



**FUNDAÇÃO
UNIVERSIDADE
FEDERAL DE
MATO GROSSO DO SUL**

**FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL (UFMS)
CAMPUS TRÊS LAGOAS (CPTL)
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO STRICTO SENSU-ENFERMAGEM**

NATHALIA ASSIS DE SOUZA ALTRAN

**AUTOPERCEPÇÃO POSITIVA DA SAÚDE EM ADULTOS DE MEIA-IDADE E
PESSOAS IDOSAS: UM ESTUDO LONGITUDINAL**

TRÊS LAGOAS

2025

NATHALIA ASSIS DE SOUZA ALTRAN

**AUTOPERCEPÇÃO POSITIVA DA SAÚDE EM ADULTOS DE MEIA-IDADE E
PESSOAS IDOSAS: UM ESTUDO LONGITUDINAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Enfermagem do Campus Três Lagoas (CPTL) da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Enfermagem

Linha de Pesquisa: Saúde Coletiva: Saberes, Políticas e Práticas na Enfermagem e Saúde.

Orientador: Prof.^a Dra. Bruna Moretti Luchesi

TRÊS LAGOAS

2025

NATHALIA ASSIS DE SOUZA ALTRAN

Autopercepção positiva da saúde em adultos de meia-idade e pessoas idosas: um estudo longitudinal.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Enfermagem do Campus Três Lagoas (CPTL) da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dra. Bruna Moretti Luchesi

Universidade Federal de Mato Grosso do Sul

(Presidente e Orientador)

Prof.^a Dra. Sofia Cristina Iost Pavarini

Universidade Federal de São Carlos

(Membro Titular)

Prof.^a Dra. Fernanda Marques da Costa

Universidade Estadual de Montes Claros

(Membro Titular)

Prof.^a Dra. Mariana Alvina dos Santos

Universidade Federal de Mato Grosso do Sul

(Membro Suplente)

Prof. Dr. Madson Alan Maximiano Barreto

Universidade de São Paulo

(Membro Suplente)

À Deus, autor e consumidor da vida.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Deus, pelo dom da vida, por me sustentar e renovar minhas forças todos os dias.

Agradeço a minha filha Ana Luiza por entender minhas ausências nesse tempo de mestrado, por me receber todos os dias com um sorriso largo e com os braços abertos cheio de amor, eu te amo minha filha, esta vitória também é sua.

Ao meu esposo pelo companheirismo e apoio durante esta caminhada.

Aos meus pais pelo exemplo de vida e determinação que sempre me ensinaram.

A minha família pelo apoio e suporte.

Agradeço também aos meus gestores, companheiros de trabalho, alunos e pacientes; pela disposição em sempre me ajudar.

Agradeço aos colegas de mestrado e aos meus mestres, pessoas maravilhosas que ganhei ao longo dessa caminhada, vocês foram fundamentais.

Agradeço a banca pela disponibilidade em agregar conhecimento e experiência a minha pesquisa e a minha vida enquanto pesquisadora durante a qualificação.

Quero finalizar agradecendo uma pessoa maravilhosa que o mestrado me presenteou, minha orientadora Bruna, uma pessoa além da curva, daquelas que quando encontramos sentimos que o mundo ainda tem jeito, cheia dos melhores adjetivos que uma pessoa pode ter, obrigada por acreditar em mim, sem nem me conhecer, obrigada pelo carinho, cuidado e pela responsabilidade que teve comigo durante esse tempo, aqui você tem uma parceira para vida toda!

Nascer é uma possibilidade, viver é um risco, envelhecer é um privilégio!

Mário Quintana

RESUMO

A autopercepção de saúde é um dado subjetivo que reúne informações percebidas pela pessoa sobre sua própria saúde. É considerada um preditor de morbimortalidade, portanto, conhecer os fatores que a estimulam de forma positiva é essencial para promover saúde e o envelhecimento saudável. O objetivo deste trabalho é analisar os fatores sociodemográficos e biopsicossociais associados às mudanças na autopercepção positiva da saúde de adultos de meia-idade e pessoas idosas em três momentos no tempo. Trata-se de um estudo longitudinal, desenvolvido com 300 participantes com idade de 45 anos ou mais, cadastrados nas Unidades de Saúde da Família do município de Três Lagoas, Mato Grosso do Sul, Brasil. A coleta de dados aconteceu nos anos de 2018/2019 (T1), 2021 (T2) e 2023 (T3). A variável dependente foi a autopercepção da saúde positiva e as independentes foram: dados sociodemográficos e de saúde, fragilidade, sintomas depressivos e hábitos de vida. Os dados foram analisados no *Statistical Package for Social Science* (SPSS), utilizando modelos de regressão multinomial. O projeto atendeu a todos os requisitos éticos. A maior parte da amostra era mulher (65,7%), tinha companheiro (56,0%), média de 60,9 anos de idade e 5,7 anos de escolaridade, usava medicamentos (75,7%), era frágil (56,3%), tinha sintomas depressivos (56,7%) e hábitos de vida saudáveis (49,3%). Em T1, 51,7% dos participantes tiveram autopercepção positiva de saúde, a qual foi associada a não usar medicamentos (OR = 2,60), ser não frágil (OR = 8,73) ou pré-frágil (OR = 2,11) e não ter sintomas depressivos (OR = 1,86). Em T2, a prevalência de autopercepção positiva de saúde foi 52,3%, sendo que 38,3% mantiveram a autopercepção positiva e 14,0% evoluíram para positiva entre T1 e T2. Os participantes que eram não frágeis (OR = 9,74) ou pré-frágeis (OR = 2,58) e que não tinham sintomas depressivos (OR = 3,56) tiveram mais chances de manter a autopercepção positiva de T1 para T2; e os participantes homens (OR = 2,23) e sem sintomas depressivos (OR = 3,17) tiveram maior chance da autoavaliação se tornar positiva entre T1 e T2. Em T3, 54,0% tinham autopercepção positiva de saúde, sendo que 41,3% mantiveram sua autopercepção como positiva, e 12,7% tornaram-se positivos entre T2 e T3. Observou-se menor chance da autopercepção se manter (OR = 0,97) e se tornar positiva (OR = 0,95) entre T2 e T3 em indivíduos com maior idade; e maior chance de se manter positiva para os não frágeis (OR = 4,10) e pré-frágeis (OR = 2,92). Conclui-se que os homens, pessoas que não possuem fragilidade ou são pré-frágeis, que não têm sintomas depressivos e possuem menor idade conseguem manter ou promover a autopercepção positiva ao longo do tempo. O estudo reforça a importância de conhecer os fatores que estimulam a autopercepção positiva de saúde da população para nortear ações assistenciais e políticas públicas, a fim de promover saúde e o envelhecimento saudável. Dentre as ações, destacam-se a prevenção, diagnóstico precoce e reversão/ tratamento da fragilidade e da depressão, especialmente nos grupos de mulheres mais velhas; sendo o enfermeiro, como um líder da equipe da Atenção Primária à Saúde, um profissional essencial nesse processo.

Palavras-chave: Autopercepção. Enfermagem Geriátrica. Envelhecimento. Idoso. Pessoa de Meia-Idade. Qualidade de vida.

ABSTRACT

Self-perceived health is subjective data that gathers information perceived by the person about their health. It is considered a predictor of morbidity and mortality, therefore, knowing the factors that stimulate it positively is essential to promote a healthy life and aging. The objective of this study is to analyze the sociodemographic and biopsychosocial factors associated with changes in the positive self-perceived health of middle-aged and older adults at three points in time. This is a longitudinal study, developed with 300 participants aged 45 years or older registered in the Family Health Units of the municipality of Três Lagoas, Mato Grosso do Sul, Brazil. Data collection took place in the years 2018/2019 (T1), 2021 (T2) and 2023 (T3). The dependent variable was positive self-perceived health and the independent variables were: sociodemographic and health data, frailty, depressive symptoms and lifestyle habits. Data were analyzed using the Statistical Package for Social Science (SPSS) using multinomial regression models. The project met all ethical requirements. Most of the sample was female (65.7%), had a partner (56.0%), had a mean age of 60.9 years and 5.7 years of schooling, used medication (75.7%), was frail (56.3%), had depressive symptoms (56.7%) and had healthy lifestyle habits (49.3%). At T1, 51.7% of participants had a positive self-perceived health, which was associated with not using medication (OR = 2.60), being non-frail (OR = 8.73) or pre-frail (OR = 2.11) and not having depressive symptoms (OR = 1.86). At T2, the prevalence of positive self-perceived health was 52.3%, with 38.3% maintaining a positive self-perception and 14.0% evolving to positive between T1 and T2. Participants who were non-frail (OR = 9.74) or pre-frail (OR = 2.58) and who did not have depressive symptoms (OR = 3.56) were more likely to maintain a positive self-perception from T1 to T2. Male participants (OR = 2.23) and those without depressive symptoms (OR = 3.17) were more likely to have their self-perception become positive between T1 and T2. At T3, 54.0% had a positive self-perceived health, with 41.3% maintaining their self-perception as positive, and 12.7% becoming positive between T2 and T3. There was a lower chance of self-perception remaining positive (OR = 0.97) and becoming positive (OR = 0.95) between T2 and T3 in older individuals; and a higher chance of remaining positive for non-frail individuals (OR = 4.10) and pre-frail individuals (OR = 2.92). It was concluded that men, people who are not frail or pre-frail, who do not have depressive symptoms and who are younger can maintain or promote positive self-perceived health over time. The study reinforces the importance of knowing the factors that stimulate the population's positive self-perception of health to guide care actions and public policies, in order to promote health and healthy aging. Among the actions, prevention, early diagnosis and reversal/treatment of frailty and depression stand out, especially in groups of older women. The nurse, as a leader of the Primary Care health team, is an indispensable professional in this process.

Keywords: Self Concept. Geriatric Nursing. Aging. Aged. Middle Aged. Quality of Life.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica e biopsicossocial dos participantes (n=300) e análises (brutas e ajustadas) das associações com a autopercepção positiva da saúde. Três Lagoas/MS, Brasil, 2018/2019.....	30
Tabela 2 -Caracterização sociodemográfica e biopsicossocial dos participantes (n=300) de acordo com as mudanças na autopercepção da saúde. Três Lagoas/MS, Brasil, 2021 e 2023.....	31
Tabela 3 -Análises (brutas e ajustadas) das associações com as mudanças na autopercepção da saúde nos participantes (n=300). Três Lagoas/MS, Brasil, 2021 e 2023.....	32

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Autopercepção Positiva da Saúde
CES – D	<i>Center for Epidemiological Studies- Depression</i>
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNSPI	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
SPSS	<i>Statistical Package for Social Sciences</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
T1	Tempo 1
T2	Tempo 2
T3	Tempo 3
USF	Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	11
2. REVISÃO DA LITERATURA.....	14
2.1. Envelhecimento.....	15
2.2. Autopercepção de saúde.....	16
2.3. Autopercepção positiva da saúde.....	19
2.4. Autopercepção da saúde em tempos de pandemia.....	21
3. OBJETIVO GERAL.....	23
3.1. Objetivos Específicos.....	24
4. MATERIAIS E MÉTODOS.....	25
5. RESULTADOS.....	29
6. DISCUSSÃO.....	34
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	41
REFERÊNCIAS.....	43
APÊNDICES.....	51
ANEXOS.....	70

1. INTRODUÇÃO

Sou enfermeira, graduada pelo Centro Educacional de Votuporanga (UNIFEV) em 2007, pós-graduada em Urgência e Emergência pela mesma instituição, trabalhei com Atendimento Pré-Hospitalar no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), e concomitantemente como docente em ensino técnico e superior de enfermagem. Como enfermeira, passei também pela área hospitalar, por ambulatório de especialidades e há cinco anos atuo na Atenção Primária a Saúde, mas a docência e a paixão por continuar estudando e podendo colaborar com a formação de outros enfermeiros sempre foram um grande combustível para minha qualificação profissional durante todos estes anos.

Trabalho há 17 anos como enfermeira, e sempre nutri a vontade de cursar o mestrado, porém, a vida pessoal e profissional tomaram outros rumos, mas em 2023 esse plano foi concretizado ao ser aprovada no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS) do campus de Três Lagoas, e ser orientada pela Professora Dra. Bruna Moretti Luchesi, com a qual tive os primeiros contatos no Programa e de uma forma ímpar tem me mostrado a saúde da pessoa idosa e despertando em mim o interesse pela temática. Esse projeto partiu de um projeto maior da professora Dra. Bruna, e que após ela me apresentar gerou-me inquietude observar que mesmo muitos adultos e pessoas idosas possuírem diversos fatores que na minha percepção poderiam estimular negativamente a saúde e o envelhecimento, eles ainda assim consideravam sua saúde como positiva.

O processo de envelhecimento da população é notório no mundo, e a projeção da Organização Mundial de Saúde (OMS) é que em 2050 tenhamos o dobro de pessoas idosas que temos hoje, sendo que dois terços destas pessoas estarão residindo em países de baixa e média renda (WHO, 2022). O processo de envelhecimento não é uniforme em todas as pessoas, ele é estimulado por fatores biológicos, sociais, culturais e históricos (Andrade *et al.*, 2019). Esse processo requer dos órgãos de saúde ações que englobam além de questões de saúde, mas também relacionadas a questões econômicas e sociais, a fim de garantir a integralidade da assistência (Trintinaglia; Bonamigo; Azambuja, 2021).

A OMS afirma que o processo de envelhecimento deveria estar enraizado na saúde de todo indivíduo, bem como ser parte integrante do cuidado durante todo o ciclo vital. O envelhecimento carrega consigo ações e hábitos adotados ao longo da vida, e se o indivíduo deseja que seu envelhecimento seja positivo, ele deve optar por condutas durante sua vida que assegurem seu bem-estar físico, mental e social (OMS, 2005).

O processo do envelhecimento é permeado de mudanças fisiológicas, psicológicas e sociais, podendo ocasionar perdas e ganhos ao indivíduo. Quando há perdas, pode também ocorrer insatisfação com o processo, propiciando até situações de morbidades físicas e psicológicas. O envelhecimento pode trazer consigo limitações e doenças para a pessoa idosa, e influenciar seu bem-estar e sua qualidade de vida. Porém, a forma com que o indivíduo percebe seu envelhecimento e sua saúde são sinalizadores de sua adaptação e de seu bem-estar, ou seja, quando a pessoa idosa apresenta uma autopercepção positiva de sua saúde, ela apresenta um fator importante para o envelhecimento saudável (Wollmann *et al.*, 2018).

A autopercepção da saúde é uma avaliação que favorece a identificação da percepção do indivíduo em relação à sua saúde, e este processo acontece de forma subjetiva, permitindo autojulgamento, avaliação de emoções, perspectivas e oportunidades. Demonstra a grandeza e a diversidade social, bem como as desigualdades sociais e de gênero, por isso tem evidenciado relevância para investigação de buscas por saúde (Gomes *et al.*, 2021). Ela está atrelada a modelos de comportamento de saúde, portanto, aqueles indivíduos que possuem hábitos não saudáveis de vida têm maior prevalência de percepção negativa da saúde (Borin; Barros; Neri, 2012). A autopercepção da saúde é um ótimo indicador do estado de saúde da população estudada, e por meio dela poderemos responder à questão norteadora do presente trabalho: “Quais são os fatores biológicos, psicológicos e sociais relacionados às mudanças na autopercepção positiva de saúde dos adultos de meia-idade e pessoas idosas ao longo do tempo?”.

Considerando o envelhecimento da população e a importância que este processo aconteça de forma saudável; considerando que estudos que avaliem a autopercepção positiva de saúde longitudinalmente são escassos na literatura brasileira e mundial, e são de extrema relevância para o conhecimento de fatores determinantes para promover a saúde da população que envelhece, justifica-se o desenvolvimento do presente estudo.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Envelhecimento

Envelhecer é um processo natural, gradual e irreversível, porém, ele também é condicionado a fatores ambientais, físicos e mentais para seu curso ser considerado saudável. Quando esses fatores se encontram preservados, o indivíduo consegue ter sua capacidade funcional e bem-estar conservados (Carneiro *et al.*, 2022). O envelhecimento não é um estado, mas sim uma construção e reconstrução que o indivíduo passa ao longo de sua vida (Wollmann *et al.*, 2021).

O envelhecimento populacional é realidade no mundo atual, principalmente nos países em desenvolvimento, onde estima-se que em 2050 teremos mais pessoas idosas do que crianças abaixo de 15 anos, cenário nunca vivido anteriormente; e a população de pessoas idosas no mundo será de aproximadamente dois bilhões (Brasil, 2006). Atualmente, no Brasil, 15,8% da população é constituída de pessoas idosas (IBGE, 2022) e a projeção para 2050 é que esse percentual suba para 25% (Carneiro *et al.*, 2022). Segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2022, o crescimento da população abaixo de 30 anos diminuiu, e os dados indicam que houve um aumento dos indivíduos acima desta idade em relação às estimativas de 2012, especialmente da população idosa e das mulheres (IBGE, 2022).

O período de 2021-2030 foi eleito pela Assembleia Geral das Nações Unidas (ONU) como a década do envelhecimento saudável, solicitando à OMS que liderasse ações fortes e sólidas com os mais diversos setores da saúde do mundo em busca da promoção de uma vida longa e saudável para a população, reduzindo desigualdades e melhorando a vida das pessoas idosas e de suas famílias (WHO, 2022).

Os indivíduos em processo de envelhecimento, especialmente os adultos de meia-idade e as pessoas idosas, podem ter problemas de saúde motivados por maus hábitos e estilo de vida ruim. Sedentarismo, vícios e alimentação desregrada trazem inúmeras consequências no envelhecimento e quando a pessoa é portadora de condição(ões) crônica(s), esse processo pode ser agravado. Portanto, para que o envelhecimento ocorra de forma saudável e duradoura, os bons hábitos de vida são imprescindíveis (Batista *et al.*, 2021).

Os adultos (18 anos ou mais) usualmente têm uma concepção do envelhecimento ligado à carência e ao sofrimento, mas também à experiência de vida, conhecimento e sabedoria (Filadelfo; Cândido, 2016; Magnabosco- Martins; Camargo; Biassus, 2009). Muitos

enfrentam este processo de forma mais amedrontada, correlacionando-o também a inatividade, abandono e falta de amigos/ familiares. Já as pessoas idosas tendem a associar o envelhecimento a um processo positivo. A concepção quanto ao envelhecimento e a compreensão da idade são estabelecidas a partir de relações dinâmicas e contínuas de âmbito social e cultural (Silva; Farias; Teixeira, 2019).

À medida que a população envelhece acontecem também diversas alterações na sociedade, como aquelas relacionadas à saúde, economia e aspectos sociais. Por isso, é fundamental que ocorram discussões sobre a saúde e a qualidade de vida da pessoa idosa, assim como o delineamento do perfil da população nesta faixa etária em cada região, a fim de promover ações assertivas quanto à promoção de saúde (Batista *et al.*, 2021).

Os setores de saúde têm um grande desafio diante do envelhecimento populacional, que passa também por questões sociais e econômicas, pois é necessário proporcionar à pessoa idosa um cuidado integral por meio de uma rede assistencial articulada, organizada e resolutiva (Trintinaglia; Bonamigo; Azambuja, 2021). Para promover o envelhecimento saudável, foi criada no Brasil a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), pela Portaria nº 2528 de 19 de outubro de 2006, que traz diretrizes quanto à promoção do envelhecimento saudável, priorizando a integralidade da atenção, a autonomia da pessoa idosa, a participação social, promovendo a manutenção da capacidade funcional e mental da pessoa idosa para realizar as atividades de vida diária (Brasil, 2006).

