



Autopercepção de saúde em idosos de baixa escolaridade: fatores demográficos, sociais e de comportamentos em saúde relacionados

Self-perceived health in older adults with low education: demographic, social and health-related behavior factors

Andressa Carine Kretschmer¹ 

Mathias Roberto Loch² 

Resumo

Objetivo: Verificar a relação entre a autopercepção de saúde positiva (AS positiva) em idosos de baixa escolaridade com variáveis demográficas, de participação social e comportamentais. **Método:** Tratou-se de um estudo transversal (n=12.367), com idosos de mais de 60 anos de ambos os sexos, com até quatro anos de estudo de diversas cidades do Brasil entrevistados pela Pesquisa Nacional de Saúde do ano de 2019. Para a análise de dados, inicialmente, realizou-se a descrição das prevalências e, posteriormente, construíram-se três modelos de regressão de Poisson com ajuste robusto para variância, sendo as análises estratificadas por sexo. **Resultados:** A prevalência de AS positiva foi de 38,8% nos homens e 34,8% nas mulheres. No último modelo de regressão construído foram encontradas associações com menores prevalências de AS positiva nas mulheres pretas ou pardas, enquanto maiores prevalências foram encontradas nas solteiras, com renda mais elevada, que participam de alguma associação, de atividades religiosas, iam ao médico com mais frequência, eram fisicamente ativas e consumiam regularmente frutas e hortaliças. Nos homens, foram encontradas menores prevalências nos pretos ou pardos e nos viúvos, já maiores prevalências foram encontradas naqueles que participavam de atividades religiosas e iam ao médico mais frequentemente. **Conclusões:** O estudo reforça a importância de políticas para a melhoria de renda, bem como para promoção de comportamentos saudáveis e estímulo a participação social.

Palavras-chave: Estilo de Vida. Percepção. Saúde do Idoso. Inquéritos Populacionais.

¹ Universidade Estadual de Londrina, Departamento de Saúde Coletiva, Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Londrina, PR, Brasil.

² Universidade Estadual de Londrina, Departamento de Saúde Coletiva, Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Londrina, PR, Brasil.

Os autores declaram não haver conflito de interesse para a elaboração deste trabalho.

Financiamento: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

Correspondência/Correspondence
Andressa Carine Kretschmer
kretschmerandressa@gmail.com

Recebido: 12/06/2022

Aprovado: 07/10/2022

Abstract

Objective: To verify the relationship between positive self-perception of health (positive SPH) in less-educated older adults and demographic, social participation, and behavioral variables. **Methods:** This was a cross-sectional study (n=12,367), with elderly people over 60 years old of both sexes, with up to four years of study from several cities in Brazil, interviewed by the National Health Survey of the year 2019. For the analysis of data, the prevalence was initially described, and later, three Poisson regression models with robust adjustment for variance were constructed, with the analyzes being stratified by sex. **Results:** The prevalence of positive SPH was 38.8% in men and 34.8% in women. The last regression model built revealed associations with a lower positive SPH prevalence in black or brown women. In contrast, higher prevalence levels were found in single women, with higher income, participating in some associations, engaged in religious activities, visiting the doctor more often, physically active, and regularly consuming fruits and vegetables. In men, relationships with lower prevalence were found in blacks or browns and widowers, and higher prevalence levels were found in those engaging in religious activities and visiting the doctor more often. **Conclusions:** The study reinforces the importance of policies aimed at improving income, promoting healthy behaviors and encouraging social participation.

Keywords: Lifestyle. Perception. Elderly Health. Population Surveys.

INTRODUÇÃO

A Autopercepção de Saúde (AS) trata-se de uma medida epidemiológica costumeiramente utilizada em estudos gerontológicos, da qual pode ser considerada um bom preditor de morbimortalidade¹⁻⁴. É uma medida de saúde de fácil aplicação, que possibilita, através de uma única pergunta, contemplar aspectos sobre a saúde de uma maneira geral^{1,5}.

Idosos apresentam particularidades no que tange a saúde, pois essa é a fase da vida na qual, em geral, passam a surgir as doenças crônicas, as limitações e as fragilidades⁶. Estudos envolvendo a AS com a população idosa têm utilizado tal medida com a finalidade de compreender os fatores relacionados ao envelhecimento saudável e ao bem-estar^{1,3,5}. Essas pesquisas têm observado importantes associações da AS com a presença de morbidades^{7,8}, estilo de vida^{8,9} e a participação social^{10,11}.

Pesquisas também indicam que indivíduos mais escolarizados tendem a relatar com mais frequência uma percepção positiva de saúde^{9,12}, assim como uma prevalência menor de doenças crônicas e doenças degenerativas^{4,7,13}. Em parte, isto ocorre em virtude de que indivíduos com maior nível educacional em geral apresentam menores taxas desemprego, renda mais elevada, mais acesso a serviços de saúde e um letramento maior em saúde quando comparados a indivíduos com menos anos de estudo^{14,15}.

