



FLÁVIA SILVA ARBEX BORIM

**AUTOAVALIAÇÃO DE SAÚDE E
TRANSTORNO MENTAL COMUM EM
IDOSOS: ESTUDO DE BASE POPULACIONAL NO
MUNICÍPIO DE CAMPINAS, SP.**

Campinas
2014



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
Faculdade de Ciências Médicas

FLÁVIA SILVA ARBEX BORIM

AUTOAVALIAÇÃO DE SAÚDE E TRANSTORNO
MENTAL COMUM EM IDOSOS: ESTUDO DE BASE
POPULACIONAL NO MUNICÍPIO DE CAMPINAS, SP.

Orientadora: Profa. Dra. Marilisa Berti de Azevedo Barros

Tese de doutorado apresentada à Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP para obtenção do título de doutora em Saúde Coletiva - área de concentração: Epidemiologia.

Este exemplar corresponde à versão final da tese defendida pela aluna Flávia Silva Arbex Borim e orientada pela Profa. Dra. Marilisa Berti de Azevedo Barros

Assinatura da orientadora

Campinas
2014

Ficha catalográfica
Universidade Estadual de Campinas
Biblioteca da Faculdade de Ciências Médicas
Maristella Soares dos Santos - CRB 8/8402

B644a Borim, Flávia Silva Arbex, 1977-
Autoavaliação de saúde e transtorno mental comum em idosos : estudo de base populacional no município de Campinas, SP / Flávia Silva Arbex Borim. – Campinas, SP : [s.n.], 2014.

Orientador: Marlisa Berti de Azevedo Barros.
Tese (doutorado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas.

1. Saúde do idoso. 2. Inquéritos epidemiológicos. 3. Autoavaliação. 4. Transtornos mentais. 5. Saúde mental. I. Barros, Marlisa Berti de Azevedo, 1948-. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Informações para Biblioteca Digital

Título em outro idioma: Self-rated health and common mental disorder in the elderly : a population-based study in Campinas, SP

Palavras-chave em inglês:

Health of the elderly

Health surveys

Self-assessment

Mental disorders

Mental health

Área de concentração: Epidemiologia

Titulação: Doutora em Saúde Coletiva

Banca examinadora:

Marlisa Berti de Azevedo Barros [Orientador]

Maria Rita Donalizio Cordeliro

Maria José D'Elboux

Samila Sathier Tavares Batistoni

Tania Ruiz

Data de defesa: 07-01-2014

Programa de Pós-Graduação: Saúde Coletiva

BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE DOUTORADO

FLÁVIA SILVA ARBEX BORIM

Orientador (a) PROF(A). DR(A). MARILISA BERTI DE AZEVEDO BARROS

MEMBROS:

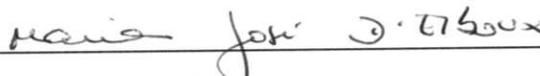
1. PROF(A). DR(A). MARILISA BERTI DE AZEVEDO BARROS



2. PROF(A). DR(A). MARIA RITA DONALISIO CORDEIRO



3. PROF(A). DR(A). MARIA JOSÉ D'ELBOUX



4. PROF(A).DR(A). SAMILA SATHLER TAVARES BATISTONI



5. PROF(A).DR(A). TANIA RUIZ



Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da
Universidade Estadual de Campinas

Data: 07 de janeiro de 2014

AGRADECIMENTOS

Ao longo destes quatro anos tenho tanta coisa para dizer e tantas pessoas para agradecer, que dedico este momento para cada conversa, cada encontro por acaso, cada aula, cada brilho no olhar, cada evento, cada lágrima compartilhada, cada conquista e cada abraço acolhedor...

A Deus por iluminar o meu caminho!!

Ao meu marido, Marcos. Obrigada por aceitar, compreender e me incentivar neste longo percurso. Te amo muito!!!

Aos meus pais, por tanta coisa... Agradeço por acreditarem, por estarem ao meu lado sempre, pela torcida e acolhimento!! Nada disso seria possível sem vocês, meu amor e gratidão.

A Profa. Marilisa pela maneira como me conduziu, me ensinou, me orientou e me apresentou para este mundo lindo e apaixonante da epidemiologia e dos inquéritos.

A Profa. Anita pela parceria e amizade.

Ao Prof. Neury pela parceria.

As minhas queridas e eternas amigas, sem vocês nada teria graça, encanto, sorriso, gargalhadas, não teria choro, conversa e desabafos, muito menos a magia que nos envolvem... no equilíbrio e desequilíbrio da vida de um pós-graduando.

Aos professores da pós-graduação da Saúde Coletiva, por me ensinar, me incentivar, por me encorajar e, o mais importante, por me fazer acreditar e sonhar em uma saúde para todos.

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), pela bolsa de doutorado.

Dedico o fim deste ciclo a minha pequena Lorena. Te amo filha!!!! O seu abraço, o seu beijo, o seu sorriso, as suas conquistas me fazem crescer como pessoa.

RESUMO

A autoavaliação da saúde é um construto multidimensional e tem sido amplamente utilizada como importante indicador de bem-estar individual e coletivo. Os estudos longitudinais têm apontado a autoavaliação de saúde como robusto preditor de incapacidade, depressão e mortalidade. Estudos também mostram uma associação das variáveis socioeconômicas e demográficas com essa medida. Estes fatores influenciam o estabelecimento de diferentes estilos de vida, que contribuem para a ocorrência ou prevenção de problemas de saúde. A avaliação subjetiva do estado de saúde inclui a dimensão mental, que para o idoso é imprescindível para a realização das atividades funcionais. Este estudo tem como objetivos: analisar a prevalência da saúde autoavaliada como excelente ou muito boa segundo variáveis demográficas, socioeconômicas e de comportamentos relacionados à saúde, em idosos; analisar a prevalência do transtorno mental comum (TMC), medido pelo Self Reporting Questionnaire 20 (SRQ-20), os fatores associados a este transtorno; e avaliar a relação da autoavaliação de saúde negativa com indicadores de saúde física e mental, com variáveis socioeconômicas e demográficas, e com bem-estar subjetivo, nos indivíduos com 60 anos e mais. Trata-se de um estudo transversal, de base populacional, que utilizou dados de inquérito domiciliar de saúde realizado em Campinas, SP, Brasil, em 2008, com amostra por conglomerados em dois estágios. A análise dos dados levou em conta as ponderações relativas ao desenho amostral e foi feita com o uso do software STATA versão 11.0. Foram testadas as associações das diversas variáveis com a autoavaliação da saúde e o TMC. Também foram analisadas as estimativas de prevalências e calculadas as razões de prevalências ajustadas. Os resultados revelaram maior prevalência de saúde excelente/muito boa nos idosos com maior escolaridade, maior renda, sem religião, que moravam sozinhos, tinham computador em casa, consumiam bebida alcoólica de 1 a 4

vezes por mês, praticavam atividade física no lazer, não eram obesos e consumiam frutas e verduras ≥ 4 vezes por semana. Também foi encontrado maior prevalência de autoavaliação negativa de saúde nos indivíduos que nunca estudaram, naqueles com menor escolaridade, com renda *per capita* inferior a 1 salário mínimo, aqueles com pontuação igual ou maior a 5 no indicador de saúde física, os que pontuaram 5 ou mais no *SRQ 20* e os indivíduos que não referiram sentimento de felicidade todo o tempo. A prevalência de TMC foi 29,7% e significativamente mais elevada no sexo feminino, nos idosos com 80 anos ou mais, menor renda, que não trabalhavam, sedentários, que avaliaram sua saúde como ruim/muito ruim e com maior número de doenças crônicas. Maiores razões de prevalências foram detectadas na subescala de pensamentos depressivos. Estes resultados apontam para desdobramentos no âmbito das ações em saúde coletiva, tais como: a) investir na autonomia e na vida saudável dos idosos; b) prover atenção adequada às necessidades com ênfase nos hábitos de vida saudáveis; c) enfatizar o trabalho na velhice, que representa uma autonomia e inserção do indivíduo; d) investir na promoção da saúde com controle adequado das doenças crônicas e da saúde mental, com atenção para o quadro depressivo na terceira idade; e) desenvolver programas de saúde e de bem-estar social voltados para os segmentos socioeconômicos menos favorecidos e identificar recursos individuais-psicológicos capazes de atuar como fatores de apoio na velhice.

Palavras-chave: Saúde do idoso; Inquéritos epidemiológicos; Autoavaliação; Transtornos mentais; Saúde mental; Idoso

ABSTRACT

The self-rated health is a multidimensional construct and has been widely used as an important indicator of individual and collective welfare. Studies show an association of socioeconomic and demographic variables with that measure. These factors influence the establishment of different lifestyles that contribute to the occurrence or prevention of health problems. Longitudinal studies have pointed to the self-rated health as a robust predictor of morbidity, disability, depression and mortality. The subjective assessment of health includes mental dimension, which for older people is essential to the achievement of functional activities. This study aims: to analyze the prevalence of self-rated health as excellent or very good according to demographic, socioeconomic and health-related behaviors variables in elderly; to analyze the prevalence of common mental disorders (CMD), as measured by Self Reporting Questionnaire 20 (SRQ-20), the factors associated with this disorder; and to evaluate the association of self-rated health as negative with indicators of mental and physical health, socioeconomic and demographic variables, and subjective well-being in individuals 60 and over aged. This is a cross-sectional study, population-based, which used data from a home survey carried out in Campinas, SP, Brazil, in 2008, with two-stage conglomerate sampling. Data analysis considered the weights related to the sampling design and was performed using STATA software version 11.0. Associations of several variables were tested with self-rated health and CMD. Furthermore prevalence estimates and adjusted prevalence ratios were calculated. The results revealed prevalence of excellent/very good health was higher in the elderly with more schooling, higher income, no religion, living alone, home computer, alcohol consumption 1-4 times a month, physical activity during leisure-time, no obesity, and fruit and vegetable consumption ≥ 4 times a week. It was also found higher prevalence of self-rated health as

poor / very poor in individuals who have never studied, those with less education, with income lower 1 minimum wage, those with scores greater than or equal to 5 in the indicator of physical health, who scored 5 or more on the SRQ 20 and individuals who did not report feeling of happiness all the time. The prevalence of CMDs was significantly higher in females, the elderly aged 80 or more, lower income, non-working, sedentary and those with a poorer self-rated health and greater number of chronic diseases. The prevalence ratios were higher in the subscale of depressive thoughts. These results point to developments in the context of actions in public health, such as: a) emphasizing the autonomy and healthy life of the elderly; b) provide adequate attention to the needs with an emphasis on healthy lifestyles; c) emphasizes working in old age, which represents an individual's autonomy and integration; d) Investing in health promotion with adequate control of chronic diseases and mental health, with attention to depressive symptoms in elderly; e) develop health programs and social welfare for lowest socioeconomic sectors and identifies individual - psychological resources capable of acting as supporting factors in old age.

