de Santa Catarina – Florianópolis (SC), Brasil.

<sup>V</sup>Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Santa Catarina – Florianópolis (SC), Brasil.

<sup>VI</sup>Programa de Pós-Graduação em Ciências do Movimento Humano, Universidade do Estado de Santa Catarina – Florianópolis (SC), Brasil.

**Autor correspondente:** Rodrigo de Rosso Krug. Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas, Centro de Ciências da Saúde. Rua Delfino Conti, s/n, bloco A, sala 126, Campus Universitário, Trindade, CEP: 88040-410, Florianópolis, SC, Brasil. E-mail: rodkrug@bol.com.br

**Conflito de interesses:** nada a declarar – **Fonte de financiamento:** Este artigo é originário do Projeto EpiFloripa 2009/2010, Estudo Epidemiológico das Condições de Saúde dos Idosos de Florianópolis, Santa Catarina e foi financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), processo n° 569834/2008-2 e desenvolvido no âmbito do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina.

**ABSTRACT:** The objective of this study was to identify the factors associated with positive self-perceived health of long-lived elderly (80+) individuals. This cross-sectional study was conducted in the city of Florianópolis, Santa Catarina, Brazil, and included 239 elderly participants from the EpiFloripa Ageing Project. We used collection instruments to verify sociodemographic and economic data, self-reported health status, falls, and lifestyle. Then, we identified factors associated with positive self-perceived health using a Poisson regression adjusted for sex. We found that a positive self-reported health status was more prevalent among the long-lived elderly who were not depressed (PR = 0.49), and among those who consumed alcohol (PR = 1.99). Understanding which variables may interfere in the self-perceived health of the long-lived elderly can result in better health options for this population, mainly, new methods to prevent depression. Additionally, this information can help reduce costs associated with hospitalizations, medications and health treatments, all of which are very common among the long-lived elderly.

**Keywords:** Elderly people aged 80 and older. Self-assessment. Health. Comorbidity. Life style. Treatment.

## INTRODUÇÃO

A faixa etária de pessoas com 80 anos ou mais (idosos longevos) é a que mais vem aumentando no mundo. Projeções da Organização Mundial de Saúde<sup>1</sup> mostram que essa população irá superar 379 milhões em 2050. No Brasil, esse grupo também cresce. Em 2010, eram cerca de 3 milhões (1,1% da população total brasileira), com projeções de atingirem 14 milhões em 2040, correspondendo ao aumento de 466,6%. Estima-se que aproximadamente 2,6% desses idosos brasileiros residam em Santa Catarina e cerca de 0,3% na capital Florianópolis<sup>2</sup>.

Idosos longevos apresentam características diferenciadas, tais como maior prevalência de incapacidades e doenças, principalmente doenças cardiovasculares, acidente vascular cerebral, artrite, demências e depressão<sup>2</sup>. Essas características acarretam preocupações para os setores de economia, saúde e bem-estar social, devido ao alto custo para tratar ou prevenir as doenças comuns dessa faixa etária, tornando-se um desafio para a implantação de políticas públicas e para melhorias em termos de promoção da saúde, além de serem necessárias maiores oportunidades para essas pessoas, com o intuito de maximizar suas capacidades participativas dentro da sociedade<sup>1,2</sup>.

Além disso, o avanço da idade pode piorar a autopercepção de saúde<sup>1</sup>. Pinquart<sup>3</sup> explica que essa pior percepção de saúde dos idosos longevos, em comparação com mais jovens, é oriunda do aumento do número e da gravidade dos problemas de saúde que acometem os idosos mais velhos. Moschny et al.<sup>4</sup>, ao acompanharem 1.937 idosos alemães (idade entre 72 e 93 anos) por 7 anos, evidenciaram que as pessoas com 80 anos ou mais percebem sua saúde como pior se comparadas a pessoas com menor idade.

Autopercepção de saúde positiva é um ótimo indicador da própria saúde, predizendo a sobrevivência de cada pessoa<sup>5</sup>. Ela está relacionada a bons componentes físicos, cognitivos e emocionais, além de sensação de bem-estar e satisfação com a vida<sup>6,7</sup>.

A autopercepção de saúde apresenta relação com alguns importantes aspectos da saúde do idoso, como aspectos socioeconômicos<sup>8</sup>, prática de atividade física<sup>9</sup>, capacidade física<sup>5,9</sup>, morbidades<sup>5,10</sup> e mortalidade<sup>9,11,12</sup>. No entanto, nenhum desses resultados encontrados são oriundos de estudos com idosos longevos, ressaltando, assim, que existem ainda vários aspectos desse segmento etário que ainda devem ser investigados<sup>3</sup>. Além disso, a maioria dos estudos com essa temática abordam a autopercepção de saúde negativa<sup>6</sup>.

