

Autopercepção positiva de saúde entre idosos não longevos e longevos e fatores associados

Positive self-perception of health among non-long-lived and long-lived older adults and associated factors

Carlos Henrique Guimarães Brasil (<https://orcid.org/0000-0001-5464-6614>)¹

Luciana Colares Maia (<https://orcid.org/0000-0001-6359-3593>)¹

Antônio Prates Caldeira (<https://orcid.org/0000-0002-9990-9083>)¹

Maria Fernanda Santos Figueiredo Brito (<https://orcid.org/0000-0001-5395-9491>)¹

Lucineia de Pinho (<https://orcid.org/0000-0002-2947-5806>)¹

Abstract *This work aimed to identify the prevalence of positive self-perceived health among non-long-lived and long-lived older adults and associated factors. This is a study with older adults in the Family Health Strategy of Montes Claros. The Brazilian Older Americans Resources and Services Multidimensional Function Assessment Questionnaire was used. Bivariate and multiple analyses were performed using Poisson Regression. A total of 1,750 older adults participated in the study, of which 1,420 were non-long-lived older adults, and 330 were long-lived older adults. Positive self-perception was reported among 71.9% of the non-long-lived older adults and 67.8% of the long-lived older adults. Among the non-long-lived, positive self-perceived health was associated with five years of schooling (PR=1.12); household income from two to less than three minimum wages (PR=1.13) and \geq three minimum wages (PR=1.12); preserved vision (PR=1.13); proper chewing (PR=1.16); preserved sleep (PR=1.23); absence of polyopathologies (PR=1.29); absence of diabetes (PR=1.15); falls in the last year (PR=1.13); and physical activity (PR=1.11). Among the long-lived older adults, it was associated with the use of prosthesis, sleeping disorders, and polyopathologies and physical activities. Positive self-perception of health is associated with social and health determinants.*

Key words *Self-perception, Aging, Elderly health, Health conditions*

Resumo *Objetivou-se identificar a prevalência da autopercepção positiva de saúde entre os idosos não longevos e longevos e fatores associados. Pesquisa realizada com idosos cadastrados na Estratégia Saúde da Família de Montes Claros. Utilizou-se o instrumento Brazilian Older Americans Resources and Services Multidimensional Function Assessment Questionnaire. Realizaram-se análises bivariadas e múltiplas por meio da Regressão de Poisson. Participaram 1.750 idosos, sendo 1.420 idosos não longevos e 330 longevos. A autopercepção positiva foi referida entre 71,9% dos idosos não longevos e 67,8% dos longevos. Entre os não longevos, a autopercepção positiva de saúde foi associada: escolaridade a partir de 5 anos (RP=1,12); renda familiar entre 2 a menos de 3 salários mínimos (RP=1,13) e maior ou igual a 3 salários mínimos (RP=1,12); visão preservada (RP=1,13); boa mastigação (RP=1,16); sono preservado (RP=1,23); ausência de polipatologias (RP=1,29); ausência de diabetes (RP=1,15) e de quedas no último ano (RP=1,13) e prática de atividades físicas (RP=1,11) e entre os longevos: uso de prótese; ausência de alterações no sono e de polipatologias e prática de atividades físicas. A autopercepção positiva de saúde está associada aos determinantes sociais e de saúde.*

Palavras-chave *Autopercepção, Envelhecimento, Saúde do idoso, Condições de Saúde*

¹ Universidade Estadual de Montes Claros. Av. Prof. Rui Braga s/n, Vila Mauriceia. 39401-089 Montes Claros MG Brasil. carlosbrasilpsf@hotmail.com

Introdução

O envelhecimento populacional é um fenômeno global decorrente da transição demográfica e se associa à ampliação da longevidade. Este contexto contribui para as mudanças nas características epidemiológicas, econômicas e sociais¹. Trata-se de um fenômeno relacionado ao declínio nos níveis de mortalidade geral, à queda das taxas de mortalidade infantil e ao aumento da esperança de vida ao nascer^{2,3}.

A amplitude etária na composição dos idosos determina distinções entre os estratos de idosos não longevos (entre 60 e 79 anos) e longevos (de 80 anos ou mais) que devem ser consideradas devido características clínicas específicas. À medida que os idosos longevos assumem maior proporção na população, a frequência de “condições ocultas” ou não classificadas como doenças fatais aumenta, o que impacta negativamente no vínculo social e familiar, na capacidade funcional e no bem-estar⁴. Além disso, as múltiplas morbidades, deficiências ou dependências determinam pior qualidade de vida^{5,6}. Para os idosos em geral, o custo da manutenção das capacidades físicas e mentais e a estruturação de mecanismos de proteção contra problemas relacionados às condições crônicas pressionam os setores socioeconômicos e de saúde⁷.

A assistência qualificada para atenção à saúde do idoso tem sido objeto de políticas públicas distintas no Brasil⁸⁻¹². No contexto da Atenção Primária à Saúde (APS), representada pela Estratégia Saúde da Família (ESF), foram definidas atribuições de planejar, programar e realizar as ações que envolvem a atenção à saúde da pessoa idosa em sua área de abrangência. Também é prevista a atuação de equipe multiprofissional no levantamento e acompanhamento de idosos em situação de fragilidade ou de risco funcional, além da promoção de ações educativas específicas^{8,13}.

As equipes da ESF, a partir de uma atuação mais próxima do sujeito e uso adequado das ferramentas da saúde da família, têm a possibilidade de ofertar um cuidado individualizado, identificando de forma mais oportuna a associação entre o bem-estar psicológico e saúde física. Nesse sentido, o conceito da autopercepção de saúde pode possibilitar entender a perspectiva do idoso acerca de sua saúde e de como se relaciona com o serviço de saúde. Por estar ligada a fatores socioeconômicos, ambientais, biológicos, emocionais, culturais e de assistência, é fundamental entender quais destes aspectos influenciam a autopercepção de saúde e de que maneira. A partir destes

resultados, é possível proporcionar uma atenção qualificada voltada para as reais necessidades e modificar os fatores responsáveis pelo adoecimento e vulnerabilidade do idoso.

A autopercepção da saúde tem sido recomendada para aferir as condições de saúde de uma população pela coincidência entre a percepção e o estado de saúde real, além da aplicação ampla e rápida¹⁴. No idoso, a autopercepção remete à correlação de condição de saúde e funcionalidade e é um bom indicador de qualidade de vida, de morbidade, de declínio funcional e preditor de mortalidade¹⁴⁻¹⁷.