Keywords: Health of the elderly; Health surveys, Self-assessment; Mental Disorders; Mental Health; Aged.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|---------|--|
| IBGE | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística |
| OMS | Organização Mundial de Saúde |
| SSE | Status socioeconômico |
| VIGITEL | Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico |
| TMC | Transtorno mental comum |
| SRQ-20 | Self Reporting Questionnaire 20 |
| GDS | Escala de Depressão Geriátrica |
| ISACamp | Inquérito de Saúde de Campinas |
| AUDIT | Alcohol Use Disorder Identification Test |
| IMC | Índice de massa corpórea |
| LER | Lesão por esforço repetitivo |
| DORT | Distúrbio Osteomuscular relacionado ao trabalho |
| RP | Razão de prevalência |
| STATA | Stata Statistical Software |
| SVY | Survey |
| UPAS | Unidades primárias de amostragem |
| IC | Intervalo de Confiança |

| | |
|--------|---|
| SM | Salário mínimo |
| SABE | Saúde, bem-estar e envelhecimento |
| NSE | Estratos de nível socioeconômico |
| AF | Atividade Física |
| CCAS | Centro Colaborador de Análise e situação de Saúde |
| FSEADE | Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados |

SUMÁRIO

| | |
|---|------------|
| 1. INTRODUÇÃO..... | 21 |
| 1.1. <i>Autoavaliação de Saúde.....</i> | <i>25</i> |
| 1.2. <i>Transtorno Mental Comum.....</i> | <i>28</i> |
| 1.3. <i>Breve justificativa.....</i> | <i>30</i> |
| 2. OBJETIVOS..... | 35 |
| 3. MATERIAIS E MÉTODOS | 39 |
| 3.1. <i>Processo amostral.....</i> | <i>41</i> |
| 3.2. <i>Instrumento de coleta de dados.....</i> | <i>43</i> |
| 3.3. <i>Análise de dados.....</i> | <i>45</i> |
| 3.4. <i>Procedimentos éticos.....</i> | <i>46</i> |
| 4. RESULTADOS | 47 |
| 4.1. <i>Artigo 1:</i> | <i>49</i> |
| 4.2. <i>Artigo 2:</i> | <i>75</i> |
| 4.3. <i>Artigo 3:</i> | <i>103</i> |
| 5. DISCUSSÃO GERAL | 125 |

| | |
|---|------------|
| 6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... | 133 |
| 7. ANEXOS..... | 145 |
| 7.1. <i>Anexo I</i> | 147 |
| 7.2. <i>Anexo II</i> | 155 |

1.INTRODUÇÃO

A população brasileira vem passando, nas últimas décadas, por um processo acelerado de transição demográfica, com aumento significativo do segmento de idosos. Entre 1980 e 2006 houve um crescimento de 118,2% da população de 60 anos ou mais e estima-se que no período entre 2000 e 2050 a proporção de idosos na população do país deva subir de 5,1% para 14,2% (Wick et al., 2000). Em 2010 os idosos já representavam 7,4% da população brasileira, sendo o segmento de 80 anos e mais o que havia apresentado a maior taxa de crescimento (70%) na década anterior (IBGE, 2010). Essa mudança demográfica, pela repercussão que tem para a sociedade como um todo, principalmente no contexto de desigualdade social, pobreza e fragilidade das instituições, traz uma série de demandas e desafios para pesquisadores e gestores dos sistemas de saúde (Veras, 2009).

A necessidade urgente de modificação e inovação nos paradigmas de atenção à saúde dos idosos, de forma a promover medidas que agreguem qualidade aos anos adicionais de vida que vêm sendo obtidos, é constatada por agências e pesquisadores (OMS, 2002). Os novos paradigmas, expressos pelos termos envelhecimento saudável, envelhecimento ativo ou velhice bem-sucedida, enfatizam a necessidade de preservação da autonomia, da participação nas atividades da família e da comunidade, do autocuidado, do bem-estar e de elaboração de novos significados para a vida na idade avançada (OMS, 2002; Veras, 2007).

Durante muito tempo a avaliação da saúde da população dependeu dos indicadores derivados de dados de óbitos. Com a mudança no perfil epidemiológico de saúde-doença e o aumento da longevidade, estes índices tornaram-se insuficientes para medir a saúde e novas medidas de avaliação começaram a ser exploradas. Passa a ser amplamente reconhecida a necessidade de mensuração de incidência e prevalência de doenças, de lesões provocadas por acidentes e violências, além de índices de comorbidades para o

monitoramento da saúde da população. Os indicadores de saúde começaram a avaliar o impacto da doença em várias dimensões da vida do indivíduo. Avaliações subjetivas das pessoas sobre a própria condição de saúde-doença passam a ser mensuradas por instrumentos de qualidade de vida relacionada à saúde, de bem-estar, de capacidade funcional e de autoavaliação da saúde, entre outras (Barros, 2008).

As informações em saúde são cada vez mais essenciais para o planejamento, a programação, o monitoramento e a gestão das intervenções em saúde coletiva e individual. Neste contexto os inquéritos populacionais vêm sendo um importante componente para gerar informação de base populacional sobre a saúde da população.

Muitas questões que são contempladas nos inquéritos, apesar de serem de autorrelato, são respostas com validade objetiva, com seu foco direcionado e podem, em alguns casos, serem verificadas externamente (como, por exemplo, as doenças crônicas); por outro lado, as medidas subjetivas, principalmente as medidas relativas à saúde e ao bem-estar, estão se tornando, cada vez mais, frequentes nas pesquisas epidemiológicas, principalmente pelo poder preditivo das simples respostas destas questões (Pruchno et al., 2010).

Com ênfase nos idosos, na busca de novos paradigmas do setor saúde, as avaliações subjetivas são importantes pela sua caracterização individual, com percepções dos estados físico, social e psicológico do indivíduo, e pela contribuição de auxiliar com dados que podem proporcionar a magnitude com que a doença afeta as suas capacidades funcionais e o seu bem-estar (Pinquart, 2001).

Neste contexto a autoavaliação da saúde tem sido amplamente utilizada em inquéritos de saúde de base populacional, que são, como mencionado anteriormente, essenciais para gerar um conjunto substancial de novos índices de saúde, como coletar

informações sobre estado de saúde, prevalência de doenças e de fatores de risco, além dos determinantes sociais (Viacava, 2002; Barros, 2008), sendo considerados meios rápidos e com custo/benefício adequados (Nossikov e Gudex, 2000).

1.1. Autoavaliação de Saúde

A autoavaliação de saúde é um indicador do julgamento subjetivo que cada pessoa faz sobre a qualidade de sua saúde física e mental. Esta variável é um importante indicador no nível individual e coletivo de bem-estar (PNAD, 2006; Neri, 2007). Esta medida global de saúde é obtida pedindo-se ao indivíduo para avaliar o seu próprio estado de saúde, com quatro ou cinco níveis de resposta, ou compará-lo ao de pessoas de idade semelhante (Jylhã, 2009).

Estudos longitudinais têm mostrado a forte associação da autoavaliação da saúde com a mortalidade. Idosos que avaliam sua saúde como ruim morrem mais precocemente do que aqueles que avaliam sua saúde como boa (Ilder e Benyamini, 1997; Feinglass et al., 2007; Miller e Wolinsky, 2007; Singh-Manoux et al., 2007). Um estudo longitudinal de base populacional, realizado em Londres com início em 1985, sobre a autoavaliação da saúde e mortalidade, dividiu a pesquisa em dois estágios, curto e longo período, ou seja, até 10 anos e mais de 10 anos. Foi observada, nos dois períodos, uma relação direta entre pior saúde referida e mortalidade em ambos os sexos (Singh-Manoux et al., 2007).

Entre os fatores demográficos e socioeconômicos, que são identificados como associados à autoavaliação da saúde estão: sexo, idade, escolaridade e renda. Inúmeros estudos revelam que as mulheres relatam pior saúde percebida quando comparadas aos homens (McCullough e Laurenceau, 2004; Singh-Manoux, 2007; Barros et al., 2009; DeSalvo et al., 2009; Jang et al., 2009), o que pode estar relacionado com o maior conhecimento sobre as doenças (Lima et al., 2009) e a maior percepção de sinais e

sintomas, e, inclusive, pelo seu papel de cuidadora da saúde da família (Barros et al., 2011).

As pesquisas sobre o tema apontam para um declínio significativo na magnitude das autoavaliações de saúde com o aumento da idade (Dachs e Santos, 2006; Miller e Wolinsky, 2007; McFadden et al., 2008, DeSalvo et al., 2009). A alta prevalência de saúde avaliada como “ruim”, nos indivíduos mais velhos, relaciona-se com o aumento das comorbidades e das incapacidades funcionais e, segundo alguns autores, com o declínio da saúde mental (Liang et al., 2007; DeSalvo et al., 2009).

Outra observação consistente na literatura é a forte associação da autoavaliação da saúde com a escolaridade (Lima-Costa et al., 2004; Dachs e Santos, 2006; Feinglass et al., 2007; Miller e Wolinsky, 2007; Jang et al., 2009). Um estudo com idosos, realizado em Costa Rica, observou que os indivíduos com baixo nível de escolaridade tiveram 40% mais chance de relatar pior saúde percebida (Rosero-Bixby e Dow, 2009). O nível de escolaridade pode estar relacionado aos cuidados do indivíduo quanto à sua saúde, ao conhecimento sobre as doenças e ao acesso a condições mais adequadas de vida e de serviços de saúde. Em estudo transversal de base populacional, realizado nos EUA, foi observado que os indivíduos com nível socioeconômicos (NSE) mais baixos relataram pior autoavaliação da saúde, sendo verificado que pessoas de 35-44 anos, de NSE mais baixo, avaliam a saúde pior do que indivíduos de 65 anos ou mais, que apresentam melhor SSE (Robert et al., 2009).

Com relação ao comportamento relacionado à saúde, alguns estudos têm mostrado associação entre atividade física, tabagismo, índice de massa corporal, qualidade da dieta e consumo de álcool, com o estado de saúde autoavaliado (McFadden et al, 2008; Barros et al., 2009). No Brasil, com base nos dados do Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL), de 2006, estudo que

avaliou a prevalência de pessoas com saúde referida como ruim, detectou que os comportamentos relacionados à saúde representariam uma mediação importante da determinação social na autoavaliação da saúde (Barros et al., 2009).