No contexto brasileiro, a quantidade de anos de estudo tem relação com a faixa etária, sendo os idosos com baixa renda aqueles que possuem menor escolaridade, representando esses a maior proporção de analfabetos no Brasil^{16,17}. Na atualidade, estima-se que 18% dos idosos com 60 anos ou mais são analfabetos^{16,17}, não obstante o fato de que grande parte das políticas públicas em prol da alfabetização ainda serem focadas em jovens e adultos¹⁶⁻¹⁸.

Devido aumento da expectativa de vida, os idosos representam o grupo populacional que mais cresce no Brasil e que necessita de uma atenção em saúde mais elevada, em virtude do natural declínio que apresentam^{6,16,17}. Para tanto, o objetivo deste trabalho foi identificar fatores associados a autopercepção de saúde positiva (AS positiva) em idosos brasileiros de baixa escolaridade.

MÉTODO

Tratou-se de um recorte de estudo transversal oriundo de um banco de dados maior, o banco de dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) do ano de 2019.

O processo de amostragem da PNS 2019 deu-se por conglomerado. Inicialmente, foi selecionada uma amostra-mestra aleatória de 8.036 unidades primárias de amostragem da base de dados do

Sistema Integrado de Pesquisas Domiciliares (SIPD) do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), base essa que dá também origem a outras pesquisas nacionais^{19,20}.

Para a seleção da amostra da PNS, excluíram-se os domicílios que se situavam em localidades de difícil acesso e instituições tais como hospitais, quartéis e conventos, o que resultou em 94.114 domicílios elegíveis, sendo que destes, em 90.846 pelo menos um morador respondeu o questionário, o que resultou em uma amostra de 293.731 indivíduos de 15 anos ou mais^{19,20}.

Dos 293.731 indivíduos que participaram da PNS 2019, 12.467 tinham 60 anos ou mais, apresentavam baixa escolaridade (nenhum a quatro anos de estudo) e responderam a pergunta sobre a AS. Desses, foram excluídos 99 sujeitos por se autodeclararem indígenas (em função do n pequeno) e um da qual não respondeu à pergunta sobre raça/cor. Assim, o presente estudo contou com uma amostra de 12.367 sujeitos.

A coleta de dados ocorreu através de entrevistas face a face, por entrevistadores devidamente identificados e treinados para tal função via smartphone, da qual já possuía neste instalado um programa da qual realizava a análise das variáveis^{19,20}. Mais informações a respeito do método e da amostragem da PNS 2019, podem ser encontradas no documento “Pesquisa Nacional de Saúde, 2019 - Informações sobre domicílios, acesso e utilização dos serviços de saúde”^{19,20}.

A variável dependente foi a AS, da qual foi obtida através da pergunta “Em geral como o senhor (a) percebe a sua saúde?”. As opções de resposta eram: muito bom, bom, regular, ruim e muito ruim. Posteriormente, foi realizada a dicotomização dessa variável, sendo considerados com AS positiva aqueles que responderam muito bom e bom, e com autopercepção de saúde negativa os que responderam regular, ruim e muito ruim.

As variáveis independentes e seus respectivos critérios de classificação (informações abaixo que estão entre parênteses) foram:

- **Variáveis sociodemográficas:** sexo (feminino; masculino); cor (brancos, amarelos; pretos e

pardos); faixa etária (em anos: 60-64; 65-69; 70-74; 75-79; 80 ou mais); renda familiar *per capita*, em salários-mínimos (SM), (0 a 1SM mais de 1SM a 3SM; mais de 3SM); situação conjugal (casados; separados ou divorciados; viúvos; solteiros).

- **Variáveis sobre comportamentos em saúde:** última consulta médica (há mais de 3 anos, de um ano a três, até um ano), atividade física suficiente no lazer ≥ 150 minutos/semana (sim, não), consumo de tabaco (sim, não), consumo regular de frutas (≤ 5 dias na semana, ≥ 5 dias na semana), consumo regular de hortaliças (≤ 5 dias na semana, ≥ 5 dias na semana).
- **Variáveis de participação social:** participação social na comunidade (associações), (algumas vezes no ano, raramente ou não participa, mensal, semanal), participação em atividades religiosas (algumas vezes no ano, raramente ou não participa, mensal, semanal).

Inicialmente realizou-se a descrição da distribuição da amostra de idosos com 60 anos ou mais entrevistados pelo PNS, 2019 de acordo com a faixa de escolaridade (0-4; 5-8; 9-11; 12 anos ou mais).

Posteriormente, realizou-se a análise analítica da amostra de idosos com 0 a 4 anos de escolaridade. Para tanto, fez-se uso de razão de prevalência (RP), cujo cálculo foi realizado por meio do método de Wald, considerando-se o intervalo de confiança de 95% (IC 95%). Em seguida, construíram-se dois modelos de Razão de prevalência ajustada (RPaj) com o uso de regressão de Poisson com ajuste robusto para variância. O primeiro contemplou variáveis sociais e demográficas (sexo, cor, renda, estado civil); o outro, além dessas, contemplou variáveis relativas à saúde (presença de morbidade em saúde, diabetes, hipertensão arterial). Essas três análises foram estratificadas por sexo. As análises dos dados deste estudo foram realizadas no programa SPSS vs. 19.0.