Assim, esta pesquisa se justifica pela população diferenciada (idosos longevos) que foi investigada, pelo fato desses perceberem pior sua saúde em relação a outros grupos etários, e também pelo fato de que compreender as questões envolvidas na autopercepção de saúde positiva de idosos longevos pode auxiliar em melhores ações e políticas de saúde para eles, bem como ser um importante indicador para a vigilância da saúde geral do idoso<sup>13</sup>. O objetivo deste estudo foi verificar os fatores associados à autopercepção de saúde positiva de idosos longevos de Florianópolis, Santa Catarina.

## MÉTODOS

### TIPO DE ESTUDO

Estudo transversal, domiciliar de base populacional, conduzido no município de Florianópolis, Santa Catarina, com população formada por idosos, de ambos os sexos, com 80 anos ou mais.

### POPULAÇÃO E AMOSTRA

O estudo EpiFloripa Idoso<sup>14</sup> ocorreu nos anos de 2009 e 2010, em Florianópolis, e teve como objetivo estudar as condições de saúde da população idosa (60 anos ou mais) de ambos os sexos, residentes na região urbana município.

Foram considerados para o cálculo do tamanho da amostra, a prevalência esperada (50%), erro de 4 pontos percentuais, intervalo de confiança de 95% (IC95%), efeito de delineamento para amostras por conglomerados (= 2), acrescidos de 20% de perdas previstas e 15% para estudos de associação, além de levar em consideração também o tamanho da população de 60 anos ou mais, atingindo o valor mínimo de 1.599 entrevistas. Em virtude da disponibilidade financeira, a amostra foi ampliada para 1.911 idosos.

O processo de seleção da amostra foi realizado por conglomerados em 2 estágios, sendo os 420 setores censitários (unidades de recenseamento do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística — IBGE) de Florianópolis o primeiro estágio. Esses setores são constituídos por 300 a 350 domicílios cada, e os domicílios foram as unidades do segundo estágio. Estimou-se realizar 20 entrevistas por setor censitário e, em virtude da disponibilidade de recursos financeiros, aumentou-se a quantidade de idosos entrevistados por setor para 23,

a fim de aumentar a variabilidade da amostra. Os setores censitários foram estratificados em ordem crescente de renda média mensal do chefe da família (R\$ 314,76 a R\$ 5.057,77) e posteriormente sorteados, bem como os domicílios. Assim, foram encontrados 1.911 idosos elegíveis. A taxa de resposta do estudo foi de 89,1%, com amostra final de 1.702 idosos entrevistados, sendo consideradas perdas as entrevistas não realizadas após quatro tentativas e recusas quando as pessoas optaram por não responder ao questionário.

A amostra do estudo foi representativa da população com 60 anos ou mais de idade residente em Florianópolis, sendo a faixa etária de 80 anos ou mais no estudo (239/1.705 idosos ou 14% da amostra) correspondente ao mesmo percentual de idosos com 80 anos ou mais na população alvo identificada pelo Censo do IBGE de 2010 (6.784/48.423 ou 14% da população-alvo).

## INSTRUMENTOS E COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada por instrumento padronizado e pré-testado aplicado na forma de entrevistas face a face, utilizando o *Personal Digital Assistants* (PDA), que é um computador de dimensões reduzidas, que possui grande capacidade computacional, cumprindo as funções de agenda e sistema informático de escritório elementar, com possibilidade de interconexão com um computador pessoal e uma rede informática sem fios para acesso à internet.

As entrevistas foram realizadas por entrevistadoras do sexo feminino com nível médio completo de escolaridade, devidamente treinadas. A escolha por entrevistadoras do sexo feminino foi uma decisão metodológica no planejamento do estudo, tendo em vista que tendem a ser mais bem recebidas pelos entrevistados. Além disso, poucas questões utilizadas neste estudo podem ter sofrido viés de informação pelo fato de serem entrevistadoras do sexo feminino.

Houve verificação semanal da consistência dos dados e controle de qualidade por meio de aplicação por telefone de questionário reduzido em aproximadamente 10% das entrevistas selecionadas aleatoriamente.

A variável autopercepção de saúde foi verificada por meio da pergunta “Em geral, você diria que sua saúde é: muito boa, boa, regular, ruim ou muito ruim?”<sup>15</sup>. Essas opções de resposta foram categorizadas em positiva (“muito boa” e “boa”) e negativa (“regular”, “ruim” e “muito ruim”).

As covariáveis estudadas foram:

1. variáveis sociodemográficas: idade (em anos); sexo (masculino, feminino); estado civil (solteiro, casado/juntado, separado/divorciado, viúvo); moradia (sozinho, acompanhado); cuidador (não, sim); escolaridade (sem escolaridade formal, fundamental incompleto, fundamental completo, ensino médio, ensino superior); cor da pele (branca, negra/parda/amarela); trabalha atualmente (não, sim), que foi verificada por meio da pergunta “O(a) Sr.(a) tem algum trabalho remunerado atualmente?”; e renda em salários mínimos (menor que 1, 1 a 3, 4 a 6, > 6; sendo o salário mínimo em 2009, R\$ 465,00, e em 2010, R\$ 510,00);