A literatura em geral revela relação consistente entre saúde referida como ruim com o aumento do número de doenças e outros indicadores de saúde (Lima-Costa et al., 2004; Barros et al., 2009; DeSalvo et al., 2009), enfatizando seus aspectos físicos, cognitivos e emocionais. Entretanto, nos idosos, alguns estudos mostram que nem sempre os indicadores de saúde correlacionam-se de forma consistente com os indicadores subjetivos (Famer e Ferraro, 1997; Diener e Suh, 1998; Sadana et al., 2002), isto porque as condições subjetivas respondem pela manutenção da resiliência psicológica deste grupo, mesmo quando a resiliência biológica está comprometida.

Embora os indicadores objetivos de saúde desempenhem um papel importante na percepção dos idosos em relação à sua saúde, eles não explicam inteiramente as relações entre essas duas variáveis. A avaliação subjetiva depende também da forma como a pessoa concebe a ideia de uma boa saúde: com uma definição além da biomédica, com atribuição dos problemas físicos à velhice e ao processo do envelhecimento, além do sentimento de controle sobre a sua saúde, especialmente nos indivíduos com hábitos saudáveis ao longo da vida (Henchoz e Girardin, 2008). Destacam-se, entre os fatores que podem explicar a divergência entre estado de saúde e saúde percebida, os mecanismos de comparação social descendentes, mediante a qual os idosos tendem a adotar como critérios de avaliação pessoas que se encontram em piores condições de saúde e funcionamento do que as suas, e, assim, derivar senso de superioridade (Cheng, Fung & Chan, 2007).

Portanto, em relação aos fatores associados à autoavaliação de saúde, há uma heterogeneidade entre os estudos, que aponta a influência não apenas da presença de

doença, suas causas e consequências, mas também do bem-estar, nível de satisfação com a vida, capacidade funcional e qualidade de vida, configurando um importante indicador para ser monitorado nos serviços de saúde (Pagotto et al., 2013).

A avaliação subjetiva do estado de saúde inclui a dimensão mental, como descrita anteriormente, e destaca que os desconfortos de natureza psicológica, como a presença de sintomas depressivos são um dos principais preditores de autoavaliação de saúde negativa (Millán-Calenti et al., 2012). Para melhor compreensão da saúde do idoso, enfatizando uma abordagem integral, além de considerar a faculdade mental imprescindível para a realização das atividades funcionais do idoso, torna-se importante investigar, com maior propriedade, a saúde mental do idoso.

1.2. Transtorno Mental Comum

Alguns inquéritos de saúde incluem instrumentos que avaliam os sinais e sintomas de saúde mental. Através destes, pode-se avaliar o transtorno mental comum (TMC), que denomina-se como um conjunto de experiências autorrelatadas de desconforto psíquico, comprometimento funcional e interferência na qualidade de vida, caracterizado por sintomas somáticos, depressivos, estado de ansiedade, irritabilidade, insônia, fadiga, dificuldade de memória e de concentração (Goldberg e Huxley, 1992) associados a queixas somáticas. A marcante comorbidade entre os transtornos mentais gera imprecisões diagnósticas segundo os manuais tradicionais. (Goldberg e Goodyer, 2005)

Apesar das dificuldades encontradas, o conceito tem sido amplamente utilizado em investigações epidemiológicas, sobre prevalência, demanda no atendimento primário de saúde e a associação com variáveis socioeconômicas e demográficas. O *Self Reporting Questionnaire 20* (SRQ-20) é um instrumento desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para detecção de TMC na população geral. No Brasil, esse instrumento foi

submetido a uma validação, por Mari e Williams (1986) e, recentemente, Scazufca et al., (2009), examinaram a validade do SRQ-20 nos idosos de São Paulo e verificaram que com ponto de corte 7 ou 8 a sensibilidade foi de 49,6% e especificidade de 90%, apontando uma limitação na capacidade do teste em detectar a doença quando ela está de fato presente, por outro lado com pontos de corte 4 ou 5 a sensibilidade foi de 76,1% e a especificidade de 74,6%. Esse questionário tem sido amplamente utilizado em inquéritos de saúde de base populacional, pelo fácil uso e constatada qualidade (Gonçalves et al., 2008).

A saúde mental é assunto fundamental na saúde pública e estima-se que 20% a 40% da população geral são acometidos de distúrbios da saúde mental, que acarretam consequências econômicas e sociais para o indivíduo e para a sociedade (Molarius et al., 2009). Em particular no idoso, somam-se especialmente as questões psicossociais associadas às condições de vida destes indivíduos, pois além da maior prevalência de doenças associadas à faixa etária, aliada aos limites psicofísicos, estes indivíduos tendem a configurar uma situação de saúde em que a dinâmica psicológica pode estar comprometida (Tavares, 2009).

Estudos apontam que os quadros psiquiátricos mais comuns nos idosos incluem a demência, estados depressivos, transtornos ansiosos e mesmo quadros psicóticos (Clemente et al., 2011), sendo, entretanto, a depressão o primeiro e o mais importante problema de saúde mental nesta faixa etária (Blay et al., 2007).

Uma metanálise estimou que 26% dos idosos brasileiros apresentavam sintomas clinicamente significativos de depressão (Barcelos-Ferreira et al., 2010). Coutinho (2012) alertou para a importância das pesquisas com enfoque na depressão, com a finalidade de orientar a adoção de medidas para lidar com esse cenário. Apesar da relevância do tema, a depressão é uma morbidade de difícil mensuração, pelo fato de que o quadro depressivo é

composto de sintomas que traduzem estados de sentimentos que diferem acentuadamente, especialmente entre os idosos, cuja apresentação se manifesta com sintomas somáticos, como diminuição do sono, perda de prazer nas atividades habituais e perda de energia (Gazalle et al., 2004), além da anedonia e das ruminções sobre o passado.

A necessidade do cuidado com a saúde mental do idoso aumenta, principalmente por estar associada às doenças crônicas e, na busca pelo atendimento médico, apresentarem queixas somáticas específicas que dificultam o encaminhamento para área psiquiátrica (Prakash et al., 2007).

Estudos desenvolvidos com o SRQ-20, em população de adultos incluindo idosos, apontaram associação do TMC com condições sociodemográficas e econômicas (Costa et al., 2002; Maragno et al., 2006; Marín-León et al., 2007; Rocha et al., 2010). Mas, poucos estudos brasileiros investigaram o TMC, especificamente em população idosa. É mais comum encontrar estudos que utilizaram a Escala de Depressão Geriátrica (GDS) para avaliar sintomas depressivos neste grupo etário (Lebrão e Laurenti, 2005; Maciel e Guerra, 2006).

1.3. Breve justificativa

No Brasil, seguindo a tendência mundial, observam-se dois processos que têm produzido mudanças no perfil das doenças. O primeiro é a transição demográfica, com significativa diminuição das taxas de fecundidade, natalidade e aumento progressivo na expectativa de vida, já a segunda, denomina-se transição epidemiológica, com uma importante mudança no perfil de morbimortalidade. As mudanças trazem novos desafios para os gestores do setor saúde e os profissionais desta área (Ministério da Saúde, 2005).

É importante enfatizar que o desafio é acrescentar qualidades aos anos adicionais que vêm sendo obtidos. O processo de envelhecimento provoca modificações biológicas,

psicológicas e sociais. As modificações biológicas são morfológicas, fisiológicas e bioquímicas, já as psicológicas ocorrem quando, ao envelhecer, o ser humano precisa adaptar-se a cada situação nova do seu cotidiano, sendo a última, as relações sociais, as que se tornam alteradas em função da diminuição da produtividade e do poder físico e econômico. A heterogeneidade no processo do envelhecimento é marcada pelo fim da busca pela normatização e o início da investigação dos determinantes do envelhecimento saudável (Cupertino et al., 2007).

Neste sentido, a compreensão das avaliações subjetivas, que investigam os fatores que são subjetivamente significativos para as pessoas, é de extrema importância na busca dos novos paradigmas em saúde dos idosos e agregam aos profissionais da saúde mais recursos que podem contribuir na prática clínica e na busca de caminhos eficazes para o envelhecimento bem-sucedido.

Destaca-se, entre estas avaliações, a autoavaliação de saúde, que é uma importante medida do julgamento subjetivo de cada indivíduo e pode ser compreendida como um processo do qual diversos aspectos da saúde, objetivos e subjetivos, são combinados e sumarizados (Jylhã, 2009). Estudos mostram uma associação das variáveis socioeconômicas e demográficas com a saúde percebida (Lima-Costa et al., 2004; Miller e Wolinsky, 2007). Estes fatores influenciam o estabelecimento de diferentes estilos de vida e a literatura aponta que os comportamentos relacionados à saúde representam uma mediação importante da determinação social na autoavaliação da saúde e, ainda, que os padrões de comportamento, desenvolvidos ao longo da vida, contribuem para a ocorrência ou prevenção de problemas de saúde (Barros et al., 2009; Barreto e Figueiredo, 2009).

Os estudos longitudinais têm apontado que a autoavaliação de saúde é um preditor de morbidade (Latham e Peek, 2013), assim como a incapacidade (Lee, 2000). Em relação

à saúde mental, observa-se que a depressão esta associada à autoavaliação de saúde (Chang-Quan et al., 2010). Embora os indicadores objetivos de saúde desempenhem um papel importante na percepção de saúde dos idosos, eles não explicam inteiramente as relações entre essas duas variáveis. A saúde percebida é multidimensional, pode ser influenciada não apenas pela saúde e pela capacidade funcional, mas também pelos aspectos psicológicos e sociais. Tornou-se uma medida chave do bem-estar e da qualidade de vida na população idosa, e destaca-se, principalmente, por identificar recursos individuais capazes de atuar como fatores de apoio na velhice.

Os sintomas depressivos e a presença de doenças crônicas estão associados e estudos longitudinais apontam que a presença da doença crônica é um fator de risco para o desenvolvimento da depressão (Chang-Quan et al., 2010). Os estudos apontam uma preocupação com a alta prevalência de sintomas depressivos em idosos, principalmente por se manifestarem através de queixas somáticas inespecíficas que dificulta o encaminhamento adequado. Uma metanálise, que teve como objetivo determinar a relação entre o estado de saúde, incluindo a autoavaliação de saúde e doenças crônicas, com o risco para depressão em idosos, concluiu que a autoavaliação de saúde negativa foi um importante fator de risco para o desenvolvimento da depressão (Chang-Quan et al., 2010).

Uma vez revisados os conceitos de autoavaliação de saúde e suas relações com a temática do envelhecimento e velhice, e destacar a importância da investigação da saúde mental no idoso, considera-se importante responder as seguintes questões:

Quais são as variáveis demográficas e socioeconômicas associadas à autoavaliação de saúde?