A equipe responsável pela PNS foi capacitada para a coleta de dados. A pesquisa somente foi iniciada mediante a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido pelos entrevistados^{19,20}. A PNS foi aprovada pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), do Conselho Nacional de Saúde (CNS), em 2019^{19,20}.

RESULTADOS

Na PNS de 2019 constavam 21.179 adultos idosos de 60 anos ou mais que responderam à pergunta relativa à AS e ao número de anos estudados. Destes, 12.367 possuíam 0 a 4 anos de escolaridade, 2.538, de 5 a 8 anos de estudo, 3.588 de 9 a 11 anos, 2.686 tinham 12 anos ou mais de escolaridade (Tabela 1).

É possível verificar na Tabela 1 importantes variações nas prevalências de AS positiva e na renda

de acordo com a faixa de escolaridade. A prevalência do relato da AS positiva e da renda per-capita mais elevada cresce à medida que escolaridade aumenta. Enquanto a prevalência do relato da AS como “muito boa” e “boa” nos indivíduos com 0 a 4 anos de escolaridade é de respectivamente 4,5% e 32,2%, naqueles que possuem 12 anos ou mais de estudo é de 20% e 54,9%. O mesmo ocorreu com a renda, na qual apenas 5% dos indivíduos com 0 a 4 anos de escolaridade possuíam renda per-capita de mais de três salários-mínimos, já aqueles com 12 anos ou mais representam 65,8% (Tabela 1).

Tabela 1. Distribuição da amostra de idosos com 60 anos ou mais entrevistados pelo PNS, Brasil, 2019. (N=21.179).

	Todos (N=21.179)	0 a 4 anos de escolaridade (n=12.367)	5 a 8 anos de escolaridade (n=2.538)	9 a 11 anos de escolaridade (n=3.588)	12 anos ou mais de escolaridade (n=2.686)
Variáveis	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Sexo					
Masculino	9.449 (44,6)	5.729 (46,3)	1.089 (42,9)	1.486 (41,4)	1.145 (42,6)
Feminino	11.730 (55,4)	6.638 (46,3)	1.449 (57,1)	2.102 (58,6)	1.541 (57,4)
Faixa Etária (em anos)					
60-64	6.407 (30,3)	2.998 (24,3)	1.002 (39,5)	1.401 (39,0)	1.006 (37,5)
65-69	5.364 (25,3)	2.925 (23,7)	679 (26,8)	1.001 (27,9)	759 (28,3)
70-74	3.915 (18,5)	2.486 (20,1)	381 (15,0)	567 (15,8)	481 (17,9)
75-79	2.707 (12,8)	1.906 (15,4)	235 (9,3)	316 (8,8)	250 (9,3)
80 ou mais	2.786 (13,2)	2.052 (16,6)	241 (9,5)	303 (8,4)	190 (7,1)
Cor					
Branco e amarelos	9.634 (45,5)	4.702 (38,0)	1.131 (44,1)	1.909 (53,2)	1.892 (70,4)
Pretos e pardos	11.545 (54,5)	7.665 (62,0)	1.407 (56,0)	1.679 (46,8)	794 (29,6)
Renda per-capita (SM)					
0 a 1	9.291 (43,9)	7.100 (57,4)	1.088 (42,9)	935 (26,1)	168 (6,3)
mais de 1 a 3	8.380 (39,6)	4.649 (37,6)	1.213 (47,8)	1.751 (48,8)	767 (28,6)
Mais de 3	3.505 (16,6)	618 (5)	237 (9,3)	899 (25,1)	1.751 (65,2)
Estado Civil					
Solteiros	3.871 (18,3)	2.229 (18,0)	479 (18,9)	665 (18,5)	498 (18,5)
Casados ou em união estável	9.312 (44,0)	5.309 (42,9)	1.106 (43,6)	1.613 (45,0)	1.284 (47,8)
Viúvos	5.638 (26,6)	3.784 (30,6)	645 (25,4)	776 (21,6)	433 (16,1)
Separados ou Divorciados	2.358 (11,1)	1.045 (8,4)	308 (12,1)	534 (14,9)	471 (17,5)
Autopercepção de Saúde Positiva					
Muito Boa	1.596 (7,5)	555 (4,5)	135 (5,3)	368 (10,3)	538 (20,0)
Boa	8.079 (38,1)	3.976 (32,2)	970 (38,2)	1.658 (46,2)	1.475 (54,9)
Regular	9.030 (42,6)	5.963 (48,2)	1.148 (45,2)	1.319 (36,8)	600 (22,3)
Ruim	1.977 (9,3)	1.506 (12,2)	219 (8,6)	190 (5,3)	62 (2,3)
Muito Ruim	497 (23)	367 (3,0)	66 (2,6)	53 (1,5)	11 (0,4)

Dos 12.367 idosos de 0 a 4 anos de estudo que compuseram esse recorte, a maioria era do sexo feminino (53,7%), 62% se referiram como pretos ou pardos, 42,9 % residiam com companheiro(a), mais da metade (57,4%) tinha a renda per-capita de até 1 salário-mínimo. Em relação à AS, 4,5% referiram sua saúde como “muito boa”, 32,2 % “boa”, 48,2% “regular”, 12,2% “ruim”, e 3 % “muito ruim” (Tabela 1).