2. variáveis de saúde: declínio cognitivo avaliado pelo Mini Exame de Estado Mental (MEEM) validado no Brasil por Bertolucci et al.<sup>16</sup> — MEEM é a escala de rastreio cognitivo mais utilizada em todo o mundo, que varia de 0 a 30 pontos; sua classificação se dá pelo nível de escolaridade, onde são considerados idosos com ausência de provável déficit cognitivo os idosos que atingem valores maiores ou iguais a 19/20 pontos (idosos sem escolaridade) e maiores ou iguais a 23/24 pontos (idosos com educação formal); e idosos com provável déficit cognitivo os que atingem valores menores que os mencionados<sup>17</sup> —; doença de coluna (não, sim); artrite e/ou reumatismo (não, sim); câncer (não, sim); diabetes (não, sim); bronquite e/ou asma (não, sim); hipertensão arterial sistêmica (não, sim); doenças cardiovasculares (não, sim); depressão (não, sim); acidente vascular cerebral (AVC) (não, sim); úlcera estomacal (não, sim); incontinência urinária (não, sim); e uso de medicamentos (não, sim);
3. variáveis comportamentais: uso de tabaco (não, fumou e parou, fuma atualmente); e uso de álcool (não, moderado/alto), que foi avaliado pelo *The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)*<sup>18</sup>, por meio das três primeiras perguntas do instrumento que fazem referência à quantidade e frequência do uso regular ou ocasional do álcool<sup>19</sup>. Esse instrumento configura-se, na atualidade, como uma das medidas mais empregadas em todo o mundo para a identificação de grupos de risco e rastreamento do uso inadequado de álcool em amostras clínicas e da população geral<sup>20</sup>. Foram considerados como não uso de álcool os idosos que não consomem álcool; como moderado, o consumo de uma dose ou menos com qualquer frequência; e como alto consumo de álcool, a ingestão de cinco doses ou mais ou duas ou mais doses normalmente ao beber. Devido ao tamanho reduzido da amostra, as categorias foram agrupadas em consumo de álcool (não, sim). Assim, a interpretação não se refere à identificação de grupo de risco, e sim ao consumo de álcool. Também avaliado o nível de atividade física, pelo Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ) no domínio lazer, na forma longa e semana normal<sup>21</sup> (inativo fisicamente = realiza menos que 150 minutos semanais de atividade física; e ativo fisicamente = realiza no mínimo 150 minutos semanais de atividade física); e a participação de grupos de convivência (não, sim);
4. quedas no último ano (não, sim).

## ANÁLISE DOS DADOS

Foi utilizada estatística descritiva para analisar as características da população. Os dados categóricos foram descritos por frequência relativa e os respectivos IC95%. Testou-se a normalidade dos dados contínuos (idade).

Foram calculadas as prevalências de autopercepção de saúde positiva e seus respectivos IC95%. Para a identificação dos fatores associados à autopercepção de saúde positiva, utilizou-se a análise bruta e ajustada por regressão de Poisson. Na análise ajustada, as variáveis que apresentaram associação com o desfecho (valor de  $p \leq 0,05$ ) foram inseridas no modelo.

O modelo final foi ajustado por sexo. Para todas as análises foi utilizado o programa estatístico STATA SE 11.0 (StataCorp. 2009. Stata Statistical Software: Release 11. College Station, TX, StataCorp LP).

## ASPECTOS ÉTICOS

O estudo foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisas em Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, Protocolo n° 352/2008. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os autores declaram não haver conflitos de interesses.

## RESULTADOS

A amostra deste estudo totalizou 239 idosos longevos com média de idade  $85,06 \pm 4,68$  anos. A prevalência de autopercepção de saúde positiva foi de 41,4% (IC95% 34,6 – 48,5) (Tabela 1).

A maior parte dos idosos longevos era do sexo feminino, viúva, morava acompanhada, tinha baixa escolaridade (analfabeta ou tinha o ensino fundamental incompleto), era branca, não possuía trabalho remunerado e/ou voluntário e recebia menos de três salários mínimos mensais. Quanto às condições de saúde, grande parte não tinha nenhuma doença além da hipertensão arterial sistêmica e fazia uso de, no mínimo, um medicamento diário. Em relação aos hábitos de vida, a maioria nunca fumou e não fazia uso de bebidas alcoólicas, participava de grupos de convivência para idosos e era inativa fisicamente no lazer. Em relação às quedas, a maioria não teve quedas no último ano (Tabela 1).

Na Tabela 2, verificou-se na análise bruta que a autopercepção de saúde positiva foi associada à presença de depressão, uso de medicamentos, não fazer uso de álcool e ser ativo fisicamente no lazer. Porém, após a análise ajustada verificou-se que a autopercepção de saúde positiva permaneceu associada com a presença de depressão, com prevalência 51% menor naqueles com diagnóstico da doença (RP = 0,49; IC95% 0,28 – 0,85), e naqueles que faziam consumo de álcool, onde a prevalência de autopercepção positiva foi praticamente o dobro em relação àqueles que não consumiam (RP = 1,99; IC95% 1,54 – 2,56).