Quais são as variáveis dos comportamentos relacionados à saúde que estão associadas com a autoavaliação de saúde, após ajuste das variáveis demográficas e socioeconômicas?

Há uma congruência entre autoavaliação de saúde e saúde objetiva em idosos?

Qual a associação entre autoavaliação de saúde e saúde física, quando incluídas variáveis como saúde mental e de bem-estar subjetivo nos idosos?

A autoavaliação de saúde é uma medida importante nos inquéritos de saúde?

Qual é a prevalência de transtorno mental comum, avaliado pelo SRQ-20, nos idosos de Campinas?

Quais variáveis estão associadas ao transtorno mental comum em idosos?

Qual o impacto do transtorno mental comum no estado geral de saúde objetiva e subjetiva nos idosos?

O instrumento SRQ-20 pode avaliar a saúde mental dos idosos?

A investigação da temática foi desenvolvida a partir de três artigos cujos os objetivos foram: analisar a prevalência da saúde autoavaliada como excelente ou muito boa segundo variáveis demográficas, socioeconômicas e de comportamentos relacionados à saúde, em idosos; analisar a prevalência do transtorno mental comum (TMC), medido pelo Self Reporting Questionnaire 20 (SRQ-20), os fatores associados a este transtorno; e avaliar a relação da autoavaliação de saúde negativa com indicadores de saúde física e mental, com variáveis socioeconômicas e com bem-estar subjetivo, nos indivíduos com 60 anos e mais.

2.OBJETIVOS

Objetivo geral

Analisar a prevalência da autoavaliação de saúde positiva e negativa e do transtorno mental comum, em idosos residentes em Campinas/SP.

Objetivos específicos

1. Analisar a prevalência da saúde autoavaliada como excelente ou muito boa segundo variáveis demográficas, socioeconômicas e de comportamentos relacionados à saúde, em idosos residentes em Campinas, SP;

2. Analisar a prevalência de transtorno mental comum, identificando os subgrupos demográficos e socioeconômicos de idosos mais susceptíveis ao transtorno; analisar a associação deste transtorno com comportamentos relacionados à saúde e morbidades, em Campinas, SP;

3. Avaliar a relação da autoavaliação de saúde negativa com indicadores de saúde física e mental, com variáveis socioeconômicas e demográficas e com bem-estar subjetivo, em amostra probabilística de indivíduos com 60 anos e mais, em Campinas, SP.

3.MATERIAIS E MÉTODOS

Os dados foram provenientes de inquérito de saúde de base populacional realizado em 2008-09 no município de Campinas (ISACamp 2008-09). Foram coletadas informações de pessoas não institucionalizadas, residentes na área urbana do município. Trata-se de um estudo de corte transversal que incluiu 1.520 idosos.

3.1. Processo amostral

Foi fixado como objetivo da pesquisa o estudo de aspectos referentes a três subgrupos a população: adolescentes, adultos e idosos. Dessa forma, foram considerados três estratos (de 10 a 19 anos; de 20 a 59 anos e de 60 anos ou mais), que constituíram domínios do estudo.

Para o cálculo do tamanho da amostra, considerou-se a situação correspondente à máxima variabilidade para a frequência dos eventos estudados ($P = 0,50$), coeficiente de confiança de 95% na determinação dos intervalos de confiança ($z = 1,96$), erro de amostragem entre 4 e 5 pontos percentuais e efeito de delineamento igual a 2, totalizando mil indivíduos em cada domínio de idade pré-definido.¹ Foram coletadas informações de todos os moradores da faixa etária selecionada para aquele domicílio que quiseram participar da pesquisa².

Para a realização do inquérito foi utilizada amostragem por conglomerados, em dois

¹ Maiores detalhes sobre o processo amostral encontram-se disponíveis no site http://www.fcm.unicamp.br/centros/ccas/arquivos/plano_de_amostragem.pdf

²ISA-CAMPINAS 2008/2009. Plano de Amostragem. Disponível em: <
http://www.fcm.unicamp.br/centros/ccas/arquivos/plano_de_amostragem.pdf>

estágios. No primeiro estágio foram sorteados 50 setores censitários da área urbana do município com probabilidade proporcional ao tamanho, expresso pelo número de domicílios. Nestes 50 setores, foi feita pesquisa de campo para arrolamento dos domicílios particulares existentes e o total de entrevistas por setor não deveria ultrapassar 20, para a obtenção de mil entrevistas de cada domínio de idade. No segundo estágio foi feito o sorteio dos domicílios.

O cálculo do número de domicílios a serem sorteados foi feito, primeiramente, à razão do número de indivíduos em cada grupo de idade pelo total de domicílios existentes no Município de Campinas, considerando-se os setores censitários urbanos (282147 no censo de 2000). No segundo momento, dividiu-se, então, o tamanho desejado da amostra (mil pessoas) por essa razão para estimar o número de domicílios que deveriam ser sorteados em cada domínio de idade para obter amostra suficiente em cada estrato de idade (Tabela 1).

Tabela 1. População, razão população/domicílios e números de domicílios da amostra, segundo domínios de estudo.

| Domínio | População | Razão | Domicílios amostra |
|----------------|-----------|----------|--------------------|
| 10 a 19 anos | 168759 | 0,598124 | 1672 |
| 20 a 59 anos | 541414 | 1,918908 | 522 |
| 60 anos e mais | 91271 | 0,323487 | 3092 |

Portanto, foram sorteados para a obtenção das mil entrevistas de idosos 3.092 domicílios em que deveriam ser entrevistados todos os idosos que fossem moradores. Prevendo-se a ocorrência de recusas e de domicílios vagos foram sorteados números 20%

maiores de domicílios.

3.2. Instrumento de coleta de dados

As informações foram coletadas por meio de questionário aplicado por entrevistadores treinados e respondidos diretamente pelos idosos sorteados. No caso de impossibilidade do idoso um cuidador ou parente responsável respondia por ele. As questões do questionário foram organizadas em blocos envolvendo diversos temas, a saber: morbidade, acidentes e violências, saúde emocional, qualidade de vida, uso de serviços, práticas preventivas, uso de medicamentos, comportamentos relacionados à saúde e características socioeconômicas.

Para o presente estudo, selecionou-se para análise o seguinte conjunto de variáveis:

1)Autoavaliação da saúde: obtida por meio da pergunta “Em geral, você diria que sua saúde é: excelente, muito boa, boa, ruim ou muito ruim?”

2)Transtorno mental comum: avaliado pelo *Self Reporting Questionnaire 20 (SRQ 20)*: o questionário é composto por 20 questões sobre sintomas físicos e psíquicos, com respostas dicotômicas. Esse instrumento avalia 4 subescalas, sendo elas: humor depressivo-ansioso, sintomas somáticos, decréscimo de energia vital e pensamentos depressivos. Cada resposta afirmativa recebe 1 ponto e a resposta negativa nenhum ponto. Serão considerados possíveis casos de transtorno mental comum os homens e mulheres com escore maior ou igual a 5. Scazufca et al. (2009) examinaram a validade do SRQ-20 nos idosos de São Paulo e verificaram melhor sensibilidade e especificidade com ponto de corte 4 ou 5. Também foi categorizado em: 0-4/ 5-10 e 10 ou mais.

3)Características demográficas: sexo, idade, raça/cor autorreferida, situação conjugal, naturalidade, religião e número de moradores no domicílio.

4)Características socioeconômicas: escolaridade, ocupação, renda familiar mensal *per capita*, número de equipamentos no domicílio e se possui carro e/ou computador.

5)Comportamentos relacionados à saúde, compreendendo:

a)Atividade física em contexto de lazer: foram classificados como ativos os idosos que praticavam ao menos 150 minutos por semana, distribuídos no mínimo por três dias; como insuficientemente ativos os que praticavam menos que 150 minutos ou mais de 150 minutos, mas em menos de três dias na semana, e como sedentários os que não praticavam nenhum tipo de atividade física de lazer em nenhum dia da semana (ACSM, 1998).

b)Uso abusivo de bebidas alcoólicas, avaliado pelo *Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT)* que é composto por 10 questões e identifica o risco de abuso/dependência de álcool quando seu escore (faixa de 0 - 40) é igual a oito ou mais. Foi também avaliada a frequência do consumo de bebida alcoólica.

c)Tabagismo: fumante, ex-fumante e não fumante. Foram considerados como ex-fumantes as pessoas que referiram ter fumado ao menos 100 cigarros na vida e haviam cessado com o consumo; foram classificados como fumantes aqueles que persistiam com o consumo do tabaco por ocasião de entrevista.

d)Índice de Massa Corporal (IMC): foi calculado com base em informação autorreferida de peso e altura. Foram usados os pontos de corte adequados para idosos que levam em consideração as modificações na composição corporal que

ocorrem com o envelhecimento. Os idosos foram categorizados em: eutróficos (IMC 22 a 27Kg/m²), com baixo peso (IMC < 22Kg/m²), com sobrepeso (IMC > 27 a < 30Kg/m²) e obesos (IMC ≥ 30kg/m²);

e)Frequência semanal do consumo de frutas e verduras-hortaliças categorizada em ≥ 4 vezes/semana e < 4 vezes/semana.

6)Morbidades: presença ou ausência de hipertensão, diabetes, doença do coração, tumor/ câncer, reumatismo/ artrite/ artrose, osteoporose, asma/ bronquite/ enfisema, tendinite/ LER/ DORT e problemas de circulação. Utilizou-se ainda o número de morbidades crônicas referidas entre as acima relacionadas.

7)Sinais e sintomas físicos: presença ou ausência de dor de cabeça, dor nas costas, alergia, problema emocional, tontura, insônia e problema urinário;

8)Limitação funcional: identificada a partir da limitação da doença ou do problema de saúde nas suas atividades do dia a dia. Esta pergunta foi feita em caso afirmativo e específico da doença e do problema de saúde que o indivíduo relatava;

9)Felicidade identificada por meio da pergunta:

Você tem se sentido feliz? cujas categorias de resposta eram: todo o tempo; a maior parte do tempo, alguma parte do tempo e pequena parte do tempo; ou nunca.

10)Vitalidade obtida por meio da pergunta:

Você tem se sentido com muita energia? Categorizado em: todo o tempo; a maior parte do tempo, alguma parte do tempo e pequena parte do tempo; ou nunca.