A avaliação da autopercepção positiva da saúde permite a compreensão dos fatores relacionados à qualidade de vida e condições de saúde. Assim, o levantamento desses dados pode auxiliar na prestação da atenção à saúde ao idoso e na organização do processo de trabalho para a consonância com suas peculiaridades^{8,9,11,12,16}. Ainda, pode contribuir para o direcionamento de ações intersetoriais que possam impactar positivamente e de forma longitudinal no bem-estar desta população^{11,12,16}.

Este estudo visa identificar os fatores associados à autopercepção positiva de saúde e sua prevalência em idosos não longevos e longevos atendidos pelas equipes da ESF em Montes Claros-MG.

Método

Este estudo deriva do projeto de intervenção intitulado *Matriciamento em Saúde do Idoso na Atenção Primária em Saúde de Montes Claros, Minas Gerais, Brasil*. Trata-se de uma pesquisa transversal e analítica, realizada com idosos cadastrados em equipes da ESF as quais funcionam como polos da Residência em Medicina de Família e Comunidade (RMFC). O *checklist Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology* (Strobe) para estudos observacionais foi usado para ajudar na condução da pesquisa e relato dos resultados obtidos¹⁸.

O município está localizado no norte de Minas Gerais, dimensionado como sexto maior em termos populacionais e o maior desta região do estado¹⁹. Segundo o IBGE, estima-se uma população de 409.341 habitantes²⁰. Entre as 131 equipes de ESF no município (97,75% de cobertura), 38 equipes eram vinculadas à RMFC do Hospital Universitário Clemente de Faria/Unimontes, agrupadas em 13 polos educacionais (28,35% de cobertura).

O cálculo amostral foi feito para população infinita e considerou a população estimada para o município à época, sendo 8,17% de idosos. Para essa população de idosos, considerou-se a frequência do evento estudado de 50%, o intervalo de confiança de 95%, a margem de erro de 3% e correção pelo efeito do desenho ($d_{eff}=1,5$). A amostra calculada foi de 1.708 indivíduos. A seleção da amostra ocorreu por amostragem probabilística por conglomerados em dois estágios, com sorteio dos polos da RMFC da zona urbana do município, seguido do sorteio das equipes e microáreas de cada polo. Foram incluídos todos os idosos pertencentes às equipes selecionadas com condições para responder os questionários e com cuidador disponível durante as visitas de coleta. Foram excluídos do estudo os idosos ausentes do domicílio após três tentativas de entrevista, mesmo após agendamento prévio em dias e horários diferentes. Embora o instrumento utilizado para a coleta de dados permita que muitas informações possam ser referidas pelo cuidador, para a avaliação da autopercepção de saúde, foram também excluídos idosos considerados inaptos para tal julgamento, segundo a avaliação da família.

Para coleta de dados foi utilizado o instrumento *Brazilian Older Americans Resources and Services Multidimensional Function Assessment Questionnaire* (Bomfaq)²¹. As variáveis investigadas foram agrupadas em blocos: socioeconômico e de saúde física e mental²¹. Para fins de análise, as variáveis foram categorizadas conforme descrito nos Quadros 1 e 2.

Os dados foram coletados por profissionais de saúde e estudantes previamente capacitados e ocorreu nos domicílios dos idosos, em horários acordados, no período de setembro de 2016 a maio de 2017. Para a análise dos dados, os idosos foram estratificados em dois grupos: idosos não longevos (de 60 a 79 anos) e longevos (de 80 anos ou mais). Foi realizada a análise descritiva por meio da frequência simples e relativa. Utilizou-se como variável dependente a autopercepção de saúde, categorizada em autopercepção positiva (ótima/boa) ou negativa (má/péssima). Foram definidas como variáveis independentes as características sociodemográficas (sexo, cor de pele, escolaridade, estado conjugal, execução de atividade remunerada, renda e com quem mora), saúde física e mental (dificuldade visual, dificuldade auditiva, prótese dentária, dificuldade para mastigar, dificuldade para engolir, alterações no sono, insônia, polifarmácia, comprometimento cognitivo, polipatologia, hipertensão, diabetes, obesidade, depressão, queda e prática de atividade física).

Inicialmente, realizou-se a análise bivariada para cada grupo, e as variáveis que apresentaram valor-p até 0,20 foram selecionadas para a análise múltipla. A magnitude da associação entre a variável independente e as independentes foi medida pelas razões de prevalência (RP), bruta e ajustada, que foram estimadas através do modelo de regressão de Poisson com variância robusta. Utilizou-se o nível de significância de 0,05. Para avaliar a qualidade dos modelos, foi utilizado o teste de *deviance*. Todas as análises estatísticas foram realizadas utilizando-se o software estatístico IBM SPSS® (*Statistical Package for the Social Science*), versão 20.0 para Windows.

O estudo foi conduzido de acordo com a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, Ministério da Saúde²². O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Montes Claros (CEP/Unimontes). Os participantes foram informados sobre os propósitos, metodologia e procedimentos, benefícios, riscos, desconfortos e precauções do estudo, manifestando concordância através da assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Resultados

Participaram deste estudo 1.750 idosos, sendo 1.420 (81,1%) no estrato de idosos não longevos e 330 (18,9%) no de idosos longevos. Houve predominância do sexo feminino tanto no estrato de idosos não longevos quanto nos longevos, 63,7% e 62,4% respectivamente. Os autodeclarados não brancos predominam em ambos os estratos (65,5% e 55,7%). A baixa escolaridade e analfabetismo atingiu 67,8% dos idosos da amostra, sendo 64,6% dos idosos não longevos e 82,5% dos longevos. Observou-se que 90% dos indivíduos moram com alguém e 41,8% dos idosos não longevos e 63,5% dos longevos não possuem companheiro. A distribuição de renda segue o mesmo padrão em ambos os estratos: 20% com subsídio inferior a um salário mínimo e acerca de 57% recebendo entre um e menos de três salários. A autopercepção positiva foi referida em 71,2% dos idosos, com 71,9% entre idosos não longevos e 67,8% entre os longevos.

Na Tabela 1 visualizam-se a análise bivariada e as variáveis associadas a autopercepção positiva em idosos não longevos. Foram selecionadas para análise múltipla as variáveis: sexo ($p=0,001$); escolaridade até 4 anos ($p=0,072$) e de 5 anos ou mais ($p<0,001$); renda de 2 a me-

Quadro 1. Categorização das variáveis socioeconômicas dos idosos não longevos e longevos. Montes Claros-MG, Brasil.