Foi encontrada a prevalência de AS positiva de 36,7% em ambos os sexos, e de 34,8% nas mulheres e 38,8% nos homens, sendo encontradas as seguintes associações no último modelo de regressão construído ajustado por variáveis sociais, demográficas e de saúde.

Em relação as variáveis sociodemográficas, o estudo demonstrou menores prevalências de AS positiva nos indivíduos que se autodeclararam pretos ou pardos quando comparados aos brancos e amarelos (RPaj=0,96; IC95% 0,94-0,99 nas mulheres vs RPaj=0,94; IC95% 0,91-0,96 nos homens), quanto ao estado civil, foram encontradas associações com maiores prevalências nas mulheres solteiras (RPaj=1,04; IC95% 1,01-1,08), e menores prevalências nos homens viúvos (RPaj=0,93; IC95% 0,88-0,98). Maiores prevalências foram observadas naqueles que possuíam renda de 3 ou mais salários-mínimos (RPaj=1,18; IC95% 1,11-1,24 nas mulheres vs RPaj=1,29; IC95% 1,22-1,37 e nos homens), de 1 a 3 salários-mínimos (RPaj=1,09; IC95% 1,03-1,15 nas mulheres vs RPaj=1,18; IC95% 1,12-1,26 nos homens), quando comparados àqueles que recebiam 0 até 1 salários-mínimos. Em relação a variável faixa

etária, foram encontradas relações somente nos homens de 70 a 74 anos (RPaj=0,96; IC95% 0,91-1,0).

Quanto as variáveis relacionadas a comportamentos em saúde, foram encontradas relações naqueles que realizaram pelo menos uma consulta médica no último ano (RPaj=1,25; IC95% 1,16-1,35 nas mulheres vs RPaj=1,22; IC95% 1,16-1,28 nos homens), ou de um até três anos realizaram a última consulta (RPaj=1,14; IC95% 1,04-1,24 nas mulheres vs RPaj=1,16; IC95% 1,09-1,23 nos homens), quando comparados àqueles dos quais faziam mais de três anos e que não realizaram alguma consulta médica. No consumo regular de frutas e vegetais, obteve-se associação com esse comportamento apenas nas mulheres (RPaj=1,07; IC95% 1,05-1,10). Também foram encontradas relações nas mulheres que praticavam atividade física suficiente no lazer (RPaj=1,13; IC95% 1,08-1,19).

Já em relação as variáveis de apoio social foram encontradas associações naqueles que iam a igreja semanalmente quando comparados àqueles que frequentavam alguma vez no ano, raramente ou não participavam (RPaj=1,25; IC95% 1,16-1,35 nas mulheres vs RPaj=1,22; IC95% 1,16-1,28 nos homens) e nas mulheres que participavam semanalmente de alguma associação comunitárias quando comparados àqueles que não participavam ou participavam com pouca frequência (RPaj=1,08; IC95% 1,0-1,18).

Das variáveis estudadas, evidenciou-se um maior número de associações nas mulheres, sendo essas em geral mais fortes, salvo na variável renda, a qual demonstrou uma relação mais explícita nos homens.

Tabela 2. Associação entre variáveis socioeconômicas e comportamentais e a autopercepção de saúde positiva em mulheres idosas de 60 anos ou mais com 0 a 4 anos de escolaridade, Brasil, PNS, Brasil, 2019, (n=6.638).