2.2 Autopercepção da saúde

A autopercepção de saúde é um sinalizador subjetivo confiável, rápido, eficaz e de baixo custo para avaliar a saúde da população mediante a percepção de cada indivíduo sobre sua própria saúde, sendo influenciada por fatores sociodemográficos, relacionados também ao comportamento e às condições de saúde (Jesus; Aguiar, 2021).

A avaliação da autopercepção de saúde envolve uma coleta de dados simples, tornando-a fácil de ser executada pelos profissionais da saúde e pesquisadores, e aceitável pela população. Ela permite analisar a saúde do indivíduo como um todo, mesmo daqueles indivíduos com comprometimento cognitivo leve ou moderado. Os métodos para coletar dados referentes a autopercepção da saúde são diversos (Dramé; Cantegrit; Godaert, 2023). Em uma revisão sistemática, foram identificados estudos que a avaliaram em uma escala de valores de excelente a muito ruim (excelente, muito boa, boa, regular, ruim e muito ruim) e outros que a avaliaram em uma escala binária, considerando positiva (excelente, muito boa ou

boa) versus negativa (regular, ruim ou muito ruim) (Dramé; Cantegrit; Godaert, 2023), respostas estas a uma pergunta simples e única, geralmente redigida desta forma: “em geral, como você avalia sua saúde?” (Giri *et al.*, 2022).

Essa avaliação, independente da forma como são classificadas as respostas, compreende aspectos físicos, cognitivos e emocionais (Alves; Rodrigues, 2005; Borges *et al.*, 2014). Na autopercepção de saúde da pessoa idosa está inserida a sua autoavaliação da saúde física e mental relacionadas ao processo do envelhecimento, associada também às questões culturais e ambientais (Wollmann *et al.*, 2018).

Em uma investigação sobre autopercepção de saúde de adolescentes, adultos e pessoas idosas, evidenciou-se que esta avaliação demonstra uma visão conjunta de dimensões biológicas, psicológicas e sociais de cada indivíduo, interpretando a saúde não apenas como ausência de doença, mas também como um conjunto de fatores incluindo aspectos sociais, demográficos e até comportamentais (Reichert; Loch; Capilheira, 2012).

A autopercepção em saúde tem sido usada em estudos epidemiológicos e é uma ferramenta que pode fornecer informações relevantes sobre a população estudada. Embora seja uma medida subjetiva, ela está relacionada à indicadores objetivos de saúde, tanto em estudos transversais, quanto em longitudinais. O estudo sobre a autopercepção da saúde nas diversas faixas etárias é de suma importância para compreender a subjetividade da saúde humana, pois esta apresenta-se de difícil compreensão e ligada a múltiplos fatores (Reichert; Loch; Capilheira, 2012).

Mesmo que a autopercepção de saúde seja uma forma de avaliação subjetiva, ela pode ser utilizada para mensurar a saúde, pois é uma forma prática de obter informações quanto à diminuição da capacidade funcional e mortalidade (Poubel *et al.*, 2017). Ela é um importante sinalizador de mortalidade, pois indivíduos com pior percepção de sua saúde têm maior risco de morte (Alves; Rodrigues, 2005; Dramé; Contegrit; Godaert, 2023; Friedman; Teas, 2023). Uma revisão sistemática evidenciou que a autopercepção da saúde é uma boa maneira de se avaliar o risco de mortalidade a curto, médio e longo prazo em pessoas idosas; portanto é necessário compreender melhor os fatores relacionados a autopercepção da saúde e seu peso em cada fase da vida para nortear políticas públicas de saúde no intuito de prevenir agravos e retardar mortalidade (Dramé; Contegrit; Godaert, 2023).

Pessoas que percebem sua saúde como ruim apresentam 43% a mais de chance de morrer dentro de quatro anos comparando-se com aquelas que possuem autopercepção positiva (Falk *et al.*, 2017). Em um estudo longitudinal desenvolvido na Alemanha evidenciou-se que aqueles que possuíam autopercepção ruim da saúde tinham 23% a mais de

risco de morrer (Reinwaeth *et al.*, 2023). Já os homens que são portadores de condição crônicas tem sete vezes mais chances de apresentarem autopercepção negativa da saúde e se forem mulheres quase 10 vezes mais (Filha; Szwarcwald; Junior, 2008). Portanto, a autopercepção da saúde possui uma validade preditiva forte e crescente (Schnittker; Back, 2014).

Em uma investigação realizada com pessoas idosas de Bambuí, Minas Gerais, evidenciou-se que a autopercepção de saúde possui uma estrutura composta por diversos aspectos, incluindo situação socioeconômica, rede social de apoio, condição de saúde física e mental, e acesso a serviços de saúde (Lima-Costa; Firmo; Uchôa, 2004).

Uma revisão de escopo que objetivou identificar os fatores associados à autopercepção de saúde em pessoas idosas e apontar perspectivas para investigações futuras, analisou 30 estudos publicados em inglês entre 1999 e 2018. Foram identificados 42 fatores, divididos em sociodemográficos (idade, situação socioeconômica, escolaridade, raça, situação conjugal, sexo), de saúde física e psiquiátrica (atividades de vida diária, índice de massa corporal, número de condições crônicas, sintomas depressivos, visitas ao hospital, dor, entre outros), comportamentais relacionados à saúde (exercício físico, religião, tabagismo, participação social, entre outros) e emocionais (afeto, suporte emocional, solidão, satisfação com a vida, entre outros). Foi ressaltada a importância do desenvolvimento de estudos longitudinais para entender o processo de como a autopercepção de saúde é moldada (Whitmore *et al.*, 2021).

Um estudo longitudinal de 20 anos realizado na Suécia com pessoas idosas (80 anos ou mais), evidenciou que 54% dos participantes relataram autopercepção da saúde como “muito boa” no início da pesquisa, e ao longo do estudo 42,5% permaneceram com esta autopercepção. Os fatores responsáveis por estimular positivamente a autopercepção foram: ser mais jovem, ter menos sintomas depressivos, maior independência para atividades da vida diária, melhor estado nutricional, melhor funcionamento cognitivo, menos dor, maior força dos membros inferiores, maior velocidade de marcha, maior frequência em atividade física semanal, maior tempo ao ar livre, maior envolvimento em atividades organizadas no último ano, visitas mais frequentes a outras pessoas e menor uso de auxílio para locomoção. Uma autopercepção mais elevada foi associada a maior sobrevivência ao longo da velhice (Armevall *et al.*, 2024).

Em Taiwan, foram avaliados 1956 indivíduos entre 53 e 69 anos de idade em 1999, 2003 e 2007. Identificou-se que 11,9% se mantiveram com a autopercepção da saúde ruim, 57,4% moderada e 17,1% boa; além dos 13,6% em que a autopercepção variou de boa a moderada. Os participantes com autopercepção de saúde constantemente boa e os com

autopercepção que variou de boa a moderada tiveram menor risco de fragilidade, quando comparados aos participantes que se mantiveram com autopercepção ruim (Chu *et al.*, 2021).

Analisar a autopercepção da saúde da população e seus fatores associados é essencial para nortear ações de saúde mais assertivas a fim de manter e promover a qualidade de vida da população (Brasil *et al.*, 2021). Dados relativos à autopercepção de saúde são substanciais para a fundamentação de políticas públicas, visando a equidade em saúde, a promoção de saúde e a prevenção de agravos; e conseqüentemente proporcionar à população uma melhor qualidade de vida (Jesus; Aguiar, 2021).

Estratégias de promoção de saúde devem ser implementadas no início da vida do cidadão, e continuar ao longo do ciclo vital. A identificação de fatores que levam a uma autopercepção negativa ou positiva da saúde que sejam passíveis de modificação pode auxiliar os profissionais de saúde no planejamento e execução dessas estratégias, visando melhorar a autopercepção da saúde (Dramé; Cantegrit; Godaert, 2023).

2.3. Autopercepção positiva da saúde

A avaliação da autopercepção positiva da saúde é um instrumento facilitador para entender os fatores modificáveis que estimulam positivamente a saúde, já que entender o que envolve a autopercepção pode mostrar o perfil dos indivíduos que a percebem de forma positiva (Confortin *et al.*, 2015).

As diferenças na prevalência da autopercepção positiva de saúde podem ser motivadas pelas alterações momentâneas na saúde ou doença vividas pelos indivíduos, alterações em relação ao bem-estar e também ao contexto social em que o indivíduo está inserido (Confortin *et al.*, 2015).

Um estudo realizado no Sul do Brasil com adultos de 20 a 59 anos identificou uma prevalência de autopercepção positiva de saúde de 74,2% (Peres *et al.*, 2010). Em outra investigação de Minas Gerais, 79,2% dos adultos entrevistados, entre 20 a 59 anos, tinham uma percepção positiva de sua saúde (Marques; Escarce; Lemos, 2018).

Já em pessoas idosas, dados do Sul do Brasil apontam para uma prevalência de autopercepção positiva de 51,2% (Confortin *et al.*, 2015). No Distrito Federal, a autopercepção de saúde foi considerada alta por 40,7% das pessoas idosas que não possuíam doença crônica e por 52,3% daquelas que possuíam doença crônica, podendo evidenciar que a autopercepção positiva da saúde pode ser maior naqueles que possuem doenças, pois pode estar relacionada mais com a presença de incapacidades do que com a doença propriamente

dita (Wollmann *et al.*, 2018). No Pará, um estudo com pessoas idosas mostrou que 53,7% apresentavam autopercepção positiva da saúde, embora fossem acometidos por doenças crônicas, mas as pessoas idosas que apresentaram menor prevalência de autopercepção positiva da saúde eram aquelas que sofreram quedas no último ano, tinham dificuldade para caminhar e incapacidade de executar atividades da vida diária (Poubel *et al.*, 2017). No Nordeste, a prevalência de autopercepção positiva da saúde entre pessoas idosas foi de 46,3%, a qual estava relacionada à fatores sociodemográficos, comportamentais e de condições de saúde. Uma melhor autopercepção de saúde foi encontrada nos homens, com idade entre 60 e 64 anos, com maior escolaridade, que tinham convênio de saúde e que ingeriam regularmente frutas e hortaliças (Jesus; Aguiar, 2021).

Em um estudo com pessoas idosas longevas (85 anos ou mais), residentes em Florianópolis, Santa Catarina, a autopercepção positiva da saúde foi de 41,4%, com maior prevalência naqueles sem sintomas depressivos e que faziam uso moderado e regular de bebida alcóolica (Krug *et al.*, 2018). Outra pesquisa também com pessoas idosas longevas e não longevas em Minas Gerais encontrou uma prevalência de autopercepção positiva da saúde em 71,2% da amostra, sendo 71,9% entre os não longevos e 67,8% entre os longevos (Brasil *et al.*, 2021).

Gomes *et al.* (2021) publicaram um estudo sobre a autopercepção positiva de saúde na população brasileira de 60 anos ou mais, a partir de dados secundários da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) realizada em 2013 pelo IBGE, e os resultados mostraram que os homens, aqueles com a cor de pele autodeclarada branca, maior nível escolar, com poucas ou nenhuma condição crônica não transmissível, capacidade funcional e independência para atividades preservadas tiveram maior prevalência de autopercepção positiva da saúde.

De acordo com uma metanálise, pessoas que possuem autopercepção positiva da saúde apresentam uma diminuição do risco de mortalidade, mesmo com comorbidades associadas. A mensuração da autopercepção da saúde é uma ferramenta fácil, simples e de baixo custo, seu uso rotineiro nos serviços de saúde traz muito benefício para o planejamento de ações que promovam a saúde da população (DeSalvo *et al.*, 2006). A autopercepção da saúde pode ser um preditor de mortalidade, pois as pessoas levam em consideração um conjunto de fatores mais abrangente do que em outros tipos de pesquisa, envolvendo aspectos físicos e psicológicos para avaliar sua saúde; podendo então descrever com eficácia a saúde da população (Bacak; Olafsdottir, 2017).

Enfim, a autopercepção positiva de saúde é um excelente sinalizador do autocuidado, e é relevante que os profissionais de saúde unam esforços para promover ações assertivas em

prol da promoção de saúde e prevenção de doenças, com foco na qualidade de vida da população contribuindo assim para uma autopercepção positiva da saúde (Santos *et al.*, 2023).

2.4. Autopercepção da saúde em tempos de pandemia

Durante o segundo tempo de coleta de dados desta pesquisa, o Brasil e mundo passavam pela pandemia da COVID-19, o que justifica a abordagem dos possíveis impactos desse momento na presente pesquisa.

Desde a declaração da pandemia da COVID 19, emitida pela OMS em 30 de janeiro de 2020, por conta do alto poder de contágio desse vírus e como estratégia para contê-lo, foi altamente orientado e estimulado o isolamento social, principalmente de pessoas inseridas em grupos de riscos, como as pessoas com doenças crônicas e pessoas idosas. Portanto, grande parte das pessoas idosas que eram ativas tiveram suas vidas restringidas (Gomes *et al.*, 2021).

Nesse período, houve uma preocupação intensa em relação aos impactos para a saúde dos indivíduos por conta do isolamento social, pelo aumento do stress e dos efeitos socioeconômicos devido às medidas implementadas para conter o avanço do vírus. Um estudo da Alemanha, realizado com mais de 100 mil pessoas entre 20 e 74 anos, evidenciou que a pandemia da COVID-19 e as medidas de isolamento influenciaram negativamente na autopercepção de saúde, mostrando efeitos reais na saúde mental e física desta população, sobretudo naqueles que tiveram teste positivo para a COVID-19 (Peters *et al.*, 2020).

Outro estudo conduzido nos Países Baixos, mostrou que não houve alterações na autopercepção de saúde durante o início da pandemia da COVID-19, impulsionada por uma percepção bastante resiliente das pessoas sobre sua própria saúde e não necessariamente relacionado a melhorias reais na saúde. Mesmo com as medidas de distanciamento e confinamento no início da pandemia (período em que foi desenvolvida a última etapa da pesquisa) não observaram interferência na autopercepção de saúde da população estudada (Van de Meijer *et al.*, 2022).

No Brasil, um estudo transversal realizado em 2020, com mais de 45 mil pessoas, encontrou os seguintes fatores associados a piora na autopercepção da saúde da população na pandemia: problemas com sono, agravamento de dores nas costas, depressão, sintomas gripais, sedentarismo, comportamento alimentar irregular e distanciamento social. Porém, pôde-se perceber uma influência positiva na autopercepção da saúde daqueles indivíduos que tinham hábito de alimentação saudável e que praticavam atividade física (Szwarcwald *et al.*, 2021).

Portanto, como supracitado, a autopercepção da saúde é uma avaliação relevante para o cuidado de pessoas adultas e idosas, pois ela pode ser um preditor de mortalidade, bem como um sinalizador de ações que podem ser instituídas a fim de estimular de forma positiva a saúde dos indivíduos.

Estudos sobre autopercepção de saúde têm crescido no Brasil e no mundo, predominantemente em trabalhos com delineamento transversal, porém, em pouca quantidade, em uma perspectiva longitudinal. Trabalhos como estes são extremamente importantes para que seja possível analisar, ao longo do tempo, os fatores que podem estar ligados às mudanças na autopercepção de saúde das pessoas. Salienta-se, ainda, que estudos que envolvam a população em processo de envelhecimento (adultos de meia-idade) são escassos e podem auxiliar no direcionamento das políticas públicas na velhice.

Conhecer os fatores associados a autopercepção de saúde da população pode ajudar a nortear ações estratégicas dos profissionais de saúde no cuidado; visando estimulá-la de forma positiva, promovendo qualidade de vida e, conseqüentemente, minimizando a mortalidade precoce.

Como resultado do presente trabalho, espera-se conhecer quais são os fatores associados a autopercepção positiva da saúde das pessoas com 45 anos ou mais de idade ao longo do tempo. Tem-se como hipóteses que: 1) os adultos de meia-idade e pessoas idosas tenham um declínio na autopercepção positiva da saúde ao longo do tempo, especialmente relacionado ao período pandêmico; 2) a autopercepção positiva de saúde (mudança ou manutenção) está associada à ausência de fragilidade, à adoção de hábitos saudáveis de vida e à ausência de sintomas depressivos.

OBJETIVO

3. OBJETIVO GERAL

Analisar os fatores sociodemográficos e biopsicossociais associados às mudanças na autopercepção positiva da saúde de adultos de meia-idade e pessoas idosas em três momentos no tempo.

3.1. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar uma amostra de adultos de meia-idade e pessoas idosas quanto às características sociodemográficas e fatores biopsicossociais;
- Avaliar a autopercepção positiva da saúde dos adultos de meia-idade e pessoas idosas em três momentos de tempo;
- Relacionar a autopercepção positiva da saúde à fatores sociodemográficos e biopsicossociais;
- Identificar quais fatores biopsicossociais estão associados às mudanças na autopercepção positiva de saúde dos adultos de meia-idade e pessoas idosas ao longo do tempo.

4. MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa, longitudinal, realizado com 300 participantes com idade igual ou superior a 45 anos, cadastrados em Unidades de Saúde da Família (USF) no município de Três Lagoas, Mato Grosso do Sul, Brasil. Os dados foram coletados em três momentos no tempo: entre novembro de 2018 e junho de 2019 (T1), entre fevereiro e dezembro de 2021 (T2) e entre março e julho de 2023 (T3). A coleta de dados em T2 aconteceu, em média, após 2,4 anos da coleta em T1 e a coleta em T3, 1,9 anos após T2 e 4,3 anos após T1.

No início da pesquisa, a cidade tinha nove USF, nas quais foram selecionados os participantes do estudo. Para definir o tamanho da amostra, foi feito um cálculo do tamanho amostral com base na fórmula de estimativa de proporção em população finita, adotando o nível de significância de 5% ($\alpha = 0,05$), o erro amostral de 6% ($e = 0,06$) e a estimativa conservadora de 50% ($p = 0,50$), cujo valor fornece o maior tamanho amostral. Foi considerada a população finita de $N = 26.331$ (total de indivíduos acima de 45 anos no município de acordo com o último censo disponível no ano de 2018). A amostra mínima foi de 265 indivíduos, sobre a qual acrescentou-se 10% para atenuar possíveis perdas, resultando em 292 participantes. Os participantes foram selecionados aleatoriamente, de acordo com uma lista de todos os indivíduos acima de 45 anos fornecida pelas equipes das nove USF. No final da coleta, foram entrevistados 300 indivíduos (erro amostral final de 5,6%). Foram entrevistados 300 participantes em T1, 200 em T2 e 180 em T3. O fluxograma com o número total de participantes em cada tempo de coleta, bem como os motivos e total de perdas é apresentado no apêndice A.

As entrevistas aconteceram nas dependências das USF ou no domicílio dos participantes, de acordo com a disponibilidade; e duraram, em média, 40 minutos em cada um dos três momentos de avaliação. Os entrevistadores, estudantes de graduação e pós-graduação da área da saúde (Enfermagem e Medicina), foram previamente treinados e supervisionados durante todo processo de coleta de dados. Participaram, em média, sete entrevistadores em cada momento de coleta de dados, sendo que alguns coletaram dados em apenas um momento e outros em dois momentos.

Nesse estudo considera-se como variável dependente a autopercepção positiva da saúde, obtida a partir da pergunta: “Como o (a) senhor(a) avalia a sua saúde no momento atual?”, com cinco opções de resposta “muito boa”, “boa”, “regular”, “ruim” e “muito ruim”. Foi considerada como autopercepção positiva, as respostas “muito boa” e “boa”, de acordo com investigações anteriores (Confortin *et al.*, 2015; Krug *et al.*, 2018; Brasil *et al.*, 2021; Gomes *et al.*, 2021;

Jesus; Aguiar, 2021; Marques; Escarce; Lemos, 2018). A autopercepção da saúde foi coletada em T1, T2 e T3.