Variável	Categoria original	Categorização para o estudo
Idade	Anos	Não longevo (60 a 79 anos)
		Longevo (80 anos ou mais)
Sexo	Masculino	Masculino
	Feminino	Feminino
Cor da pele	Branca	Branca
	Preta	Não branca
	Parda	
	Amarela	
	Indígena	
Escolaridade	Analfabeto	Analfabeto
	Sabe ler/escrever ou primário incompleto	Até 4 anos
	Primário completo	
	Ginásio	5 anos ou mais
	Colégio/curso superior	
Estado conjugal	Casado	Com companheiro
	União estável	Sem companheiro
	Solteiro	
	Divorciado/separado	
	Viúvo	
Exerce atividade remunerada	Sim, exercendo atividade	Sim
	Não, aposentado por tempo de serviço	Não
	Não, aposentado por saúde	
	Não, aposentado por idade	
	Não, pensionista (pensão do cônjuge ou pensão vitalícia)	
	Não, não recebe nada (dona de casa, dependente)	
Não, outra situação		
Renda familiar	Valor em reais (R\$)	Menos de 1 salário mínimo ^a
		Entre 1 a menos de 2 salários mínimos
		Entre 2 a menos de 3 salários mínimos
		3 ou mais salários mínimos
Mora com quem	Só/ninguém mais vive permanentemente junto	Sozinho
	Somente com cuidador profissional (1 ou +)	Com alguém
	Somente com cônjuge	
	Com outros da sua geração (com ou sem cônjuge)	
	Com filhos (com ou sem cônjuge)	
	Com netos (com ou sem cônjuge)	
	Outros arranjos	

^aCategorizado com a referência de 1 salário equivalente a R\$ 937,00.

Fonte: Elaborado pelos autores.

nos de 3 salários ($p=0,013$) e superior a 3 salários ($p<0,001$); dificuldade visual ($p<0,001$); dificuldade auditiva ($p=0,008$); prótese dentária ($p=0,146$); dificuldade para mastigar ($p<0,001$); dificuldade para engolir ($p=0,012$); alterações do sono ($p<0,001$); insônia ($p<0,001$); polifarmácia

($p<0,001$); polipatologia ($p<0,001$); hipertensão arterial ($p<0,001$); diabetes mellitus ($p<0,001$); obesidade ($p=0,008$), quedas ($p<0,001$); e prática de atividades físicas ($p<0,001$).

A análise bivariada para autopercepção positiva em idosos longevos é apresentada na Tabela 2.

Quadro 2. Categorização das variáveis de saúde física e mental dos idosos não longevos e longevos. Montes Claros-MG, Brasil.

Variável	Categoria original	Categorização para o estudo
Autopercepção da saúde	Ótima/boa	Positiva
	Má/péssima	Negativa
Dificuldade visual	Sim, com melhora Sim, sem melhora É cego	Sim
	Não, mas necessitaria Não, não tem necessidade	Não
Dificuldade auditiva	Sim, com melhora Sim, sem melhora	Sim
	Não, mas necessitaria Não, não tem necessidade	Não
Uso de prótese dentária	Sim, superior e ou inferior Sim, necessitaria refazer	Sim
	Não, mas necessitaria superior e ou inferior Não, não tem necessidade	Não
Dificuldade para mastigar	Muito frequente Sempre	Frequentemente/ Sempre
	Raramente Nunca	Raramente Nunca
Dificuldade para engolir	Muito frequente Sempre	Frequentemente/ Sempre
	Raramente Nunca	Raramente Nunca
Alterações no sono	Sim, dorme fácil, mas acorda muito à noite Sim, dificuldade de pegar no sono, mas não acorda muito à noite Sim, dificuldade para pegar no sono e acorda muito à noite	Sim
	Não, dorme fácil e não acorda muito à noite	Não
Polifarmácia	Quantidade de medicações referidas	Sim Não
	Escore no Minimal para a escolaridade sugere comprometimento cognitivo ^a	Sim
Comprometimento cognitivo	Escore no Minimal para a escolaridade sugere sem comprometimento cognitivo ^b	Não
	Quantidade de patologias referidas no questionário.	Sim Não

continua

Foram selecionadas para análise múltipla as variáveis: escolaridade de 5 anos ou mais ($p=0,040$); renda de 2 a menos de 3 salários ($p=0,158$); dificuldade auditiva ($p=0,165$); prótese dentária ($p=0,019$); dificuldade para mastigar ($p=0,005$); alterações de sono ($p<0,001$); insônia ($p<0,001$); polifarmácia ($p=0,059$); comprometimento cognitivo ($p=0,045$); polipatologias ($p<0,001$); diabetes ($p=0,180$); depressão ($p=0,143$); quedas no último ano ($p=0,040$); e prática de atividades físicas ($p=0,011$).

A Tabela 3 apresenta os resultados da análise ajustada para a autopercepção positiva de saúde nos idosos com relação às variáveis independentes selecionadas. Com relação aos idosos não longevos houve associação com: escolaridade de 5 anos ou mais (RP=1,26); renda familiar de 2 a menos de 3 salários mínimos (RP=1,13) e maior ou igual a 3 salários mínimos (RP=1,12); visão preservada (RP=1,13); boa mastigação (RP=1,16); sono preservado (RP=1,23); ausência de polipatologias (RP=1,29); não ter diabe-

Quadro 2. Categorização das variáveis de saúde física e mental dos idosos não longevos e longevos. Montes Claros-MG, Brasil.

Variável	Categoria original	Categorização para o estudo
Insônia	Sim, interfere na vida	Sim
	Sim, não interfere na vida	
	Não	Não
Hipertensão arterial	Sim, interfere na vida	Sim
	Sim, não interfere na vida	
	Não	Não
Diabetes mellitus	Sim, interfere na vida	Sim
	Sim, não interfere na vida	
	Não	Não
Obesidade	Sim, interfere na vida	Sim
	Sim, não interfere na vida	
	Não	Não
Depressão	Sim, interfere na vida	Sim
	Sim, não interfere na vida	
	Não	Não
Queda no último ano	Sim, mas não afetou a capacidade de locomoção	Sim
	Sim, e afetou a capacidade de locomoção	
	Não	Não
Prática de atividade física	Sim	Sim
	Não	Não

^aPontuação ≤ 13 para analfabetos e ≤ 24 para mais de 8 anos de escolaridade²¹; ^bPontuação ≥ 13 para analfabetos e ≥ 24 para mais de 8 anos de escolaridade²¹.

