Estado da publicação: O preprint não foi publicado em outro meio.

Autopercepção de saúde entre idosos: estudo transversal de base populacional, Pelotas, 2014

Taís Köpp da Silveira, Mayra Pacheco, Maria Cristina Gonzalez, Andréa Dâmaso, Flavio Fernando Demarco, Renata Bielemann

https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.18987

Submetido em: 2026-11-20
Postado em: 2026-11-27 (versão 1)
(AAAA-MM-DD)

SciELO Preprints - Este documento é um preprint e sua situação atual está disponível em: https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.18987

Autopercepção de saúde entre idosos: estudo transversal de base populacional, Pelotas, 2014

Self-rated health among older adults: a population-based cross-sectional study, Pelotas, 2014

Taís Köpp da Silveira

Programa de Pós-graduação em Nutrição e Alimentos, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. ORCID: https://orcid.org/0000-0002-1538-4049

Mayra Pacheco Fernandes

Programa de Pós-graduação em Epidemiologia, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. ORCID: https://orcid.org/0000-0001-9564-4674

Maria Cristina Gonzalez

Programa de Pós-graduação em Nutrição e Alimentos, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. ORCID: https://orcid.org/0000-0002-3901-8182

Andréa Dâmaso

Programa de Pós-graduação em Epidemiologia, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. ORCID: https://orcid.org/0000-0002-4680-3197

Flavio Fernando Demarco

Programa de Pós-graduação em Epidemiologia, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. ORCID: https://orcid.org/0000-0003-2276-491X

Renata Bielemann

Programa de Pós-graduação em Epidemiologia, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. ORCID: https://orcid.org/0000-0003-0202-3735

SciELO Preprints - Este documento é um preprint e sua situação atual está disponível em: https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.18987

RESUMO

Objetivo: Avaliar a autopercepção de saúde de idosos de Pelotas, considerando fatores socioeconômicos, demográficos, comportamentais e de saúde. **Métodos:** Estudo transversal com idosos de 60 anos ou mais, não institucionalizados, residentes na zona urbana. A autopercepção de saúde foi avaliada por pergunta direta, categorizada em positiva ("boa" ou "muito boa") e negativa. As variáveis independentes incluíram fatores socioeconômicos, demográficos, comportamentais e de saúde. As associações foram estimadas por regressão de Poisson com variância robusta, apresentando razão de prevalência (RP) e intervalo de confiança de 95% (IC95%)**. Resultados:** Foram avaliados 1.451 idosos. A autopercepção de saúde positiva foi observada em 53,0% dos idosos (IC95% 50,1;56,0). Foram identificadas associações com percepção positiva para escolaridade ≥8 anos (RP 1,48; IC95% 1,23;1,79), nível econômico A/B (RP 1,28; IC95% 1,03;1,59), prática de atividade física no lazer (RP 1,28; IC95% 1,15;1,42), ausência de depressão (RP 2,14; IC95% 1,60;2,85), ausência de multimorbidade (RP 1,63; IC95% 1,48;1,80), independência funcional (RP 1,23; IC95% 1,07;1,42), ausência de polifarmácia (RP 1,32; IC95% 1,15;1,50) e ausência de hospitalização nos últimos 12 meses (RP 1,24; IC95% 1,02;1,51). **Conclusão:** Pouco mais da metade dos idosos avaliados apresentou autopercepção de saúde positiva, associada a melhores condições socioeconômicas, prática de atividade física, ausência de depressão e multimorbidade, independência funcional e menor uso de medicamentos e hospitalizações recentes.

Palavras-chave: Autoavaliação de saúde, Saúde do idoso, Envelhecimento, Brasil, Estudo transversal

ABSTRACT

Objective: To evaluate self-rated health among older adults in Pelotas, considering socioeconomic, demographic, behavioral, and health-related factors. Methods: This cross-sectional study included non-institutionalized adults aged 60 years or older living in the urban area of Pelotas. Self-rated health was assessed through a direct question and categorized as positive ("good" or "very good") or negative. The independent variables included socioeconomic, demographic, behavioral, and health-related factors. Associations were estimated using Poisson regression with robust variance, and prevalence ratios (PRs) and 95% confidence intervals (95%CIs) were reported. Results: A total of 1,451 older adults were evaluated. Positive self-rated health was reported by 53.0% of the participants (95%CI 50.1;56.0). Positive self-rated health was associated with ≥8 years of schooling (PR 1.48; 95%CI 1.23;1.79), socioeconomic classes A/B (PR 1.28; 95%CI 1.03;1.59), leisure-time physical activity (PR 1.28; 95%CI 1.15;1.42), absence of depression (PR 2.14; 95%CI 1.60;2.85), absence of multimorbidity (PR 1.63; 95%CI 1.48;1.80), functional independence (PR 1.23; 95%CI 1.07;1.42), absence of polypharmacy (PR 1.32; 95%CI 1.15;1.50), and no hospitalization in the previous 12 months (PR 1.24; 95%CI 1.02;1.51). Conclusion: Slightly more than half of the older adults reported positive self-rated health, which was associated with better socioeconomic conditions, physical activity, absence of depression and multimorbidity, functional independence, lower medication use, and no recent hospitalization.

Keywords: Self-rated health; Health of the elderly; Aging; Brazil; Cross-sectional study.