As variáveis independentes, coletadas em T1 e T2 são descritas abaixo (Apêndice B e Anexo A). Elas foram selecionadas por indicarem, em estudos anteriores, possível relação com a autopercepção positiva da saúde (Borges *et al.*, 2014; Borim; Barros; Neri, 2012; Brasil *et al.*, 2021; Chu *et al.*, 2021; Giri *et al.*, 2022; Lima- Costa; Firmo; Uchôa, 2004):

- Variáveis sociodemográficas e de saúde: sexo (masculino, feminino), idade (em anos completos), estado civil (com companheiro, sem companheiro), escolaridade (em anos completos) e se toma medicamentos de uso contínuo (sim, não).

- Fragilidade: avaliada pelo instrumento de avaliação autorreferida que, por meio de cinco perguntas objetivas, analisa os componentes clínicos da síndrome da fragilidade que são perda de peso, redução da força, redução da velocidade de caminhada, baixa atividade física, fadiga autorrelatada. Respostas positivas a três ou mais componentes caracterizam o indivíduo como frágil, a uma ou duas como pré-frágil e a nenhuma como não frágil (robusto) (Nunes *et al.*, 2015).

- Sintomas depressivos: avaliados pela *Center for Epidemiological Studies-Depression* (CES-D), escala validada no Brasil em populações de adolescentes, adultos e pessoas idosas; possui 20 itens com escore final de zero a 60 pontos, sendo que a nota de corte para a presença de sintomas depressivos é ≥ 16 pontos para adultos e ≥ 12 pontos para pessoas idosas (Silveira; Jorge, 1998; Batistoni; Neri; Cupertino, 2010).

- Hábitos de vida: foram avaliados como hábitos saudáveis a participação em grupos sociais, não fazer uso de álcool, não ser tabagista, ser fisicamente ativo (avaliado pelo Questionário Internacional de Atividade Física – IPAQ - versão curta; sendo considerado como ativo - praticar pelo menos 150 minutos de atividade física moderada e/ou 75 minutos de atividade física vigorosa por semana) (Benedetti *et al.*, 2007; Matsudo *et al.*, 2001) e fazer pelo menos três refeições por dia. Os participantes que preencheram quatro ou cinco critérios de hábitos saudáveis foram classificados como saudáveis; os que preencheram dois ou três, como parcialmente saudáveis; e os que preencheram um ou nenhum, como não saudáveis.

Os dados da pesquisa foram organizados no *Microsoft Excel* em dupla entrada e após serem conferidos foram exportados para o *Statistical Package for Social Science* (SPSS) versão 25.0. O percentual de valores faltantes foi de 18,6%. Os dados faltantes seguiram um padrão monótono (Dong; Peng, 2013). Foi realizada uma regressão logística para examinar se as variáveis demográficas (sexo, idade, escolaridade e estado civil) estavam relacionadas às perdas. O único resultado significativo foi que os participantes sem companheiro foram mais

propensos a responder a T3 (OR = 1,63, p = 0,038, IC 95% [1,03 - 2,61]) do que os com companheiro. Os dados faltantes foram tratados por imputação por meio do método de maximização de expectativa (EM), sendo os dados considerados *Missing Completely at Random* (teste de MCAR de Little: $X^2(89) = 88,19$, p = 0,504) (Graham, 2009).

Foram realizadas análises descritivas para variáveis categóricas (frequência absoluta e relativa) e quantitativas (média e desvio padrão). A prevalência e o intervalo de confiança (IC95%) de autopercepção positiva da saúde foram calculados para T1, T2 e T3. Os dados foram comparados nos três tempos pelo teste Q de Cochran. Também foi calculada a incidência de autopercepção positiva da saúde em T2 e T3. A autopercepção de saúde em T2 foi categorizada em: negativa, manteve-se positiva (quando era positiva em T1 e manteve-se positiva em T2) e tornou-se positiva (quando era negativa em T1 e tornou-se positiva em T2). Para T3, a mesma lógica foi adotada (negativa, manteve-se positiva e tornou-se positiva).

Inicialmente, foram analisados os fatores associados à autopercepção positiva de saúde em T1 (avaliação transversal). Foram estimados modelos de regressão logística binária, com a autopercepção de saúde como variável dependente e o grupo de autopercepção negativa foi a categoria de referência das análises. Em seguida, foram estimados modelos de regressão multinomial, novamente com a autopercepção de saúde como variável dependente, mas agora analisando as mudanças em T2 e em T3 (manteve-se positiva e tornou-se positiva), sendo o grupo que era negativo utilizado como categoria de referência nas análises. Para T2, foram utilizadas as variáveis independentes coletadas em T1; e para T3, as coletadas em T2. Em todos os modelos de regressão, cada variável foi testada isoladamente na análise univariada, e as que tiveram associação com o desfecho até o nível de significância de 20% (p < 0,20) foram inseridas no modelo múltiplo. Foi estimada a razão de chances (OR), com o respectivo intervalo de 95% de confiança. As variáveis que apresentaram p < 0,05 no modelo múltiplo foram consideradas significativas. Os indicadores de qualidade de ajuste dos modelos são apresentados no rodapé das tabelas.

Este projeto teve aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (pareceres nº 2.596.194 e 4.467.405) (Anexos B e C). Antes de realizar as entrevistas foi realizada a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e o participante que consentia em concedê-la assinava em duas vias o mesmo, sendo que uma via era disponibilizada ao participante.

Os resultados e discussão serão apresentados em detalhes abaixo, no entanto, ressalta-se que foi preparado um artigo completo para submissão em revista científica, que se encontra no apêndice C.

4. RESULTADOS

Foram avaliados 300 participantes. A Tabela 1 evidencia os dados de caracterização da amostra em T1, bem como os fatores associados à autopercepção positiva de saúde nessa primeira avaliação.

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica e biopsicossocial dos participantes (n=300) e análises (brutas e ajustadas) das associações com a autopercepção positiva da saúde. Três Lagoas/MS, Brasil, 2018/2019.

Variável n(%)	T1 N=300	APS positiva (n=155)	APS positiva	
			OR bruto (IC 95%)	OR ajustado (IC 95%)
Sexo				
Masculino	103(34,3)	56(36,1)	1,18(0,73-1,90)	-
Feminino	197(65,7)	99(63,9)	1,00	-
Idade (anos) †	60,9(11,0)	60,7(11,7)	0,99(0,98-1,02)	-
Estado civil				
Com companheiro	168(56,0)	84(54,2)	0,86(0,54-1,36)	-
Sem companheiro	132(44,0)	71(45,8)	1,00	-
Escolaridade (anos) †	5,7(4,6)	6,1(4,5)	1,04(0,99-1,09)	1,01(0,96-1,07)
Uso de medicamentos				
Não	73(24,3)	52(33,5)	2,98(1,69-5,27)*	2,60(1,42-4,78)*
Sim	227(75,7)	103(66,5)	1,00	1,00
Fragilidade				
Não frágil	33(11,0)	29(18,7)	11,90(4,00-35,40)*	8,73(2,82-27,07)*
Pré-frágil	98(32,7)	62(40,0)	2,83(1,69-4,73)*	2,11(1,22-3,66)*
Frágil	169(56,3)	64(41,3)	1,00	1,00
Sintomas depressivos				
Sim	170(56,7)	68(43,9)	1,00	1,00
Não	130(43,3)	87(56,1)	3,04(1,88-4,89)*	1,86(1,09-3,16)*
Hábitos de vida				
Saudável	148(49,3)	81(52,3)	1,54(0,66-3,61)	-
Parcialmente saudável	127(42,3)	63(40,6)	1,25(0,53-2,97)	-
Não saudável	25(8,3)	11(7,1)	1,00	-

APS: Autopercepção de saúde. OR: Odds Ratio. IC: Intervalo de Confiança. † Dados apresentados em média (desvio padrão). Categoria de referência para a regressão: APS negativa. * $p \leq 0,05$. Ajuste do modelo: Teste de Omnibus $X^2(5) = 55,30$; $p < 0,001$. R^2 Nagelkerke = 0,225; Teste de Hosmer e Lemeshow $X^2(8) = 12,06$; $p = 0,149$.

A maior parte da amostra era mulher, tinha companheiro, com média de 60,9 anos de idade e 5,7 anos de escolaridade, usava medicamentos, era frágil, tinha sintomas depressivos e relatou hábitos de vida saudáveis. A prevalência de autopercepção positiva de saúde em T1 foi de 51,7% (IC95% = 46,0 – 57,3), e os participantes que não usavam medicamentos (OR=2,60), eram não frágeis (OR=8,73) ou pré-frágeis (OR=2,11) e não tinham sintomas depressivos (OR=1,86) tiveram mais chance de ter autopercepção positiva de saúde.

A Tabela 2 evidencia os dados de caracterização da amostra de acordo com as mudanças na autopercepção de saúde.

Tabela 2. Caracterização sociodemográfica e biopsicossocial dos participantes (n=300) de acordo com as mudanças na autopercepção da saúde. Três Lagoas/MS, Brasil, 2021 e 2023.

Variável n(%)	T2			T3		
	APS negativa (n=143)	Manteve APS positiva (n=115)	APS tornou-se positiva (n=42)	APS negativa (n=138)	Manteve APS positiva (n=124)	APS tornou-se positiva (n=38)
Sexo						
Masculino	41(28,7)	42(36,5)	20(47,6)	47(34,1)	48(38,7)	8(21,1)
Feminino	102(71,3)	73(63,5)	22(52,4)	91(65,9)	76(61,3)	30(78,9)
Idade (anos) [†]	62,0(10,5)	60,2(11,9)	59,1(9,7)	65,1(10,4)	63,1(11,6)	62,0(10,0)
Estado civil						
Com companheiro	82(57,3)	61(53,0)	25(59,5)	72(52,2)	60(48,4)	21(55,3)
Sem companheiro	61(42,7)	54(47,0)	17(40,5)	66(47,8)	64(51,6)	17(44,7)
Escolaridade (anos) [†]	5,3(4,2)	6,0(4,5)	6,3(5,9)	5,1(4,1)	6,4(4,8)	6,1(6,0)
Uso de medicamentos	115(80,4)	76(66,1)	36(85,7)	121(87,7)	96(77,4)	32(84,2)
Fragilidade						
Não frágil	4(2,8)	26(22,6)	3(7,1)	5(3,6)	18(14,5)	1(2,6)
Pré-frágil	35(24,5)	50(43,5)	39(33,9)	32(23,2)	60(48,4)	7(18,4)
Frágil	104(72,7)	39(33,9)	26(61,9)	101(73,2)	46(37,1)	30(78,9)
Sintomas depressivos (sim)	109(76,2)	41(35,7)	20(47,6)	104(75,4)	44(35,5)	22(57,9)
Hábitos de vida						
Saudável	71(49,7)	56(48,7)	21(50,0)	61(44,2)	45(36,3)	22(57,9)
Parcialmente saudável	60(42,0)	50(43,5)	17(40,5)	61(44,2)	60(48,4)	12(31,6)
Não saudável	12(8,4)	9(7,8)	4(9,5)	16(11,6)	19(15,3)	4(10,5)

APS: Autopercepção de saúde. [†] Dados apresentados em média (desvio padrão).

Em T2, a prevalência de autopercepção positiva de saúde foi 52,3% (IC95% = 46,7 – 57,9), e em T3, 54,0% (IC95% = 48,4 – 59,6). Não foram identificadas diferenças significativas na comparação das prevalências entre T1, T2 e T3 (Q de Cochran = 0,661, p = 0,719).

Em T2, observou-se que 47,7% tinham autopercepção negativa, 38,3% mantiveram autopercepção positiva e em 14,0% dos casos, a autopercepção tornou-se positiva de T1 para T2. Em T3, 46,0% tinham autopercepção negativa, 41,3% mantiveram positiva e 12,7% tornaram-na positiva de T2 para T3.

A Tabela 3 mostra as associações entre as mudanças na autopercepção de saúde em T2 e em T3.

Tabela 3. Análises (brutas e ajustadas) das associações com as mudanças na autopercepção da saúde nos participantes (n=300). Três Lagoas/MS, Brasil, 2021 e 2023.

Variável	Manteve APS positiva		APS tornou-se positiva	
	OR bruto (IC 95%)	OR ajustado (IC 95%)	OR bruto (IC 95%)	OR ajustado (IC 95%)
T2				
Sexo				
Masculino	1,43 (0,86-2,42)	1,11 (0,60-2,06)	2,26 (1,12-4,58)*	2,23 (1,05-4,73)*
Feminino	1,00	1,00	1,00	1,00
Idade (anos)	0,99 (0,96-1,01)	0,99 (0,96-1,02)	0,98 (0,95-1,01)	0,96 (0,93-1,01)
Escolaridade (anos)	1,03 (0,98-1,09)	0,99 (0,93-1,06)	1,05 (0,98-1,13)	1,02 (0,94-1,10)
Uso de medicamentos				
Sim	1,00	1,00	1,00	1,00
Não	2,11 (1,20-3,71)*	1,55 (0,79-3,03)	0,69 (0,26-1,78)	0,42 (0,15-1,18)
Fragilidade				
Não frágil	17,3 (5,68-52,87)*	9,47 (2,97-30,24)*	3,00 (0,63-14,2)	1,54 (0,31-7,79)
Pré-frágil	3,81 (2,16-6,72)*	2,58 (1,40-4,75)*	1,49 (0,69-3,20)	1,11 (0,49-2,55)
Frágil	1,00	1,00	1,00	1,00
Sintomas depressivos				
Sim	1,00	1,00	1,00	1,00
Não	5,79 (3,37-9,95)*	3,56 (1,96-6,45)*	2,53 (1,72-7,23)*	3,17 (1,45-6,89)*
T3				
Sexo				
Masculino	1,22 (0,74-2,03)	1,20 (0,66-2,18)	0,52 (0,22-1,22)	0,56 (0,23-1,38)
Feminino	1,00	1,00	1,00	1,00
Idade (anos)	0,95 (0,93-0,97)*	0,97 (0,94-0,99)*	0,95 (0,92-0,99)*	0,95 (0,92-0,99)*
Uso de medicamentos				
Sim	1,00	1,00	1,00	1,00
Não	2,08 (1,07-4,02)*	1,03 (0,48-2,20)	1,34 (0,49-3,66)	1,20 (0,41-3,51)
Fragilidade				
Não frágil	7,90 (2,77-22,59)*	4,10 (1,32-12,75)*	0,67 (0,08-5,98)	0,40 (0,04-3,80)
Pré-frágil	4,12 (2,37-7,16)*	2,92 (1,61-5,31)*	0,74 (0,30-1,84)	0,55 (0,21-1,42)
Frágil	1,00	1,00	1,00	1,00
Sintomas depressivos				
Sim	1,00	1,00	1,00	1,00
Não	4,64 (2,76-7,81)*	3,35 (1,90-5,90)	1,15 (0,54-2,46)	1,27 (0,56-2,85)

APS: Autopercepção de saúde. OR: Odds Ratio. IC: Intervalo de Confiança. Categoria de referência para a regressão: APS negativa. *p ≤ 0,05. Ajuste do modelo T2: X² (14) = 86,29; p < 0,001. R²Nagelkerke = 0,289. Ajuste do modelo T3: X² (12) = 81,96; p < 0,001. R²Nagelkerke = 0,278.

Em T2, observou-se que os participantes que eram não frágeis (OR = 9,74) ou pré-frágeis (OR = 2,58) e que não tinham sintomas depressivos (OR = 3,56) tiveram mais chances de manter a autopercepção positiva de T1 para T2. Para os participantes que a autoavaliação se tornou positiva entre T1 e T2, ressalta-se maior chance para os homens (OR = 2,23), e aqueles sem sintomas depressivos (OR = 3,17).

Na avaliação em T3, a autopercepção se manteve positiva em menor chance para os indivíduos com maior idade (OR = 0,97) e em maior chance para os não frágeis (OR = 4,10) e pré-frágeis (OR = 2,92). Destaca-se, ainda, menor chance da autopercepção de saúde se tornar positiva entre T2 e T3 nos participantes com maior idade (OR = 0,95).

5. DISCUSSÃO

Este estudo avaliou os fatores relacionados às mudanças na autopercepção positiva de saúde de adultos de meia-idade e pessoas idosas em três avaliações realizadas entre 2018 e 2023, evidenciando um aumento (não significativo) da porcentagem das pessoas que percebem sua saúde como positiva ao longo de tempo. Em T1, 51,7% tiveram autopercepção positiva de saúde. Em T2, 38,3% mantiveram a autopercepção positiva e 14% evoluíram para positiva. E em T3, 41,3% mantiveram sua autopercepção como positiva, enquanto que 12,7% tornaram-se positivos. Os fatores que fizeram com que a autopercepção fosse estimulada de forma positiva (manutenção ou mudança para positiva) foram ausência de fragilidade, ser pré-fragil, não ter sintomas depressivos, ser do sexo masculino e ter menor idade.

Na Alemanha 79,4% da população (idade 35+ anos) apresentavam autopercepção positiva da saúde, sendo que os mais jovens apresentaram melhor índice, porém, essa prevalência diminuiu para toda a amostra ao longo do tempo, além de ter sido encontrada forte predição de mortalidade (Reinwarth *et al.*, 2023). Nos países da Europa, as prevalências encontradas variaram entre 29,3% (Estônia) a mais de 80% (Suíça) para pessoas com idade acima de 50 anos (Abuladze *et al.*, 2017). Na Índia, a prevalência de autopercepção positiva foi de 63,9% (idade 45+ anos) (Bramhankar *et al.*, 2023), na zona urbana da Índia 76,8%, área rural da China 62,1%, na Venezuela 57,5%, Cuba 51,7%, República Dominicana 51,9%, México entre 47,8% e 52,8% e Porto Rico 52,1% (idade 65+ anos) (Falk *et al.*, 2017). Na Grécia, 74,8% das pessoas com mais de 50 anos perceberam sua saúde como positiva, percebendo-se diminuição com o passar da idade (Daviri *et al.*, 2011); já na Malásia (idade 60+ anos), foram 67,4% (Sahril *et al.*, 2023). Nos EUA, em um estudo longitudinal com duração de quase 50 anos, o percentual de autopercepção positiva da saúde se manteve estável ao longo do estudo, entre 46 e 47% (Cummings, 2023).

No Brasil, a prevalência de autopercepção positiva variou de 29,9% nas pessoas idosas que frequentam serviço de saúde especializado de Minas Gerais (Ribeiro *et al.*, 2018), 41,4% em longevos do Sul (Krug *et al.*, 2018), 42% no Distrito Federal (Wollmann *et al.*, 2018), 44% em Belo Horizonte (Carvalho *et al.*, 2011), 46,3% no Nordeste (Jesus; Aguiar, 2021), 47,8% no Rio Grande do Sul (Borges *et al.*, 2014), 51,2% em pessoas idosas da região sul (Confortin *et al.*, 2015), 53,7% na região norte (Poubel *et al.*, 2017), 89,1% em Campinas (Borim; Barros; Neri, 2012), 24,7% como muito boa e 49,2% como razoável em Bambuí, Minas Gerais (Lima-Costa; Firmo; Uchôa, 2004).

Existem dois motivos que explicam a variação na prevalência da autopercepção da saúde nos estudos, o primeiro é que podem haver diferentes opções de respostas para a pergunta sobre como a pessoa percebe sua saúde, ou sua categorização não é padronizada; o segundo motivo é que podem haver desconformidades entre as regiões quanto às características socioeconômicas e demográficas, o que pode exercer interferência na autopercepção de saúde das pessoas (Confortin *et al.*, 2015).