Fonte: Elaborado pelos autores.

tes (RP=1,15); não apresentar quedas no último ano (RP=1,13); e prática de atividades físicas (RP=1,11). No que se refere aos idosos longevos, os resultados da análise ajustada demonstraram associação com a autopercepção positiva de saúde com as variáveis: uso de prótese (RP=1); ausência de alterações no sono (RP=1,37); não ter polipatologias (RP=1,22); e a prática de atividades físicas (RP=1,24).

Discussão

Este estudo identificou a autopercepção positiva de saúde em mais de dois terços dos idosos não longevos e longevos avaliados. Os valores de prevalências desse desfecho variam na literatura. Um estudo com base na Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2013, com 23.815 idosos, apresentou 44% de prevalência de autopercepção positiva²³. Outro trabalho conduzido em Florianópolis-SC, em 2018, com uma amostra de 239 idosos longevos, observou prevalência de autopercepção

positiva de 41,8% entre os idosos⁷. Em uma investigação conduzida também no município de Montes Claros, entre idosos comunitários houve uma prevalência de 42,4% de autopercepção positiva da saúde²⁴. Tais diferenças podem ser atribuídas aos fatores sociais, econômicos culturais e demográficos e de saúde de cada região e ainda a diferentes critérios de aferição da autopercepção da saúde.

O conhecimento sobre as reais necessidades das pessoas idosas é fundamental para o planejamento de ações adequadas à situação delas, mas ainda faltam estratégias para obtê-lo²⁵. A percepção de saúde é considerada como bom indicador do estado de saúde da população. Este estudo pode evidenciar o perfil dos idosos não longevos e longevos que possuem percepção de saúde positiva, essencial para a vigilância de sua saúde geral¹⁶. A investigação da percepção da saúde também representa um determinante do uso dos serviços e, por isso, essa medida avaliada por profissionais e gestores de saúde tem o potencial de alertar para melhoria dos cuidados de saúde

Tabela 1. Análise bivariada da autopercepção de saúde positiva entre idosos não longevos com as variáveis independentes - Prevalência e Razão de Prevalência e IC95%.

Variáveis independentes	Autopercepção de saúde			p-valor	RP	(IC95%)
	Negativa n (%)	Positiva n (%)	Total n (%)			
Sexo						
Feminino	283(31,1)	620(68,9)	903(100)		1	-
Masculino	123(22,8)	394(77,2)	517(100)	0,001	1,12	(1,05-1,19)
Cor da pele						
Não branca	278(29,1)	656(70,9)	934(100)		1	-
Branca	128(26,0)	357(74,0)	485(100)	0,211	1,04	(0,98-1,12)
Escolaridade						
Analfabeto	53(40,6)	74(59,4)	127(100)		1	-
Até 4 anos	256(31,7)	540(68,3)	796(100)	0,072	1,15	(0,99-1,34)
5 anos ou mais	97(19,4)	399(80,6)	496(100)	0,000	1,36	(1,17-1,58)
Renda familiar						
<1 SM	105(36,5)	180(63,5)	285(100)		1	-
=1 a <2 SM	139(30,1)	314(69,9)	453(100)	0,080	1,10	(0,99-1,23)
=2 a <3 SM	99(27,0)	257(73,0)	356(100)	0,013	1,15	(1,03-1,28)
≥3 SM	63(19,2)	263(80,8)	326(100)	0,000	1,27	(1,15-1,41)
Dificuldade visual						
Sim	385(29,4)	904(70,6)	1289(100)		1	-
Não	20(14,6)	109(85,4)	129(100)	<0,001	1,21	(1,12-1,31)
Dificuldade auditiva						
Sim	81(36,4)	136(63,6)	217(100)		1	-
Não	324(26,5)	878(73,5)	1202(100)	0,008	1,15	(1,04-1,28)
Prótese Dentária						
Sim	339(28,7)	824(71,3)	1163(100)		1	-
Não	63(24,4)	187(75,6)	250(100)	0,146	1,06	(0,98-1,15)
Dificuldade para mastigar						
Frequentemente/Sempre	66(42,2)	87(57,8)	153(100)		1	-
Raramente	52(44,9)	62(55,1)	114(100)	0,665	0,95	(0,77-1,18)
Nunca	287(24,4)	864(75,6)	1151(100)	<0,001	1,31	(1,14-1,50)
Dificuldade para engolir						
Frequentemente/Sempre	21(51,1)	19(48,9)	40(100)		1	-
Raramente	37(49,9)	35(50,1)	72(100)	0,903	1,03	(0,69-1,52)
Nunca	347(26,2)	958(73,8)	1305(100)	0,012	1,51	(1,10-2,08)
Alteração no sono						
Sim	238(39,6)	354(60,4)	592(100)		1	-
Não	168(19,8)	660(80,2)	828(100)	<0,001	1,33	(1,23-1,43)

continua

para os idosos assistidos na APS e promover a qualidade de vida e o aumento da longevidade²⁴.

A atenção primária é o âmbito privilegiado para uma abordagem centrada no sujeito e proporciona o uso adequado das ferramentas da saúde da família em defesa do cuidado individualizado. Representa a possibilidade de uma atuação dos profissionais de saúde utilizando-se das características epidemiológicas, políticas e sociais

para diagnosticar os problemas de saúde locais e atuar nos determinantes sociais do processo de adoecimento²⁶. A autopercepção da saúde pode influenciar na demanda por atendimentos de saúde e, em algumas situações, na adesão ao tratamento de saúde, principalmente em pacientes crônicos, os quais necessitam de mudança de estilo de vida. Sendo assim, determinar como esta população autopercebe sua situação de saúde

Tabela 1. Análise bivariada da autopercepção de saúde positiva entre idosos não longevos com as variáveis independentes - Prevalência e Razão de Prevalência e IC95%.