Aspectos éticos

SciELO Preprints - Este documento é um preprint e sua situação atual está disponível em: https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.18987

Esta pesquisa respeitou os princípios éticos, obtendo os seguintes dados de aprovação:	
Comitê de ética em pesquisa	Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas
Número do parecer	472.357
Data de aprovação	28 de novembro de 2013
Certificado de apresentação de apreciação ética	24538513.1.0000.5317
Registro do consentimento livre e esclarecido	Todos os participantes do estudo original assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Introdução

O envelhecimento populacional acelerado, observado especialmente em países de média ou baixa renda [1], está relacionado ao declínio das taxas de fecundidade e mortalidade, o que resulta no aumento da expectativa de vida [2]. Projeções demográficas indicam que o Brasil vive um processo acelerado de envelhecimento populacional, com aumento da proporção de indivíduos com 60 anos ou mais [3]. Estima-se que, em 2070, 31% da população brasileira terá 65 anos ou mais de idade [3]. Esse fenômeno impõe ao Sistema Único de Saúde (SUS) grandes desafios, como a promoção de um envelhecimento saudável e o manejo adequado das condições crônicas [2].

O processo de envelhecimento e o acometimento por doenças impactam significativamente a maneira como os indivíduos avaliam a própria saúde [4]. Idosos com autopercepção de saúde negativa apresentam maior risco de mortalidade quando comparados a aqueles que consideram sua saúde boa ou excelente [5,6]. Estudos apontam que a autopercepção negativa está associada à baixa escolaridade e renda, à presença de doenças crônicas, ao uso de dois ou mais medicamentos, à limitação física e à internação hospitalar [6-9]. Dados do ELSI-Brasil reforçam a influência da saúde mental e dos determinantes sociais, mostrando que idosos com pior autopercepção apresentam maiores sintomas depressivos e menor escolaridade [5]. Por outro lado, a autopercepção positiva tem sido relacionada ao sexo masculino, à maior renda e escolaridade, ao uso reduzido ou à ausência de medicamentos, à prática de atividade física e à ausência de depressão [6,7,9].

Avaliar como os idosos percebem a própria saúde é fundamental para o reconhecimento de grupos vulneráveis [5]. Dessa forma, o objetivo do presente estudo foi avaliar a autopercepção de saúde de idosos não institucionalizados da cidade de Pelotas e sua relação com fatores socioeconômicos, demográficos, comportamentais e de saúde.

Métodos

Estudo transversal utilizando dados do Consórcio de Mestrado Orientado para a Valorização da Atenção ao Idoso (COMO VAI?), realizado com idosos (≥ 60 anos) residentes da zona urbana de Pelotas, Rio Grande do Sul, com o objetivo de avaliar diferentes aspectos da saúde dos idosos. A coleta de dados ocorreu entre janeiro e agosto de 2014.

Foram incluídos idosos (≥ 60 anos) não institucionalizados (exclusão daqueles internados em instituições de longa permanência, presos ou hospitalizados), com capacidade cognitiva para responder ou com auxílio de cuidador que pudesse auxiliar e capacidade física para a aferição das medidas.

O cálculo amostral indicou a necessidade de 1.649 idosos, considerando perdas, recusas e controle de fatores de confusão. Foram selecionados setores censitários com base no Censo 2010 do IBGE [3]. De um total de 488 setores

SciELO Preprints - Este documento é um preprint e sua situação atual está disponível em: https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.18987

censitários do município, considerando a frequência de idosos, identificaram-se 469 setores, distribuídos em diferentes bairros e níveis socioeconômicos. O total de domicílios existentes foi de 107.152, e a estimativa de idosos por domicílio, segundo o IBGE, foi de 0,43. Para alcançar a amostra estimada, deveriam ser incluídos 3.745 domicílios da zona urbana, sendo selecionados sistematicamente 31 domicílios por setor, a fim de localizar, no mínimo, 12 idosos em cada setor, resultando na inclusão de 133 setores censitários.

As entrevistas foram realizadas por entrevistadoras devidamente capacitadas para a aplicação do questionário, com o uso de netbook. Visando minimizar possíveis vieses de informação, as entrevistas foram realizadas por entrevistadoras previamente capacitadas para aplicação padronizada do questionário, utilizando netbooks. O controle de qualidade foi conduzido pelos supervisores por meio de revisitas a 10% dos domicílios sorteados, realizadas em até 15 dias após a entrevista.

A autopercepção de saúde foi avaliada através da pergunta: “Como o(a) Sr.(a) considera a sua saúde?”. As opções de resposta eram: “muito boa”, “boa”, “regular”, “ruim” e “muito ruim”. Considerou-se uma autopercepção de saúde positiva em caso de respostas às alternativas “boa” ou “muito boa”.

As variáveis independentes foram registradas através da aplicação de um questionário geral, sendo elas:

1) Fatores demográficos: Sexo (Feminino/Masculino); Idade (coletada em anos completos e, posteriormente, categorizada em 60-69 anos, 70-79 anos, 80 anos ou mais); Raça/cor da pele (observada pela entrevistadora, categorizada em Branca/Outra); Situação conjugal categorizada em casado(a) ou com companheiro(a), solteiro(a) ou divorciado(a) e viúvo(a).
2) Fatores socioeconômicos: Nível econômico (classificado de acordo com a Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP, 2014) [10] categorizado em A-B (mais ricos), C e D-E (mais pobres); Escolaridade, registrada através da pergunta “Até que série o(a) Sr(a). estudou?”, a qual foi convertida em anos de estudo e posteriormente categorizada em nenhum, <8 anos e ≥8 anos de estudo.
3) Fatores comportamentais: Tabagismo, avaliado através do hábito de fumar pelo menos um cigarro todos os dias nos últimos 30 dias, categorizado em não, nunca fumou, sim, fuma (um ou mais cigarros(s) por dia) e já fumou, mas parou de fumar; prática suficiente de atividade física no lazer, avaliada através da aplicação da seção de lazer do International Physical Activity Questionnaire (IPAQ) [11], adotando como ponto de corte o mínimo de 150 minutos/semana, categorizando-se os entrevistados em “ativos” ou “insuficientemente ativos”.
4) Indicadores de saúde: Estado nutricional, através da aferição de peso e altura do joelho. Para aferir o peso, foi utilizada uma balança eletrônica da marca Tanita, modelo UM-080 com capacidade máxima de 150 Kg e precisão de 100 gramas. Para estimar a altura em pé, foi utilizada a equação de Chumlea [12] que utiliza a altura do joelho, medida por um antropômetro infantil da marca Indaiá com escala de 100 cm, graduação em milímetros e numerada a cada centímetro. Para o Índice de Massa Corporal (IMC) foram utilizados os pontos de corte de Lipschitz [13]: classificados como baixo peso com IMC<22kg/m²; eutrofia, IMC entre 22kg/m² e 27kg/m²; e excesso de peso, IMC>27kg/m². Multimorbidade (≤4 ou ≥5 doenças) avaliada por diagnóstico médico de: hipertensão arterial sistêmica, infarto, diabetes, insuficiência cardíaca, enfisema, asma, bronquite, artrite, Parkinson, insuficiência renal, convulsão, hipercolesterolemia, úlcera gástrica, osteoporose, incontinência urinária, constipação, incontinência fecal, depressão, glaucoma, surdez, disfagia, insônia, desmaio, rinite, distúrbios da fala, AVC, transtornos mentais, câncer e obesidade. Depressão (sim; não) foi avaliada por meio da Escala de Depressão Geriátrica (Geriatric Depression Scale- GDS-10) [14], na versão brasileira abreviada. Esta escala contém 10 itens com respostas “sim ou não” e se refere a um período recordatório de sete dias anteriores à entrevista. Para cada resposta, atribuiu-se um

SciELO Preprints - Este documento é um preprint e sua situação atual está disponível em: https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.18987

ponto, cuja soma resultou em um escore variando entre zero e 10. Foram considerados casos de depressão os idosos que obtiveram escore maior ou igual a cinco pontos. Polifarmácia (até quatro; cinco ou mais medicamentos) foi avaliada através do questionamento sobre o uso contínuo de medicamentos prescritos. A presença de hospitalizações nos últimos doze meses (sim; não) foi questionada. Capacidade funcional foi avaliada através da Escala de Katz [15], composta por seis itens que medem o desempenho do indivíduo em atividades da vida diária: alimentação, controle de esfíncteres, transferência da cama e/ou cadeira, higiene pessoal, capacidade para se vestir e tomar banho, e posteriormente categorizada em independente, dependente para uma ou mais atividades.

O questionário foi organizado na versão digital através do software Pendragon 6.1, viabilizando a utilização de netbooks para a realização das entrevistas. A análise dos dados foi realizada através do programa estatístico Stata na versão 12.0. A análise descritiva incluiu cálculos de frequências absolutas e relativas do desfecho e das variáveis independentes. Com o objetivo de avaliar associação entre autopercepção de saúde positiva e as variáveis de exposição, realizou-se análise bruta e ajustada para fatores de confusão, por meio de regressão de Poisson com variância robusta para estimativa das razões de prevalência. A análise ajustada foi realizada considerando quatro níveis hierárquicos. Na primeira etapa, foram incluídas todas as variáveis demográficas e socioeconômicas do primeiro nível (sexo, raça/cor da pele, idade, escolaridade, nível econômico e situação conjugal). Na segunda etapa foram incluídas as variáveis comportamentais do segundo nível (atividade física no lazer, tabagismo e estado nutricional). Já na terceira etapa foram incluídas as variáveis de saúde do terceiro nível (depressão e multimorbidade). E por fim, na quarta etapa, foram incluídas as variáveis indicadoras de saúde do quarto nível (capacidade funcional, polifarmácia e hospitalizações).

Para avaliar associação estatística foi utilizado o teste de Wald de heterogeneidade e de tendência linear. Em todas as etapas permaneceram no modelo as variáveis com p-valor<0,20 e foram consideradas significativas as associações com p-valor<0,05. O efeito de delineamento da amostra foi considerado em todas as análises.

Aspectos éticos

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas (472.357/2013). Todos os participantes ou responsáveis assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e o direito de recusa foi garantido a qualquer momento durante a pesquisa, bem como o sigilo dos dados fornecidos.

Resultados

Nos 3.799 domicílios amostrados, foram localizados 1.844 idosos, dos quais 1.451 participaram da entrevista (78,7%). As perdas foram maiores em mulheres e em idosos com idade entre 60 e 69 anos.

Quanto aos fatores demográficos e socioeconômicos (Tabela 1), 62,3% eram do sexo feminino, 52,3% tinham entre 60 e 69 anos, 83,7% eram de raça/cor da pele branca, 54,4% possuíam menos de oito anos de estudo, 52,5% pertenciam à classe C e 52,7% eram casados ou viviam com companheiro. Quanto aos indicadores de saúde e fatores comportamentais (Tabela 2), 64,7% apresentavam cinco ou mais morbidades, 63,9% eram independentes quanto à capacidade funcional e 56,2% apresentavam sobrepeso. Depressão foi observada em 15,2%, prática de atividade física no lazer em 18,5%, tabagismo em 12,6%, hospitalização nos últimos 12 meses em 12,2% e polifarmácia em 35,6%.

SciELO Preprints - Este documento é um preprint e sua situação atual está disponível em: https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.18987

A autopercepção de saúde positiva foi de 53,0%, sendo 42,5% boa e 10,5% muito boa. Entre os que avaliaram negativamente a saúde (47,0%), 37,8% classificaram como regular, 6,4% como ruim e 2,8% como muito ruim (Figura 1).