3.3. Análise de dados

Os dados do inquérito foram digitados em banco desenvolvido com o uso do *software Epi Data*, versão 3.1 e submetidos à avaliação de consistência. Para as análises desta pesquisa foram produzidas estimativas de prevalências e respectivos intervalos de

confiança de 95%. As associações entre variáveis independentes e autoavaliação de saúde ou TMC foram analisadas pelo teste qui-quadrado com nível de significância de 5%. Também foram usadas as análises de regressão simples e múltipla de Poisson para estimar razões de prevalência (RP) brutas e ajustadas. Em todas as análises considerou-se o efeito do desenho amostral para análise de inquéritos baseados em delineamentos complexos do programa Stata 11.0, que empregam os fatores de ponderação.

3.4. Procedimentos éticos

Os objetivos da pesquisa foram apresentados aos indivíduos sorteados solicitando-se, após conhecimento do tipo de informação que seria requerida, o consentimento assinado de participação. O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, em adendo ao parecer n°. 079/2007 que havia aprovado o projeto do ISACamp 2008.

4.RESULTADOS

4.1. Artigo 1: ATENDENDO AO PRIMEIRO OBJETIVO DO ESTUDO

Publicado nos Cadernos de Saúde Pública

Borim FSA, Barros MBA, Neri AL. Autoavaliação da saúde em idosos: pesquisa de base populacional no município de Campinas, SP. Cad Saude Publica. 2012;28(4):769-80.

Autoavaliação da saúde em idosos: pesquisa de base populacional no município de Campinas, SP.

Autores: Flávia Silva Arbex Borim, Marilisa Berti de Azevedo Barros, Anita Liberalesso Neri

RESUMO

Nesta pesquisa analisou-se a autoavaliação da saúde em idosos segundo variáveis demográficas, socioeconômicas e comportamentos relacionados à saúde. Trata-se de estudo transversal de base populacional, com amostra por conglomerados que utilizou dados de inquérito realizado em Campinas, SP (ISACAMP 2008/2009). Foram estimadas razões de prevalências ajustadas por meio de regressão múltipla de Poisson. Participaram do estudo 1.520 idosos. A prevalência de saúde excelente/muito boa foi 24,2% e significativamente mais elevada nos idosos: com maior escolaridade, maior renda, sem religião, que moravam sozinhos, tinham computador em casa, consumiam bebida alcoólica de 1 a 4 vezes por mês, praticavam atividade física no lazer, não eram obesos e consumiam frutas e verduras ≥ 4 vezes por semana. Alguns dos achados são pouco encontrados na literatura e sinalizam temas relevantes para novas investigações. Os resultados apontam a necessidade de maior atenção aos segmentos socialmente mais vulneráveis e do desenvolvimento de estratégias de promoção de hábitos saudáveis nos idosos.

INTRODUÇÃO

A autoavaliação da saúde tem sido amplamente utilizada como importante indicador de bem-estar individual e coletivo¹⁻³ e como robusto preditor de morbidade⁴, incapacidade⁵, depressão³, inatividade⁶ e mortalidade^{7,8} especialmente entre idosos.

As autoavaliações de saúde são geralmente obtidas em inquéritos de saúde de base populacional por meio de uma pergunta simples, de natureza escalar. Trata-se de medida do julgamento subjetivo que cada indivíduo faz sobre a qualidade de sua saúde física e mental, com base em critérios pessoais e sociais². No processo de autoavaliação, a comparação com pessoas em piores condições de saúde exerce um papel importante na adaptação dos idosos, porque contribui para minimizar os efeitos negativos da percepção de perdas associadas ao envelhecimento relativas à redução do nível de atividades e de participação social e da própria motivação para o autocuidado em saúde. Trata-se de mecanismo regulador de natureza compensatória, frequentemente mencionado para explicar a divergência, eventualmente observada, entre as avaliações de saúde subjetiva e objetiva^{9,10}.

Em estudo de metanálise, Pinquart (2001)¹¹ observou que bons níveis de saúde física, capacidade funcional e saúde mental relacionavam-se positivamente aos escores de saúde subjetiva. Sugere que a percepção mais negativa de idosos mais longevos, em comparação com idosos mais jovens, é reflexo do aumento do número e gravidade dos problemas de saúde, de limitações da funcionalidade e da diminuição dos recursos materiais e psíquicos para o enfrentamento dos problemas de saúde que os acometem¹¹.

A associação entre a saúde subjetiva e o nível socioeconômico é consistentemente relatada na literatura¹²⁻¹⁴. Ramos (2007)¹² observou que os indivíduos de segmentos sociais mais desfavorecidos, principalmente com menor escolaridade, apresentaram pior

autoavaliação de saúde. A influência da filiação religiosa na autoavaliação de saúde tem sido analisada por alguns autores, mas os achados não tem sido consistentes¹⁵⁻¹⁷.

A literatura aponta que fatores demográficos e socioeconômicos influenciam o estabelecimento de diferentes estilos de vida¹⁸. Os padrões de comportamento assim desenvolvidos contribuem para a ocorrência ou prevenção de problemas de saúde. A autoavaliação de saúde está associada à adoção de comportamentos de saúde e tem sido relatado na literatura que a prevalência de comportamentos não saudáveis é maior entre os indivíduos com percepção negativa da saúde¹⁸⁻²⁰.

Uma série de estudos desenvolvidos em outros países tem pesquisado a autoavaliação de saúde em pessoas com 60 anos ou mais^{9, 13, 16, 21-23}. No entanto, no Brasil, poucos estudos de base populacional analisaram esse indicador especificamente em idosos²⁴⁻²⁶, havendo vários aspectos da saúde subjetiva desse segmento etário dos brasileiros ainda por investigar. Conhecer os aspectos envolvidos na percepção da saúde pode revelar os subgrupos mais vulneráveis de idosos e subsidiar os serviços de saúde nas iniciativas de promoção de melhor qualidade de vida e saúde.

Considerando a relevância da questão, o presente estudo teve como objetivo analisar a prevalência da saúde autoavaliada como excelente ou muito boa segundo variáveis demográficas, socioeconômicas e de comportamentos relacionados à saúde, em idosos residentes em Campinas, SP, integrantes de amostra probabilística de um estudo de base populacional.

MATERIAL E MÉTODOS

Este estudo é parte de uma pesquisa maior constituída pelo inquérito de saúde de base populacional realizado em 2008-09 no município de Campinas (ISACamp 2008-09),

que coletou informações de pessoas não institucionalizadas, residentes na área urbana do município.

Processo amostral do ISACamp 2008-09

Para a realização do inquérito foi fixado como objetivo da pesquisa o estudo de aspectos referentes a três subgrupos da população: adolescentes, adultos e idosos. Dessa forma, foram considerados três grupos de idade (de 10 a 19 anos; de 20 a 59 anos e de 60 anos ou mais), que constituíram os domínios do estudo. Optou-se pelo sorteio de amostras de tamanhos iguais, de mil pessoas, para cada um dos grupos etários. Com esse tamanho de amostra seria possível estimar uma proporção de 0,50, que corresponde à máxima variabilidade para a frequência dos eventos estudados, com erro de amostragem entre 4 e 5 pontos percentuais, com nível de confiança de 95% e considerando um efeito de delineamento igual a 2.

Foi utilizada amostragem por conglomerados, em dois estágios. No primeiro estágio foram sorteados 50 setores censitários da área urbana do município com probabilidade proporcional ao tamanho, expresso pelo número de domicílios. A definição do número de setores censitários que deveriam ser sorteados considerou que o total de entrevistas de cada domínio, por setor, não deveria ultrapassar 20. Nestes 50 setores, foi feita pesquisa de campo para arrolamento dos domicílios particulares existentes. No segundo estágio foi feito o sorteio de uma amostra de domicílios nos setores que haviam sido sorteados.

O cálculo do número de domicílios a serem sorteados foi feito a partir da média esperada de pessoas por domicílio (razão pessoas/domicílios) em cada grupo de idade, em que o total de domicílios existentes no Município de Campinas, considerando-se os setores censitários urbanos, era de 28.2147 no ano do censo de 2000. As médias por domicílio de

adolescentes, adultos e idosos foram: 0,60, 1,92 e 0,32, respectivamente. Dividiu-se, então, o tamanho desejado da amostra (mil pessoas) por essa razão para estimar o número de domicílios que deveriam ser sorteados para obter amostra de tamanho suficiente de cada estrato de idade. Prevendo-se a ocorrência de recusas e de domicílios vagos, foram sorteados 20% a mais de domicílios, elevando os tamanhos de amostra de domicílios para 2.150, 700 e 3.900 respectivos aos três grupos de idade.

Dessa forma, para a obtenção das mil entrevistas de idosos foram sorteados 3.900 domicílios em que deveriam ser entrevistados todos os idosos que fossem moradores.

Maiores detalhes sobre o processo amostral encontram-se disponíveis no site http://www.fcm.unicamp.br/centros/ccas/arquivos/plano_de_amostragem.pdf

Instrumento de coleta de dados

As informações foram coletadas por meio de questionário aplicado por entrevistadores treinados e respondidos diretamente pelos idosos sorteados. Os conjuntos de variáveis analisadas no presente estudo foram:

1ª) Autoavaliação da saúde: obtida por meio da pergunta “Em geral, você diria que sua saúde é: excelente, muito boa, boa, ruim ou muito ruim?”

2ª) Características demográficas: sexo, idade, raça/cor autorreferida, situação conjugal, naturalidade, religião e número de moradores no domicílio.

3ª) Características socioeconômicas: escolaridade, ocupação, renda familiar mensal *per capita*, número de equipamentos no domicílio e se possui carro e/ou computador.

4ª) Comportamentos relacionados à saúde, compreendendo:

a)Atividade física em contexto de lazer: foram classificados como ativos os idosos que praticavam ao menos 150 minutos por semana, distribuídos no mínimo por três dias; como insuficientemente ativos os que praticavam menos que 150 minutos ou mais de 150 minutos, mas em menos de três dias na semana, e como sedentários os que não praticavam nenhum tipo de atividade física de lazer em nenhum dia da semana.

b)Uso abusivo de bebidas alcoólicas, avaliado pelo *Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT)*²⁷ que é composto por dez questões e identifica o risco de abuso/dependência de álcool quando seu escore (faixa de 0 - 40) é igual a oito ou mais²⁸. Foi também avaliada a frequência do consumo de bebida alcoólica categorizada em: não consome, consome 1 a 4 vezes/mês, 2 a 3 vezes/semana e 4 ou mais vezes/semana.

c)Tabagismo: fumante, ex-fumante e não-fumante. Foram considerados como ex-fumantes as pessoas que referiram ter fumado ao menos 100 cigarros na vida e haviam cessado com o consumo; foram classificados como fumantes aqueles que persistiam com o consumo do tabaco por ocasião de entrevista.

d)Índice de Massa Corporal (IMC): foi calculado com base em informação autorreferida de peso e altura. Foram usados os pontos de corte adequados para idosos que levam em consideração as modificações na composição corporal que ocorrem com o envelhecimento. Os idosos foram categorizados em: (IMC 22 a 27Kg/m²), com baixo peso (IMC < 22Kg/m²), com sobrepeso (IMC > 27 a < 30Kg/m²)²⁹ e obesos (IMC ≥ 30kg/m²);

e)Frequência semanal do consumo de frutas e verduras-hortaliças categorizada em ≥ 4 vezes/semana e < 4 vezes/semana.