Variável	RP*	Rpaj**	Rpaj***
Cor			
Branco e Amarelo	1	1	1
Pretos e Pardos	0,94(0,92; 0,96)	0,96(0,93;0,98)	0,96(0,94; 0,99)
Faixa Etária (em anos)			
60-64	1	1	1
65-69	1,0(0,96;1,04)	0,99(0,95; 1,03)	0,98(0,94;1,02)
70-74	1,01(0,98;1,05)	0,99(0,95; 1,03)	0,98(0,94;1,01)
75-79	1,03(0,99;1,06)	1,0(0,96; 1,04)	0,99(0,96;1,03)
80 ou mais	1,0(0,97; 1,04)	0,97(0,93; 1,01)	0,98(0,94;1,02)
Estado Civil			
Casados	1	1	1
Divorciados	0,99(0,96; 1,02)	1,01(0,98; 1,05)	1,0(0,97; 1,03)
Viúvos	1,01(0,96; 1,06)	1,02(0,98; 1,07)	1,01(0,97; 1,06)
Solteiros	1,04(1,0; 1,07)	1,05(1,01; 1,09)	1,04(1,01; 1,08)
Renda per-capita (SM)			
0 a 1	1	1	1
mais de 1 a 3	1,09(1,03; 1,16)	1,08(1,02; 1,15)	1,09(1,03; 1,15)
Mais de 3	1,19(1,13; 1,26)	1,17(1,11; 1,24)	1,18(1,11; 1,24)
Participação social na comunidade (associações)			
Algumas vezes no ano, raramente ou não participa	1	1	1
Mensal	1,03(0,89; 1,19)	1,02(0,88; 1,18)	0,99(0,86; 1,15)
Semanal	1,11(1,02; 1,20)	1,09(1,01; 1,18)	1,08(1,0; 1,18)
Participação em atividades religiosas			
Algumas vezes no ano, raramente ou não participa	1	1	1
Mensal	1,04(1,01; 1,09)	1,04(1,01; 1,09)	1,04(1,0; 1,08)
Semanal	1,05(1,02; 1,08)	1,05(1,02; 1,07)	1,05(1,03; 1,08)
Última Consulta Médica			
Há mais de 3 anos	1	1	1
De um ano a três	1,17(1,08; 1,26)	1,17(1,08; 1,27)	1,14(1,04; 1,24)
Até um ano	1,36(1,26; 1,44)	1,36(1,28; 1,46)	1,25(1,16; 1,35)
Atividade física suficiente no lazer (≥150 minutos/semana)			
Não	1	1	1
Sim	1,11(1,05; 1,16)	1,13(1,07; 1,18)	1,13(1,08; 1,19)
Consumo de Tabaco			
Sim	1	1	1
Não	1,06(0,91; 1,23)	1,07(0,92; 1,24)	1,06(0,91; 1,23)
Consumo Regular de Frutas e Hortaliças			
≤ 5 dias na semana	1	1	1
≥ 5 dias na semana	1,09(1,07; 1,12)	1,07(1,04; 1,09)	1,07(1,05; 1,10)

IC95%: intervalo de confiança de 95%; *Razões de Prevalências bruta (RP); **Razões de Prevalências Ajustadas (Rpaj) por variáveis sociais e demográficas (sexo, cor, renda, estado civil); ***Razões de Prevalências Ajustadas (Rpaj) por variáveis sociais (sexo, cor, renda, estado civil) e demográficas e de saúde (presença de morbidade em saúde; diabetes, hipertensão arterial).

Tabela 3. Associação entre variáveis socioeconômicas e comportamentais e a autopercepção de saúde positiva em homens idosos de 60 anos ou mais com 0 a 4 anos de escolaridade, Brasil, PNS, Brasil, 2019, (n=5.729).

Variável	RP*	Rpaj**	Rpaj***
Cor			
Branco e Amarelos	1	1	1
Pretos e Pardos	0,93(0,90; 0,95)	0,94(0,92; 0,97)	0,94(0,91; 0,96)
Faixa Etária (em anos)			
60-64	1	1	1
65-69	1,01(0,97;1,06)	1,0(0,96; 1,05)	0,99(0,94;1,04)
70-74	0,97(0,93;1,01)	0,96(0,92; 1,01)	0,96(0,91;1,0)
75-79	0,99(0,95;1,03)	0,98(0,94; 1,02)	0,98(0,94; 1,02)
80 ou mais	0,95(0,91;0,99)	0,94(0,90; 0,98)	0,96(0,92; 1,0)
Estado Civil			
Casados	1	1	1
Divorciados	0,94(0,90; 0,99)	0,97(0,93; 1,02)	0,96(0,91; 1,0)
Viúvos	0,92(0,87; 0,97)	0,95(0,90; 1,0)	0,93(0,88; 0,98)
Solteiros	0,98(0,95; 1,02)	1,01(0,97; 1,04)	0,98(0,94; 1,01)
Renda per-capita (SM)			
0 a 1	1	1	1
mais de 1 a 3	1,19(1,12; 1,26)	1,17(1,11; 1,25)	1,18(1,12; 1,26)
Mais de 3	1,30(1,22; 1,38)	1,27(1,19; 1,34)	1,29(1,22; 1,37)
Participação social na comunidade (associações)			
Algumas vezes no ano, raramente ou não participa	1	1	1
Mensal	0,93(0,79; 1,09)	0,90(0,77; 1,06)	0,89(0,77; 1,04)
Semanal	1,13(1,0; 1,28)	1,09(0,97;1,23)	1,10(0,98; 1,24)
Participação em atividades religiosas			
Algumas vezes no ano, raramente ou não participa	1	1	1
Mensal	0,99(0,95; 1,04)	1,0(0,95; 1,05)	1,0(0,96; 1,05)
Semanal	1,06(1,02; 1,09)	1,05(1,02; 1,08)	1,05(1,02; 1,08)
Última Consulta Médica			
Há mais de 3 anos	1	1	1
De um ano a três	1,15(1,09; 1,22)	1,17(1,10; 1,24)	1,16(1,09; 1,23)
Até um ano	1,29(1,24; 1,35)	1,31(1,26; 1,37)	1,22(1,16; 1,28)
Atividade física suficiente no lazer (≥ 150 minutos/semana)			
Não	1	1	1
Sim	1,03(0,97; 1,10)	1,03(0,98; 1,10)	1,03(0,98; 1,10)
Consumo de Tabaco			
Sim	1	1	1
Não	1,08(0,95; 1,24)	1,09(0,96; 1,25)	1,08(0,94; 1,24)
Consumo Regular de Frutas e Hortaliças			
≤ 5 dias na semana	1	1	1
≥ 5 dias na semana	1,04(1,01; 1,07)	1,01(0,98; 1,04)	1,03(1,0; 1,06)