Durante a pesquisa, no T2, o mundo e o Brasil viviam um momento de pandemia da COVID-19, porém, a autopercepção de saúde dos indivíduos estudados não foi significativamente influenciada. Em uma pesquisa realizada na Holanda, 66,7% das pessoas com 16 anos ou mais analisadas mantiveram a autopercepção positiva da saúde antes e durante a pandemia (Van de Weijer *et al.*, 2022). Na Alemanha, 56% das pessoas (20 a 74 anos) não demonstraram alteração na autopercepção da saúde após a pandemia (Peters *et al.*, 2020). E na Coreia do Sul, as pessoas (19 anos ou mais) também evidenciaram maior chance de manterem autopercepção positiva após a pandemia (Jeon *et al.*, 2024).

Na Espanha, em um estudo com pessoas idosas durante a primeira onda da pandemia, 91% da amostra tinham autopercepção positiva de saúde. Comparando a saúde naquele momento com o anterior a pandemia, entre os que não foram infectados pelo vírus, 70% relataram estar melhor, e entre os que foram infectados, metade da amostra relatou estar um pouco melhor e outra metade um pouco pior. Observou-se maior apoio social (familiares e amigos) durante o período pandêmico, sendo um fator de proteção identificado. A grande preocupação dessa população foi quanto à política e ao futuro (Fernández-Ballesteros; Sánchez-Isquierdo, 2021). Já outro estudo conduzido na Índia com pessoas acima de 50 anos, evidenciou que para enfrentar de forma positiva o período pandêmico, os participantes se alimentavam de forma mais saudável, tentavam passar mais tempo com os familiares em mídias sociais, participavam de programas de bem-estar online ou realizavam seus *hobbies* (Chakeawart *et al.*, 2021).

No Brasil, no período pandêmico, observou-se uma piora na autopercepção de saúde da amostra estudada (18 anos ou mais), relacionada ao comportamento sedentário, hábitos alimentares ruins, medidas de distanciamento, dificuldade para dormir, agravamento em sintomas de dores nas costas, depressão e sintomas gripais (Szwarcwald *et al.*, 2021).

No entanto, a literatura aponta estratégias de enfrentamento contra efeitos negativos causados pela pandemia da COVID-19, como atividades físicas no ambiente doméstico, aumento do uso de mídias sociais, uso de mensagem de texto em aplicativos de celular, alimentação mais saudável, ingestão de suplementos vitamínicos, execução de atividades de

trabalhos manuais, diminuição do consumo de notícias nas mídias e também pelo motivo que ao longo da vida conseguiram desenvolver habilidades de enfrentamento - resiliência (Goins *et al.*, 2021). A resiliência foi um fator de extrema relevância para a manutenção do bem-estar e qualidade de vida da pessoa idosa durante o período de pandemia, pois ela ofereceu ferramentas estratégicas para o enfrentamento das adversidades impostas nesse período (Vicente *et al.*, 2023). Em um estudo longitudinal realizado no Brasil com pessoas idosas, aquelas que tinham mais resiliência, realizavam mais as atividades avançadas da vida diária e tinham autopercepção positiva da saúde; tiveram menos chance de mortalidade antes e após o período pandêmico (Rodrigues; Tavares, 2024).

Com relação aos fatores associados à autopercepção positiva de saúde, identificou-se no presente estudo não usar medicamentos, não ser frágil, ser pré frágil e não ter sintomas depressivos. Para a manutenção positiva, ou mudança para positiva ao longo dos anos na autopercepção de saúde; os fatores associados foram ausência de fragilidade e de sintomas depressivos, ser pré frágil, sexo masculino e menor idade.

Não usar medicamentos de forma contínua está associado à autopercepção positiva de saúde. Nosso achado vai ao encontro de uma pesquisa longitudinal desenvolvida em Bambuí, MG, em que o maior uso de medicamentos de rotina estava associado à percepção ruim da saúde (Lima-Costa; Firmo; Uchôa, 2004). A polifarmácia está associada à presença de doenças crônicas, portanto, estas pessoas podem ter alterações clínicas, maior interação medicamentosa, mais exposição a efeitos colaterais dos medicamentos e, conseqüentemente, percebem sua saúde como negativa (Confortin *et al.*, 2015). O controle da polifarmácia é um grande desafio para a saúde pública, sobretudo entre as pessoas idosas. A equipe de saúde deve implementar estratégias para diminuir o uso de medicamentos pela população e implementar abordagens não farmacológicas para controle de morbidades pode ser uma boa estratégia (Barghouth *et al.*, 2023). Apesar do presente estudo não ter identificado relação entre autopercepção positiva de saúde e estilo de vida saudável, ressalta-se que o controle de condições crônicas deve ser realizado por meio de mudanças de estilo de vida, como forma de terapêutica não farmacológica, estimulando de forma positiva a qualidade de vida da pessoa idosa (Wollmann *et al.*, 2018).

A fragilidade foi avaliada em um estudo longitudinal realizado em Pequim, China com quase 5000 pessoas idosas, que identificou que pessoas idosas frágeis e pré-frágeis tinham menor chance de ter autopercepção positiva de saúde (seis vezes menos chance para frágeis e duas vezes menos chance nos pré-frágeis) (Zhao *et al.*, 2020). Foram associados a uma chance maior de autopercepção ruim ser pessoa com deficiência, ter cognição prejudicada, baixa

escolaridade e depressão (Zhao *et al.*, 2020). Em uma investigação de Taiwan, os participantes (entre 53 e 69 anos) em que a autopercepção de saúde se manteve boa ou variou de boa a moderada no período de oito anos do estudo apresentaram menor risco de fragilidade (Chu *et al.*, 2021). A presente investigação vai de encontro a estes achados.

A autopercepção negativa da saúde está relacionada a situações desfavoráveis de saúde e diminuição da funcionalidade progressiva das pessoas idosas aliada a um alto risco de vulnerabilidade entre pessoas frágeis. São necessárias ações planejadas, bem como políticas públicas de saúde para nortear toda rede de saúde a fim de proporcionar cuidados específicos as pessoas em todos os níveis de fragilidade (Maia *et al.*, 2020), sobretudo na Atenção Primária a Saúde, pois a identificação da fragilidade no serviço primário pode reduzir impactos sobre todo o sistema (Martins *et al.*, 2024). Planejar o cuidado à pessoa idosa pré-frágil ou frágil de forma individualizada pode prevenir ou evitar a evolução desta síndrome, sobretudo para aqueles que tenham uma rede de apoio social fraca (Fhon *et al.*, 2022).

Intervenções multiprofissionais que contemplem exercício físico e de resistência, treinamento cognitivo e jogos de tabuleiro são eficazes para reduzir a fragilidade, estimular a preservação da capacidade cognitiva e melhorar a autopercepção de saúde das pessoas residentes na comunidade, portanto é de suma importância a implementação de ações de prevenção a fragilidade na rotina dos serviços de saúde (Yu *et al.*, 2020). A alimentação saudável, equilibrada e rica em fonte de proteínas também é imprescindível para evitar a síndrome da fragilidade, uma vez que uma boa nutrição evita perdas de tecido muscular (Melo *et al.*, 2017). A fragilidade está relacionada a qualidade de vida das pessoas idosas, portanto protocolos de cuidados destinados a pessoas idosas mais vulneráveis podem contribuir no direcionamento dessas pessoas a serviços de referência multiprofissional de modo a minimizar ou reverter processos de doenças, consequentemente promovendo melhoria das funções vitais do corpo e qualidade de vida (Rabelo *et al.*, 2023).

A depressão é uma alteração psíquica relacionada a fatores biológicos e psicossociais, com grande incidência entre pessoas idosas, e está intimamente relacionada a um elevado risco de morbimortalidade; entretanto, muitas vezes seus sinais e sintomas são negligenciados pelos próprios profissionais de saúde, por julgarem serem intercorrências pertinentes ao processo de envelhecimento (Silva *et al.*, 2014). Avaliar a saúde mental é extremamente relevante na autopercepção da saúde das pessoas idosas, pois seu olhar em relação a sua saúde está intimamente ligado ao bem-estar (Ribeiro *et al.*, 2018). A depressão pode impactar significativamente a saúde física e mental, levando a mudanças no comportamento e no estilo de vida, contribuindo assim para uma autopercepção negativa da saúde (Sahril *et al.*, 2023)

Assim como no presente estudo, outras investigações também encontraram associação entre autopercepção de saúde e depressão, sendo que quanto menos sintomas depressivos as pessoas possuíam, mais positiva encontrava-se a autopercepção (Lima-Costa, Firmo, Uchôa; 2004; Krug *et al.*, 2018). Um estudo transnacional de comparação da autopercepção de saúde entre pessoas idosas mostrou que 22% dos Chineses avaliaram sua saúde como positiva, e nos Estados Unidos esse percentual foi de 74%, mostrando que a probabilidade de ter uma autopercepção positiva é cinco vezes maior nos americanos; e em ambos os países as pessoas idosas que apresentavam mais limitações nas atividades da vida diária, pior memória, pior saúde mental (depressão), pior cognição, presença de doença crônica tiveram a autopercepção da saúde ruim (Xu; Arling; Wang, 2019). A depressão pode interferir na autopercepção de saúde da população, portanto, para evitar tal complicação, ações devem ser constantemente realizadas, principalmente no campo da promoção e prevenção, evitando esse agravante e consequentemente reduzir custos com internações, medicamentos e tratamentos de saúde (Krug *et al.*, 2018).

Com relação ao sexo e à idade, o presente estudo identificou que os homens e as pessoas com menor idade tiveram mais chance de autopercepção positiva de saúde. Uma pesquisa no Sul do Brasil, realizada com pessoas adultas, evidenciou que 74,2% da população avaliavam sua saúde como positiva, porém a prevalência foi maior nos homens quando comparados às mulheres. Também se identificou uma prevalência menor de autopercepção positiva com o passar da idade, sendo que, para ambos os sexos, quanto maior a idade, mais chances de uma autopercepção negativa da saúde (Peres *et al.*, 2010). A diminuição da autopercepção positiva com o avançar da idade advém do aumento de comorbidades e das incapacidades funcionais adquiridas (Borim; Barros; Neri, 2012). Outros trabalhos também encontraram esses fatores (Carvalho *et al.*, 2019; Rocha *et al.*, 2023).

As mulheres utilizam com mais frequência os serviços de saúde, portanto tem mais chances de receberem diagnósticos de suas doenças e relatam mais queixas em relação aos homens (Peres *et al.*, 2010). Os homens apresentam um hábito de não falar sobre seus problemas de saúde e tão pouco de buscar serviços de saúde para atendimentos e exames de rotina, por conta disso acabam por não perceberem sua saúde como negativa (Figueiredo *et al.*, 2017). A autopercepção positiva aumentada no gênero masculino também pode ser explicada por desigualdades ambientais, biológicas e socioculturais (Zarini *et al.*, 2014).

Ressaltamos que outros fatores relacionados a autopercepção positiva da saúde foram encontrados na literatura, e que não foram avaliados ou evidenciados nesta pesquisa, como: melhor renda familiar (Vaz *et al.*, 2020), atividade física e capacidade funcional preservada

(Silva *et al.*, 2012), ausência de condições crônicas (Rocha *et al.*, 2021), maior escolaridade (Rocha *et al.*, 2023), situação conjugal – com parceiro (Figueiredo *et al.*, 2017), ocorrência de queda (Confortin *et al.*, 2015; Medeiros *et al.*, 2016), fácil acesso aos serviços de saúde (Medeiros *et al.*, 2016), alimentação adequada (Borim *et al.*, 2012) e suporte social adequado (Lima-Costa; Firmo; Uchôa, 2004). Recomenda-se que esses fatores, bem como aqueles relacionados à cognição, sejam avaliados em estudos futuros, com delineamento longitudinal.

O atendimento à pessoa idosa deve ser realizado de forma qualificada e com acolhimento, para oportunizar a identificação de dados subjetivos, como a autopercepção de saúde, a fim de que ela também seja uma ferramenta para nortear o plano de cuidados de forma individualizada (Ribeiro *et al.*, 2018). A autopercepção de saúde é um ótimo indicador de saúde e bem-estar da população, a avaliação de seus fatores associados pode nortear intervenções mais assertivas na manutenção e qualidade de vida da população (Brasil *et al.*, 2021). É uma medida eficaz e valiosa, que pode descrever a saúde da população, mesmo na indisponibilidade de outros dados de saúde (Bacak; Olafsdottir, 2017).

Pode-se identificar como limitações do presente estudo a coleta de dados ter sido realizada por instrumentos de autorrelato (como a avaliação da fragilidade) e de rastreio (como a avaliação de sintomas depressivos), que apesar de serem validados para este fim, não indicam um diagnóstico médico ou objetivo dessas condições. Ressalta-se, ainda, que a amostra foi composta por pessoas usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS), portanto, não conseguimos afirmar a representatividade dos resultados para a população usuária da saúde suplementar. Por fim, os entrevistados foram de apenas um município, não representando totalmente a realidade do estado ou país. Como pontos fortes, mencionamos o uso da avaliação da autopercepção da saúde, que pode ser amplamente utilizada, é fácil de ser aplicada e não possui custos adicionais, além de ser um preditor confiável de morbimortalidade; que a amostra foi composta por indivíduos com idade acima de 45 anos, ressaltando a importância de se avaliar o processo de envelhecimento, antes mesmo das pessoas se tornarem idosas; e a pesquisa ser longitudinal, aumentando a robustez dos dados obtidos.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A autopercepção de saúde é um sinalizador da condição de saúde da população, dinâmica e que a todo momento pode ser influenciada por fatores sociodemográficos e biopsicossociais. Nesse trabalho a autopercepção positiva da amostra oscilou, mantendo uma tendência crescente, não confirmando a hipótese inicial, que era de declínio. No primeiro tempo da pesquisa, não usar medicamentos, não ser frágil, ser pré- frágil e não ter sintomas depressivos estavam associados a autopercepção positiva da saúde. Alguns fatores foram significativamente associados às mudanças na autopercepção positiva de saúde, como: ser do sexo masculino, não ser frágil, ser pré-frágil, não ter sintomas depressivos e ter menor idade. Esses fatores confirmam parcialmente a hipótese inicial, de que as alterações (mudança ou manutenção) na autopercepção positiva de saúde estariam presentes em indivíduos não frágeis, pré- frágeis e sem sintomatologia depressiva, não confirmando a relação com os hábitos de vida saudáveis.

Esses resultados devem nortear ações de promoção e prevenção de doenças realizados pelas equipes multiprofissionais que atuam na Atenção Primária à Saúde, para estimular fatores que influenciam de forma positiva a autopercepção da saúde da população de seu território; como prevenção, diagnóstico precoce e reversão/ tratamento da fragilidade e da depressão, especialmente voltados às mulheres com maior idade; e assim ofertar um cuidado que propicie qualidade de vida e longevidade. Medidas não farmacológicas, como atividade física, estímulo cognitivo, estímulo a adesão de grupos terapêuticos e sociais podem ser benéficos para promover a autopercepção de saúde das pessoas idosas.

O enfermeiro, como um líder da equipe da Atenção Primária à Saúde, tem papel primordial na identificação da singularidade de sua população, podendo prestar um cuidado individualizado que estimule a autonomia das pessoas na tomada de decisões, e sobretudo, promovendo a equidade.

REFERÊNCIAS

- ABULADZE, L. *et al.* Associations between self-rated health and health behaviour among older adults in Estonia: a cross-sectional analysis. **BMJ Open**, v. 7, p. 1-9, 2017. Disponível em: <http://bmjopen.bmj.com/>. Acesso em 29 jan. 2024.
- ALVES, L. C.; RODRIGUES, R. N. Determinantes da autopercepção de saúde entre idosos do Município de São Paulo, Brasil. **Revista Panamericana de Salud Publica**, v. 17, n. 5/6, p. 333-341, 2005. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v17n5-6/26270.pdf>. Acesso em 29 jan. 2024.
- ALMEVALL, A. *et al.* Self-rated health in old age, related factors and survival: A 20-Year longitudinal study within the Silver-MONICA cohort. **Archives of Gerontology and Geriatrics**, v. 122, p. 1-10, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.archger.2024.105392>. Acesso em 01 jul. 2024.
- ANDRADE, D. S. *et al.* Percepção acerca do envelhecimento saudável e das questões raciais. **Revista de Enfermagem UFPE Online**, v. 13, n. 1, p. 281-287, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v13i1a235200p281-287-2019>. Acesso em 29 set 2023.
- BARGHOUTH, M. H. *et al.* Polypharmacy and the change of self-rated health in community-dwelling older adults. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 20, p. 1-16, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph20054159>. Acesso em 29 de jul. 2024.
- BATISTA, C. C. *et al.* Boas escolhas e fatores de risco associados ao envelhecimento saudável: Revisão de literatura. **Revista Amazonense de Geriatria e Gerontologia**, v. 12, p. 1-14, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.53817/1983-6929-ragg-v12n1-1>. Acesso em 29 set. 2023.
- BATISTONI, S. S. T.; NERI, A. L.; CUPERTINO, A. P. Validade e confiabilidade da versão brasileira da Center for Epidemiological Scale – Depression (CES-D) em idosos brasileiros. **Psico-USF**, v. 15, n. 1, p. 13-22, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S141382712010000100003>. Acesso em 29 set. 2023.
- BACAK, V.; OLAFSDOTTIR, S. Gender and validity of self-rated health in nineteen European countries. **Scandinavian Journal of Public Health**, v. 45, p. 647- 653, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/1403494817717405>. Acesso em 29 set. 2023.
- BENEDETTI, T. R. B. *et al.* Reprodutibilidade e validade do Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ) em homens idosos. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, v. 13, n. 1, p. 11-16, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1517-86922007000100004>. Acesso em 29 set. 2023.
- BORGES, A. M. *et al.* Autopercepção de saúde em idosos residentes em um município do interior do Rio Grande do Sul. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 17, n. 1, p. 79-86, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1809-98232014000100009>. Acesso em 29 set. 2023.

BORIN, F. S. A.; BARROS, M. B. A.; NERI, A. L. Autoavaliação da saúde em idosos: pesquisa de base populacional no município de Campinas, São Paulo, Brasil. **Revista Caderno de Saúde Pública**, v. 28, n. 4, p. 769-780, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2012000400016>. Acesso em 29 set. 2023.

BRAMHANKAR, M. *et al.* An assessment of self-rated life satisfaction and its correlates with physical, mental and social health status among older adults in India. **Scientific Reports**, v. 13, p. 1-13, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1038/s41598-023-36041-3>. Acesso em 29 de mar. de 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 2.528, de 19 de outubro de 2006**. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília, DF. 2006.

BRASIL, C. H. G. *et al.* Autopercepção positiva de saúde entre idosos não longevos e longevos e fatores associados. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. Supl.3, p. 5157-5170, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320212611.3.06352020>. Acesso em 31 abr. 2023.

CAPELLOS, V. M. Feminização do envelhecimento: um fenômeno multifacetado muito além dos números. **Revista de Administração de Empresas FVG**, v. 61, n. 2, p. 1-7, 2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-759020210208>. Acesso em 29 mar. 2024.

CARNEIRO, T. P. *et al.* O processo de envelhecimento saudável versus pandemia de COVID-19: atuação do enfermeiro na atenção primária a saúde. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 3, p. 1-9, 2022. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33448/rsdv11i5.27889>. Acesso em 29 mar. 2024.