A autopercepção de saúde positiva foi de 57,9% entre idosos de 60–69 anos, 49,6% entre 70–79 anos e 44,0% entre aqueles com 80 anos ou mais (p-valor<0,001). Entre indivíduos de raça/cor da pele branca, a frequência foi de 54,3%, e entre não brancos, 47,0% (p-valor=0,039). Quanto à escolaridade, a autopercepção positiva foi de 40,3% entre aqueles sem escolaridade, 45,2% entre <8 anos e 71,6% entre ≥8 anos (p-valor<0,001). Quanto ao nível econômico, as frequências foram de 40,1% nas classes D/E, 48,0% na classe C e 64,6% nas classes A/B (p-valor<0,001). Não foram observadas diferenças para sexo (p-valor=0,234) e situação conjugal (p-valor=0,080) (Tabela 1).

A autopercepção de saúde positiva foi de 69,8% entre indivíduos fisicamente ativos e 49,5% entre inativos (p-valor<0,001). Entre aqueles sem depressão, a frequência foi de 59,7%, e entre aqueles com depressão, 20,8% (p-valor<0,001). Entre indivíduos sem multimorbidade, a frequência foi de 77,0%, e entre aqueles com cinco ou mais morbidades, 42,0% (p-valor<0,001). A autopercepção positiva foi de 62,7% entre independentes e 36,4% entre dependentes (p-valor<0,001), de 61,1% entre aqueles sem polifarmácia e 38,8% entre aqueles com polifarmácia (p-valor<0,001), e de 55,1% entre aqueles sem hospitalização e 38,2% entre aqueles com hospitalização nos últimos 12 meses (p-valor=0,001). Não foram observadas diferenças para tabagismo (p-valor=0,319) e estado nutricional (p-valor=0,982) (Tabela 2).

Na análise ajustada (Tabela 3), indivíduos com ≥8 anos de estudo apresentaram RP 1,48 (IC95% 1,23;1,79), e aqueles das classes A/B apresentaram RP 1,28 (IC95% 1,03;1,59). Indivíduos de 60–69 anos apresentaram RP 1,20 (IC95% 1,00;1,45). Indivíduos fisicamente ativos apresentaram RP 1,28 (IC95% 1,15;1,42). Indivíduos sem depressão apresentaram RP 2,14 (IC95% 1,60;2,85), e aqueles sem multimorbidade apresentaram RP 1,63 (IC95% 1,48;1,80). Indivíduos independentes apresentaram RP 1,23 (IC95% 1,07;1,42). Aqueles sem polifarmácia apresentaram RP 1,32 (IC95% 1,15;1,50), e aqueles sem hospitalização nos últimos 12 meses apresentaram RP 1,24 (IC95% 1,02;1,51). Não foram observadas associações com sexo (p-valor=0,076), raça/cor da pele (p-valor=0,470), idade (p-valor=0,052), situação conjugal (p-valor=0,086), tabagismo (p-valor=0,251) e estado nutricional (p-valor=0,640).

Discussão

A autopercepção positiva de saúde mostrou-se frequente entre os idosos investigados, indicando que uma parcela expressiva dessa população avalia seu estado de saúde de forma favorável. Os resultados evidenciam que essa percepção não é determinada exclusivamente pela ausência de doenças, mas resulta da interação entre determinantes socioeconômicos, comportamentais e condições de saúde. Nesse contexto, melhores condições socioeconômicas e a adoção de hábitos de vida saudáveis, aliadas à preservação da saúde física e mental, estiveram associadas a uma avaliação mais positiva da própria saúde, reforçando o caráter multidimensional da autopercepção de saúde na população idosa.

Este estudo apresenta algumas limitações que devem ser consideradas na interpretação dos resultados. Em razão do delineamento transversal, não é possível estabelecer a temporalidade entre os fatores investigados e a autopercepção de saúde, não se descartando a possibilidade de causalidade reversa. Além disso, por se tratar de uma medida subjetiva, a autopercepção de saúde pode ser influenciada por aspectos individuais, sociais e culturais, havendo a possibilidade de alguns idosos relatarem melhor estado de saúde em razão da valorização da autonomia e da independência

SciELO Preprints - Este documento é um preprint e sua situação atual está disponível em: https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.18987

funcional, o que pode superestimar a prevalência de autopercepção positiva [16]. Deve-se considerar também a possibilidade de viés de sobrevivência, uma vez que idosos com piores condições de saúde apresentam maior risco de óbito, hospitalizações recorrentes ou institucionalização, de modo que os resultados refletem predominantemente a situação dos idosos não institucionalizados residentes na comunidade. Por fim, as perdas e recusas observadas podem ter influenciado as estimativas, uma vez que foram mais frequentes entre mulheres e indivíduos mais jovens (60–69 anos), devendo esse aspecto ser considerado na interpretação dos achados.

Entre os pontos fortes do estudo, destacam-se a amostragem probabilística de base populacional, que assegurou representatividade dos idosos residentes na zona urbana do município, a utilização de instrumentos padronizados, a capacitação das entrevistadoras e o rigoroso controle de qualidade durante a coleta de dados. Adicionalmente, a adoção de um modelo hierárquico de análise possibilitou avaliar as associações entre os diferentes níveis de determinação da autopercepção de saúde, controlando potenciais fatores de confusão e conferindo maior robustez às estimativas obtidas.

A prevalência de autopercepção positiva de saúde observada neste estudo foi semelhante à descrita em outras investigações nacionais e internacionais, embora as estimativas apresentem ampla variação entre diferentes populações [4,5,9,17-19]. Essa heterogeneidade pode ser explicada por diferenças nas características demográficas, socioeconômicas e culturais dos idosos investigados, bem como por aspectos metodológicos, especialmente relacionados à forma de mensuração e categorização da autopercepção de saúde [4,5,17-19]. Ainda assim, os achados corroboram a literatura ao demonstrar que a autopercepção de saúde constitui um importante indicador da saúde global da população idosa, por refletir simultaneamente aspectos físicos, psicológicos e sociais.