## DISCUSSÃO

No presente estudo, a prevalência de autopercepção de saúde positiva foi de 41,8%. Além disso, constatou-se que a autopercepção de saúde positiva foi menos prevalente nos idosos longevos sem sintomas depressivos, e mais prevalente naqueles que consumiam álcool.

Observou-se que a depressão se associou inversamente à autopercepção de saúde positiva, corroborando os achados de Arnadottir et al.<sup>9</sup>, confirmando a relação entre a pior

Tabela 1. Associação entre as características sociodemográficas, condições de saúde e nível de atividade física no lazer e no deslocamento dos idosos longevos do EpiFloripa Idoso, Florianópolis, Santa Catarina, 2014.

Variáveis	n = 239	
	n	% (IC95%)
<b>Autopercepção de saúde</b>		
Positiva	100	41,4 (34,6 – 48,5)
Negativa	139	58,6 (51,5 – 65,4)
<b>Sociodemográficas</b>		
<b>Sexo</b>		
Feminino	159	66,0 (58,5 – 72,7)
Masculino	80	34,0 (27,3 – 41,4)
<b>Estado civil</b>		
Casado/juntado	91	35,7 (28,7 – 43,4)
Solteiro	9	3,3 (1,6 – 6,6)
Divorciado/separado	9	3,9 (2,0 – 7,5)
Viúvo	130	57,1 (49,5 – 64,3)
<b>Moradia</b>		
Sozinho	45	20,8 (15,2 – 27,6)
Acompanhado	194	79,2 (72,3 – 84,7)
<b>Cuidador</b>		
Não	167	71,1 (60,8 – 81,3)
Sim	72	28,9 (18,7 – 39,17)
<b>Escolaridade</b>		
Analfabeto	44	16,6 (11,0 – 24,2)
Fundamental incompleto	104	41,8 (32,8 – 51,4)
Fundamental completo	28	14,7 (8,3 – 24,7)
Médio completo	43	19,4 (12,7 – 28,4)
Ensino superior	20	7,5 (3,9 – 13,6)
<b>Cor da pele</b>		
Branca	211	87,8 (80,6 – 92,5)
Negra/parda/amarela	28	12,2 (7,5 – 19,3)
<b>Trabalho</b>		
Não trabalha	232	97,3 (94,0 – 98,8)
Trabalha	7	2,7 (1,2 – 6,0)

Continua...

Tabela 1. Continuação.

Variáveis	n = 239	
	n	% (IC95%)
Renda (salários mínimos)		
< 1	128	49,7 (39,8 – 59,6)
1 a 3	74	31,8 (26,6 – 37,4)
4 a 6	13	6,0 (3,3 – 10,6)
> 6	24	12,4 (6,9 – 21,4)
<b>De saúde</b>		
Déficit cognitivo		
Ausência de déficit	124	56,5 (46,8 – 66,2)
Provável déficit	112	43,5 (33,8 – 53,2)
Doença de coluna		
Não	132	52,1 (44,5 – 59,7)
Sim	107	47,9 (40,3 – 55,5)
Artrite/reumatismo		
Não	147	65,9 (57,0 – 74,8)
Sim	92	34,1 (25,2 – 43,0)
Diabetes		
Não	188	76,1 (68,4 – 82,3)
Sim	5	23,9 (17,6 – 31,5)
Bronquite/asma		
Não	199	83,5 (77,1 – 90,0)
Sim	40	16,4 (10,0 – 22,9)
Hipertensão arterial sistêmica		
Não	89	37,1 (28,1 – 47,1)
Sim	150	62,9 (52,9 – 71,8)
Doenças cardiovasculares		
Não	15	60,7 (52,0 – 68,8)
Sim	88	39,2 (31,2 – 48,0)
Depressão		
Não	180	75,9 (70,6 – 80,5)
Sim	59	24,1 (19,4 – 29,4)

Continua...



Tabela 1. Continuação.

Variáveis	n = 239	
	n	% (IC95%)
<b>Acidente vascular cerebral</b>		
Não	206	87,7 (82,5 – 92,9)
Sim	33	12,3 (7,1 – 17,5)
<b>Úlcera estomacal</b>		
Não	212	89,0 (84,4 – 93,6)
Sim	27	11,0 (6,3 – 15,6)
<b>Incontinência urinária</b>		
Não	132	62,7 (54,3 – 71,2)
Sim	107	37,2 (28,8 – 45,7)
<b>Uso de medicamento</b>		
Não	13	5,8 (3,1 – 10,6)
Sim	226	94,2 (89,4 – 96,8)
<b>Comportamentais</b>		
<b>Uso de tabaco</b>		
Não	156	64,5 (57,4 – 70,9)
Fumou e parou	75	32,3 (26,3 – 39,0)
Fuma atualmente	8	3,2 (1,5 – 6,5)
<b>Uso de álcool</b>		
Não	195	82,3 (76,3 – 87,0)
Sim	44	17,7 (13,0 – 23,7)
<b>Participa de grupos de convivência</b>		
Não	75	33,4 (25,2 – 42,6)
Sim	164	66,6 (57,3 – 74,8)
<b>Nível de atividade física no lazer (minutos semanais)</b>		
< 150	200	83,1 (76,5 – 88,1)
≥ 150	39	16,9 (11,9 – 23,5)
<b>Outras</b>		
<b>Quedas no último ano</b>		
Não	178	75,0 (68,8 – 80,2)
Sim	61	25,0 (19,7 – 31,1)

Valor utilizado para conversão da variável renda familiar bruta: EpiFloripa<sup>11</sup> R\$ 465; IC95%: intervalo de confiança de 95%.