CARVALHO, F. F. *et al.* Análise da percepção do estado de saúde dos idosos da região metropolitana de Belo Horizonte. **Geriatrics & Gerontology**, v. 5, n. 4, p. 189 – 195, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1809-98232012000200011>. Acesso em 01 set. 2023.

CHAKRAWARTY, A. *et al.* Psycho-social and behavioral impact of COVID-19 on middle-aged and elderly individuals: A qualitative study. **Journal of Education and Health Promotion**, v.10, p. 1-7, 2021. Disponível em: https://10.4103/jehp.jehp_1458_20. Acesso em 10 jan. 2025.

CHU, W. *et al.* Self-rated health trajectory and frailty among community-dwelling older adults: evidence from the Taiwan Longitudinal Study on Aging (TLSA). **BMJ Open**, v. 11, n. 8, e049795, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-049795>. Acesso em 13 ago. 2024.

CONFORTIN, S. C. *et al.* Autopercepção positiva de saúde em idosos: estudo populacional no Sul do Brasil. **Revista Caderno de Saúde Pública**, v. 31, n. 5, p. 1049-1060, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00132014>. Acesso em 01 set. 2023.

CUMMINGS, J. L. Entangled Inequalities: U.S. Trends in self-rated health

at the intersection of gender and race, 1972–2018. **Social Indicators Research**, v. 169, p. 759-774, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s11205-023-03180-z>. Acesso em 31 abr. 2023.

DAVIRI, C. *et al.* Lifestyle and self-rated health: a cross-sectional study of 3,601 citizens of Athens, Greece. **BMC Public Health**, v. 11, p. 1-9, 2011. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/11/619>. Acesso em 31 abr. 2023.

DESALVO, K. B. *et al.* Mortality prediction with a single general self-rated health question: a meta - analysis. **Journal of General Internal medicine**, v. 21, n. 3, p. 267-275, 2006. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/j.1525-1497.2005.00291.x>. Acesso em 30 mai. 2024.

DONG, Y., PENG, C. J. Principled missing data methods for researchers. **SpringerPlus**, v. 2, n. 1, p. 1-17, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/2193-1801-2-222>. Acesso em 20 de set. 2023.

DRAMÉ, M.; CANTEGRIT, E.; GODAERT, L. Self-rated health as a predictor of mortality in older adults: a systematic review. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 20, p. 1-12, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph20053813>. Acesso em 13 jan. 2024.

FALK, H. *et al.* Self-rated health and its association with mortality in older adults in China, India and Latin America—a 10/66 Dementia Research Group study. **Age and Ageing Journal**, v. 46, p. 939-945, 2017. Disponível em: <https://academic.oup.com/ageing/article/46/6/932/3978482>. Acesso em 30 jul. 2024.

FERNÁNDEZ- BALELESTEROS, R.; SÁNCHEZ- IZQUIERDO, M. Health, Psycho-Social Factors, and Ageism in Older Adults in Spain during the COVID-19 Pandemic. **Healthcare**, v. 9, p. 1-15, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/healthcare9030256>. Acesso em 10 jan. 2025.

FHON, J. R. S. *et al.* Fragilidade e fatores sociodemográficos, de saúde e rede de apoio social em idosos brasileiros: estudo longitudinal. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 56, p. 1-8, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0192>. Acesso em 30 abr. 2023.

FIGUEIREDO, A. C. M. G. *et al.* Autoavaliação da condição de saúde da população baiana. **Revista de Saúde Coletiva da UEFS**, v. 7, n. 3, p. 40-44, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.13102/rscdauufs.v0i0.2114>. Acesso em 30 abr. 2023.

FILADELFO, J. S.; CÂNDIDO, A. S. C. Percepção do adulto-jovem sobre o envelhecer. **Id on line Revista Multidisciplinar e de Psicologia**, v.10, n.31, p. 172-183, 2016. Disponível em: <http://idonline.emnuvens.com.br/id>. Acesso em 30 abr., 2023.

FILHA, M. M. T.; SZWARCOWALD, C. L.; JUNIOR, P. R. B. Measurements of reported morbidity and interrelationships with health dimensions. **Revista de Saúde Pública**, v. 42, n. 1, p. 1-8, 2008. Disponível em: http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsStatistics/DH_4008058. Acesso em 30 abr. 2023.

- FREIRE, M. C. M.; PATUSSI, M. P. Tipos de estudos. *In*: ESTRELA, C. **Metodologia Científica. Ciência, ensino e pesquisa**. 3ed, Porto Alegre: Artes Médicas, p. 109-127, 2018.
- FRIEDMAN, E. M.; TEAS, E. Self-Rated Health and Mortality: Moderation by Purpose in Life. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 20, n. 12, 6171, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph20126171>. Acesso em 13 ago. 2024.
- GIRI, S. *et al.* Use of Single-Item Self-Rated Health Measure to Identify Frailty and Geriatric Assessment-Identified Impairments Among Older Adults with Cancer. **The Oncologist**, v. 27, n. 1, p. 45-52, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/oncolo/oyab020>. Acesso em 16 abr. 2024.
- GOINS, R. T. *et al.* Older Adults in the United States and COVID-19: A Qualitative Study of Perceptions, Finances, Coping, and Emotions. **Frontiers in Public Health**, v.9, p. 1- 9, 2021. Disponível em: <https://10.3389/fpubh.2021.660536>. Acesso em 10 jan 2025.
- GOMES, M. M. F. *et al.* Marcadores da autopercepção positiva de saúde de pessoas idosas no Brasil. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 34, p. 1-8, 2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.37689/actaape/2021AO02851>. Acesso em 30 abr. 2023.
- GRAHAN, J. W. Missing Data Analysis: Making It Work in the Real World. **Annual Review of Psychology**, v. 60, n. 1, p. 549–576, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.58.110405.085530>. Acesso em 12 nov. 2023.
- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Brasileiro de 2022**. Rio de Janeiro: IBGE, 2022.
- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios Contínua**. 2022. Retirado de https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv102004_informativo.pdf
- JEON, H. *et al.* Interaction effects of the COVID-19 pandemic and regional deprivation on self-rated health: a cross-sectional study. **BMC Public Health**. v.24, p. 1- 8, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12889-024-19814-x>. Acesso em 10 jan. 2025.
- JESUS, S. R.; AGUIAR, H. J. R. Autopercepção positiva de saúde entre idosos na região do Nordeste do Brasil. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 4, n. 5, p. 20025-20041, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.34119/bjhrv4n5-124>. Acesso em 12 nov. 2023.
- LIMA-COSTA, M. F.; FIRMO, J. O. A.; UCHÔA, E. A estrutura da autoavaliação da saúde entre idosos: Projeto Bambuí. **Revista Saúde Pública**, v. 38, n. 6, p. 827-834, 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102004000600011>. Acesso em 12 nov. 2023.
- KRUG, R. R. *et al.* Fatores sociodemográficos, comportamentais e de saúde associados à autopercepção de saúde positiva de idosos longevos residentes em Florianópolis, Santa Catarina. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 21, p. 1-16, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-549720180004>. Acesso em 15 dez. 2023.

MACEDO C., GAZOLLA J. M., NAJAS, M. Síndrome da fragilidade no idoso: importância da fisioterapia. **Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde**, v. 33, n. 3, p. 177-184, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.7322/abcs.v33i3.154>. Acesso em 12 nov. 2023.

MAIA, L. C. *et al.* Fragilidade em idosos assistidos por equipes da atenção primária. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 12, p. 541-550, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320202512.04962019>. Acesso em 15 dez. 2023.

MAGNOBOSCO-MARTINS, C. R.; CARMARGO, B. C.; BIASUS, F. Representações sociais do idoso e da velhice de diferentes faixas etárias. **Universitas Psychologica**, v. 8, n. 3, p.831-847, 2009. Disponível em: <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/revPsycho/article/view/627/388>. Acesso em 30 abr. 2023.

MARQUES, S. R. L.; ESCARCE, A. G.; LEMOS, S. M. A. Letramento em saúde e autopercepção de saúde em adultos usuários da atenção primária. **Revista CoDAS**, v. 30, n. 2, p. 1-8, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2317-1782/20182017127>. Acesso em 12 nov. 2023.

MARTINS, A. C. A. *et al.* Avaliação da fragilidade em idosos comunitários por faixa etária e instrumentos diferentes. **Revista Contemporânea**, v. 4, n. 3, p. 1-23, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.56083/RCV4N3-041>. Acesso em 10 jul. 2024.

MATSUDO, S. *et al.* Questionário internacional de atividade física (IPAQ): estudo de validade e reprodutibilidade no Brasil. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, v. 6, n. 2, p. 5-18, 2001. Disponível em: <https://doi.org/10.12820/rbafs.v.6n2p5-18>. Acesso em 02 fev. 2024.

MEDEIROS, S. M. Fatores associados à autopercepção negativa da saúde entre idosos não institucionalizados de Montes Claros, Brasil. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v. 21, n. 11, p. 3377-3386, p. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413812320152111.18752015>. Acesso em 12 nov. 2023.

MELO, A. C. *et al.* Consumo alimentar e antropometria relacionados à síndrome de fragilidade em idosos residentes em comunidade de baixa renda de um grande centro urbano. **Revista Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n.8, p. 1-12, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00188815>. Acesso em 30 abr. 2025.

NUNES, D. P. *et al.* Rastreamento de fragilidade em idosos por instrumento autorreferido. **Revista de Saúde Pública**, v. 49, n. 2, p. 1-9, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2015049005516>. Acesso em 15 dez. 2023.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Envelhecimento ativo: uma política pública de saúde. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2005.

PERES, M. A. *et al.* Auto-avaliação da saúde em adultos no Sul do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 44, n. 5, p. 901- 911, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102010000500016>. Acesso em 10 mai. 2023.

PETERS, A. The Impact of the COVID-19 Pandemic on Self-Reported Health. **Deutsches Ärzteblatt International**, v. 117, p. 861 – 867, 2020. Disponível em: <https://10.3238/arztebl.2020.0861>. Acesso em 10 mar. 2024.

POUBEL, P. B. *et al.* Autopercepção de saúde e aspectos clínicos- funcionais dos idosos atendidos em uma unidade básica de saúde no norte do Brasil. **Journal Health & Biological Sciences**, v. 5, n. 1, p. 71-78, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.12662/2317-3076jhbs.v5i1.1054.p71-78.2017>. Acesso em 10 dez. 2023.

RABELO, M. A. *et al.* Fragilidade e qualidade de vida em idoso. **Research, Society and Development**, v. 12, n. 3, p. 1-10, 2023. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v12i3.40738>. Acesso em 15 jun. 2024.

REICHERT, F. F.; LOCH, M. R.; CAPILHEIRA, M. F. Autopercepção de saúde em adolescentes, adultos e idosos. **Ciência de Saúde Coletiva**, v. 17, n. 12, p. 3353- 3362, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012001200020>. Acesso em 10 dez. 2023.

REINWARTH, A. C. *et al.* Self-rated physical health predicts mortality in aging persons beyond objective health risks. **Scientific Reports**, v. 13, p. 1-9, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1038/s41598-023-46882-7>. Acesso em 15 jun. 2024.

RIBEIRO, E. G. *et al.* Autopercepção de saúde e vulnerabilidade clinico- funcional de idoso de Belo Horizonte/ Minas Gerais. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, n. 2, p. 914-924, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0135>. Acesso em 20 ago. 2023.

ROCHA, F. C. *et al.* Autoavaliação negativa do estado de saúde entre adultos no Brasil. **Revisa**, v. 12, n. 1, p. 112- 123, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.36239/revisa.v12.n1.p112a123>. Acesso em 15 jun. 2024.

ROCHA, F. C. *et al.* Fatores associados à piora da autopercepção da saúde em idosos: estudo longitudinal. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 24, n. 4, p. 1-11, 2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562021024.210213>. Acesso em 12 nov. 2023.

RODRIGUES, F. R.; TAVARES, D. M. S. Resiliência e mortalidade em idosos: análise de equação estrutural. **Revista Texto e Contexto Enfermagem**. v. 33, p. 1-13, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2024-0067pt>. Acesso em 08 jan. 2025.

SAHRIL, N. *et al.* Poor self-rated health and associated factors among olderpersons in Malaysia: A population-based Study. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 20, p. 1-13, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph20054342>. Acesso em 15 jun. 2024.

SANTOS, R. M. *et al.* Prevalência e fatores associados à autopercepção negativa da saúde em usuários atendidos na atenção primária de um município do norte gaúcho. **Revista de APS**, v. 26, p. 1- 18, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.34019/1809-8363.2023.v26.39277>. Acesso em 15 jun. 2024.

SCHNITTKER, J.; BACK, V. The increasing predictive validity of self-rated health. **Plos One**, v. 9, p. 1-11, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0084933>. Acesso em 10 mar. 2024.

SILVA, R. J. S. *et al.* Prevalência de fatores associados à percepção negativa de saúde em pessoas idosas no Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 15, n. 1, p. 49-62, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1415-790X2012000100005>. Acesso em 10 mai. 2023.

SILVA, G. E. M. *et al.* Depressão: conhecimento de idosos atendidos em Unidades de Saúde da Família do município de Limoeiro – PE. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 18, n. 1, p. 82-87, 2014. Disponível em: <http://www.revenf.bvs.br/pdf/reme/v18n1/v18n1a07.pdf>. Acesso em 10 jun. 2024.

SILVA, A. O.; FARIAS, R. C. P.; TEIXEIRA, D. P. O envelhecimento na percepção de sujeitos quinquagenários. **Oikos: Família e sociedade em debate**, v. 20, n. 2, p. 284–303, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.31423/oikos.v30i2.8215>. Acesso em 10 mai. 2023.

SILVEIRA, D. X.; JORGE, M. R. Propriedades psicométricas da escala de rastreamento populacional para depressão CES-D em populações clínicas e não-clínicas de adolescentes e adultos jovens. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 25, n. 5, p. 251-261, 1998.

SOUZA, V. D.; DRIESSNACK, M.; MENDES, I. A. C. Revisão dos desenhos de pesquisa relevantes para enfermagem. Parte 1: desenhos de pesquisa quantitativa. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v. 15, n. 3, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692007000300022>. Acesso em 10 mai. 2023.

SZWARCWALD, C. L. *et al.* Factors affecting Brazilians' self-rated health during the COVID-19 pandemic. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, n.3, p. 1-12, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00182720>. Acesso em 19 mai. 2024.

TRINTINAGLIA, V.; BONAMIGO, A. W.; AZAMBUJA, M. S. Políticas Públicas de saúde para o envelhecimento saudável na América Latina: uma revisão integrativa. **Revista Brasileira de Promoção à saúde**, v. 34, p. 1-15, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.5020/18061230.2022.11762>. Acesso em 10 mai. 2023.

VAN DE WEIJER, M. P. *et al.* Self-rated health when population health is challenged by the COVID-19 pandemic; a longitudinal study. **Social Science & Medicine**, v. 306, p. 1-8, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2022.115156>. Acesso em 10 jan. 2024.

VAZ, C. T. *et al.* Fatores associados à autopercepção de saúde entre idosos de grupos comunitários. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 33, p. 1-11, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.5020/18061230.2020.10328>. Acesso em 10 dez. 2023.

VICENTE, M. C. *et al.* Resiliência em pessoas idosas diante da pandemia de COVID-19: revisão integrativa. **Revista Acta Paulista de Enfermagem**, v. 36, p. 1-10, 2023. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.37689/acta-ape/2023AR022032>. Acesso em 29 jan. 2025.

WOLLMANN, P. G. A. *et al.* Associação entre a autopercepção do envelhecimento e a autopercepção da saúde. **Estudos Interdisciplinares sobre o envelhecimento**, v. 23, n. 3, p.

95-110, 2018. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/RevEnvelhecer/article/view/65634/52832>. Acesso em 10 dez. 2023.

WHO. World Health Organization. **Ageing and health**. 2022. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>. Acesso em 20 ago. 2023.

WHITMORE, C. *et al.* What Factors Shape Self-Reported Health Among Community-Dwelling Older Adults? A Scoping Review. **Canadian Journal on Aging**, v. 40, n. 2, p. 177-192, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1017/S0714980820000124>. Acesso em 20 ago. 2023.

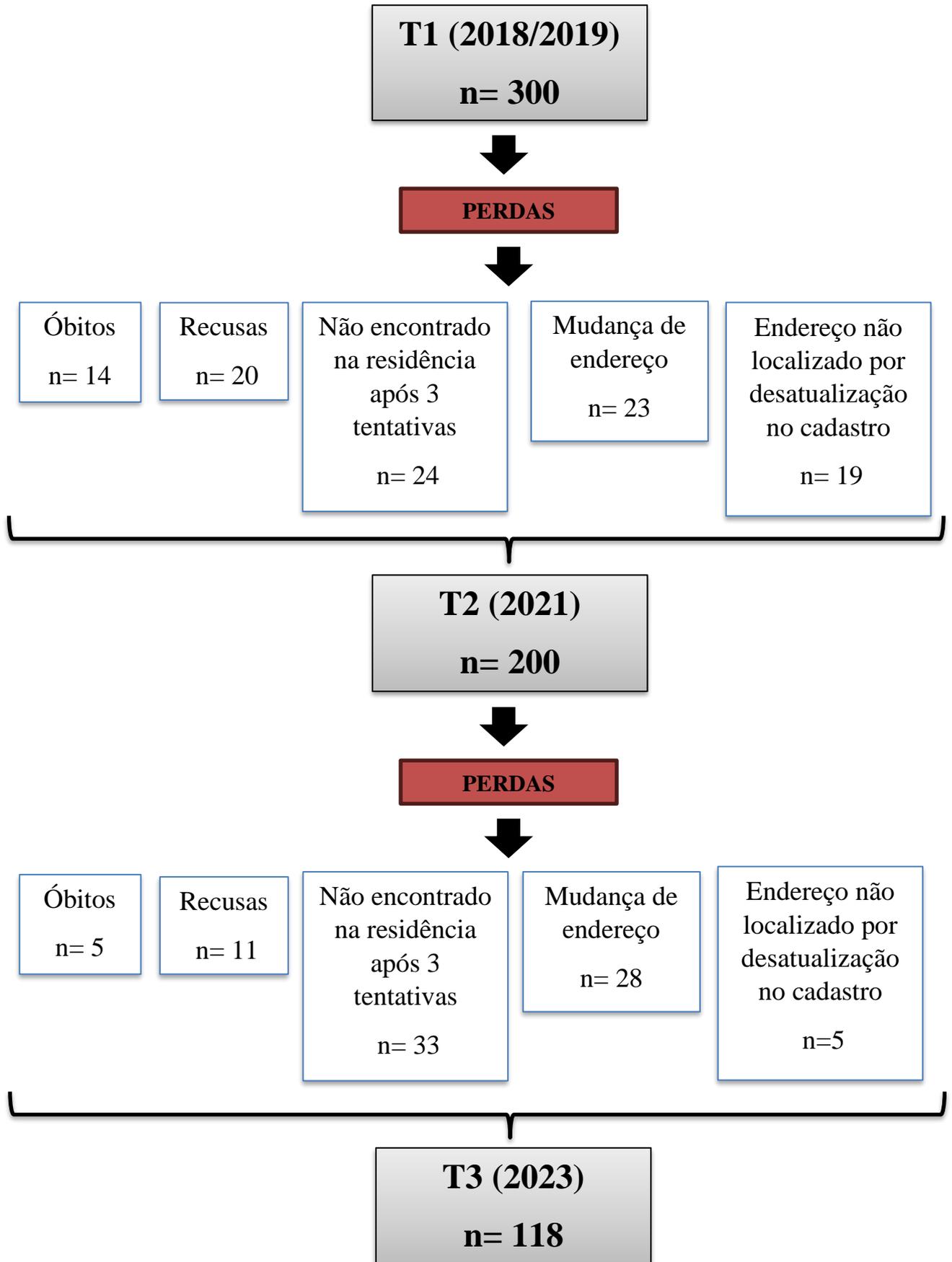
YU, R. *et al.* Effects of a multicomponent frailty prevention program in prefrail community-dwelling older persons: A randomized controlled trial. **Janda**, v. 21, p. 294- 304, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2019.08.024>. Acesso em 20 ago. 2023.