Embora a idade esteja frequentemente associada ao aumento da carga de doenças e ao declínio funcional, sua associação com a autopercepção de saúde não permaneceu estatisticamente significativa neste estudo, apesar da tendência observada na direção esperada [5,20]. Esse resultado sugere que o efeito da idade sobre a autopercepção de saúde pode ser mediado principalmente pelas condições clínicas e funcionais, e não pela idade cronológica em si. Da mesma forma, sexo, situação conjugal e estado nutricional não permaneceram associados ao desfecho após o ajuste, indicando que a influência dessas características pode ser explicada por outros determinantes sociais, comportamentais e de saúde contemplados no modelo hierárquico.

A permanência da escolaridade e do nível econômico associados à autopercepção positiva de saúde, mesmo após o ajuste para fatores comportamentais e condições de saúde, reforça a importância dos determinantes sociais no processo de envelhecimento. Idosos com melhores condições socioeconômicas tendem a apresentar maior conhecimento sobre saúde, melhor acesso aos serviços de saúde e às ações preventivas, maior adesão aos tratamentos e melhores condições de vida, fatores que contribuem para uma avaliação mais favorável da própria saúde [9,21]. Esses achados são consistentes com estudos nacionais e internacionais que demonstram associação independente entre indicadores socioeconômicos e autopercepção de saúde [4,8,9,17], indicando que as desigualdades sociais influenciam a forma como os idosos percebem sua saúde para além da presença de doenças.

Os fatores relacionados às condições de saúde permaneceram fortemente associados à autopercepção de saúde após o ajuste, evidenciando que a avaliação subjetiva da saúde reflete não apenas a presença de doenças, mas também sua gravidade,

SciELO Preprints - Este documento é um preprint e sua situação atual está disponível em: https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.18987

repercussões funcionais e necessidade de cuidados em saúde. Idosos com multimorbidade, dependência funcional, polifarmácia e hospitalização recente apresentaram menor frequência de autopercepção positiva, indicando que essas condições influenciam de forma integrada a percepção do próprio estado de saúde. Em relação à multimorbidade, estudos demonstram que a coexistência de doenças crônicas está associada à pior qualidade de vida, maior dependência funcional, limitações decorrentes dos sintomas e menor capacidade de autocuidado, repercutindo negativamente na autopercepção de saúde [5,6,19]. Da mesma forma, a polifarmácia pode representar maior complexidade clínica, uma vez que o uso concomitante de múltiplos medicamentos aumenta o risco de interações medicamentosas, efeitos adversos e dificuldades relacionadas à adesão ao tratamento [6,22]. Evidências prospectivas também indicam que a polifarmácia está associada à pior autopercepção de saúde independentemente do número de doenças crônicas, sugerindo que regimes terapêuticos mais complexos podem aumentar a percepção de fragilidade e dependência [6,8,22].

A associação entre depressão e pior autopercepção de saúde evidencia a importância da saúde mental na forma como os idosos avaliam sua própria condição de saúde. Além de aumentar o risco de morbimortalidade, os sintomas depressivos podem comprometer as funções cognitivas, reduzir a capacidade funcional e limitar a participação nas atividades sociais, influenciando negativamente a percepção do bem-estar [14,16,23]. Esses achados são consistentes com os resultados do ELSI-Brasil, que identificou associação independente entre sintomas depressivos e pior autopercepção de saúde, mesmo após ajuste para condições crônicas e fatores sociodemográficos [8], sugerindo que a saúde mental constitui um componente central da autoavaliação de saúde na população idosa.

De forma semelhante, a preservação da capacidade funcional permaneceu associada à autopercepção positiva de saúde, indicando que a manutenção da autonomia para a realização das atividades cotidianas exerce papel determinante na forma como os idosos percebem sua saúde. Estudos prévios demonstram que limitações nas atividades básicas e instrumentais da vida diária impactam mais intensamente a autoavaliação da saúde do que a presença isolada de doenças crônicas, uma vez que comprometem a independência e a participação social [4,22,23].

A associação observada entre hospitalização no ano anterior e pior autopercepção de saúde também pode refletir a maior gravidade das condições clínicas e o declínio funcional frequentemente relacionados às internações. Além de representarem episódios de descompensação de doenças crônicas, as hospitalizações podem aumentar a percepção de fragilidade, dependência e perda de autonomia, repercutindo negativamente na avaliação subjetiva do estado de saúde, conforme descrito em estudos anteriores [4,18].

A prática de atividade física no lazer permaneceu associada à autopercepção positiva de saúde, demonstrando seu papel como um importante fator modificável para a promoção do envelhecimento saudável. Além de contribuir para a prevenção e o controle das doenças crônicas não transmissíveis, a atividade física favorece a manutenção da capacidade funcional, melhora o bem-estar psicológico e amplia a participação social, aspectos que influenciam positivamente a forma como os idosos avaliam sua própria saúde [5]. Estudos com amostras representativas da população idosa brasileira corroboram esses achados ao demonstrar que níveis mais elevados de atividade física estão associados à melhor autopercepção de saúde, enquanto o comportamento sedentário relaciona-se a avaliações mais negativas, independentemente de fatores sociodemográficos [23].

SciELO Preprints - Este documento é um preprint e sua situação atual está disponível em: https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.18987

Por outro lado, não foi observada associação entre tabagismo e autopercepção de saúde após o ajuste para potenciais fatores de confusão. Esse resultado difere de alguns estudos que identificaram pior autopercepção de saúde entre fumantes e ex-fumantes [8,24], possivelmente em decorrência de diferenças na composição das amostras, na definição das categorias de tabagismo e no controle de fatores clínicos e comportamentais. Dessa forma, é possível que o efeito do tabagismo sobre a autopercepção de saúde seja mediado por outras condições de saúde contempladas no modelo ajustado.