IC95%: intervalo de confiança de 95%; *Razões de Prevalências bruta (RP); **Razões de Prevalências Ajustadas (RPaj) por variáveis sociais e demográficas (sexo, cor, renda, estado civil); ***Razões de Prevalências Ajustadas (RPaj) por variáveis sociais (sexo, cor, renda, estado civil) e demográficas e de saúde (presença de morbidade em saúde; diabetes, hipertensão arterial).

DISCUSSÃO

Entre os principais achados deste estudo, destaca-se: 1) A prevalência mais elevada de AS positiva nos homens (38,8%) do que nas mulheres (34,8%); 2) Maior número de associações observadas nas mulheres; 3) Em relação as variáveis sociodemográficas, foram encontradas relações em ambos os sexos com menores prevalências de AS positiva naqueles autodeclararam como pretos e pardos, já maiores prevalências do desfecho foram constatadas naqueles que possuíam renda mais elevada. Na variável estado civil foram encontrados menores prevalências nos homens viúvos, e maiores prevalências nas mulheres solteiras; 4) Quanto as variáveis relacionadas a saúde e ao estilo de vida observaram-se associações com a prática de atividade física suficiente no lazer e no consumo de frutas e hortaliças somente nas mulheres. Já a realização de consultas médicas com maior frequência foi associada em ambos os sexos; 5) Em relação a participação social foram encontradas associações com a participação social em associações comunitárias nas mulheres, e a participação em atividades religiosas em ambos os sexos.

Prevalências maiores de AS positiva foram encontradas em outros estudos realizados no Brasil, com a população idosa de 60 anos ou mais, Confortin et al.,²¹ ao estudar uma amostra da região sul, da qual encontrou uma prevalência de 51,2%, Silva et al.²², 50,4% com uma amostra de três municípios do interior do Brasil das regiões Nordeste, Sudeste e Sul, e Borim et al.,³ encontrou uma prevalência de 80,9% em Campinas, São Paulo. Essas diferenças são possivelmente explicadas pela faixa de escolaridade da amostra, já que no presente estudo incluíram-se somente idosos com baixa escolaridade. Estudos com o tema têm encontrado indivíduos com menos anos de escolarização apresentam pior AS quando comparados aos mais escolarizados, assim como tendem a possuir comportamentos de saúde menos saudáveis^{12,15}.

Pesquisas com o tema revelam que os homens tendem a relatar com mais frequência a saúde como positiva^{21,23}. Barata¹⁴ argumenta que isso ocorre, em parte, em virtude do papel histórico e social que é atribuído às mulheres de possuírem relativo cuidado e que está relacionado a uma percepção

mais acentuada a respeito de eventuais problemas de saúde, enquanto os homens, por vezes, acabam negligenciando tais cuidados, devido à construção social que ainda persiste no gênero masculino de não demonstrar fragilidades.

Assim como outros estudos^{8,24}, este estudo constatou menores prevalências de AS positiva naqueles que se referiram como pretos ou pardos, resultados dos quais são plausíveis em virtude das desigualdades históricas e sociais que ainda persistem entre negros e brancos no contexto brasileiro, e mais evidentes na população com menos anos de estudo.

Poucas diferenças foram encontradas entre as faixas etárias estudadas, o que também é atribuído a homogeneidade da amostra, porém cabe salientar que uma parcela da literatura retrata que à medida que a idade cresce, menor é a prevalência do relato da saúde como positiva, pois o número de patologias e limitações tende a aumentar com o decorrer do envelhecimento^{5,9}.

A relação entre AS e renda já é conhecida na literatura^{12,14,25}. Alguns autores argumentam que indivíduos que possuem uma renda mais elevada tendem a apresentar melhores condições de saúde no envelhecimento^{12,26}, em virtude desses terem melhores condições financeiras e poderem realizar o dispêndio de mais recursos com aspectos relacionados a saúde^{12,26}.

Menores prevalências de AS positiva foram encontradas nos viúvos e maiores nas mulheres solteiras. Achados similares foram encontrados por Jesus & Aguiar²⁷ com idosos viúvos das capitais brasileiras e do Distrito Federal. Uma possível hipótese se trataria da dificuldade que os homens viúvos têm em lidar com atividades da rotina diária quando comparados com os casados (alimentação, organização, aspectos relacionados a saúde), enquanto as mulheres idosas solteiras teriam mais tempo para atividades diárias relacionadas ao lazer quando comparadas as casadas.