Tabela 2. Análises ajustada dos fatores associados à autopercepção de saúde positiva de idosos longevos do EpiFloripa Idoso. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 2014.

Variáveis	Autopercepção de saúde positiva % (IC95%)	Análise bruta		Análise ajustada	
		RP (IC95%)	Valor p	RP (IC95%)	Valor p
<b>Sociodemográficas</b>					
Idade	–	1,01 (0,97 – 1,05)	0,657	–	
<b>Sexo</b>					
Feminino	38,9 (30,4 – 48,1)	1	0,341	1	0,616
Masculino	46,2 (34,5 – 58,3)	1,19 (0,83 – 1,70)		0,91 (0,63 – 1,31)	
<b>Estado civil</b>					
Casado/juntado	47,3 (35,4 – 59,6)	1	0,146	–	
Solteiro	50,8 (19,7 – 81,3)	1,07 (0,53 – 2,17)			
Separado/divorciado	83,0 (47,8 – 96,3)	1,75 (1,18 – 2,61)			
Viúvo	34,3 (24,4 – 45,7)	0,72 (0,47 – 1,12)			
<b>Moradia</b>					
Sozinho	41,8 (27,7 – 57,5)	1	0,955	–	
Acompanhado	41,3 (32,6 – 50,5)	0,99 (0,61 – 1,59)			
<b>Cuidador</b>					
Não	45,5 (0,37 – 0,54)	1	0,127		
Sim	31,2 (0,55 – 0,83)	0,68 (0,42 – 1,12)			
<b>Escolaridade</b>					
Analfabeto	24,6 (13,3 – 41,0)	1	0,068	–	
Fundamental incompleto	38,2 (28,4 – 48,6)	1,55 (0,82 – 2,95)			
Fundamental completo	42,6 (29,0 – 57,5)	1,73 (0,90 – 3,34)			
Médio completo	57,5 (28,9 – 81,9)	2,34 (1,07 – 5,09)			
Ensino superior	51,9 (28,4 – 74,6)	2,11 (1,04 – 4,27)			
<b>Cor da pele</b>					
Branca	43,6 (36,8 – 50,7)	1	0,171	–	
Negra/parda/amarela	25,2 (10,5 – 49,0)	0,58 (0,26 – 1,27)			
<b>Trabalho</b>					
Não trabalha	41,3 (34,5 – 48,5)	1	0,964	–	
Trabalha	42,3 (12,3 – 79,2)	1,02 (0,39 – 2,66)			

Continua...

Tabela 2. Continuação.

Variáveis	Autopercepção de saúde positiva % (IC95%)	Análise bruta		Análise ajustada	
		RP (IC95%)	Valor p	RP (IC95%)	Valor p
<b>Renda (salários mínimos)</b>					
< 1	37,6 (29,2 – 46,9)	1	0,219	-	
1 a 3	39,7 (25,6 – 55,7)	1,06 (0,68 – 1,84)			
4 a 6	23,4 (7,6 – 53,3)	0,62 (0,22 – 1,75)			
> 6	69,4 (49,8 – 83,8)	1,85 (1,29 – 2,64)			
<b>De saúde</b>					
<b>Déficit cognitivo</b>					
Ausência de déficit	44,4 (36,3 – 52,6)	1	0,455		
Provável déficit	38,7 (26,5 – 50,9)	0,87 (0,60 – 1,26)			
<b>Doença de coluna</b>					
Não	43,7 (33,1 – 54,3)	1	0,495	-	
Sim	38,8 (29,5 – 48,2)	0,89 (0,63 – 1,25)			
<b>Artrite/reumatismo</b>					
Não	45,6 (35,3 – 55,8)	1	0,187	-	
Sim	33,3 (20,7 – 45,8)	0,73 (0,46 – 1,17)			
<b>Câncer</b>					
Não	39,8 (31,3 – 48,2)	1	0,182	-	
Sim	52,8 (35,8 – 69,8)	1,33 (0,87 – 2,02)			
<b>Diabetes</b>					
Não	45,9 (37,4 – 54,7)	1	0,058	-	
Sim	26,8 (15,3 – 42,6)	0,58 (0,33 – 1,02)			
<b>Bronquite/asma</b>					
Não	40,7 (33,3 – 48,2)	1	0,656	-	
Sim	44,7 (27,5 – 62,0)	1,10 (0,72 – 1,67)			
<b>Hipertensão arterial sistêmica</b>					
Não	44,1 (31,7 – 57,3)	1	0,583	-	
Sim	39,8 (31,8 – 48,3)	0,90 (0,62 – 1,31)			
<b>Doenças cardiovasculares</b>					
Não	46,8 (38,6 – 55,1)	1	0,079	-	
Sim	33,0 (22,8 – 45,2)	0,71 (0,48 – 1,04)			
<b>Depressão</b>					
Não	47,9 (39,2 – 56,7)	1	0,004*	1	0,013*
Sim	20,8 (12,0 – 33,5)	0,43 (0,25 – 0,76)		0,49 (0,28 – 0,85)	