Em suma, os achados apontam que a autopercepção de saúde representa um importante indicador das condições de saúde da população idosa, por incorporar dimensões sociais, comportamentais e clínicas. No contexto do Sistema Único de Saúde, sua utilização na Atenção Primária à Saúde pode contribuir para a identificação precoce de idosos mais vulneráveis e para o planejamento de ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e cuidado longitudinal. Estratégias voltadas à redução das desigualdades sociais, à promoção da atividade física, ao manejo da multimorbidade, à atenção à saúde mental, ao uso racional de medicamentos e à preservação da capacidade funcional podem favorecer um envelhecimento mais saudável e com melhor qualidade de vida.

Disponibilidade de dados

Este estudo utilizou dados secundários provenientes do Estudo Longitudinal de Saúde do Idoso “COMO VAI?” (Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil). Os dados não estão publicamente disponíveis em repositórios com DOI devido a restrições éticas e contratuais relacionadas à coorte. O acesso aos dados depende de autorização institucional e deve ser solicitado aos coordenadores do estudo.

Uso de inteligência artificial generativa

Este texto foi revisado com o auxílio da ferramenta de inteligência artificial ChatGPT (http://chatgpt.com) para melhorar a coesão e a coerência das ideias, refinando a estrutura e a fluidez das frases.

Declaração de contribuição dos autores: [TKS]: Escrita- rascunho original (Liderança); Escrita- revisão e edição (Liderança). [MFP]:Supervisão (Suporte); Escrita - rascunho original (Igual);Escrita - revisão e edição (Igual). [MCG]:Análise formal (Igual); Metodologia (Igual); Validação (Igual). [AD]: Metodologia (Igual); Validação (Igual). [FFD]: Metodologia (Igual); Administração de projeto (Igual). [RB]: Análise formal (Igual); Metodologia (Igual); Administração de projeto (Igual); Supervisão (Igual).

Declaração de conflito de interesse

Os autores declaram que não há conflito de interesse.

Referências

1. Alvarez AM, Sandri JVA. Population aging and the nursing commitment. Rev Bras Enferm. 2018;71(Suppl 2):722-3. doi:10.1590/0034-7167-201871sup201.
2. World Health Organization. World report on ageing and health. Geneva: WHO; 2015.Disponível em: https://www.who.int/publications/i/item/9789241565042 Acesso em: 20 jul. 2026.
3. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Projeções da população do Brasil e unidades da federação: 2000-2070. Rio de Janeiro: IBGE; 2024 [citado 2026 fev 20]. Disponível em: https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9109-projecao-da-populacao.html

SciELO Preprints - Este documento é um preprint e sua situação atual está disponível em: https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.18987

4. 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):283-92. doi:10.1590/1981-22562018021.170210.
5. Borim FSA, Barros MBA, Neri AL. Autoavaliação da saúde em idosos: estudo de base populacional no município de Campinas, São Paulo, Brasil. Cad Saude Publica. 2012;28(4):769-80. doi:10.1590/S0102-311X2012000400016.
6. Medeiros SM, Silva LSR, Carneiro JA, Ramos GCF, Barbosa ATF, Caldeira AP. Fatores associados à autopercepção negativa da saúde entre idosos não institucionalizados de Montes Claros, Brasil. Cien Saude Colet. 2016;21(11):3377-86. doi:10.1590/1413-812320152111.18752015.
7. Reichert FF, Loch MR, Capilheira MF. Autopercepção de saúde em adolescentes, adultos e idosos. Cien Saude Colet. 2012;17(12):3353-62. doi:10.1590/S1413-81232012001200020.
8. Ito NT, Oliveira D, Rodrigues FMS, Castro-Costa E, Lima-Costa MF, Ferri CP. Depressive symptoms and self-rated health among Brazilian older adults: baseline data from the ELSI-Brazil study. Braz J Psychiatry. 2024;46:e20233331. doi:10.47626/1516-4446-2023-3331.
9. Confortin SC, Giehl MWC, Antes DL, Schneider IJC, d'Orsi E. Autopercepção positiva de saúde em idosos: estudo populacional no Sul do Brasil. Cad Saude Publica. 2015;31(5):1049-60. doi:10.1590/0102-311X00132014.
10. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Critério de Classificação Econômica Brasil. São Paulo: ABEP; 2014. Disponível em: https://abep.org/wp-content/uploads/2024/02/09_cceb_2014.pdf Acesso em: 20 jul. 2026.
11. Matsudo S, Araújo T, Matsudo V, Andrade D, Andrade E, Braggion G. Questionário internacional de atividade física (IPAQ): estudo de validade e reprodutibilidade no Brasil. Rev Bras Ativ Fis Saude. 2001;6(2):5-18. doi: 10.12820/rbafs.v.6n2p5-18.
12. Chumlea WC, Guo S. Equations for predicting stature in white and black elderly individuals. J Gerontol. 1992;47(6):M197-203. doi: 10.1093/geronj/47.6.m197
13. Lipschitz DA. Screening for nutritional status in the elderly. Prim Care. 1994;21(1):55-67. doi: 10.1016/S0095-4543(21)00452-8
14. Sheikh JL, Yesavage JA. Geriatric depression scale (GDS): recent evidence and development of a shorter version. Clin Gerontol. 1986;5:165-73. doi: 10.1300/J018v05n01_09. Disponível em: https://rbafs.org.br/RBAFS/article/view/931. Acesso em: 20 jul. 2026.
15. Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. Studies of illness in the aged. The index of ADL. JAMA. 1963;185:914-9. doi:10.1001/jama.1963.03060120024016
16. Paskulin LMG, Vianna LAC. Perfil sociodemográfico e condições de saúde autorreferidas de idosos de Porto Alegre. Rev Saude Publica. 2007;41(5):757-68. doi: 10.1590/s0034-89102007000500010
17. Whitmore C, Markle-Reid M, McAiney C, et al. Self-rated health and the well-being paradox among community-dwelling older adults: a cross-sectional study using baseline data from the CLSA. BMC Geriatr. 2022;22:112. doi:10.1186/s12877-022-02807-z.
18. Shibahashi Y, Tanaka H, Sugiyama T. Positive self-rated health and its correlates among community-dwelling older adults in Japan. Nihon Koshu Eisei Zasshi. 2025;72(1):12-21. doi: 10.7759/cureus.84245
19. Melo LA, Braga LC, Leite FPP, Bittar BF, Oséas JMF, Lima KC. Fatores associados à multimorbidade em idosos: revisão integrativa. Rev Bras Geriatr Gerontol. 2019;22(1):e180154. doi: 10.1590/1981-22562019022.180154
20. Acacio EO, Legey ÂLC, Höfelmann DA. Qualidade de vida entre idosos: associação com características demográficas, comportamentais e estado de saúde. Cad Saude Colet. 2024;32(4):e32040114. doi:10.1590/1414-462X202432040114.