Variáveis independentes	Autopercepção de saúde			p-valor	RP	(IC95%)
	Negativa n (%)	Positiva n (%)	Total n (%)			
Insônia						
Sim	190(45,5)	229(54,5)	419(100)		1	-
Não	216(20,9)	784(79,1)	1000(100)	<0,001	1,45	(1,32-1,59)
Polifarmácia						
Sim	175(40,6)	250(59,4)	425(100)		1	-
Não	231(22,8)	763(77,2)	994(100)	<0,001	1,30	(1,19-1,42)
Comprometimento cognitivo						
Sim	34(30,8)	75(69,2)	109(100)		1	-
Não	372(27,9)	937(72,1)	1309(100)	0,537	1,04	(0,92-1,19)
Polipatologia						
Sim	252(45,7)	292(54,3)	544(100)		1	-
Não	154(17,2)	722(82,8)	876(100)	<0,001	1,52	(1,40-1,66)
Hipertensão						
Sim	318(31,6)	677(68,4)	995(100)		1	-
Não	88(19,9)	337(80,1)	425(100)	<0,001	1,17	(1,10-1,25)
Diabetes						
Sim	125(40,4)	183(59,6)	308(100)		1	-
Não	279(24,6)	829(75,4)	1108(100)	<0,001	1,27	(1,14-1,40)
Obesidade						
Sim	102(34,9)	186(65,1)	288(100)		1	-
Não	303(26,3)	825(73,7)	1128(100)	0,008	1,13	(1,03-1,24)
Depressão						
Sim	28(32,1)	58(67,9)	86(100)		1	-
Não	378(27,8)	956(72,2)	1334(100)	0,420	1,06	(0,92-1,24)
Queda no último ano						
Sim	159(38,5)	247(61,5)	406(100)		1	-
Não	247(23,8)	767(76,2)	1014(100)	<0,001	1,24	(1,14-1,35)
Prática de atividade física						
Sim	301(32,7)	601(67,3)	902(100)		1	-
Não	105(20,0)	411(80,0)	516(100)	<0,001	1,19	(1,12-1,27)

RP: Razão de prevalência bruta; IC: Intervalo de confiança.

Fonte: Elaborado pelos autores.

também pode ser útil ao planejamento em saúde, além de contribuir para o sucesso das intervenções realizadas por profissionais de saúde no contexto da APS considerando a realidade em que está inserida²⁷.

As modificações nas condições de saúde em curto prazo podem gerar alterações na capacidade funcional e impactar na autonomia e na independência do idoso e, por conseguinte, refletir na sua percepção do bem-estar^{14,16}. A avaliação da percepção da condição de saúde pode ser utilizada como um bom preditor de qualidade de vida, capacidade funcional, morbidade e mortalidade dos idosos^{23,28}. A prevalência da autopercepção

positiva da saúde declina com o envelhecimento, devido ao aumento do número e gravidade de patologias^{7,14,16,24,28}.

Neste trabalho, houve variação na percepção entre os idosos, com menor frequência de avaliação positiva entre os idosos longevos. Em um inquérito domiciliar de abrangência nacional, nas cinco regiões geográficas brasileiras, com 12.324 indivíduos, evidenciou-se percepção negativa de saúde relacionada ao aumento da idade, com 62% de avaliação negativa entre os idosos, ligada a um pior estado de saúde²⁸. Essas diferenças evidenciam que os idosos usuários da APS compõem um grupo com características específicas

Tabela 2. Análise bivariada da autopercepção de saúde positiva entre idosos longevos com as variáveis independentes - Prevalência e Razão de Prevalência e IC95%.

Variáveis independentes	Autopercepção de saúde			p-valor	RP	(IC95%)
	Negativa n (%)	Positiva n (%)	Total n (%)			
Sexo						
Feminino	69(33,6)	137(66,4)	206(100)		1	-
Masculino	36(29,9)	88(70,1)	124(100)	0,487	1,06	(0,91-1,23)
Cor da pele						
Não branca	60(32,9)	125(67,1)	185(100)		1	-
Branca	45(31,3)	100(68,7)	145(100)	0,770	1,02	(0,88-1,19)
Escolaridade						
Analfabeto	29(39,7)	45(60,3)	74(100)		1	-
Até 4 anos	63(32,2)	135(67,8)	198(100)	0,280	1,12	(0,91-1,39)
5 anos ou mais	13(22,8)	45(77,2)	58(100)	0,040	1,28	(1,01-1,62)
Renda familiar						
<1 SM	25(37,9)	41(62,1)	66(100)		1	-
=1 a <2 SM	37(35,3)	69(64,7)	106(100)	0,732	1,04	(0,82-1,32)
=2 a <3 SM	22(26,7)	63(73,7)	85(100)	0,158	1,18	(0,94-1,49)
≥3 SM	21(29,2)	52(70,8)	73(100)	0,290	1,14	(0,90-1,45)
Dificuldade visual						
Sim	92(32,7)	194(67,3)	286(100)		1	-
Não	11(25,9)	31(74,1)	42(100)	0,339	1,10	(0,90-1,34)
Dificuldade auditiva						
Sim	41(37,1)	69(62,9)	110(100)		1	-
Não	62(29,2)	156(70,8)	218(100)	0,165	1,13	(0,95-1,33)
Prótese Dentária						
Sim	75(28,3)	193(71,7)	268(100)		1	-
Não	27(47,2)	32(52,8)	59(100)	0,019	0,74	(0,57-0,95)
Dificuldade para mastigar						
Frequentemente/Sempre	26(51,3)	25(48,7)	51(100)		1	-
Raramente	16(43,7)	21(56,3)	37(100)	0,479	1,16	(0,77-1,73)
Nunca	62(26,1)	179(73,9)	241(100)	0,005	1,52	(1,13-2,04)
Dificuldade para engolir						
Frequentemente/Sempre	11(42,5)	15(57,5)	26(100)		1	-
Raramente	16(52,6)	14(47,4)	30(100)	0,450	0,82	(0,50-1,36)
Nunca	77(28,7)	196(71,3)	273(100)	0,218	1,24	(0,88-1,74)

continua

e que necessita de uma atenção individualizada neste aspecto.

Na análise dos fatores associados à autopercepção positiva da saúde nos idosos observou-se que a ausência de polipatologias e a prática de atividade física foi estatisticamente significativa. Tanto idosos não longevos quanto os idosos longevos que não possuem polipatologias apresentaram maior percepção positiva de saúde. Indivíduos saudáveis ou com menor número de patologias crônicas possuem melhor autoavaliação do estado de saúde²⁸. Possivelmente, um menor número de patologias está ligado a menor restri-

ção de atividades de vida diária, funcionalidade preservada e melhor percepção de saúde^{14,16,23,29}.

Os idosos não longevos e longevos que praticavam atividade física regularmente apresentaram prevalências mais altas de autopercepção positiva de saúde ao serem comparados aos idosos no mesmo estrato que não praticavam. A autopercepção positiva é maior em indivíduos com atividade física regular, ligada à manutenção e melhoria da funcionalidade, diminuição das morbidades e melhoria nas atividades sociais e a consequente melhoria do bem-estar geral^{16,24,29}. Em um inquérito epidemiológico nacional, a

Tabela 2. Análise bivariada da autopercepção de saúde positiva entre idosos longevos com as variáveis independentes - Prevalência e Razão de Prevalência e IC95%.