Continua...

Tabela 2. Continuação.

Variáveis	Auto percepção de saúde positiva % (IC95%)	Análise bruta		Análise ajustada	
		RP (IC95%)	Valor p	RP (IC95%)	Valor p
<b>Acidente vascular cerebral</b>					
Não	43,6 (36,1 – 51,1)	1	0,132	–	
Sim	25,4 (7,8 – 43,1)	0,58 (0,29 – 1,18)			
<b>Úlcera estomacal</b>					
Não	41,8 (34,3 – 49,2)	1	0,778	–	
Sim	38,1 (14,4 – 61,8)	0,91 (0,47 – 1,75)			
<b>Incontinência urinária</b>					
Não	41,4 (33,3 – 49,5)	1	0,994	–	
Sim	41,3 (29,1 – 53,6)	1,00 (0,71 – 1,41)			
<b>Uso de medicamento</b>					
Não	69,6 (37,0 – 90,0)	1	0,024*	1	0,058
Sim	39,6 (32,1 – 47,6)	0,57 (0,35 – 0,93)		0,62 (0,37 – 1,02)	
<b>Comportamentais</b>					
<b>Uso de tabaco</b>					
Não	41,2 (30,8 – 52,4)	1	0,639	–	
Fumou e parou	40,0 (29,0 – 52,2)	0,97 (0,61 – 1,53)			
Fuma atualmente	58,1 (21,6 – 87,4)	1,41 (0,66 – 2,98)			
<b>Uso de álcool</b>					
Não	34,5 (28,4 – 41,1)	1	> 0,001*	1	> 0,001*
Sim	73,2 (56,0 – 85,5)	2,21 (1,64 – 2,25)		1,99 (1,54 – 2,56)	
<b>Participa de grupos de convivência</b>					
Não	47,7 (33,2 – 62,6)	1	0,265	–	
Sim	38,2 (30,5 – 46,5)	0,80 (0,54 – 1,19)			
<b>Nível de atividade física no lazer (minutos por semana)</b>					
< 150	38,1 (31,1 – 45,7)	1	0,010*	1	0,150
≥ 150	57,3 (42,1 – 71,3)	1,50 (1,11 – 2,05)		1,22 (0,93 – 1,60)	
<b>Outras</b>					
<b>Quedas</b>					
Não	39,9 (33,3 – 47,0)	1	0,454	–	
Sim	45,8 (31,0 – 61,3)	1,15 (0,80 – 1,65)			

RP: razão de prevalência; IC95%: intervalo de confiança de 95%; \*nível de significância menor que 5%. Modelo final ajustado por sexo.

percepção de saúde e sintomas depressivos, que tem sido bem descrita em estudos prévios<sup>22-24</sup>. Entre os idosos, a depressão é um problema de saúde mental muito comum<sup>22</sup>, que se não tratada, aumenta o risco de morbimortalidades e associa-se a um fardo social e econômico<sup>23</sup>.

A autopercepção de saúde positiva também foi associada ao consumo de álcool dos idosos longevos. Estudos<sup>25-29</sup> também observaram associação entre maior consumo de álcool e percepção positiva de saúde, após ajustes por variáveis sociodemográficas e de estilo de vida, corroborando os achados desta investigação. Outra pesquisa mostrou que a prevalência de autopercepção de saúde negativa foi maior entre os que haviam parado de beber, seguidos pelos não bebedores<sup>27</sup>.

O aumento da idade é um determinante importante na quantidade de consumo de álcool, sendo que pessoas mais velhas consomem menores quantidades de álcool quando comparados aos mais novos, porém com maior frequência<sup>29</sup>. Beber moderadamente está associado a algumas boas condições de saúde<sup>27-29</sup> como melhor cognição e menor risco de demência<sup>30</sup>, melhor desempenho funcional<sup>30</sup>, menos sintomas depressivos<sup>27</sup>, alguma proteção contra doenças cardiovasculares<sup>31</sup> e asma<sup>32</sup>, menor mortalidade<sup>29,31</sup> e melhor qualidade de vida<sup>28,33</sup>, o que pode elucidar a melhor autopercepção de saúde destes idosos. Essa associação pode ser explicada também pelo provável maior vínculo social entre os idosos que consomem álcool<sup>28</sup>.