SciELO Preprints - Este documento é um preprint e sua situação atual está disponível em: https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.18987

21. Silva AMM, Mambrini JVM, Peixoto SV, Malta DC, Lima-Costa MF. Uso de serviços de saúde por idosos brasileiros com e sem limitação funcional. Rev Saude Publica. 2017;51(Suppl 1):5s. doi:10.1590/s1518-8787.2017051000243.
22. Yoshida Y, Ishizaki T, Hirata T, Masui Y, Inagaki H, Miura Y, et al. Impact of polypharmacy on self-rated health in community-dwelling older adults: a 3-year SONIC study. J Am Med Dir Assoc. 2025;26(7):105621. doi:10.1016/j.jamda.2025.105621.
23. Queiroz BM, Coqueiro RS, Neto JSL, Borgatto AF, Barbosa AR, Fernandes MH. Inatividade física em idosos não institucionalizados: estudo de base populacional. Cien Saude Colet. 2014;19(8):3489-96. doi:10.1590/1413-81232014198.19882013.
24. 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. doi: 10.1590/S1020-49892013000400010

SciELO Preprints - Este documento é um preprint e sua situação atual está disponível em: https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.18987

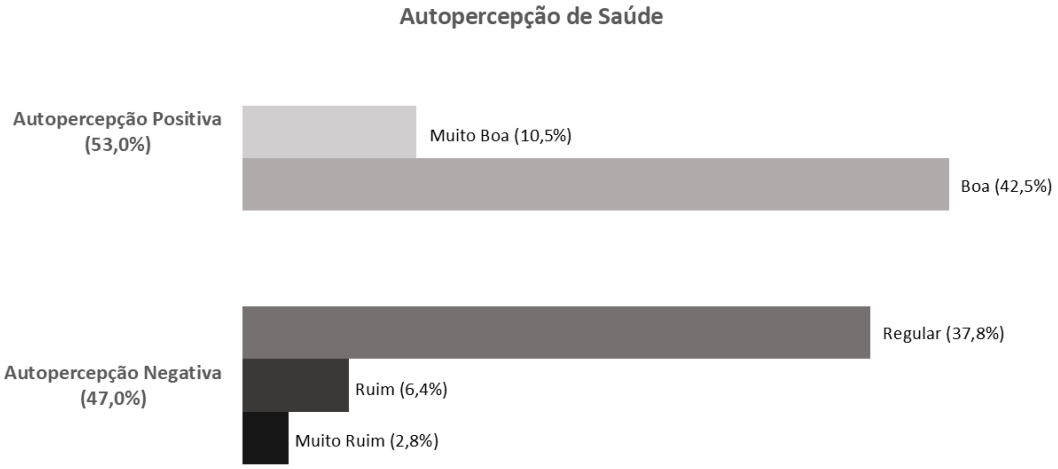

Figura 1. Prevalência de autopercepção de saúde entre idosos. Pelotas, 2014 (N=1.451)

Tabela 1. Razões de prevalência (RP) e intervalos de confiança de 95% (IC95%) brutas e ajustadas da associação entre autopercepção de saúde positiva e características socioeconômicas e demográficas. Pelotas, 2014 (n=1.451)

Variáveis	n (%)	Autopercepção de saúde positiva				
		n (%)	RP bruta (IC95%)	p-valor	RP ajustada (IC95%)	p-valor
Sexo (n=1451)				0,229		0,076
Feminino	914 (62,3)	472 (51,8)	1,00		1,00	
Masculino	537 (37,0)	293 (55,2)	1,07 (0,96;1,18)		1,11 (0,99;1,24)	
Raça/cor da pele (n=1439)				0,047		0,470
Não branco	236 (16,3)	110 (47,0)	1,00		1,00	
Branco	1211 (83,7)	654 (54,3)	1,15 (1,00;1,33)		1,05 (0,92;1,20)	
Faixa Etária (anos) (n=1438)				<0,001		0,052
≥80	230 (15,9)	100 (44,0)	1,00		1,00	
70-79	460 (31,8)	227 (49,6)	1,13 (0,93;1,37)		1,11 (0,90;1,36)	

SciELO Preprints - Este documento é um preprint e sua situação atual está disponível em: https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.18987

60-69	756 (52,3)	436 (57,9)	1,31 (1,10;1,57)		1,20 (1,00;1,45)	
Escolaridade (anos completos) (n=1429)				<0,001		<0,001
Nenhuma	196 (13,6)	79 (40,3)	1,00		1,00	
<8 anos	782 (54,4)	350 (45,2)	1,12 (0,94;1,34)		1,03 (0,90;1,36)	
≥8 anos	459 (31,9)	328 (71,6)	1,78 (1,50;2,11)		1,48 (1,23;1,79)	
Nível econômico (ABEP) (n=1364)				<0,001		0,043
D/E	169 (12,3)	67 (40,1)	1,00		1,00	
C	720 (52,5)	344 (48,0)	1,20 (1,00;1,44)		1,13 (0,93;1,36)	
A/B	483 (35,2)	310 (64,6)	1,61 (1,33;1,95)		1,28 (1,03;1,59)	
Situação conjugal (n=1439)				0,107		0,086
Casado ou com companheiro	763 (52,7)	414 (54,4)	1,00		1,00	
Solteiro/separado/divorciado	225 (15,5)	127 (56,9)	1,05 (0,93;1,18)		1,11 (0,99;1,25)	
Viúvo	459 (31,7)	223 (49,0)	0,90 (0,80;1,01)		1,06 (0,93;1,21)	

ABEP, Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa.