Variáveis independentes	Autopercepção de saúde			p-valor	RP	(IC95%)
	Negativa	Positiva	Total			
	n (%)	n (%)	n (%)			
Alteração no sono						
Sim	65(46,0)	76(54,0)	141(100)		1	-
Não	40(21,9)	149(78,1)	189(100)	<0,001	1,45	(1,22-1,72)
Insônia						
Sim	48(48,2)	52(51,8)	100(100)		1	-
Não	57(25,4)	172(74,6)	229(100)	<0,001	1,44	(1,17-1,77)
Polifarmácia						
Sim	54(38,0)	87(62,0)	141(100)		1	-
Não	51(27,9)	138(72,1)	189(100)	0,059	1,16	(0,99-1,36)
Comprometimento cognitivo						
Sim	38(41,5)	54(58,5)	92(100)		1	-
Não	67(28,8)	169(71,2)	236(100)	0,045	1,22	(1,00-1,47)
Polipatologia						
Sim	64(43,4)	84(56,6)	148(100)		1	-
Não	41(23,0)	141(77,0)	182(100)	<0,001	1,36	(1,16-1,60)
Hipertensão						
Sim	80(33,2)	163(66,8)	243(100)		1	-
Não	24(28,7)	61(71,3)	85(100)	0,433	1,07	(0,91-1,26)
Diabetes						
Sim	22(41,1)	32(58,9)	54(100)		1	-
Não	83(30,7)	191(69,3)	274(100)	0,180	1,18	(0,93-1,49)
Obesidade						
Sim	13(32,4)	29(67,6)	42(100)		1	-
Não	92(32,4)	194(67,6)	286(100)	0,997	1,0	(0,80-1,26)
Depressão						
Sim	17(44,4)	21(55,6)	38(100)		1	-
Não	88(30,6)	204(69,4)	291(100)	0,143	1,25	(0,93-1,68)
Queda no último ano						
Sim	50(39,2)	78(60,8)	128(100)		1	-
Não	55(27,8)	147(72,2)	202(100)	0,040	1,19	(1,01-1,40)
Prática de atividade física						
Sim	91(34,8)	172(65,2)	263(100)		1	-
Não	13(20,4)	53(79,6)	66(100)	0,011	1,22	(1,05-1,42)

RP: Razão de prevalência bruta; IC: Intervalo de confiança.

Fonte: Elaborado pelos autores.

prática de atividade física dobrou a chance de autoavaliação positiva²⁸.

Entre os idosos não longevos ainda houve associação da autopercepção positiva da saúde com escolaridade de 5 anos ou mais, renda familiar de 2 ou mais salários mínimos, visão preservada, mastigação preservada, ausência de insônia, não ser diabético e não ter apresentado quedas no último ano. O maior nível educacional relaciona-se ao melhor acesso à informação e à adoção

de melhores hábitos de vida: atividade física, alimentação balanceada, peso adequado, consumo moderado de álcool e o não tabagismo^{16,24,29,30}.

Estudo de inquérito domiciliar nacional relacionou pior percepção de saúde à presença de menor renda e presença de doença crônica²³. A renda familiar mais elevada pode estar relacionada a melhor acesso aos serviços de saúde, a tratamentos, a medicamentos mais efetivos e melhor adesão¹⁴. A dificuldade visual, assim como

Tabela 3. Razão de prevalência ajustada (RP) para autopercepção de saúde positiva dos idosos.

Variáveis	Idosos não longevos			Idosos longevos		
	RP	IC95%	p-valor	RP	IC95%	p-valor
Escolaridade						
Analfabeto	1	-	-	-	-	-
Até 4 anos	1,14	0,99-1,31	0,077	-	-	-
5 anos ou mais	1,26	1,09-1,46	0,002	-	-	-
Renda familiar						
<1 SM	1	-	-	-	-	-
=1 a <2 SM	1,07	0,97-1,17	0,194	-	-	-
=2 a <3 SM	1,13	1,02-1,24	0,018	-	-	-
≥3 SM	1,12	1,02-1,23	0,021	-	-	-
Dificuldade visual						
Sim	1	-	-	-	-	-
Não	1,13	1,05-1,22	0,001	-	-	-
Prótese						
Sim	-	-	-	1	-	-
Não	-	-	-	0,76	0,60-0,96	0,023
Dificuldade para mastigar						
Frequentemente/Sempre	1	-	-	-	-	-
Raramente	0,97	0,79-1,19	0,735	-	-	-
Nunca	1,16	1,01-1,33	0,035	-	-	-
Alteração no sono						
Sim	-	-	-	1	-	-
Não	-	-	-	1,37	1,16-1,63	0,000
Insônia						
Sim	1	-	-	-	-	-
Não	1,23	1,12-1,35	0,000	-	-	-
Polipatologia						
Sim	1	-	-	1	-	-
Não	1,29	1,18-1,40	0,000	1,22	1,04-1,43	0,016
Diabetes						
Sim	1	-	-	-	-	-
Não	1,15	1,05-1,27	0,003	-	-	-
Queda no último ano						
Sim	1	-	-	-	-	-
Não	1,13	1,05-1,22	0,002	-	-	-
Prática de atividade física						
Sim	1	-	-	1	-	-
Não	1,11	1,04-1,17	0,001	1,20	1,04-1,38	0,012
<i>Deviance</i>		1801,026		465,34		
<i>p-valor</i>		1,292		1,445		

RP: Razão de prevalência ajustada; IC95%: Intervalo de confiança.

Fonte: Elaborado pelos autores.

outras alterações sensoriais, limita a realização de atividades, alterando a funcionalidade e piorando a qualidade de vida³¹⁻³³. No município de Sete Lagoas-MG, na avaliação de 2.052 idosos, observou-se comprometimento da qualidade de vida em indivíduos que referiam limitações funcionais²⁹.

Os idosos não longevos que nunca apresentaram dificuldade para mastigar possuem maiores prevalências de autopercepção positiva de saúde. Problemas bucais e edentulismo são comuns nessa população e podem promover dificuldade mastigatória, alterar a escolha alimentar e comprometer a nutrição, socialização, manutenção

da funcionalidade e qualidade de vida, agravando-se com o avançar da idade³⁴. Um estudo multicêntrico com uma amostra de 3.478 idosos mostrou maior prevalência de ausência de dentes naturais e dificuldade ou dor para mastigar comida dura em idosos longevos em relação aos idosos não longevos²⁴. Entre 326 idosos, realizado na área urbana de Passo Fundo-RS, relacionou-se a ausência de problemas dentários a uma melhor satisfação com a vida³⁵ e, conseqüentemente, uma melhor autopercepção da saúde.