No entanto, estes resultados podem ser questionados por alguns vieses. Um viés é a condição econômica na qual pessoas com melhores rendas consomem mais álcool e podem acessar os serviços de saúde com mais frequência, reduzindo assim o impacto do álcool na saúde<sup>34</sup>. Outro ponto é que provavelmente os idosos que consomem álcool fazem isso porque estão com a saúde melhor, e essa é a explicação mais provável para a associação encontrada entre álcool e autopercepção positiva de saúde, além dos laços sociais. Outro ponto é a diferença de avaliação do consumo do álcool entre os estudos, pois alguns estudos avaliam em baixo, moderado e alto consumo<sup>26</sup>, somente uso moderado<sup>29,30</sup>, doses de consumo<sup>26,26,33</sup>, frequência de consumo em dias<sup>26,33</sup>, meses<sup>26</sup> ou anos<sup>27</sup>, comparados a nunca ter consumido e/ou ser ex-consumidor de álcool.

Contudo, são imprescindíveis mais investigações no que se refere à relação entre percepção de saúde e consumo de álcool em idosos longevos, sendo que os autores deste estudo não recomendam que idosos longevos consumam álcool para que tenham a autopercepção de saúde positiva, tendo em vista que a abordagem da saúde pública no Reino Unido promove o consumo responsável, que busca equilibrar os benefícios potenciais de beber contra possíveis danos<sup>34</sup>, e que a recomendação do Ministério da Saúde enfatiza a cessação do uso do álcool para a melhora da saúde e prevenção de doenças crônicas<sup>34</sup>.

É importante destacar que o presente estudo apresenta algumas limitações, dentre elas o emprego do delineamento transversal, que não permite inferir relações de causa e efeito entre as variáveis independentes e o desfecho, e o viés de sobrevivência, pois somente podem ser entrevistados em um estudo transversal os idosos sobreviventes, algo inerente a todo estudo transversal. Os mais graves, mais comprometidos ou mais doentes morreram

ou foram internados em instituições de longa permanência para idosos e, portanto, não foram entrevistados.

Os principais pontos positivos deste estudo foram o fato da investigação com idosos longevos ainda ser pequena no Brasil, devido à dificuldade de contatá-los, o que ilustra ainda mais a importância de pesquisar essa população específica, e o fato da pesquisa ter como desfecho a autopercepção positiva de saúde em detrimento da negativa, se diferenciando assim da maioria dos estudos.

Investigações longitudinais podem contribuir para o melhor entendimento da direção das associações encontradas. Neste sentido, o projeto EpiFloripa Idoso deu continuidade ao estudo e realizou uma nova onda de coletas nos anos de 2013/14.

## CONCLUSÃO

Conclui-se neste estudo que os fatores associados à autopercepção de saúde positiva de idosos longevos de Florianópolis, Santa Catarina, foram a presença de depressão e o consumo de álcool. Assim, os resultados mostram que compreender essas variáveis que interferem na autopercepção de saúde positiva de idosos longevos pode auxiliar em melhores ações de saúde, principalmente ações para evitar a depressão nessa população. Esse conhecimento, se bem aplicado, pode auxiliar na redução de custos com internações, medicamentos e tratamentos de saúde, que são muito comuns nessa população mais velha, além de servir como importante indicador para a vigilância da saúde geral do idoso longo vivo do referido município.

## REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial de Saúde. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2005.
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de indicadores sociais – Uma análise das condições de vida da população brasileira [Internet]. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2010. Disponível em: [https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2015/default\\_sintese.shtm](https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2015/default_sintese.shtm) (Acessado em 26 de junho de 2011).
3. Pinquart M. Correlates of subjective health in older adults: a meta-analysis. *Psychol Aging*. 2001; 16: 414-26.
4. Moschny A, Platen P, Klaassen-Mielke R, Trampich U, Hinrichs T. Barriers to physical activity in older adults in Germany: a cross-sectional study. *Int J Behav Nutr Phys Activity*. 2011; 8: 121. <https://doi.org/10.1186/1479-5868-8-121>
5. Borim FS, 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(4): 769-80. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012000400016>
6. Pagotto V, Bachion MM, Silveira EA. Autoavaliação da saúde por idosos brasileiros: revisão sistemática da literatura. *Rev Panam Salud Publica*. 2013; 33(4): 302-10.
7. 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(4): 723-34. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2013000400010>