SciELO Preprints - Este documento é um preprint e sua situação atual está disponível em: https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.18987

Tabela 2. Razões de prevalência (RP) e intervalos de confiança de 95% (IC95%) brutas e ajustadas da associação entre autopercepção de saúde positiva e características comportamentais e de saúde. Pelotas, 2014 (n=1.451)

Variáveis	n (%)	Autopercepção de saúde positiva				
		n (%)	RP bruta (IC95%)	p-valor	RP ajustada (IC95%)	p-valor
Atividade física no lazer (n=1391)				<0,001		<0,001
Inativo	1133 (81,4)	558 (49,5)	1,00		1,00	
Ativo	258 (18,5)	180 (69,8)	1,41 (1,28;1,55)		1,28 (1,15;1,42)	
Tabagismo (n=1446)				0,319		0,251
Sim, fuma (um ou mais cigarro(s) por dia)	182 (12,6)	88 (48,6)	1,00		1,00	
Não, nunca fumou	781 (54,0)	422 (54,2)	1,11 (0,97;1,28)		1,11 (0,96;1,29)	
Já fumou, mas parou de fumar	483 (33,4)	254 (53,0)	1,09 (0,93;1,28)		1,05 (0,89;1,23)	
Estado nutricional (Lipschitz) (n=1364)				0,982		0,640
Baixo peso	126 (9,2)	68 (54,0)	0,99 (0,82;1,21)		1,08 (0,89;1,33)	
Eutrofia	471 (34,5)	255 (54,3)	1,00		1,00	
Sobrepeso	767 (56,2)	411 (53,7)	0,99 (0,99;1,11)		0,99 (0,87;1,12)	
Depressão (n=1394)				<0,001		<0,001
Sim	212 (15,2)	44 (20,8)	1,00		1,00	
Não	1182 (84,8)	704 (59,7)	2,88 (2,19;3,78)		2,14 (1,60;2,85)	
Multimorbidade (n=1339)				<0,001		<0,001
5 ou mais	866 (64,7)	363 (42,0)	1,00		1,00	
0-4	473 (35,3)	364 (77,0)	1,83 (1,67;2,00)		1,63 (1,48;1,80)	
Capacidade funcional (n=1440)				<0,001		0,004
Dependente para uma ou mais atividades	395 (36,1)	188 (36,4)	1,00		1,00	

SciELO Preprints - Este documento é um preprint e sua situação atual está disponível em: https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.18987

Independente	920 (63,9)	576 (62,7)	1,72 (1,51;1,97)		1,23 (1,07;1,42)	
Polifarmácia (n=1442)				<0,001		<0,001
5 ou mais	513 (35,6)	198 (38,8)	1,00		1,00	
<5	929 (64,4)	565 (61,1)	1,58 (1,37;1,81)		1,32 (1,15;1,50)	
Hospitalização nos últimos 12 meses (n=1447)				0,001		0,034
Sim	176 (12,2)	66 (38,2)	1,00		1,00	
Não	1271 (87,8)	698 (55,1)	1,45 (1,17;1,79)		1,24 (1,02;1,51)	

Este preprint foi submetido sob as seguintes condições:

- Os autores declaram que os necessários Termos de Consentimento Livre e Esclarecido de participantes ou pacientes na pesquisa foram obtidos e estão descritos no manuscrito, quando aplicável.
- Os autores declaram que a elaboração do manuscrito seguiu as normas éticas de comunicação científica.
- Os autores declaram que estão cientes que são os únicos responsáveis pelo conteúdo do preprint e que o depósito no SciELO Preprints não significa nenhum compromisso de parte do SciELO, exceto sua preservação e disseminação.
- Os autores declaram que os dados, aplicativos e outros conteúdos subjacentes ao manuscrito estão referenciados.
- O manuscrito depositado está no formato PDF.
- Os autores declaram que a pesquisa que deu origem ao manuscrito seguiu as boas práticas éticas e que as necessárias aprovações de comitês de ética de pesquisa, quando aplicável, estão descritas no manuscrito.
- Os autores declaram que uma vez que um manuscrito é postado no servidor SciELO Preprints, o mesmo só poderá ser retirado mediante pedido à Secretaria Editorial do SciELO Preprints, que afixará um aviso de retratação no seu lugar.
- Os autores concordam que o manuscrito aprovado será disponibilizado sob licença Creative Commons CC-BY.
- O autor submissor declara que as contribuições de todos os autores e declaração de conflito de interesses estão incluídas de maneira explícita e em seções específicas do manuscrito.
- Os autores declaram que o manuscrito não foi depositado e/ou disponibilizado previamente em outro servidor de preprints ou publicado em um periódico.
- Caso o manuscrito esteja em processo de avaliação ou sendo preparado para publicação mas ainda não publicado por um periódico, os autores declaram que receberam autorização do periódico para realizar este depósito.
- O autor submissor declara que todos os autores do manuscrito concordam com a submissão ao SciELO Preprints.