Importantes associações foram encontradas com variáveis relacionadas ao suporte social, como é o caso da participação de associações comunitárias nas mulheres, relação também observada por outros autores^{10,28}. Encontrar-se dentro de uma rede de

suporte social está relacionado a uma saúde cognitiva e psicológica mais elevada como observado por Uchino²⁸ em um estudo de revisão com o tema.

Outros autores^{8,11} também observaram associações entre participar com mais frequência de atividades religiosas. Além da participação religiosa representar um importante apoio social, cabe salientar que participar de atividades religiosas está relacionado com prevalências maiores de outros comportamentos de saúde positivos tais como; menor consumo de tabaco, bebidas alcóolicas, e otimismo para lidar com adversidades da vida.

Contrariamente a alguns estudos conduzidos^{8,29} não foram encontradas associações com o hábito de fumar, mas foram encontradas associações entre o consumo regular de frutas e hortaliças e a prática suficiente de atividade física no lazer nas mulheres, variáveis comportamentais cuja importância e a relação com a AS já é bem retratada pela literatura^{21,30-32}. Evitar o tabaco, consumir frutas e hortaliças assim como praticar de atividade física está relacionado com o retardo no aparecimento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT)³³.

A relação entre a frequência de consultas ao médico e a AS parece ser pouco explorada na literatura, porém uma possível explicação para a associação é de que realizar mais frequentemente consultas ou possuir maior acesso a serviços de saúde está relacionado ao tratamento e ao diagnóstico mais facilitado de doenças e uma segurança em relação a condição da própria saúde.

Os resultados apresentados pelo estudo contribuem para o conhecimento de fatores relacionados à AS positiva na população idosa de baixa escolaridade, reforçam a importância da promoção de políticas públicas que incentivem a prática de comportamentos de saúde saudáveis e

estímulo a participação social. Revelam a pertinência de políticas em prol da melhoria da qualidade de vida na população com menos anos de estudo ou do acesso a subsídios econômicos/sociais dos quais facilitem a adoção de comportamentos de saúde saudáveis nessa população.

O presente estudo apresenta limitações, tal como o desenho transversal da qual impede com que se estabeleça a relação entre causa e efeito das variáveis estudadas, não foi utilizado o método da ponderação na análise e o número limitado de variáveis disponíveis e utilizadas exploradas do banco de dados da PNS, 2019. Como pontos positivos, aponta-se o poder estatístico que a amostra apresenta e a contribuição que o estudo traz à literatura ao relacionar a AS na população idosa de baixa escolaridade.

CONCLUSÕES

A pesquisa encontrou associações com a situação conjugal (maiores prevalências nas mulheres solteiras e menores nos homens viúvos), a renda mais elevada, ir mais frequentemente ao médico e a igreja. Foram encontradas relações somente no sexo feminino com a prática de atividade física suficiente no lazer, o consumo de frutas e hortaliças e a participação em associações comunitárias.

Os achados revelam a importância de políticas que promovam comportamentos saudáveis, incentivo à participação social, busca mais frequente por serviços de saúde. Igualmente, demonstram a importância de políticas públicas para a melhoria da renda na população com menor escolaridade, pois essa é uma variável intrinsecamente ligada às desigualdades sociais em saúde.

Editado por: Tamires Carneiro de Oliveira Mendes

REFERÊNCIAS

1. Wuorela M, Lavonius S, Salminen M, Vahlberg T, Viitanen M, Viikari L. Self-rated health and objective health status as predictors of all-cause mortality among older people: a prospective study with a 5, 10, and 27-year follow-up. *BMC Geriatr.* 2020;20(120).
2. Szybalska A, Broczek K, Puzianowska-Kuznicka M, Slusarczyk P, Chudek J, Skalska A, Mossakowska M. Self-rated health and its association with all-cause mortality of older adults in Poland: The PolSenior project. *Arch Gerontol Geriatr.* 2018;79:13-20.