XU, D.; ARLING, G.; WANG, K. A cross-sectional study of self-rated health among older adults: a comparison of China and the United States. **BMJ Open**. v. 9, p. 1-9, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-027895>. Acesso em 20 ago. 2023.

ZARINI, G. G. *et al.* Lifestyle Behaviors and self-rated Health: The living for health program. **Journal of Environmental and Public Health**, p. 1-9, 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1155/2014/315042>. Acesso em 30 de mai. de 2024.

ZHAO, J. *et al.* Poor self-perceived health is associated with frailty and prefrailty in urban living older adults: A cross-sectional analysis. **Geriatric Nursing**, v. 41, p. 754- 760, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2020.05.003>. Acesso em 16 abr. 2024.

APÊNDICE A – FLUXOGRAMA DE COLETA DE DADOS



APÊNDICE B – PROTOCOLO DE COLETA DE DADOS

Código: _____

PROTOCOLO DE COLETA DE DADOS

Dados do entrevistador

Nome: _____

Data da entrevista: ____/____/____ Início: _____ Término: ____ Duração: ____ minutos

Caracterização	
Sexo: (1) Masculino (2) Feminino	
Data de nascimento: ____/____/____ Idade: ____ anos	
Estado Civil: (1) Casado(a) ou vive com companheiro(a) (2) Solteiro (a) (3) Divorciado/ separado/ desquitado (4) Viúvo	
Escolaridade: Número de anos de estudo: ____ anos Obs: Marcar 0 (zero) para Analfabetos/Não estudou / Deixar em branco para Não Respondeu	
O Sr. (a) utiliza algum medicamento de forma contínua? (1) Sim (0) Não (99) NR	
Avaliação subjetiva da saúde	
De modo geral, como o(a) senhor(a) avalia a sua saúde? (1) Muito boa (2) Boa (3) Regular (4) Ruim (5) Muito ruim	
Outras informações	
Participa de grupos sociais (centro comunitário, igreja, etc.)? (1) Sim (0) Não (99) NR	
Tabagismo - Você fuma atualmente? (1) Sim (0) Não (99) NR	
Uso de álcool - Você faz uso de álcool atualmente? (1) Sim (0) Não (99) NR	

APÊNDICE B – ARTIGO

Título: Análise longitudinal dos fatores associados a autopercepção positiva de saúde em adultos de meia-idade e pessoas idosas¹

Resumo:

Objetivo: Analisar os fatores sociodemográficos e biopsicossociais associados a autopercepção positiva da saúde em adultos de meia-idade e pessoas idosas em três momentos no tempo.

Desenho: Trata-se de um estudo longitudinal e quantitativo. **Métodos:** Foi desenvolvido com pessoas de 45 anos ou mais de idade usuários do serviço público de saúde em um município do interior do Brasil, em três momentos no tempo. A primeira coleta aconteceu em 2018/2019 (n=300); segunda coleta em 2021 (n=200) e terceira coleta em 2023 (n=180). A variável dependente foi a autopercepção positiva da saúde e as independentes foram dados sociodemográficos e de saúde, fragilidade, sintomas depressivos e hábitos de vida. Os dados foram analisados utilizando modelos de regressão multinomial. **Resultados:** Na primeira avaliação, os fatores associados a autopercepção positiva de saúde foram não usar medicamento, não ser frágil e não ter sintomas depressivos. Na segunda, foram associados à manutenção/ melhora da autopercepção de saúde a ausência de fragilidade e de sintomas depressivos e ser homem. Na terceira avaliação, os fatores associados à manutenção/ melhora da autopercepção de saúde foram maior idade, ausência de fragilidade e de sintomas depressivos. **Conclusão:** Os homens, os indivíduos sem fragilidade e sem sintomas depressivos, e aqueles com menor idade conseguem manter ou promover a autopercepção positiva de saúde ao longo do tempo. **Evidências clínicas:** Os resultados devem nortear ações de promoção e prevenção de doenças realizados pelas equipes de saúde, para estimular fatores que influenciam de forma positiva a autopercepção da saúde da população.

Palavras – chave: Autopercepção. Enfermagem Geriátrica. Envelhecimento. Idoso. Pessoa de Meia-Idade.

Introdução:

A autopercepção de saúde é uma avaliação subjetiva que permite ao indivíduo analisar sua própria saúde, incluindo o autojulgamento, a avaliação das próprias emoções, suas perspectivas e oportunidades. Reflete a grandeza e a diversidade social, e também disparidades sociais e de gênero (Gomes *et al.*, 2021). É uma avaliação confiável, rápida, eficaz e de baixo custo para mensurar a saúde da população mediante sua própria percepção; e é constantemente influenciada por fatores sociodemográficos, ao comportamento e às condições de saúde (Jesus; Aguiar, 2021). Por meio dela pode-se avaliar dimensões que vão além da ausência de doença, como as biológicas, psicológicas e sociais, incluindo também aspectos demográficos e até comportamentais (Reichert; Loch; Capilheira, 2012; Giri *et al.*, 2022; Schaapa *et al.*, 2024). A autopercepção da saúde também pode ser conceituada como uma percepção que o indivíduo

¹ O artigo está parcialmente formatado nas normas do periódico *Journal of Community Health Nursing*. As citações e referências serão organizadas em formato Vancouver após as correções da defesa.

tem de seus objetivos e motivações pessoais em relação à sua saúde, e que podem influenciar o risco de doenças ao longo do tempo. Adultos mais velhos com autopercepção positiva da saúde tendem a adotar estratégias mais ativas para lidar com problemas de saúde (Peng *et al.*, 2025).

Para avaliar a autopercepção de saúde é necessário realizar uma coleta de dados simples, tornando uma ferramenta fácil para os trabalhadores executarem e aceitável pela população. Pode ser avaliada mediante a pergunta: “como você avalia sua saúde?”. As respostas podem ser em uma escala binária considerando positiva ou negativa e em uma escala de valores, como: muito boa, boa, regular, ruim e muito ruim (Dramé; Cantegrit; Godaert, 2023).

A autopercepção de saúde é também um sinalizador de mortalidade, uma vez que indivíduos que têm autopercepção de saúde ruim têm também maior risco de morte (Alves; Rodrigues, 2005; Dramé; Contegrit; Godaert, 2023; Friedman; Teas, 2023) em curto, médio ou longo prazo (Dramé; Contegrit; Godaert, 2023). Pessoas com autopercepção de saúde ruim têm 43% a mais de chance de morrer dentro de quatro anos comparando-se com aquelas que tem autopercepção positiva (Falk *et al.*, 2017). Portanto, a autopercepção da saúde possui uma validade preditiva forte e crescente (Schnittker; Back, 2014).

Estratégias de promoção de saúde devem ser implementadas no início da vida do cidadão, e continuar ao longo do ciclo vital. Faz-se necessário identificar fatores que levam a uma autopercepção negativa ou positiva da saúde, que sejam passíveis de modificação, podendo auxiliar os profissionais de saúde no planejamento e execução de estratégias, visando assim melhorar a saúde do indivíduo (Dramé; Cantegrit; Godaert, 2023). Ações preventivas de saúde, como consulta regular médica, medição de pressão arterial, e teste de glicemia capilar periódicos desempenham um papel crucial na manutenção ou melhora da autopercepção de saúde da população (Manavgat; Demirci, 2024).

Compreender a autopercepção da saúde da população e seus fatores associados é de suma importância para a construção de ações de saúde mais assertivas a fim de manter e promover a qualidade de vida da população (Brasil *et al.*, 2021). Mediante ao progressivo envelhecimento populacional é fundamental que ocorram discussões sobre a saúde e a qualidade de vida da população que envelhece, a fim de promover ações assertivas quanto à promoção de saúde, uma vez que o envelhecimento não é um acontecimento patológico, mas sim um processo que faz parte de todo o ciclo vital, e deve acontecer de forma saudável (Batista *et al.*, 2021).

Dados quanto à autopercepção de saúde subsidiam políticas públicas, visando a equidade em saúde, a promoção de saúde e a prevenção de agravos; e, conseqüentemente, proporcionam à população uma melhor qualidade de vida (Jesus; Aguiar, 2021). Portanto, a

avaliação da autopercepção de saúde de pessoas adultas e idosas é importante, uma vez que ela é um preditor de mortalidade e uma ferramenta para o conhecimento de fatores que estimulam de forma positiva a saúde e o envelhecimento saudável. O objetivo foi analisar os fatores sociodemográficos e biopsicossociais associados às mudanças na autopercepção positiva da saúde de adultos de meia-idade e pessoas idosas brasileiras em três momentos no tempo. Tem-se como hipóteses que acontece um declínio na autopercepção positiva da saúde ao longo do tempo, e que a autopercepção positiva de saúde (promoção ou manutenção) está associada à ausência de fragilidade, à adoção de hábitos saudáveis de vida e à ausência de sintomas depressivos.

Materiais e método:

Considerações éticas

Esta pesquisa teve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil. Antes das entrevistas era realizada a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e o participante que consentia em realizar assinava duas cópias, sendo disponibilizada uma cópia a ele e outra ficava arquivada com os pesquisadores.

Desenho do estudo

Trata-se de uma pesquisa longitudinal, de abordagem quantitativa, realizada em três momentos de tempo, em 2018/2019 (T1), em 2021 (T2) e 2023 (T3). A segunda coleta de dados aconteceu 2,4 anos após a primeira e a terceira 1,9 anos após a segunda. Durante o segundo tempo o Brasil e o mundo viviam a Pandemia da Covid 19.

Crítérios de inclusão e exclusão

Foram incluídos indivíduos com 45 anos ou mais de idade, cadastrados nas Unidades de Saúde da Família do município; e excluídos aqueles que possuíam comprometimento cognitivo ou de fala que impedia a comunicação.

Participantes e coleta de dados

A amostra foi constituída por 300 pessoas com idade de 45 anos ou mais cadastradas nas Unidades de Saúde da Família (USF) do município de Três Lagoas, Mato Grosso do Sul, Brasil. Para definição do tamanho da amostra foi realizado um cálculo do tamanho amostral baseando-se na fórmula de estimativa de proporção em população finita, adotando o nível de

significância de 5% ($\alpha = 0,05$), o erro amostral de 6% ($e = 0,06$) e a estimativa conservadora de 50% ($p = 0,50$), cujo valor fornece o maior tamanho amostral. Foi considerada a população finita de $N = 26.331$ (total de indivíduos acima de 45 anos no município de acordo com o último censo disponível no ano de 2018). A amostra mínima foi de 265 indivíduos, sobre a qual acrescentou-se 10% para minimizar possíveis perdas, resultando em 292 participantes. Os participantes foram selecionados de forma aleatória, de acordo com uma lista de todos os indivíduos acima de 45 anos fornecida pelas equipes das nove USF, sendo entrevistados ao final do primeiro tempo 300 indivíduos. A coleta de dados aconteceu nas dependências das USF ou nas residências dos participantes, de acordo com a disponibilidade individual. As entrevistas duravam cerca de 40 minutos, em média, e foram conduzidas por alunos da graduação e pós graduação previamente treinados e monitorados durante o processo.

Variáveis do estudo

A variável dependente foi a autopercepção positiva da saúde, avaliada pela pergunta: “Como o (a) senhor (a) avalia sua saúde do momento atual?”, com cinco opções de resposta: “muito boa”, “boa”, “regular”, “ruim”, “muito ruim”. Foi considerada como autopercepção positiva as respostas “muito boa” e “boa”, de acordo com investigações anteriores (Confortin *et al.*, 2015; Krug *et al.*, 2018; Brasil *et al.*, 2021; Gomes *et al.*, 2021; Jesus; Aguiar, 2021; Marques; Escarce; Lemos, 2018).

As variáveis independentes também foram selecionadas por indicarem, em estudos anteriores, possível relação com a autopercepção positiva da saúde (Borges *et al.*, 2014; Borim; Barros; Neri, 2012; Brasil *et al.*, 2021; Chu *et al.*, 2021; Giri *et al.*, 2022; Lima- Costa; Firmo; Uchôa, 2004). As variáveis independentes foram:

- Variáveis sociodemográficas e de saúde: sexo (masculino, feminino), idade (em anos completos), estado civil (com companheiro, sem companheiro), escolaridade (em anos completos) e se toma medicamentos de uso contínuo (sim, não).

- Fragilidade: foi avaliada pelo instrumento de avaliação autorreferida que, por meio de cinco perguntas objetivas, avalia os componentes clínicos da síndrome da fragilidade que são perda de peso, redução da força, redução da velocidade de caminhada, baixa atividade física, fadiga autorrelatada. O indivíduo que respondia de forma positiva a três ou mais componentes foi caracterizados como frágil, a uma ou duas como pré-frágil e a nenhuma como não frágil (robusto) (Nunes *et al.*, 2015).

- Sintomas depressivos: avaliados pela *Center for Epidemiological Studies-Depression* (CES-D), escala validada no Brasil em populações de adolescentes, adultos e pessoas idosas; é

composta por 20 itens com escore final de zero a 60 pontos, sendo que o ponto de corte para identificar a presença de sintomas depressivos é ≥ 16 pontos para adultos e ≥ 12 pontos para pessoas idosas (Silveira; Jorge, 1998; Batistoni; Neri; Cupertino, 2010).

- Hábitos de vida: os hábitos saudáveis avaliados foram a participação em grupos sociais, não fazer uso de álcool, não ser tabagista, ser fisicamente ativo (avaliado pelo Questionário Internacional de Atividade Física – IPAQ - versão curta; sendo considerado ativo - praticar pelo menos 150 minutos de atividade física moderada e/ou 75 minutos de atividade física intensa por semana) (Benedetti *et al.*, 2007; Matsudo *et al.*, 2001) e alimentar-se pelo menos com três refeições por dia. Os participantes que preencheram quatro ou cinco critérios de hábitos saudáveis foram classificados como saudáveis; os que preencheram dois ou três, como parcialmente saudáveis; e os que preencheram um ou nenhum, como não saudáveis.

Análise dos dados

Os dados da pesquisa foram organizados no *Microsoft Excel* em dupla entrada, conferidos e, após, foram exportados para o *Statistical Package for Social Science* (SPSS) versão 25.0. Os dados faltantes seguiram um padrão monótono, e foram tratados por imputação por meio do método de maximização de expectativa (EM), sendo considerados *Missing Completely at Random* (teste de MCAR de Little: $X^2(89) = 88,19, p = 0,504$) (Graham, 2009).

Foram realizadas análises descritivas para as variáveis categóricas (frequência absoluta e relativa) e quantitativas (média e desvio padrão). A prevalência e o intervalo de confiança (IC95%) de autopercepção positiva da saúde foram calculados nos três momentos de tempo da pesquisa e os dados foram comparados pelo teste Q de Cochran. Também foi calculada a incidência de autopercepção positiva da saúde em T2 e T3. A autopercepção de saúde em T2 e T3 foi categorizada em: negativa, manteve-se positiva (quando era positiva em T1 e manteve-se positiva em T2) e tornou-se positiva (quando era negativa em T1 e tornou-se positiva em T2).

Inicialmente, os fatores associados à autopercepção positiva de saúde em T1 (avaliação transversal) foram analisados em modelos de regressão logística binária, com a autopercepção de saúde como variável dependente e o grupo de autopercepção negativa foi a categoria de referência das análises. Em seguida, foram estimados modelos de regressão multinomial, novamente com a autopercepção de saúde como variável dependente, mas agora analisando as mudanças em T2 e em T3 (manteve-se positiva e tornou-se positiva), sendo o grupo que era negativo utilizado como categoria de referência nas análises. Para T2, foram utilizadas as variáveis independentes coletadas em T1; e para T3, as coletadas em T2. Em todos os modelos

de regressão, cada variável foi testada isoladamente na análise univariada, e as que tiveram associação com o desfecho até o nível de significância de 20% ($p < 0,20$) foram inseridas no modelo múltiplo. Foi estimada a razão de chances (OR), com o respectivo intervalo de 95% de confiança. As variáveis que apresentaram $p < 0,05$ no modelo múltiplo foram consideradas significativas.

Resultados:

Caracterização da amostra e fatores associados à autopercepção positiva de saúde em T1

Participaram do estudo 300 indivíduos. A Tabela 1 mostra a caracterização da amostra em T1 e os fatores associados à autopercepção positiva da saúde nesta avaliação. A amostra foi composta pela maior parte de mulheres, tinham companheiro, média de 60,9 anos de idade e 5,7 anos de escolaridade, faziam uso de medicamentos de forma contínua, eram frágeis, com sintomas depressivos e apresentaram hábitos de vida saudáveis. A prevalência de autopercepção positiva da saúde em T1 foi de 51,7% (IC95% = 46,0 – 57,3), e os participantes que não usavam medicamentos (OR=2,60), eram não frágeis (OR=8,73) ou pré-frágeis (OR=2,11) e não tinham sintomas depressivos (OR=1,86) tiveram mais chance de ter autopercepção positiva de saúde.

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica e biopsicossocial dos participantes (n=300) e análises (brutas e ajustadas) das associações com a autopercepção positiva da saúde. Três Lagoas/MS, Brasil, 2018/2019.

Variável n(%)	T1 N=300	APS positiva (n=155)	APS positiva	
			OR bruto (IC 95%)	OR ajustado (IC 95%)
Sexo				
Masculino	103(34,3)	56(36,1)	1,18(0,73-1,90)	-
Feminino	197(65,7)	99(63,9)	1,00	-
Idade (anos) [†]	60,9(11,0)	60,7(11,7)	0,99(0,98-1,02)	-
Estado civil				
Com companheiro	168(56,0)	84(54,2)	0,86(0,54-1,36)	-
Sem companheiro	132(44,0)	71(45,8)	1,00	-
Escolaridade (anos) [†]	5,7(4,6)	6,1(4,5)	1,04(0,99-1,09)	1,01(0,96-1,07)
Uso de medicamentos				
Não	73(24,3)	52(33,5)	2,98(1,69-5,27)*	2,60(1,42-4,78)*
Sim	227(75,7)	103(66,5)	1,00	1,00
Fragilidade				
Não frágil	33(11,0)	29(18,7)	11,90(4,00-35,40)*	8,73(2,82-27,07)*
Pré-frágil	98(32,7)	62(40,0)	2,83(1,69-4,73)*	2,11(1,22-3,66)*
Frágil	169(56,3)	64(41,3)	1,00	1,00
Sintomas depressivos				
Sim	170(56,7)	68(43,9)	1,00	1,00
Não	130(43,3)	87(56,1)	3,04(1,88-4,89)*	1,86(1,09-3,16)*

Hábitos de vida				
Saudável	148(49,3)	81(52,3)	1,54(0,66-3,61)	-
Parcialmente saudável	127(42,3)	63(40,6)	1,25(0,53-2,97)	-
Não saudável	25(8,3)	11(7,1)	1,00	-

APS: Autopercepção de saúde. OR: Odds Ratio. IC: Intervalo de Confiança. † Dados apresentados em média (desvio padrão). Categoria de referência para a regressão: APS negativa. * $p \leq 0,05$. Ajuste do modelo: Teste de Omnibus $X^2(5) = 55,30$; $p < 0,001$. R^2 Nagelkerke = 0,225; Teste de Hosmer e Lemeshow $X^2(8) = 12,06$; $p = 0,149$.