8. Loyola Filho AI, Firmo JOA, Uchôa E, Lima-Costa MF. Fatores associados a autoavaliação negativa da saúde entre idosos hipertensos e/ou diabéticos: resultados do projeto Bambuí. *Rev Bras Epidemiol*. 2013; 16(3): 559-71.
9. Arnadóttir SA, Gunnarsdóttir 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. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-670>
10. 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(6): 272-5. DOI: 10.1016/j.regg.2013.04.002
11. Sargent-Cox KA, Anstey KJ, Luszcz MA. The choice of self-rated health measures matter when predicting mortality: evidence from 10 years follow-up of the Australian longitudinal study of ageing. *BMC Geriatr*. 2010; 10: 18. <https://dx.doi.org/10.1186/1471-2318-10-18>
12. 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. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-579>
13. Confortin SC, Giehl MWC, Antes DL, Schneider IJC, d'Orsi E. Autopercepção positiva de saúde em idosos: estudo populacional no Sul do Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2015; 31(5): 1049-60. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00132014>
14. d'Orsi E, Ed. Condições de saúde da população idosa do município de Florianópolis-SC: estudo de base populacional. Pesquisa financiada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (Processo nº 569834/2008-2).
15. Ware JE Jr., 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.
16. Bertolucci PHF, Brucki SMD, Campacci SR, Juliano Y. O mini-exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. *Arq Bras Neuropsiquiatr*. 1994; 52(1): 1-7. <http://dx.doi.org/10.1590/S0004-282X1994000100001>
17. Almeida OP. Mini mental state examination and the diagnosis of dementia in Brazil. *Arq Bras Neuropsiquiatr*. 1998; 56(3B): 605-12. <http://dx.doi.org/10.1590/S0004-282X1998000400014>
18. Babor TF, Higgins-Biddle JC, Saunders JB, Monteiro MG. *Audit: The Alcohol Use Disorders Identification Test*. 2ª ed. World Health Organization: Geneva; 1993.
19. Magallón TJC, Robazzi MLC. Consumo de Alcohol em Trabajadores de una Industria em Monterrey, México. *Rev Latino-am Enferm*. 2005; 13(número especial): 819-26. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692005000700009>
20. Meneses-Gaya C, Zuardi AW, Loureiro SR, Crippa JAS. Alcohol Use Disorders Identification Teste (AUDIT): na updated systematic review of psychometric properties. *Psychol Neurosci*. 2009; 2(1): 83-97. <http://dx.doi.org/10.3922/j.psns.2009.1.12>
21. 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(8): 1381-95. <https://doi.org/10.1249/01.MSS.0000078924.61453.FB>
22. 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. <https://doi.org/10.1111/j.1447-0594.2011.00745.x>
23. Ocampo-Chaparro JM, Zapata-Ossa HJ, Cubides-Munévar AM, Curcio CL, Villegas JD, Reyes-Ortiz CA. Prevalence of poor self-rated health and associated risk factors among older adults in Cali, Colombia. *Colomb Med*. 2013; 44(4): 224-31.
24. Blake H, Mo P, Malik S, Thomas S. How effective are physical activity interventions for alleviating depressive symptoms in older people? A systematic review. *Clin Rehabil*. 2009; 23: 873-87. <https://doi.org/10.1177/0269215509337449>
25. Poikotainen K, Vartiainen E, Korhonen HJ. Alcohol intake and subjective health. *Am J Epidemiol*. 1996; 144: 346-50. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.aje.a008935>
26. Frisher M, Mendonça M, Shelton N, Pikhart H, Oliveira C, Holdsworth C. Is alcohol consumption in older adults associated with poor self-rated health? Cross-sectional and longitudinal analyses from the English Longitudinal Study of Ageing. *BMC Public Health*. 2015; 15: 703-9. <https://doi.org/10.1186/s12889-015-1993-x>
27. Balsa AI, Homer JF, Fleming MF, French MT. Alcohol consumption and health among elders. *Gerontologist*. 2008; 48(5): 622-36.
28. Linda Ng Fat. Are we overestimating the beneficial effects of alcohol in later life? The case of young non-drinkers. *J Epidemiol Community Health* 2012; 66: A17.
29. 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. <https://doi.org/10.1093/ageing/afm001>

30. Lee SJ, Sudore RL, Williams BA, Lindquist A, Chen HL, Covinsky KE. Functional Limitations, Socioeconomic Status, and All-Cause Mortality in Moderate Alcohol Drinkers. *J Am Geriatr Soc.* 2009; 57(6): 955-62. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2009.02184.x>
31. Marmot M, Shipley M, Rose G, Thomas B. Alcohol and Mortality: a U-Shaped Curve. *Lancet.* 2003; 317(8220): 580-3.
32. Lieberoth S. Moderate alcohol consumption protective against asthma. Amsterdã: European Respiratory Society (ERS); 2011. Annual Congress: Abstract 319. Presented September 25, 2011.
33. Chan AM, Mühlen DV, Kritz-Silverstein D, Barrett-Connor E. Regular alcohol consumption is associated with increasing quality of life and mood in older men and women: The Rancho Bernardo Study. *Maturitas.* 2009; 62(3): 294-300. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2009.01.005>
34. Brasil. Ministério da Saúde. A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não transmissíveis – DCNT – no contexto do Sistema Único de Saúde brasileiro [Internet]. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2005. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/DCNT.pdf> (Acessado em 29 de agosto de 2016).

Recebido em: 21/03/2016

Versão final apresentada em: 29/08/2016

Aprovado em: 05/12/2016