3. Borim FS, Neri AL, Francisco PM, Barros MB. Dimensions of self-rated health in older adults. *Rev Saude Publica*. 2014;48(5):714-722.
4. Silva TR, Menezes PR. Autopercepção de saúde: um estudo com idosos de baixa renda de São Paulo. *Rev Med (São Paulo)*. 2007;86(1):28-38.
5. Bombak AE. Self-rated health and public health: a critical perspective. *Front Public Health*. 2013;1-15.
6. Veras RP, Oliveira M. Envelhecer no Brasil: a construção de um modelo de cuidado. *Ciênc Saúde Colet*. 2018;23(6):1929-36.
7. Camargo-Casas S, Suarez-Monsalve S, Zepeda MUP, García-Pena C, Cano-Gutierrez CA. Multimorbidity, Depressive Symptoms, and Self-Reported Health in Older Adults: a Secondary Analysis of the Sabe Bogota Study. *Rev Inves Clin*. 2018;70(4):192-197.
8. Gomes MM, Paixão LA, Faustino AM, Cruz RC, Moura LB. Marcadores da autopercepção positiva de saúde de pessoas idosas no Brasil. *Acta Paul Enferm*. 2021;34:eAPE02851.
9. Reichert FF, Loch MR, Capilheira MF. Autopercepção de saúde em adolescentes, adultos e idosos. *Cien Saude Colet*. 2012;17(12):3353-3362.
10. Machón M, Vergara I, Dorronsoro M, Vrotsou K, Larrañaga I. Self-perceived health in functionally independent older people: associated factors. *BMC Geriatr*. 2016;16(66).
11. Reyes-Ortiz C, Payan C, Altamar G, Gómez F, Koenig H. Religiosity and self-rated health among older adults in Colombia. *Colomb Med North America*. 2019;50(2):67-76.
12. Andrade FCD, Mehta JD. Increasing educational inequalities in self-rated health in Brazil, 1998-2013. *Plos One*. 2018;13(4):e0196494.
13. Carneiro JA, Gomes CAD, Durães W, Jesus DR, Chaves KLL, Lima CA, Costa FM, Caldeira AP. Autopercepção negativa da saúde: Prevalência e fatores associados entre idosos assistidos em centro de referência. *Cien Saude Colet*. 2020;25(3):909-918.
14. Barata RB. Ser rico faz bem à saúde? In: Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009.
15. Zajacova A, Lawrence E. The Relationship Between Education and Health: Reducing Disparities Through a Contextual Approach. *Annu Rev Public Health*. 2018;39:273-289.
16. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística/IBGE. Coordenação de Trabalho e Rendimento. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua: Educação 2018a – Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2018a.
17. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística/IBGE. Projeções da População 2018b. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9109-projecao-da-populacao.html?=&t=o-que-e>>. Acesso em: 08 set 2021.
18. Peres MAC. Velhice e analfabetismo, uma relação paradoxal: a exclusão educacional em contextos rurais da região Nordeste. *Soc Estado*. 2011;26(3).
19. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística/IBGE. Coordenação de Trabalho e Rendimento. Pesquisa nacional de saúde 2019: atenção primária à saúde e informações antropométricas – Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2019.
20. Stopa SR, Szwarcwald CL, Oliveira MM, Govea ECDP, Vieira MLFP, Freitas MPS, Sardinha LMV, Macário EM. Pesquisa Nacional de Saúde 2019: histórico, métodos e perspectiva. *Epidemiol Serv Saude*. 2020;29(5).
21. Confortin SC, Giehl MWC, Antes DL, Schneider IJC, d'Orsi E. Autopercepção positiva de saúde em idosos: estudo populacional no Sul do Brasil. *Cad de Saúde Pública*. 2015;32(5).
22. Silva RJ, Smith-Menezes A, Tribess S, Romo-Perez V, Virtuoso JS. Prevalência e fatores associados a percepção negativa da saúde em pessoas idosas do Brasil. *Rev Bras Epidemiol*. 2012;15(1):49-62.
23. Lindemann IL, Reis NR, Mintem GC, Menzonza-Sassi RA. Autopercepção da saúde entre adultos e idosos usuários da Atenção Básica de Saúde. *Cien Saude Colet*. 2019;24(1):45-52.
24. Chiavegatto Filho ADP, Laurenti R. Disparidades étnico raciais em saúde autoavaliada: análise multinível de 2,697 indivíduos residentes em 145 municípios brasileiros. *Cad Saúde Pública*. 2013;29(8):1572-1582.
25. Brasil CH, Maia LC, Caldeira AP, Figueiredo MFS, Pinho L. Autopercepção positiva de saúde entre idosos não longevos e longevos e fatores associados. *Cien Saude Colet*. 2020;26(suppl 3):5157-5170.
26. Santos AMA, Jacinto PA, Tejada CAO. Causalidade entre Renda e Saúde: Uma Análise Através da Abordagem de Dados em Painel com os Estados do Brasil. *Estud Econ*. 2012;42(2):229-61.
27. Jesus SR, Aguiar HJR. Autopercepção positiva de saúde entre idosos na região Nordeste do Brasil. *BJHR*. 2021;4(5):20025-41.
28. Uchino BN. Support and Health: A Review of Physiological Processes Potentially Underlying Links to Disease Outcomes. *J Behav Med*. 2006;29:377-387.

29. Feenstra M, van Munster BC, MacNeil Vroomen JL, de Rooij SE, Smidt N. Trajectories of self-rated health in an older general population and their determinants: the Lifelines Cohort Study. *BMJ Open*. 2020;10(2):e035012.
30. Babo M, Poinhos R, Franchini B, Afonso C, Oliveira BMPM, Almeida MDV. The relationship between health self-perception, food consumption, and nutritional status among Portuguese older adults. *Eur J Clin Nutr*. 2019; 73(12):1613-1617.
31. Han J. Physical activity and self-rated health: role of contexts. *Psychol Health Med*. 2021;26(3):347-358.
32. Andrade GF, Loch MR, Silva AMR. Mudanças de comportamentos relacionados à saúde como preditores de mudanças na autopercepção de saúde: estudo longitudinal (2011-2015). *Cad. Saúde Pública*. 2019;35(4): e00151418.
33. World Health Organization/WHO. Non communicable diseases 2021. Disponível em: <<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>>. Acesso em: 20 set 2021.