Análise de dados

Os dados do inquérito foram digitados em banco de dados desenvolvido com o uso do *software Epi Data*, versão 3.1 e submetidos à avaliação de consistência. Para as análises deste estudo foram produzidas estimativas de prevalências e dos intervalos de confiança de 95%. As associações entre as variáveis independentes e a autoavaliação de saúde foram analisadas pelo teste qui-quadrado. Também foram usadas as análises de regressão simples e múltipla de Poisson para estimar razões de prevalência (RP) brutas e ajustadas. Foi desenvolvido modelo de regressão múltipla de Poisson em duas etapas. Na primeira etapa foram introduzidas as variáveis demográficas e socioeconômicas que apresentaram um nível de significância menor de 20% ($p < 0,20$) na associação com a variável dependente e permaneceram no modelo aquelas com $p < 0,05$. Na segunda etapa, além das variáveis que permaneceram na etapa anterior foram acrescentadas as variáveis de comportamentos relacionados à saúde, com $p < 0,20$ na análise univariada, e mantiveram-se na segunda etapa do modelo aquelas com $p < 0,05$. A análise dos dados foi realizada com os comandos *svy* do software STATA versão 11.0 utilizando-se as ponderações decorrentes do desenho amostral e considerando a existência das unidades primárias de amostragem (UPAS)

Procedimentos éticos

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, em adendo ao parecer n^o.

079/2007 que havia aprovado o projeto do ISACamp 2008-09. Todos os participantes assinaram termo de consentimento livre e esclarecido.

RESULTADOS

Houve uma perda de 6,5% dos domicílios que haviam sido sorteados para as entrevistas com idosos devido à impossibilidade de encontrar um morador ou à recusa do mesmo em arrolar os indivíduos que moravam no domicílio. Entre os 1.558 idosos identificados nos domicílios sorteados, 2,3% recusaram-se a participar da pesquisa e em 5,8% dos casos a informação foi dada por um cuidador ou familiar responsável. Desta forma, neste estudo foram analisados os dados de 1.432 idosos, dos quais 57,2% eram mulheres. A idade média da população estudada foi 69,9 anos (IC95%: 69,2-70,6). Na Tabela 1 observa-se que 76,1% referiram-se de cor branca, 57,6% eram casados, 46,2% nasceram em outros municípios do estado de São Paulo, 39,0% moravam com apenas uma pessoa no domicílio e 16,7% moravam sozinhos. Em relação à escolaridade, 63,4% tinham quatro anos ou menos de estudo, 39,2% tinham renda familiar *per capita* inferior a um salário mínimo e 78,8% não tinham trabalho remunerado (Tabela 2).

A prevalência estimada da autoavaliação de saúde excelente ou muito boa foi de 24,6%; 8,2% (IC95%: 6,2-10,) dos participantes avaliaram sua saúde como excelente, 16,4% (IC95%: 13,5-19,9) como muito boa, 64,5% (IC95%: 59,4-69,1) como boa, 10,0% (IC95%: 8,1-12,0) como ruim e 0,9% (IC95%: 0,5-1,7) como muito ruim. Observou-se nas RP ajustadas por sexo e idade que os indivíduos com 70 a 79 anos (RP=0,73), os não naturais do estado de São Paulo (RP=0,63), aqueles que moravam com duas ou mais pessoas e os católicos (em relação aos sem religião ou com outra religião) apresentaram menores prevalências de saúde autoavaliada como excelente ou muito boa (Tabela 1).

Idosos com escolaridade ≥ 1 ano, com renda ≥ 1 salário mínimo, que dispunham de 11 ou mais equipamentos no domicílio, que possuíam carro ou computador e os que tinham trabalho remunerado apresentaram maior prevalência de saúde autoavaliada como excelente ou muito boa (Tabela 2). A prevalência apresentou gradiente crescente com o aumento da escolaridade e com o aumento da renda, atingindo uma RP de 4,86 no segmento de 9 ou mais anos de escolaridade e RP de 2,37 no estrato de renda superior a 3 salários mínimo.

Os indivíduos que consumiam bebida alcoólica de 1 a 4 vezes/mês, os que não eram sedentários no lazer e os que consumiam frutas e verduras ≥ 4 vezes por semana apresentaram maior prevalência de autoavaliação de saúde excelente/ muito boa, sendo esta prevalência significativamente menor entre os obesos (Tabela 3).

Os resultados da análise de regressão múltipla de Poisson identificaram maior prevalência de saúde excelente/ muito boa nos indivíduos sem religião, com escolaridade ≥ 1 ano, renda *per capita* ≥ 1 SM, que moravam sozinhos, que tinham computador em casa, que consumiam bebida alcoólica 1 a 4 vezes por mês, que eram ativos ou insuficientemente ativos, que consumiam frutas e verduras ≥ 4 vezes por semana e que não eram obesos (Tabela 4).

DISCUSSÃO

Observou-se predominância de mulheres na população estudada, assim como vem sendo notado em outros estudos com a população idosa^{24, 25}. O número de mulheres idosas no Brasil é maior do que o de homens e em 2003 essa proporção era de 55,9% e 44,1%, respectivamente³⁰.

A proporção de idosos analfabetos foi de 16,4%, percentual que é menor que o do

País, refletindo um melhor nível de desenvolvimento socioeconômico e a presença de um menor número de indivíduos vivendo em condições de alta vulnerabilidade social. No Brasil, em 2007, o percentual de idosos analfabetos foi 32,2% e na região Sudeste, 22,8%³¹.

A maior parte dos idosos deste estudo vive com renda familiar *per capita* de 1 a 3 salários mínimos (41,0%) e 39,2% vivem com renda inferior a 1 salário mínimo. O rendimento familiar *per capita* é um indicador de acesso a bens essenciais, especialmente em situação de ausência ou insuficiência de políticas sociais que garantam moradia, transporte e atendimento à saúde adequado e de qualidade³⁰.

Neste estudo, a prevalência da autoavaliação de saúde excelente ou muito boa foi de 24,6%. Embora tendo utilizado diferentes categorias de respostas e havendo diferenças socioeconômicas entre as cidades, a pesquisa realizada no município de Bambuí, MG, com 1.516 idosos encontrou resultado similar, com prevalência de 24,7% de saúde muito boa/boa²⁴.

Não foi observada diferença estatisticamente significativa entre as frequências de homens e de mulheres que avaliaram a saúde de forma positiva ou negativa, dado que contraria a ocorrência mais comum de pior autoavaliação de saúde entre as mulheres^{15, 19, 32-34}. Com base em dados de um estudo longitudinal com 59 anos de seguimento, McCullough e Laurenceau (2004)¹⁵ observaram que a diferença entre os gêneros na autoavaliação de saúde diminuiu com o avançar da idade e desapareceu entre os idosos de 80 anos e mais.

A piora da autoavaliação de saúde com o aumento da idade é consistentemente observada^{1, 23, 33, 35} e interpretada como fruto do aumento das comorbidades e das incapacidades funcionais^{33, 36}. Neste estudo, a diminuição da prevalência da autoavaliação da saúde como excelente ou muito boa com a idade não ocorreu no segmento de 80 anos e mais. Os idosos mais jovens, entre 60 e 69 anos, apresentaram prevalência

significativamente maior de saúde excelente/ muito boa quando comparados aos idosos com 70 e 79 anos na análise univariada, mas a significância não persistiu na análise ajustada por variáveis socioeconômicas.

A forte associação da autoavaliação da saúde com o nível de escolaridade é uma constatação frequente na literatura^{1, 13, 23, 24, 34}, assim como verificado neste estudo, que detectou um aumento progressivo e intenso da razão de prevalência dos indivíduos avaliando a própria saúde como excelente ou muito boa com o aumento da escolaridade. Um estudo com idosos, realizado com base nos dados do Projeto Saúde, Bem-estar e Envelhecimento na América Latina e Caribe (SABE), observou que os indivíduos com 1 a 4 anos de escolaridade tiveram 0,72 razão de chance e aqueles com 5 anos ou mais apresentaram 0,38 razão de chance de relatar pior saúde percebida quando comparados àqueles sem escolaridade²⁶. Essa relação provavelmente decorre da associação entre nível de escolaridade e o acesso a oportunidades sociais ao longo de toda a vida, entre elas o acesso à informação, aos serviços de saúde e a melhores condições de vida.

Em estudo transversal de base populacional realizado nos EUA, foi observado que indivíduos pertencentes aos estratos de nível socioeconômico (NSE) mais baixos relataram pior autoavaliação da saúde do que os pertencentes aos níveis mais altos, sendo que indivíduos de 35-44 anos de NSE inferior avaliaram mais negativamente a própria saúde do que os de 65 anos e mais que pertenciam ao melhor nível socioeconômico¹⁴. Nesse estudo, a renda foi preditor mais robusto de saúde autorrelatada do que a escolaridade, diferentemente do que ocorreu no presente estudo, em que renda e escolaridade persistiram no modelo final e inclusive com a escolaridade apresentando uma RP mais elevada (RP=4,86) do segmento de maior escolaridade em relação aos analfabetos do que a observada entre os estratos de renda (RP=2,37) do segmento de maior renda em relação ao

de menor renda.

A ausência de associação da autoavaliação de saúde com cor ou raça autorreferidas é compatível com os dados de outro estudo brasileiro¹, mas diverge do observado em estudos realizados em outros países^{21, 37}, que detectaram associação entre a autoavaliação de saúde e raça. É possível que, no Brasil, baixos níveis de renda e de escolaridade sejam determinantes mais fortes do estado de saúde e das concepções sobre bem-estar do que valores culturais associados à raça. A parcela da população de baixa renda e baixa escolaridade, independentemente da raça, seria igualmente afetada pelas precárias condições de vida e de atendimento a necessidades de saúde e isso se reflete nas autoavaliações de saúde.