A ausência de insônia relaciona-se a menos alterações de humor³¹⁻³³, culminando em melhor qualidade de vida. Um estudo com 1.418 idosos através de questionário autopreenchido correlacionou baixa duração do sono com mau estado de saúde³³.

A ausência de diabetes, associada a maior percepção positiva neste estudo, pode decorrer da visão negativa que recai sobre as doenças crônicas, principalmente sua irreversibilidade, e da dificuldade na adesão às mudanças de estilo de vida demandadas, uso contínuo de medicações e pelo temor por complicações crônicas²⁸. O referencial de saúde como ausência de doenças também pode ser influenciador¹⁴. A associação entre a autopercepção positiva e a não ocorrência de quedas no último ano pode ser explicada pelo risco das quedas promoverem fraturas, restrição de mobilidade, instabilidade na marcha, trauma psicológico, limitação social e comprometimento da autonomia e da independência. Este quadro afeta negativamente a qualidade de vida e reduz a percepção positiva^{16,24}.

Nos idosos longevos observou-se a associação com uso de prótese dentária e alterações do sono. A perda dentária relaciona-se a desconforto e redução de eficiência mastigatória, levando a restrição a alimentos ricos em carboidratos e de menor consistência, com possíveis negativas repercussões na saúde geral^{34,35}. O uso de prótese dentária favorece a ampliação do espectro de alimentos, oportuniza melhor nutrição e preservação funcional³⁴.

Em idosos avaliados pelo Estudo dos Processos do Envelhecimento Saudável - Projeto PENSA, a percepção positiva em 62% da amostra apresentou associação estatística com boa qualidade do sono³. Há influência do volume de patologias e número de medicamentos na pior qualidade do sono. O envelhecimento determina alterações na duração dos estágios do sono, com encurtamento do sono profundo e aumento dos estágios superficiais. Isso pode acarretar mais

despertares noturnos, despertar precoce e menor efetividade do sono³³.

As adaptações ao processo de envelhecimento, com o reconhecimento das doenças e limitações como conseqüências da evolução normal deste processo possivelmente não se projetam negativamente na avaliação da saúde²⁸. As ações da ESF devem ser direcionadas, portanto, para a manutenção e recuperação da funcionalidade e prevenção de processos que possam culminar com a incapacidade e dependência¹³. O profissional da APS deve considerar, no atendimento ao idoso, a autopercepção de saúde como elemento integrante da avaliação, sinalizador de possíveis alterações orgânicas e de contexto, de forma a equacionar a atenção prestada³⁶.

A autopercepção de saúde é um bom indicador que reflete a morbimortalidade nos idosos^{14,23,28}. Compreender quais variáveis podem interferir na autopercepção positiva de saúde de idosos não longevos e longevos pode permitir a construção de intervenções voltadas para a qualidade de vida, contrapondo-se a remediações sobre os agravos^{7,16}.

Neste estudo, a robustez da amostra e a utilização de instrumento de coleta validado aumentam a fidedignidade das informações e da análise. Não obstante, deve-se reconhecer a possibilidade da interferência do fator de sobrevivência dos indivíduos com melhores condições de saúde, o que pode superestimar a prevalência da autopercepção de saúde positiva. Ainda, há limitação pelo uso de informações autorreferidas e a não uniformização das respostas dos estudos da literatura que dificulta a comparação dos resultados^{14,24}.

Considerações finais

Este trabalho apresentou uma prevalência elevada de autopercepção positiva de saúde entre os idosos, que pode ser explicada por diferenças relacionadas aos determinantes sociais e aos comportamentos em saúde, com especificidades entre os estratos de idosos não longevos e longevos.

As diretrizes presentes na Política Nacional de Saúde do Idoso orientam para a relevância de ações programadas de prevenção de doenças e promoção de saúde. Considerada um bom indicador de saúde e bem-estar dessa população, a análise da autopercepção da saúde e seus fatores associados podem auxiliar em intervenções mais efetivas na manutenção e preservação de sua qualidade de vida.

Tendo em vista o envelhecimento saudável, este estudo pode auxiliar a agrupar o conhecimento dos fatores orgânicos e não orgânicos de maior impacto sobre sua funcionalidade. A auto-percepção positiva de saúde pode direcionar para pontos de intervenção multiprofissional ampla e integrada focalizada na qualidade de vida acrescida aos anos vividos. Sugere-se a realização de estudos longitudinais com esta população que considerem a heterogeneidade nas faixas etárias e de cenários culturais, sociais e econômicos.

Colaboradores

CHG Brasil participou da concepção do estudo, planejamento, delineamento, interpretação das análises estatísticas e dos resultados, redação do artigo, revisão crítica do artigo. LC Maia e AP Caldeira participaram na concepção e planejamento, interpretação dos dados, revisão crítica do artigo e aprovação da versão final. MFSF Brito e L Pinho participaram da concepção do estudo, planejamento, delineamento, interpretação das análises estatísticas e dos resultados, revisão crítica do artigo e aprovação da versão final.

Agradecimentos

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (Fapemig) e ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), pelo apoio financeiro.

Referências

1. Organização Mundial de Saúde (OMS). *Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde*. Genebra: OMS; 2015.
2. Vasconcelos AMN, Gomes MMF. Transição demográfica: a experiência brasileira. *Epidemiol Serv Saude* 2012; 21(4):539-548.
3. Simões CCS. *Relações entre as alterações históricas na dinâmica demográfica brasileira e os impactos decorrentes do processo de envelhecimento da população*. Rio de Janeiro: IBGE; 2016.
4. Hazra NC, Gulliford M. Evolution of the “fourth stage” of epidemiologic transition in people aged 80 years and over: population-based cohort study using electronic health records. *Populat Health Metrics* 2017; 15(1):18.
5. Porciúncula RCR, Carvalho EF, Barreto KML, Leite VMM. Perfil socioepidemiológico e autonomia de longevos em Recife-PE, Nordeste do Brasil. *Rev Bras Geriatr Gerontol* 2014; 17(2):315-325. t
6. Franzon K, Byberg L, Sjogren P, Zethelius B, Cederholm T, Kilander L. Predictors of independent aging and survival: a 16-year follow-up report in octogenarian men. *J Am Geriatr Soc* 2017; 65(9):1953-1960.
7. Krug RR, Schneider IJC, Giehl MWC, Antes DL, Confortin SC, Mazo GZ, Xavier AJ, d’Orsi E. Fatores sociodemográficos, comportamentais e de saúde associados à autopercepção de saúde positiva de idosos longevos residentes em Florianópolis, Santa Catarina. *Rev Bras Epidemiol* 2018; 21:e180004.
8. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa*. Brasília: MS; 2006.
9. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. *Diário Oficial da União*; 2006.