Caracterização da amostra de acordo com as mudanças na autopercepção de saúde

Na Tabela 2 são apresentados os dados de caracterização da amostra de acordo com as mudanças na autopercepção de saúde. Em T2, a prevalência de autopercepção positiva de saúde foi 52,3% (IC95% = 46,7 – 57,9), e em T3, 54,0% (IC95% = 48,4 – 59,6). Não foram identificadas diferenças significativas na comparação das prevalências entre T1, T2 e T3 (Q de Cochran = 0,661, $p = 0,719$).

Em T2, observou-se que 38,3% mantiveram autopercepção positiva e em 14,0% dos casos, a autopercepção evoluiu para positiva de T1 para T2. No terceiro tempo 41,3% mantiveram positiva e 12,7% tornaram-na positiva de T2 para T3.

Tabela 2. Caracterização sociodemográfica e biopsicossocial dos participantes (n=300) de acordo com as mudanças na autopercepção da saúde. Três Lagoas/MS, Brasil, 2021 e 2023.

Variável n(%)	T2			T3		
	APS negativa (n=143)	Manteve APS positiva (n=115)	APS tornou-se positiva (n=42)	APS negativa (n=138)	Manteve APS positiva (n=124)	APS tornou-se positiva (n=38)
Sexo						
Masculino	41(28,7)	42(36,5)	20(47,6)	47(34,1)	48(38,7)	8(21,1)
Feminino	102(71,3)	73(63,5)	22(52,4)	91(65,9)	76(61,3)	30(78,9)
Idade (anos)†	62,0(10,5)	60,2(11,9)	59,1(9,7)	65,1(10,4)	63,1(11,6)	62,0(10,0)
Estado civil						
Com companheiro	82(57,3)	61(53,0)	25(59,5)	72(52,2)	60(48,4)	21(55,3)
Sem companheiro	61(42,7)	54(47,0)	17(40,5)	66(47,8)	64(51,6)	17(44,7)
Escolaridade (anos)†	5,3(4,2)	6,0(4,5)	6,3(5,9)	5,1(4,1)	6,4(4,8)	6,1(6,0)
Uso de medicamentos (sim)	115(80,4)	76(66,1)	36(85,7)	121(87,7)	96(77,4)	32(84,2)
Fragilidade						
Não frágil	4(2,8)	26(22,6)	3(7,1)	5(3,6)	18(14,5)	1(2,6)
Pré-frágil	35(24,5)	50(43,5)	39(33,9)	32(23,2)	60(48,4)	7(18,4)
Frágil	104(72,7)	39(33,9)	26(61,9)	101(73,2)	46(37,1)	30(78,9)
Sintomas depressivos (sim)	109(76,2)	41(35,7)	20(47,6)	104(75,4)	44(35,5)	22(57,9)
Hábitos de vida						

Saudável	71(49,7)	56(48,7)	21(50,0)	61(44,2)	45(36,3)	22(57,9)
Parcialmente saudável	60(42,0)	50(43,5)	17(40,5)	61(44,2)	60(48,4)	12(31,6)
Não saudável	12(8,4)	9(7,8)	4(9,5)	16(11,6)	19(15,3)	4(10,5)

APS: Autopercepção de saúde. † Dados apresentados em média (desvio padrão).

Variáveis associadas às mudanças na autopercepção de saúde

A Tabela 3 evidencia as variáveis associadas às mudanças na autopercepção de saúde. Observou-se que os participantes que eram não frágeis (OR = 9,74) ou eram pré-frágeis (OR = 2,58) e que não tinham sintomas depressivos (OR = 3,56) tiveram mais chances de manter a autopercepção positiva de T1 para T2. Para os participantes que a autoavaliação se tornou positiva entre T1 e T2, destaca-se maior chance para os homens (OR = 2,23) e aqueles não tinham sintomas depressivos (OR = 3,17).

Na avaliação em T3, a autopercepção manteve-se positiva em menor chance para os indivíduos com maior idade (OR = 0,97) e em maior chance para os não frágeis (OR = 4,10) e pré-frágeis (OR = 2,92). Evidencia-se, ainda, menor chance da autopercepção de saúde se tornar positiva entre T2 e T3 nos participantes com maior idade (OR = 0,95).

Tabela 3. Análises (brutas e ajustadas) das associações com as mudanças na autopercepção da saúde nos participantes (n=300). Três Lagoas/MS, Brasil, 2021 e 2023.

Variável	Manteve APS positiva		APS tornou-se positiva	
	OR bruto (IC 95%)	OR ajustado (IC 95%)	OR bruto (IC 95%)	OR ajustado (IC 95%)
T2				
Sexo				
Masculino	1,43 (0,86-2,42)	1,11 (0,60-2,06)	2,26 (1,12-4,58)*	2,23 (1,05-4,73)*
Feminino	1,00	1,00	1,00	1,00
Idade (anos)	0,99 (0,96-1,01)	0,99 (0,96-1,02)	0,98 (0,95-1,01)	0,96 (0,93-1,01)
Escolaridade (anos)	1,03 (0,98-1,09)	0,99 (0,93-1,06)	1,05 (0,98-1,13)	1,02 (0,94-1,10)
Uso de medicamentos				
Sim	1,00	1,00	1,00	1,00
Não	2,11 (1,20-3,71)*	1,55 (0,79-3,03)	0,69 (0,26-1,78)	0,42 (0,15-1,18)
Fragilidade				
Não frágil	17,3 (5,68-52,87)*	9,47 (2,97-30,24)*	3,00 (0,63-14,2)	1,54 (0,31-7,79)
Pré-frágil	3,81 (2,16-6,72)*	2,58 (1,40-4,75)*	1,49 (0,69-3,20)	1,11 (0,49-2,55)
Frágil	1,00	1,00	1,00	1,00
Sintomas depressivos				
Sim	1,00	1,00	1,00	1,00
Não	5,79 (3,37-9,95)*	3,56 (1,96-6,45)*	2,53 (1,72-7,23)*	3,17 (1,45-6,89)*
T3				
Sexo				
Masculino	1,22 (0,74-2,03)	1,20 (0,66-2,18)	0,52 (0,22-1,22)	0,56 (0,23-1,38)
Feminino	1,00	1,00	1,00	1,00

Idade (anos)	0,95 (0,93-0,97)*	0,97 (0,94-0,99)*	0,95 (0,92-0,99)*	0,95 (0,92-0,99)*
Uso de medicamentos				
Sim	1,00	1,00	1,00	1,00
Não	2,08 (1,07-4,02)*	1,03 (0,48-2,20)	1,34 (0,49-3,66)	1,20 (0,41-3,51)
Fragilidade				
Não frágil	7,90 (2,77-22,59)*	4,10 (1,32-12,75)*	0,67 (0,08-5,98)	0,40 (0,04-3,80)
Pré-frágil	4,12 (2,37-7,16)*	2,92 (1,61-5,31)*	0,74 (0,30-1,84)	0,55 (0,21-1,42)
Frágil	1,00	1,00	1,00	1,00
Sintomas depressivos				
Sim	1,00	1,00	1,00	1,00
Não	4,64 (2,76-7,81)*	3,35 (1,90-5,90)	1,15 (0,54-2,46)	1,27 (0,56-2,85)

APS: Autopercepção de saúde. OR: Odds Ratio. IC: Intervalo de Confiança. Categoria de referência para a regressão: APS negativa. * $p \leq 0,05$. Ajuste do modelo T2: $X^2(14) = 86,29$; $p < 0,001$. R^2 Nagelkerke = 0,289. Ajuste do modelo T3: $X^2(12) = 81,96$; $p < 0,001$. R^2 Nagelkerke = 0,278.

Discussão:

Nesse estudo avaliou-se os fatores sociodemográficos e biopsicossociais relacionados às mudanças na autopercepção positiva de saúde de adultos de meia-idade e pessoas idosas brasileiras em três avaliações realizadas entre os anos de 2018 e 2023. Houve um aumento (não significativo) da porcentagem de autopercepção positiva de saúde na amostra estudada, no primeiro tempo 51,7% percebiam sua saúde como positiva, no segundo tempo 38,3% mantiveram a autopercepção positiva e 14% evoluíram para positiva, e no terceiro tempo, 41,3% mantiveram sua autopercepção como positiva, enquanto que 12,7% tornaram-se positivos. Os fatores que foram associados a autopercepção positiva (manutenção ou mudança para positiva) foram: ausência de fragilidade ou pré-fragilidade, não ter sintomas depressivos, ser do sexo masculino e ter menor idade.

A autopercepção positiva da saúde entre adultos de meia idade e pessoas idosas varia de acordo com o local de desenvolvimento do estudo, como na Suíça com mais de 80% (Abuladze *et al.*, 2017), na Grécia 74,8% (Daviri *et al.*, 2011), na Índia 63,9% (Bramhankar *et al.*, 2023), na China 62,1%, Venezuela 57,5%, Cuba 51,7%, República Dominicana 51,9%, México entre 47,8% e 52,8% e Porto Rico 52,1% (idade 65+ anos) (Falk *et al.*, 2017). Nos EUA, em um estudo longitudinal que durou quase 50 anos, o percentual de autopercepção positiva da saúde se manteve estável ao longo do tempo, variando entre 46 e 47% (Cummings, 2023). No Brasil, a autopercepção positiva de saúde com população em faixa etária semelhante ao presente estudo variou entre 29,9% (Ribeiro *et al.*, 2018) e 89,1% (Borim; Barros; Neri, 2012). A variação na prevalência da autopercepção de saúde da população pode dar-se por dois motivos: por terem diferentes opções de respostas, categorizadas de forma não padronizada,

para a questão de como a pessoa percebe sua saúde; e o segundo motivo é a possível desconformidade entre as regiões quanto às características sociodemográficas, econômicas e de saúde e o quanto elas podem relacionar-se com a autopercepção de saúde da população (Confortin *et al.*, 2015).

No segundo tempo da pesquisa (T2), todo o mundo vivia a pandemia da COVID-19, entretanto, a autopercepção de saúde para os indivíduos estudados nesse período não apresentou mudança significativa. Embora outro estudo brasileiro tenha evidenciado uma piora da autopercepção de saúde no momento da pandemia (Szwarcwald *et al.*, 2021), outros realizados pelo mundo não evidenciaram alterações significativas assim como nossos achados (Van de Weijer *et al.*, 2022) (Peters *et al.*, 2020) (Fernández- Ballesteros; Sánchez- Isquierdo, 2021). Como estratégias para manutenção da autopercepção positiva em tempos de pandemia estão podem ser citadas a alimentação saudável, passar mais tempo com familiares, contato via rede social (aulas, mensagem de texto e voz), ingestão de suplementos vitamínicos, trabalhos manuais, atividade física no domicílio, exercício de resiliência (Chakeawart *et al.*, 2021) (Goins *et al.*, 2021).

Identificou-se no presente estudo que não usar medicamentos, não ser frágil ou ser pré-fragilidade, e não ter sintomas depressivos foram associados a autopercepção positiva de saúde. Como fatores associados à manutenção positiva, ou mudança para positiva ao longo dos anos foram identificados ausência de fragilidade ou pré- fragilidade, e de sintomas depressivos, sexo masculino e menor idade.

Como uma possível explicação para a relação entre não usar medicamentos de forma contínua e autopercepção positiva da saúde, tem-se que a polifarmácia, ou seja, o uso de múltiplos medicamentos, está associada à presença de condições crônicas. Indivíduos com essas condições podem ter alterações clínicas, mais interações medicamentosas, experienciar mais efeitos colaterais resultantes do uso de medicamentos e, conseqüentemente, perceberem sua saúde como negativa (Confortin *et al.*, 2015) (Lima-Costa; Firmo; Uchôa, 2004). Apesar de não termos avaliado a polifarmácia no presente estudo e sim o uso ou não de medicamentos, a justificativa para a relação encontrada pode ser a mesma, ou seja, o uso de medicamentos se relaciona à presença de doenças, que influenciam a saúde negativamente.

Indivíduos pré-frágeis e frágeis têm menor chance de autopercepção positiva da saúde, como já identificado anteriormente (Zhao *et al.*, 2020). A autopercepção negativa da saúde está atrelada a situações desfavoráveis de saúde, a diminuição da funcionalidade progressiva de pessoas idosas e também a um alto risco de vulnerabilidade em pessoas frágeis (Maia *et al.*, 2020). Um cuidado individualizado e planejado ofertado a pessoas frágeis ou pré-frágeis pode

prevenir esta síndrome, bem como evitar sua evolução, principalmente para aqueles que não possuam rede de apoio social sólida (Fhon *et al.*, 2022).

A ausência de sintomas depressivos está associada a autopercepção positiva da saúde, o que está de acordo com estudos anteriores (Lima-Costa, Firmo, Uchôa; 2004; Krug *et al.*, 2018; Peng *et al.*, 2025). A depressão pode causar impactos relevantes a saúde física e psíquica, ocasionando mudanças no comportamento e estilo de vida da pessoa, favorecendo assim para uma autopercepção negativa da saúde (Sahril *et al.*, 2023). A associação entre autopercepção negativa da saúde e presença de sintomas depressivos configura-se como um potencial risco para mortalidade das pessoas mais velhas, e lidar com esses fatores é um desafio para as equipes de saúde, uma vez que os sintomas depressivos muitas vezes são confundidos com um componente normal do envelhecimento, dificultando seu diagnóstico e tratamento (Almevall *et al.*, 2024).

A diminuição da autopercepção de saúde com o avançar da idade origina do aumento das comorbidades e das incapacidades adquiridas (Borim; Barros; Neri, 2012; Carvalho *et al.*, 2019; Rocha *et al.*, 2023), portanto, quanto maior a idade, maior será a chance do indivíduo ter autopercepção negativa de sua saúde (Schaapa *et al.*, 2024; Simonsson; Molarius, 2020).

Os homens têm mais chance de ter autopercepção positiva de saúde, pois apresentam pouco hábito de falar sobre seus problemas de saúde e recorrem menos a serviços de saúde para atendimento e exames, por esse motivo acabam por não perceberem sua saúde como negativa (Figueiredo *et al.*, 2017). No entanto, essa relação também pode ser explicada pela desigualdade ambiental, biológica e sociocultural relacionada ao gênero, que colabora com a autopercepção da saúde positiva entre os homens (Zarini *et al.*, 2014).

Um acolhimento e atendimento qualificado devem ser prestados às pessoas de meia-idade e idosas, a fim de oportunizar a identificação da autopercepção de saúde dessa população, bem como os fatores associados a ela, para que seja uma ferramenta a fim de nortear ações de saúde assertivas e individualizadas (Ribeiro *et al.*, 2018). A autopercepção de saúde é um excelente indicador de saúde da população e pode ser utilizada mesmo na ausência de outros dados de saúde (Brasil *et al.*, 2021) (Bacak; Olafsdottir, 2017).

Limitações e potencialidades do estudo:

Como limitações do presente estudo tem-se a coleta de dados ter sido realizada com instrumento autorrelatado (como a avaliação da fragilidade) e de rastreamento (como a avaliação de sintomas depressivos), que embora sejam validados para este fim, não indicam um diagnóstico objetivo ou médico dessas condições. A amostra não representa os usuários da saúde

complementar (particular e convênios), uma vez que foi realizada apenas com usuários do serviço público de saúde. A pesquisa foi realizada apenas em um município, não podendo ser generalizada para o estado ou país. Como potencialidades, tem-se a facilidade da avaliação da autopercepção de saúde, podendo ser replicada nas mais diversas áreas da saúde e localidades geográficas, além de ser um preditor de morbimortalidade; também a amostra ser composta por pessoas com 45 anos ou mais, podendo avaliar o processo de envelhecimento mesmo antes das pessoas tornarem-se idosas e, por fim, a robustez que uma pesquisa longitudinal traz.

Conclusão:

A autopercepção de saúde é um indicador dinâmico de saúde da população, e a todo instante pode ser influenciado por fatores sociodemográficos e biopsicossociais. Nesta pesquisa a autopercepção positiva da saúde da amostra estudada oscilou, porém, manteve-se em uma tendência crescente. Como fatores significativamente associados a autopercepção positiva da saúde no primeiro tempo da pesquisa foram: não usar medicamentos, não ser frágil e não ter sintomas depressivos. Entre os fatores associados a permanência ou mudança ao longo do tempo para positiva foram: ser do sexo masculino, não ser frágil, não ter sintomas depressivos e ter menor idade. Esses fatores sustentam parcialmente a hipótese inicial, indicando que alterações (mudança para positiva ou manutenção) na autopercepção positiva da saúde ocorrem em indivíduos não frágeis e sem sintomas de depressão. No entanto, a relação com hábitos de vida saudáveis e o declínio da autopercepção positiva com o passar do tempo não foram confirmados.

A avaliação da autopercepção de saúde deve ser amplamente utilizada pelas equipes nos serviços de saúde, a fim de conhecer a singularidades da população. Os dados resultantes podem ser utilizados como norteadores para ações de promoção de saúde e para subsidiar ações de prevenção, diagnóstico precoce e tratamento da fragilidade e depressão, especialmente em mulheres mais velhas, visando qualidade de vida e longevidade. Medidas não farmacológicas, como atividade física, estimulação cognitiva e participação em grupos terapêuticos e sociais, são estratégias benéficas para essa população. O enfermeiro, como líder da equipe de Atenção Primária à Saúde, tem papel primordial na identificação da singularidade de sua população, podendo prestar um cuidado individualizado que estimule a autonomia das pessoas na tomada de decisões, e sobretudo, promovendo e equidade.

Referências

GOMES, M. M. F. *et al.* Marcadores da autopercepção positiva de saúde de pessoas idosas no Brasil. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 34, p. 1-8, 2021. Disponível em:

<http://dx.doi.org/10.37689/actaape/2021AO02851>.

JESUS, S. R.; AGUIAR, H. J. R. Autopercepção positiva de saúde entre idosos na região do Nordeste do Brasil. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 4, n. 5, p. 20025-20041, 2021.

Disponível em: <https://doi.org/10.34119/bjhrv4n5-124>.

REICHERT, F. F.; LOCH, M. R.; CAPILHEIRA, M. F. Autopercepção de saúde em adolescentes, adultos e idosos. **Ciência de Saúde Coletiva**, v. 17, n. 12, p. 3353- 3362, 2012.

Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012001200020>.

GIRI, S. *et al.* Use of Single-Item Self-Rated Health Measure to Identify Frailty and Geriatric Assessment-Identified Impairments Among Older Adults with Cancer. **The Oncologist**. v. 27, n. 1, p. 45-52, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/oncolo/oyab020>.

SCHAAPA, L. A. *et al.* Self-Rated Health among Older Adults: Longitudinal Analyses Examining Sex Differences across Different Birth Cohorts and Educational Levels.

Gerontology. v. 70, p. 962- 969, 2024. Disponível em: <https://karger.com/ger/article-pdf/70/9/962/4273988/000539759.pdf>.

PENG, M. *et al.* Moderating Effects of Age on the Longitudinal Associations Between IADL Disability, Self-Rated Health, and Depression Among Middle-Aged and Older Adults. **Wiley Health & Social Care in the Community**. p. 1-10, 2025.

Disponível em: <https://doi.org/10.1155/hsc/9079295>.

DRAMÉ, M.; CANTEGRIT, E.; GODAERT, L. Self-rated health as a predictor of mortality in older adults: a systematic review. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 20, p. 1-12, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph20053813>.