Ter computador em casa, que é também um indicador de bem-estar econômico, significou ter uma RP=1,35 de relatar saúde excelente ou muito boa em comparação com o grupo que não possuía este equipamento, mesmo após ajuste por escolaridade e renda. Um estudo que investigou os significados atribuídos à saúde por idosos observou que a definição de saúde para estes indivíduos relacionava-se principalmente a ter autonomia, a ser capaz de agir sobre o ambiente³⁸. Sob esta ótica, pode-se supor que os idosos que utilizam o computador e, em especial, se têm acesso à internet, tenderiam a avaliar mais positivamente a própria saúde porque teriam mais condições para expressar capacidades e competências e para integrar-se no contexto social. Outras investigações precisam ser feitas para avaliar a consistência desta associação, pois ela sinaliza alternativas de promoção de bem-estar e saúde dos idosos com a ampliação do acesso a este tipo de equipamento.

Maior prevalência de saúde muito boa/excelente foi encontrada nos indivíduos que relataram não ter religião. Estudo transversal, com 499 idosos avaliando a associação de religião com a qualidade de vida no último ano de vida observou resultado semelhante ao

do presente estudo¹⁷, assim como pesquisa realizada com idosos da América Latina e do Caribe que detectou que a filiação religiosa estava associada com pior avaliação de saúde, embora essa associação não se mantivesse após ajuste por capacidade funcional¹⁶. O achado é interessante por contrariar a crença comumente difundida de associação positiva entre religião e saúde. Os resultados da literatura quanto a essa questão não são consistentes. Estudo que avaliou a filiação religiosa e a trajetória da autoavaliação de saúde na vida adulta observou que as pessoas que declararam ter alguma religião apresentaram melhores escores de saúde subjetiva¹⁵. Este é um tema que necessita ser mais investigado e autores têm ressaltado a importância de considerar nas pesquisas diferentes medidas do envolvimento religioso e diferentes dimensões da religiosidade.

Os idosos que moravam sozinhos apresentaram melhor autoavaliação de saúde comparados àqueles que vivem com 2 ou mais pessoas, semelhante ao observado em outros estudos transversais de base populacional realizados com idosos brasileiros²⁴⁻²⁶. Esta associação tem sido atribuída ao fato de que aqueles que vivem sós estariam em melhores condições físicas²⁵. Além disso, é provável que idosos que vivem sós tenham melhores condições econômicas e não necessitem dar apoio material ou de cuidado a outros membros da família, podendo cuidar melhor da própria saúde³⁹.

Os idosos que faziam uso de bebida alcoólica de 1 a 4 vezes por mês apresentaram melhor autoavaliação de saúde comparados aos abstêmios. Outros estudos transversais observaram maior prevalência de ativos no lazer⁴⁰ e melhor qualidade de vida⁴¹ nos idosos que consumiam bebidas alcoólicas moderadamente. Os idosos que bebem em pouca quantidade têm uma condição melhor de saúde, que possibilita continuar ingerindo bebida alcoólica, além do efeito benéfico da ingestão moderada de álcool, principalmente como efeito protetor nas coronariopatias⁴². No entanto, o abuso de álcool pode ter consequências

prejudiciais à saúde⁴².

A adoção de um estilo de vida não sedentário calcado na prática regular de atividades físicas aumenta a possibilidade de reduzir diretamente o risco para o desenvolvimento da maior parte das doenças crônico-degenerativas⁴³. A prática de exercício no período de lazer constitui um indicador de incorporação de estilos de vida mais saudáveis⁴⁰. Com a adoção de um estilo de vida ativo, o idoso pode controlar e evitar alguns sintomas de doenças, melhorar ou manter a aptidão física e melhorar a capacidade de realizar suas atividades. Além dos benefícios fisiológicos, a atividade física propicia benefícios psicológicos e sociais, o que influencia a autoavaliação da saúde⁴⁴. É importante ressaltar que o nosso estudo encontrou que ser insuficientemente ativo já tem associação com melhor saúde subjetiva, o que apontaria que entre os idosos o estímulo a algum nível de atividade física mesmo que inferior às recomendações já poderia ter resultados satisfatórios quanto ao bem-estar. Por outro lado, idosos em melhores condições de saúde podem estar mais motivados e capacitados para as práticas da atividade física. De fato, delineamentos transversais estão sujeitos ao viés de causalidade reversa, não permitindo identificar associações causais.

O consumo de frutas e verduras apresentou associação com autoavaliação da saúde, replicando dados de outros estudos brasileiros^{19, 24} com a população idosa¹⁹ e adulta²⁴. A qualidade da dieta é um fator importante nos hábitos saudáveis do indivíduo e consequentemente na melhoria da qualidade de vida.

Outros estudos transversais mostraram associação da autoavaliação de saúde com o IMC, encontrando pior autoavaliação de saúde entre os obesos^{33, 45}. O excesso de tecido adiposo no organismo pode estar relacionado direta ou indiretamente com doenças cardiovasculares, osteomusculares e neoplásicas e, além disso, podem causar incapacidade

funcional e problemas psicológicos e de interação social⁴⁶.

Alguns dos achados do presente estudo, como a associação negativa com a filiação religiosa e com a obesidade, e a associação positiva com a posse de computador, correspondem a variáveis que não haviam sido analisadas anteriormente em outros estudos brasileiros de base populacional realizados sobre a autoavaliação de saúde de idosos. São resultados interessantes que sinalizam a necessidade de outras investigações sobre esses temas.

Mesmo reconhecendo a possível discordância entre avaliações subjetivas e objetivas, e ao fato de aquelas estarem sujeitas a vieses pessoais e sociais, a saúde percebida é um bom preditor de morbidade, incapacidade e mortalidade, sendo um indicador útil aos planejadores e executores de políticas de saúde.

Os resultados do estudo, em que a autoavaliação de saúde como excelente ou muito boa destaca-se entre os idosos com melhor escolaridade e renda, que moravam sozinhos e que tinham computador em casa, indicam a presença da desigualdade social no estado de saúde e, portanto, a necessidade de maior empenho nos programas de saúde e bem-estar social voltados para os segmentos socioeconômicos menos favorecidos. Os achados também apontam a existência de forte associação da autoavaliação de saúde com comportamentos relativos à saúde, como consumo frequente de frutas e verduras e uso moderado do álcool o que reforça a necessidade de estratégias de promoção de hábitos saudáveis nos idosos.

REFERÊNCIAS

1. Dachs NW, Santos APR. Auto-avaliação do estado de saúde no Brasil: análise dos dados da PNAD/2003. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2006; 11 (4): 887-94.
2. Neri AL. Qualidade de vida na velhice e subjetividade. In: Neri AL, organizadora. *Qualidade de vida na velhice: enfoque multidisciplinar*. Campinas, SP: Ed. Alínea; 2007. p.13-59.

3. Blazer DG. How do you feel about...? Health outcomes in late life and self-perceptions of health and well-being. *Gerontologist*. 2008; 48 (4): 415-22.
4. Martin LG, Schoeni RF, Freedman VA, Andreski P. Feeling Better? Trends in general health status. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2007; 62B (1): 11-21.
5. Bernard SL, Kincade JE, Konrad TR, Arcury TA, Rabiner DJ, Woomert A, *et al*. Predicting mortality from community surveys of older adults: the importance of self-rated functional ability. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 1997; 52B (3): 155-63.
6. Shirom A, Toker S, Berliner S, Shapira I, Melamed S. The effects of physical fitness and feeling vigorous on self-rated health. *Health Psychol*. 2008; 27 (5): 567-75.
7. Idler EL, Benyamini Y. Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *J Health Soc Behav*. 1997; 38 (1): 21-37.
8. Sargent-Cox KA, Anstey KJ, Luszcz MA. The choice of self-rated health measures matter when predicting mortality: evidence from 10 years follow-up of the Australian longitudinal study of ageing. *BMC Geriatrics*. 2010; 10: 18.
9. Liang J, Shaw BA, Krause N, Bennett JM, Kobayashi E, Fukaya T, *et al*. How does self-assessed health change with age? A study of older adults in Japan. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2005; 60B (4): 224-32.
10. Cheng ST, Fung H, Chan A. Maintaining self-rated health through social comparison in old age. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2007; 62B (5): 277-85.
11. Pinguat M. Correlates of subjective health in older adults: a Meta-Analysis. *Psychol Aging*. 2001; 16 (3): 414-26.
12. Ramos M. Impact of socioeconomic status on Brazilian elderly health. *Rev Saude Publica*. 2007; 41 (4): 616-24.
13. Feinglass J, Lin S, Thompson J, Sudano J, Dunlop D, Song J, *et al*. Baseline Health, socioeconomic status and 10-year mortality among older middle-aged Americans: findings from the health and retirement study, 1992-2002. *J Gerontol: Social Sciences*. 2007; 62B (4): S209-17.
14. Robert AS, Cherepanov D, Palta M, Dunham NC, Feeny D, Fryback DG. Socioeconomic status and age variations in health-related quality of life: results from the National Health Measurement Study. *J Gerontol: Social Sciences*. 2009; 64B (3): 378-89.
15. McCullough ME, Laurenceau JP. Religiousness and the trajectory of self-rated health across adulthood. *Pers Soc Psychol Bull*. 2005; 31 (4): 560-73.
16. Reyes-Ortiz CA, Pelaez M, Koenig HG, Mulligan T. Religiosity and self-rated health among Latin American and Caribbean elders. *Int J Psychiatry Med*. 2007; 37(4): 425-43.
17. Idler EL, McLaughlin J, Kasl S. Religion and the quality of life in last year of life. *J Gerontol: Social Sciences*. 2009; 64B (4): 528-37.