10. Brasil. Lei nº 13.466, de 12 de julho de 2017. Altera os arts. 3º, 15 e 71 da Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, que dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2017; 13 jul.
11. Camacho ACLF, Coelho MJ. Políticas públicas para a saúde do idoso: revisão sistemática. *Rev Bras Enferm* 2010; 63(2):279-284.
12. Fernandes MTO, Soares SM. O desenvolvimento de políticas públicas de atenção ao idoso no Brasil. *Rev Esc Enferm USP* 2012; 46(6):1494-1502.
13. Castro APR, Vidal ECF, Saraiva ARB, Arnaldo SM, Borges AMM, Almeida MI. Promoting health among the elderly: actions in primary health care. *Rev Bras Geriatr Gerontol* 2018; 21(2):155-163.
14. Pagotto V, Bachion MM, Silveira EA. Autoavaliação da saúde por idosos brasileiros: revisão sistemática da literatura. *Rev Panam Salud Public* 2013; 33(4):302-310.
15. Cardoso JDC, Azevedo RCS, Reiners AAO, Louzada CV, Espinosa MM. Autoavaliação de saúde ruim e fatores associados em idosos residentes em zona urbana. *Rev Gaucha Enferm* 2014; 35(4):35-41.
16. Confortin SC, Giehl MWC, Antes DL, Schneider IJC, d'Orsi E. Auto percepção positiva de saúde em idosos: estudo populacional no Sul do Brasil. *Cad Saude Publica* 2015; 31(5):1049-1060.
17. Buccella S, Brandi R. Evaluación geriátrica integral: propuesta de un modelo de autonotificación del estado de salud. *Salus* 2016; 20(3):22-28.
18. Malta M, Cardoso LO, Bastos FI, Magnanini MMF, Silva CMFP. Iniciativa STROBE: subsídios para a comunicação de estudos observacionais. *Rev Saude Publica* 2010; 44(3):559-565.
19. Prefeitura Municipal de Montes Claros. *Montes Claros. Aspectos Gerais* [Internet]. [acessado 2018 nov 18]. Disponível em: http://www.montesclaros.mg.gov.br/cidade/aspectos_gerais.htm.
20. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Rio de Janeiro. População* [Internet]. [acessado 2018 jul 1]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/montes-claros/panorama>.
21. Blay SL, Ramos LR, de Mari JJ. Validity of a brazilian version of the older americans resources and services (OARS) Mental Health Screening Questionnaire. *J Am Geriatr Soc* 1988; 36(8):687-692.
22. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. *Diário Oficial da União* 2013; 13 dez.
23. Zanesco C, Bordin D, Santos CB, Müller EV, Fadel CB. Fatores que determinam a percepção negativa da saúde de idosos brasileiros. *Rev Bras Geriatr Gerontol* 2018; 21(3):283-292.
24. Medeiros SM, Silva LSR, Carneiro JA, Ramos GCF, Barbosa ATF, Caldeira AP. Fatores associados à auto-percepção negativa da saúde entre idosos não institucionalizados de Montes Claros, Brasil. *Cien Saude Colet* 2016; 21(11):3377-3386.
25. Silva SPZ, Marin MJS, Rodrigues MR. Condições de vida e de saúde de idosos acima de 80 anos. *Rev Gaucha Enferm* 2015; 36(3):42-48.
26. Savassi LCM. A satisfação do usuário e a auto percepção da saúde em atenção primária. *Rev Bras Med Fam Comunidade* 2010; 5(17):3-5.
27. Lindemann IL, Reis NR, Mintem GC, Mendoza-Sassi RA. Auto percepção da saúde entre adultos e idosos usuários da Atenção Básica de Saúde. *Cien Saude Colet* 2019; 24(1):45-52.
28. Pavão ALB, Werneck GL, Campos MR. Autoavaliação do estado de saúde e a associação com fatores socio-demográficos, hábitos de vida e morbidade na população: um inquérito nacional. *Cad Saude Publica* 2013; 29(4):723-734.
29. Campos ACV, Ferreira EF, Vargas AMD, Albala C. Aging, gender and quality of life (AGEQOL) study: factors associated with good quality of life in older Brazilian community-dwelling adults. *Health Qual Life Outcomes* 2014; 12(1):166.
30. Antunes JLF, Chiavegatto Filho ADP, Duarte YAO, Lebrão ML. Desigualdades sociais na autoavaliação de saúde dos idosos da cidade de São Paulo. *Rev Bras Epidemiol* 2019; 21(2):e180010.
31. Loyola Filho AI, Firmo JOA, Uchôa E, Lima-Costa MF. Fatores associados à autoavaliação negativa da saúde entre idosos hipertensos e/ou diabéticos: resultados do projeto Bambuí. *Rev Bras Epidemiol* 2013; 16(3):559-571.
32. Lima MG, Barros MBA, Alves MCGP. Sleep duration and health status self-assessment (SF-36) in the elderly: a population-based study (ISA-Camp 2008). *Cad Saude Publica* 2012; 28(9):1674-1684.
33. Oliveira BHD, Yassuda MS, Cupertino APFB, Neri AL. Relações entre padrão do sono, saúde percebida e variáveis socioeconômicas em uma amostra de idosos residentes na comunidade: Estudo PENSA. *Cien Saude Colet* 2010; 15(3):851-860.
34. Milagres CS, Tôrres LHN, Neri AL, Sousa MLR. Condição de saúde bucal auto percebida, capacidade mastigatória e longevidade em idosos. *Cien Saude Colet* 2018; 23(5):1495-1506.
35. Rigo L, Basso K, Pauli J, Cericato GO, Paranhos LR, Garbin RR. Satisfação com a vida, experiência odontológica e auto percepção da saúde bucal entre idosos. *Cien Saude Colet* 2015; 20(12):3681-3688.
36. Veras RP, Caldas CP, Motta LB, Lima KC, Siqueira RC, Rodrigues RTSV, et al. Integração e continuidade do cuidado em modelos de rede de atenção à saúde para idosos frágeis. *Rev Saude Publica* 2014; 48(2):357-365.

Artigo apresentado em 23/12/2019

Aprovado em 29/04/2020

Versão final apresentada em 01/05/2020

Editores-chefes: Romeu Gomes, Antônio Augusto Moura da Silva