FRIEDMAN, E. M.; TEAS, E. Self-Rated Health and Mortality: Moderation by Purpose in Life. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 20, n. 12, 6171, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph20126171>.

FALK, H. *et al.* Self-rated health and its association with mortality in older adults in China, India and Latin America—a 10/66 Dementia Research Group study. **Age and Ageing Journal**, v. 46, p. 939-945, 2017. Disponível em:

<https://academic.oup.com/ageing/article/46/6/932/3978482>.

SCHNITTKER, J.; BACK, V. The increasing predictive validity of self-rated health. **Plos One**, v. 9, p. 1-11, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0084933>.

MANAVGAT, G.; DEMIRCI, A. The impact of preventive healthcare on self-rated health

- status among adults and the elderly in Turkiye. **Journal of nursing and social sciences related to health illness**. p. 1-7, 2024. Disponível em: 10.32725/kont.2024.058.
- BRASIL, C. H. G. *et al.* Autopercepção positiva de saúde entre idosos não longevos e longevos e fatores associados. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. Supl.3, p. 5157-5170, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320212611.3.06352020>.
- BATISTA, C. C. *et al.* Boas escolhas e fatores de risco associados ao envelhecimento saudável: Revisão de literatura. **Revista Amazonense de Geriatria e Gerontologia**, v. 12, p. 1-14, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.53817/1983-6929-ragg-v12n1-1>.
- CONFORTIN, S. C. *et al.* Autopercepção positiva de saúde em idosos: estudo populacional no Sul do Brasil. **Revista Caderno de Saúde Pública**, v. 31, n. 5, p. 1049-1060, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00132014>.
- KRUG, R. R. *et al.* Fatores sociodemográficos, comportamentais e de saúde associados à autopercepção de saúde positiva de idosos longevos residentes em Florianópolis, Santa Catarina. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 21, p. 1-16, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-549720180004>.
- MARQUES, S. R. L.; ESCARCE, A. G.; LEMOS, S. M. A. Letramento em saúde e autopercepção de saúde em adultos usuários da atenção primária. **Revista CoDAS**, v. 30, n. 2, p. 1-8, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2317-1782/20182017127>.
- BORIN, F. S. A.; BARROS, M. B. A.; NERI, A. L. Autoavaliação da saúde em idosos: pesquisa de base populacional no município de Campinas, São Paulo, Brasil. **Revista Caderno de Saúde Pública**, v. 28, n. 4, p. 769-780, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2012000400016>.
- CHU, W. *et al.* Self-rated health trajectory and frailty among community-dwelling older adults: evidence from the Taiwan Longitudinal Study on Aging (TLSA). **BMJ Open**, v. 11, n. 8, e049795, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-049795>.
- LIMA-COSTA, M. F.; FIRMO, J. O. A.; UCHÔA, E. A estrutura da autoavaliação da saúde entre idosos: Projeto Bambuí. **Revista Saúde Pública**, v. 38, n. 6, p. 827-834, 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102004000600011>.
- NUNES, D. P. *et al.* Rastreamento de fragilidade em idosos por instrumento autorreferido. **Revista de Saúde Pública**, v. 49, n. 2, p. 1-9, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2015049005516>.
- SILVEIRA, D. X.; JORGE, M. R. Propriedades psicométricas da escala de rastreamento populacional para depressão CES-D em populações clínicas e não-clínicas de adolescentes e adultos jovens. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 25, n. 5, p. 251-261, 1998.

- BATISTONI, S. S. T.; NERI, A. L.; CUPERTINO, A. P. Validade e confiabilidade da versão brasileira da Center for Epidemiological Scale – Depression (CES-D) em idosos brasileiros. *Psico-USF*, v. 15, n. 1, p. 13-22, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S141382712010000100003>.
- BENEDETTI, T. R. B. *et al.* Reprodutibilidade e validade do Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ) em homens idosos. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*, v. 13, n. 1, p. 11-16, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1517-86922007000100004>.
- MATSUDO, S. *et al.* Questionário internacional de atividade física (IPAQ): estudo de validade e reprodutibilidade no Brasil. *Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde*, v. 6, n. 2, p. 5-18, 2001. Disponível em: <https://doi.org/10.12820/rbafs.v.6n2p5-18>.
- GRAHAN, J. W. Missing Data Analysis: Making It Work in the Real World. **Annual Review of Psychology**, v. 60, n. 1, p. 549–576, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.58.110405.085530>.
- ABULADZE, L. *et al.* Associations between self- rated health and health behaviour among older adults in Estonia: a cross- sectional analysis. **BMJ Open**, v. 7, p. 1-9, 2017. Disponível em: <http://bmjopen.bmj.com/>.
- DAVIRI, C. *et al.* Lifestyle and self-rated health: a cross-sectional study of 3,601 citizens of Athens, Greece. **BMC Public Health**, v. 11, p. 1-9, 2011. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/11/619>.
- BRAMHANKAR, M. *et al.* An assessment of self- rated life satisfaction and its correlates with physical, mental and social health status among older adults in India. **Scientific Reports**, v. 13, p. 1-13, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1038/s41598-023-36041-3>.
- CUMMINGS, J. L. Entangled Inequalities: U.S. Trends in self-rated health at the intersection of gender and race, 1972–2018. **Social Indicators Research**, v. 169, p. 759-774, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s11205-023-03180-z>.
- RIBEIRO, E. G. *et al.* Autopercepção de saúde e vulnerabilidade clínico- funcional de idoso de Belo Horizonte/ Minas Gerais. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, n. 2, p. 914-924, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0135>.
- CONFORTIN, S. C. *et al.* Autopercepção positiva de saúde em idosos: estudo populacional no Sul do Brasil. **Revista Caderno de Saúde Pública**, v. 31, n. 5, p. 1049-1060, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00132014>.
- SZWARCWALD, C. L. *et al.* Factors affecting Brazilians' self-rated health during the COVID-19 pandemic. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, n.3, p. 1-12, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00182720>.

- VAN DE WEIJER, M. P. *et al.* Self-rated health when population health is challenged by the COVID-19 pandemic; a longitudinal study. **Social Science & Medicine**, v. 306, p. 1-8, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2022.115156>.
- PETERS, A. The Impact of the COVID-19 Pandemic on Self-Reported Health. **Deutsches Ärzteblatt International**, v. 117, p. 861 – 867, 2020. Disponível em: <https://10.3238/arztebl.2020.0861>.
- FERNÁNDEZ- BALELESTEROS, R.; SÁNCHEZ- IZQUIERDO, M. Health, Psycho-Social Factors, and Ageism in Older Adults in Spain during the COVID-19 Pandemic. **Healthcare**, v. 9, p. 1-15, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/healthcare9030256>.
- CHAKRAWARTY, A. *et al.* Psycho-social and behavioral impact of COVID-19 on middle-aged and elderly individuals: A qualitative study. **Journal of Education and Health Promotion**, v.10, p. 1-7, 2021. Disponível em: https://10.4103/jehp.jehp_1458_20.
- GOINS, R. T. *et al.* Older Adults in the United States and COVID-19: A Qualitative Study of Perceptions, Finances, Coping, and Emotions. **Frontiers in Public Health**, v.9, p. 1- 9, 2021. Disponível em: <https://10.3389/fpubh.2021.660536>.
- ZHAO, J. *et al.* Poor self-perceived health is associated with frailty and prefrailty in urban living older adults: A cross-sectional analysis. **Geriatric Nursing**, v. 41, p. 754- 760, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2020.05.003>.
- MAIA, L. C. *et al.* Fragilidade em idosos assistidos por equipes da atenção primária. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 12, p. 541-550, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320202512.04962019>.
- FHON, J. R. S. *et al.* Fragilidade e fatores sociodemográficos, de saúde e rede de apoio social em idosos brasileiros: estudo longitudinal. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 56, p. 1-8, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0192>.
- SAHRIL, N. *et al.* Poor self-rated health and associated factors among olderpersons in Malaysia: A population-based Study. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 20, p. 1-13, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph20054342>.
- ALMEVALL, A. *et al.* Self-rated health in old age, related factors and survival: A 20-Year longitudinal study within the Silver-MONICA cohort. **Archives of Gerontology and Geriatrics**, v. 122. p. 1-10, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.archger.2024.105392>.

CARVALHO, F. F. *et al.* Análise da percepção do estado de saúde dos idosos da região metropolitana de Belo Horizonte. **Geriatrics & Gerontologia**, v. 5, n. 4, p. 189 – 195, 2011.

Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1809-98232012000200011>.

ROCHA, F. C. *et al.* Autoavaliação negativa do estado de saúde entre adultos no Brasil.

Revisa, v. 12, n. 1, p. 112- 123, 2023. Disponível em:

<https://doi.org/10.36239/revisa.v12.n1.p112a123>.

SIMONSSON, B.; MOLARIUS, A. Self-rated health and associated factors

among the oldest-old: results from a cross sectional study in Sweden. **Archives of public health**. v. 78, n. 6, p. 1-9, 2020. Disponível em <https://doi.org/10.1186/s13690-020-0389-2>.

FIGUEIREDO, A. C. M. G. *et al.* Autoavaliação da condição de saúde da população baiana.

Revista de Saúde Coletiva da UEFS, v. 7, n. 3, p. 40-44, 2017. Disponível em:

<https://doi.org/10.13102/rscdauefs.v0i0.2114>.

ZARINI, G. G. *et al.* Lifestyle Behaviors and self-rated Health: The living for health program.

Journal of Environmental and Public Health, p. 1-9, 2014. Disponível em:

<http://dx.doi.org/10.1155/2014/315042>.

BACAK, V.; OLAFSDOTTIR, S. Gender and validity of self-rated health in nineteen

European countries. **Scandinavian Journal of Public Health**, v. 45, p. 647- 653, 2017.

Disponível em: <https://doi.org/10.1177/1403494817717405>.

Depressão - Center for Epidemiological Studies-Depression (CES-D)							
<p>Segue abaixo uma lista de tipos de sentimentos e comportamentos. Assinale a frequência com que tenha se sentido desta maneira durante a semana passada. Preencha com:</p> <p>0 (zero) para raramente ou nunca (menos que um dia) 1 (um) para durante pouco ou algum tempo (1 ou 2 dias) 2 (dois) para ocasionalmente ou durante um tempo moderado (3 a 4 dias) 3 (três) para durante a maior parte do tempo ou todo o tempo (5 a 7 dias)</p> <p>Obs: nas questões 4, 8, 12 e 16, inserir a pontuação da resposta na coluna da esquerda e a pontuação correspondente (invertida) na coluna da direita.</p>							
1) Senti-me incomodado com coisas que habitualmente não me incomodam							
2) Não tive vontade de comer; pouco apetite							
3) Senti não conseguir melhorar meu estado de ânimo, mesmo com a ajuda de familiares e amigos							
4) Senti-me, comparando-me às outras pessoas, tendo tanto valor quanto a maioria delas*.							
5) Senti dificuldade em me concentrar no que fazia							
6) Senti-me deprimido							
7) Senti que tive que fazer esforço para fazer tarefas habituais							
8) Senti-me otimista sobre ao futuro*							
9) Considerei que a vida tinha sido um fracasso							
10) Senti-me amedrontado							
11) Meu sono não foi repousante							
12) Estive feliz*							
13) Falei menos que o habitual							
14) Senti-me sozinho							
15) As pessoas não foram amistosas comigo							
16) Aproveitei minha vida*							
17) Tive crises de choro							
18) Senti-me triste							
19) Senti que as pessoas não gostavam de mim							
20) Não consegui levar adiante minhas coisas							

ANEXO B – APROVAÇÃO DO CEP (PRIMEIRA COLETA)



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: RASTREAMENTO DOS FATORES DE RISCO PARA DEMÊNCIA E DA FRAGILIDADE EM ADULTOS E IDOSOS CADASTRADOS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Pesquisador: Bruna Moretti Luchesi

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 85481518.4.0000.0021

Instituição Proponente: Universidade Federal de Mato Grosso do Sul - UFMS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.596.194

Apresentação do Projeto:

O envelhecimento populacional há décadas tem se tornado uma realidade próxima tanto de países desenvolvidos quanto de países em desenvolvimento (THUN, et al., 2010). No Brasil, a velocidade do mesmo acontece de forma mais acelerada do que aconteceu nos países desenvolvidos, fazendo com que a preparação da sociedade como um todo para se adequar às demandas advindas desse novo perfil populacional seja deficitária em muitos aspectos, como por exemplo na área da saúde (BANCO MUNDIAL, 2011). Ao contrário do que muitos acreditam, envelhecer não é sinônimo de perdas, doenças e dependência. É um processo heterogêneo e multidimensional, influenciado por fatores biopsicossociais. Portanto, a idade cronológica, por si só, não é o melhor indicador para evidenciar as condições de saúde do indivíduo. Assim, a identificação de idosos que possuem maior vulnerabilidade a desfechos adversos como quedas, internações, institucionalização e óbito é importante (MORAES et al., 2016a). O termo fragilidade é bastante utilizado para caracterizar essa vulnerabilidade. Porém, esse termo ainda possui diferentes definições e formas de avaliação, o que dificulta sua operacionalização na prática e em pesquisas. O consenso existente é que a fragilidade é uma síndrome multidimensional. Moraes et al. (2016b) definiram fragilidade como uma redução da reserva homeostática e/ou da habilidade de adaptação aos problemas biopsicossociais, que leva a um maior declínio funcional. Nesse modelo, as condições associadas aos desfechos adversos podem ser de caráter clínico-funcional e sócio-familiar, envolvendo uma

Endereço: Pró Reitoria de Pesquisa e Pós Graduação/UFMS
 Bairro: Caixa Postal 549 CEP: 79.070-110
 UF: MS Município: CAMPO GRANDE
 Telefone: (67)3345-7187 Fax: (67)3345-7187 E-mail: bloetica@propp.ufms.br



Continuação do Parecer: 2.596.194

Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1088134.pdf	06/03/2018 23:38:42		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Bruna_novo.pdf	06/03/2018 23:37:33	Bruna Moretti Luchesi	Aceito
Folha de Rosto	Folharostoassinada_2018.pdf	06/03/2018 23:36:07	Bruna Moretti Luchesi	Aceito
Outros	PROTOCOLO_COLETA_DADOS.pdf	06/03/2018 00:05:28	Bruna Moretti Luchesi	Aceito
Outros	Aprovacao_secretaria.pdf	06/03/2018 00:03:49	Bruna Moretti Luchesi	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_finall.pdf	06/03/2018 00:01:37	Bruna Moretti Luchesi	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CAMPO GRANDE, 12 de Abril de 2018

Assinado por:
Geraldo Vicente Martins
(Coordenador)

Endereço: Pró Reitoria de Pesquisa e Pós Graduação/UFMS
Bairro: Caixa Postal 549 CEP: 79.070-110
UF: MS Município: CAMPO GRANDE
Telefone: (67)3345-7187 Fax: (67)3345-7187 E-mail: bloetica@propp.ufms.br

ANEXO C – APROVAÇÃO DO CEP (SEGUNDA E TERCEIRA COLETAS)



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: ACOMPANHAMENTO DE ADULTOS E IDOSOS CADASTRADOS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: AVALIAÇÃO DOS FATORES DE RISCO PARA DEMÊNCIA E DA FRAGILIDADE

Pesquisador: Bruna Moretti Luchesi

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 29359520.1.0000.0021

Instituição Proponente: Universidade Federal de Mato Grosso do Sul - UFMS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

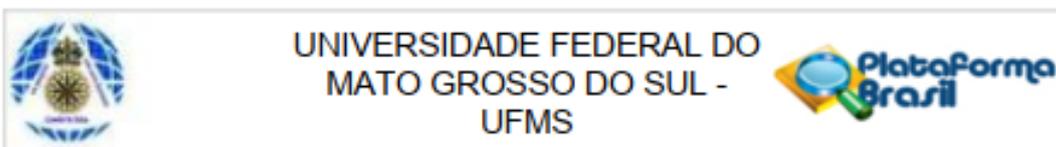
DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.467.405

Apresentação do Projeto:

Devido ao envelhecimento populacional, o rastreamento da fragilidade é importante, principalmente para identificar os desfechos adversos como quedas, hospitalizações, institucionalização e óbito. Além disso, conhecer os fatores de risco para demência e acompanhá-los ao longo do tempo é relevante para direcionar intervenções, já que estão diretamente relacionados à redução de novos casos no futuro. O local mais adequado para realizar esse acompanhamento é a Atenção Primária à Saúde, que possui como uma das modalidades de atendimento a Estratégia Saúde da Família (ESF). O objetivo do presente projeto é acompanhar adultos e idosos do município de Três Lagoas/MS no que tange aos fatores de risco para demência e a fragilidade. Trata-se de um estudo longitudinal e quantitativo, desenvolvido com adultos e idosos (45 anos), os quais serão reavaliados no domicílio quanto às características sociodemográficas, de saúde, os fatores de risco principais (escolaridade, hipertensão arterial, diabetes, obesidade, perda auditiva, fumo, isolamento social, depressão e inatividade física) e possíveis (traumatismo craniano, déficit visual, transtorno do sono, unilinguismo, uso de álcool e má alimentação) para demência, o Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional (IVCF-20 – somente nos idosos), e avaliação dos seguintes desfechos: quedas, hospitalizações, institucionalização e óbito. Espera-se que o estudo possa contribuir para conhecer quais fatores podem levar aos desfechos adversos supracitados de uma amostra de adultos e idosos, bem como auxiliar no

Endereço: Av. Costa e Silva, s/nº - Pioneiros - Prédio das Pró-Reitorias - Hércules Maymone - 1º andar
Bairro: Pioneiros **CEP:** 70.070-900
UF: MS **Município:** CAMPO GRANDE
Telefone: (67)3345-7187 **Fax:** (67)3345-7187 **E-mail:** cepconep.propp@ufms.br



Continuação do Parecer: 4.467.405

desenvolvidas no projeto e, se for o caso, comunicar ao CEP a ocorrência de eventos adversos graves esperados ou não esperados. Também, ao término da realização da pesquisa, o pesquisador deve submeter ao CEP o relatório final da pesquisa. Os relatórios devem ser submetidos através da Plataforma Brasil, utilizando-se da ferramenta de NOTIFICAÇÃO.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_164754_1_E1.pdf	20/11/2020 15:32:36		Aceito
Outros	resposta_parecer_cep1_emenda.pdf	20/11/2020 15:25:41	Bruna Moretti Luchesi	Aceito
Outros	PROTOCOLO_COLETA_DADOS_long_novo_EmendaCEP1.pdf	20/11/2020 15:24:03	Bruna Moretti Luchesi	Aceito
Outros	Carta_de_Emenda.pdf	13/10/2020 16:48:35	Bruna Moretti Luchesi	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projetolongitudinal_CEP_emenda.pdf	13/10/2020 16:47:04	Bruna Moretti Luchesi	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Autorizacao_Sec_Saude_nova.pdf	27/03/2020 12:58:43	Bruna Moretti Luchesi	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_2.pdf	26/03/2020 18:11:40	Bruna Moretti Luchesi	Aceito
Folha de Rosto	Folha_rosto_assinada.pdf	04/02/2020 11:10:53	Bruna Moretti Luchesi	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Av. Costa e Silva, s/nº - Pioneiros - Prédio das Pró-Reitorias - Hércules Maymone - 1º andar
 Bairro: Pioneiros CEP: 70.070-900
 UF: MS Município: CAMPO GRANDE
 Telefone: (67)3345-7187 Fax: (67)3345-7187 E-mail: cepconep.propp@ufms.br