- 18.Manderbacka K, Lundberg o, Martikainen P. Do risk factors and health behaviours contribute to self-ratings of health? *Soc Sci Med.* 1999; 48 (12):1713-20.
- 19.Barros MBA, Zanchetta LM, Moura EC, Malta DC. Auto-avaliação da saúde e fatores associados, Brasil, 2009. *Rev Saúde Pública.* 2009; 43 (Supl 2): 27-37.
- 20.Barreto SM, Figueiredo RC. Doença crônica, auto-avaliação de saúde e comportamento de risco: diferença de gênero. *Rev Saúde Pública.* 2009; 43(Supl 2):38-47.
- 21.McMullen CK, Luborsky MR. Self-rated health appraisal as cultural and identity process: african american elders'health and evaluative rationales. *Gerontologist.* 2006; 46 (4): 431-8.
- 22.Menec VH, Shooshtari S, Lambert P. Ethnic differences in self-rated health among older adults. *JAH.* 2007; 19 (1): 62-86.
- 23.Miller TR, Wolinsky FD. Self-rated health trajectories and mortality among older adults. *J Gerontol: Social Sciences.* 2007; 62B (1): S22-7.
- 24.Lima-Costa MF, Firmo JOA, Uchoa E. A estrutura da auto-avaliação da saúde entre idosos: projeto Bambuí. *Rev Saúde Pública.* 2004; 38 (6): 827-834.
- 25.Lebrão ML, Laurenti R. Saúde, bem-estar e envelhecimento: o estudo SABE no Município de São Paulo. *Rev Bras Epidemiol.* 2005; 8(2): 127-41.
- 26.Alves LC, Rodrigues RN. Determinantes da autopercepção de saúde entre idosos do Município de São Paulo, Brasil. *Pan Am J Public Health.* 2005; 17 (5/6): 333-41.
- 27.Dawson DA, Grant BF, Stinson FS & Zhou Y. Effectiveness of the derived alcohol use disorders identification test (AUDIT-C) in screening for alcohol use disorders and risk drinking in the USD general population. *Alcohol Clin Exp Res.* 2005; 29(5), 844-854.
- 28.Lima CT, Freire ACC, Silva APB, Teixeira RM, Farrel M, Prince M. Concurrent and construct validity of the AUDIT in na urban Brazilian sample. *Alcohol Alcohol.* 2005; 40 (6): 584-589.
- 29.Cervi A, Franceschini SC, Priore SE. Análise crítica do uso do índice de massa corporal para idosos. *Rev Nutr.* 2005; 18 (6): 765-75.
- 30.IBGE (2009). Indicadores Sociodemográficos e de Saúde no Brasil. Estudos e Pesquisas Informação Demográfica e Socioeconômica. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Recuperado em 31 de janeiro de 2011:
http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indic_sociosaude/2009/indicsaude.pdf
- 31.IBGE (2008). Síntese de Indicadores Sociais: Uma Análise das Condições de Vida da População Brasileira. Estudos e Pesquisas Informação Demográfica e Socioeconômica. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Recuperado em 31 de janeiro de

2011:

http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaoodevida/indicadoresminimos/sinteseindic sociais2008/indic_sociais2008.pdf

32.Singh-Manoux A, Gueguen A, Martikainen P, Ferrie J, Marmot M, Shipley M. Self-rated health and mortality: short- and long-term associations in Whitehall II study. *Psychosom Med.* 2007; 69 (2): 138-43.

33.DeSalvo KB, Jones TM, Peabody J, McDonald J, Fihn S, Fan V, et al. Health Care expenditure prediction with a single item, self-rated health measure. *Med Care.* 2009; 47 (4): 440-7.

34.Jang Y, Chiriboga DA, Herrera JR, Branch LG. Self-rating of poor health: a comparison of Cuban elders in Havana and Miami. *J Cross Cult Gerontol.* 2009; 24 (2): 181-91.

35.McFadden E, Luben R, Bingham S, Wareham N, Kinmonth AL, Khaw KT. Social inequalities in self-rated health by age: Cross-sectional study of 22457 middle-aged men and women. *BMC Public Health.* 2008; 8: 230.

36.Liang J, Shaw BA, Bennett JM, Krause N, Kobayashi E, Fukaya T, et al. Interwining courses of functional status and subjective health among older Japanese. *J Gerontol: Social Sciences.* 2007; 62B (5): S340-8.

37.Spencer SM, Schulz R, Rooks RN, Albert SM, Thorpe Jr. RJ, Brenes GA, et al. Racial Differences in Self-Rated Health at Similar Levels of Physical Functioning: An Examination of Health Pessimism in the Health, Aging, and Body Composition Study. *J Gerontol: Social Sciences.* 2009; 64B (1): 87-94.

38.Fonseca MGUP, Firmo JOA, Loyola-Filho AI, Uchôa E. Papel da autonomia na autoavaliação da saúde do idoso. *Rev Saúde Pública.* 2010; 44(1): 159-65.

39.Camarano AA, Kanso S, Leitão e Mello J. Como vive o idoso brasileiro? Rio de Janeiro, RJ: IPEA; 2004. p.1-50.

40.Zaitune MPA, Barros MBA, César CLG, Carandina L, Goldbaum M, Alves MCGP. Fatores associados à prática de atividade física global e de lazer em idosos: Inquérito de Saúde no Estado de São Paulo (ISA-SP), Brasil. 2010; 26 (8): 1606-18.

41.Lima MG, Barros MBA, César CLG, Carandina L, Goldbaum M, Alves MCGP. Health-related behavior and quality of life among the elderly: a population-based study. *Rev Saúde Pública.* 2011; 45 (3): 485-93.

42.Pearson TA. Alcohol and heart disease. *Circulation.* 1996; 94(11): 3023-5.

- 43.Chodzko-Zajko W, Proctor D, Fiatarone M, Singh M, Minson C, Nigg C, *et al.* Exercise and Physical Activity for Older Adults. ACSM Position Stand. Med Sci Sports Exerc. 2009; Special Communications: 1510-30.
- 44.Matsudo SM. Envelhecimento, atividade física e saúde. Min Educ Fís. 2002; 10 (1): 195-209.
- 45.Molarius A, Berglund K, Eriksson C, Lambe M, Nordstrom E, Eriksson HG, *et al.* Socioeconomic conditions, lifestyle factors, and self-rated health among men and women in Sweden. Eur J Public Health. 2006; 17(2): 125-33.
- 46.Cabrera MAS, Jacob Filho W. Obesidade em idosos: prevalência, distribuição e associação com hábitos e comorbidades. Arq Bras Endocrinol Metab. 2001; 45 (5): 494-501.

Tabela 1. Prevalência e razão de prevalência de saúde autoavaliada como excelente ou muito boa segundo variáveis sociodemográficas. ISACamp, 2008 - 2009.

| Variáveis | N | % | Prevalência | RP (IC95%)* | RP ajustada (IC95%)** |
|---|------|-------|---------------------|-------------------------|-------------------------|
| Sexo | | | (<i>p</i> =0,3364) | | |
| Feminino | 852 | 57,2 | 23,7 | 1 | 1 |
| Masculino | 580 | 42,8 | 25,9 | 1,09 (0,90-1,32) | 1,08 (0,89-1,30) |
| Total | 1432 | 100,0 | 24,6 | | |
| Faixa etária (anos) | | | (<i>p</i> =0,0203) | | |
| 60 – 69 | 800 | 56,0 | 27,6 | 1 | 1 |
| 70 – 79 | 470 | 32,7 | 20,3 | 0,73 (0,58-0,92) | 0,73 (0,58-0,93) |
| 80 - mais | 162 | 11,3 | 22,6 | 0,81 (0,59-1,12) | 0,82 (0,60-1,13) |
| Situação conjugal | | | (<i>p</i> =0,2473) | | |
| Viúvo | 452 | 28,2 | 21,0 | 1 | 1 |
| Casado | 848 | 57,6 | 24,7 | 1,15 (0,90-1,48) | 1,04 (0,81-1,33) |
| Separado | 120 | 7,9 | 30,3 | 1,41 (1,03-1,92) | 1,28 (0,94-1,74) |
| Solteiro | 100 | 6,3 | 26,4 | 1,30 (0,85-2,00) | 1,25 (0,83-1,91) |
| Cor/Raça | | | (<i>p</i> =0,1224) | | |
| Branca | 1084 | 76,1 | 26,3 | 1 | 1 |
| Não branca | 346 | 23,9 | 19,5 | 0,74 (0,50-1,11) | 0,71 (0,48-1,06) |
| Naturalidade | | | (<i>p</i> =0,0438) | | |
| Campinas | 295 | 20,7 | 30,6 | 1 | 1 |
| Outro município do estado de São Paulo | 660 | 46,2 | 25,7 | 0,84 (0,60-1,16) | 0,84 (0,61-1,16) |
| Outro estado | 476 | 33,1 | 19,5 | 0,64 (0,43-0,94) | 0,63 (0,43-0,93) |
| Religião | | | (<i>p</i> =0,0007) | | |
| Católica | 950 | 66,5 | 22,7 | 1 | 1 |
| Evangélica | 316 | 21,7 | 20,8 | 0,91 (0,64-1,29) | 0,90 (0,64-1,28) |
| Sem religião | 83 | 6,1 | 45,0 | 1,97 (1,38-2,81) | 1,90 (1,36-2,65) |
| Outras | 80 | 5,7 | 38,4 | 1,68 (1,17-2,42) | 1,66 (1,16-2,38) |
| Número de moradores no domicílio | | | (<i>p</i> =0,0343) | | |
| 1 | 242 | 16,7 | 31,6 | 1 | 1 |
| 2 | 552 | 39,0 | 24,7 | 0,78 (0,59-1,02) | 0,72 (0,56-0,93) |
| ≥ 3 | 638 | 44,3 | 22,0 | 0,69 (0,53-0,91) | 0,63 (0,48-0,82) |

* RP=Razão de Prevalência

IC= Intervalo de Confiança

** Por idade e sexo

Tabela 2. Prevalência e razão de prevalência de saúde autoavaliada como excelente ou muito boa segundo variáveis socioeconômicas. ISACamp, 2008 - 2009.

| Variáveis | n | % | Prevalência | RP (IC95%)* | RP ajustada(IC95%)** |
|---|------|------|----------------------|-------------------------|-------------------------|
| Escolaridade do indivíduo (em anos) | | | <i>(p<0,0001)</i> | | |
| Nunca | 242 | 16,4 | 8,3 | 1 | 1 |
| 1 – 4 | 682 | 47,0 | 19,9 | 2,39 (1,57-3,64) | 2,38 (1,55-3,63) |
| 5 – 8 | 166 | 11,5 | 33,4 | 4,02 (2,59-6,23) | 3,97 (2,57-6,15) |
| ≥ 9 | 339 | 25,1 | 40,5 | 4,87 (3,06-7,74) | 4,86 (3,03-7,80) |
| Renda familiar per capita (salário mínimo) | | | <i>(p<0,0001)</i> | | |
| < 1 | 572 | 39,2 | 16,4 | 1 | 1 |
| 1 – 3 | 591 | 41,0 | 25,3 | 1,54 (1,21-1,97) | 1,51 (1,18-1,93) |
| >3 | 269 | 19,8 | 39,8 | 2,43 (1,83-3,22) | 2,37 (1,79-3,13) |
| Trabalho remunerado | | | <i>(p=0,0036)</i> | | |
| Não | 1136 | 78,8 | 22,4 | 1 | 1 |
| Sim | 295 | 21,2 | 32,6 | 1,45 (1,14-1,85) | 1,35 (1,03-1,79) |
| Número de equipamentos no domicílio | | | <i>(p<0,0001)</i> | | |
| 1 – 5 | 291 | 19,8 | 14,7 | 1 | 1 |
| 6 – 10 | 583 | 40,2 | 20,3 | 1,38 (0,96-1,98) | 1,35 (0,95-1,92) |
| 11 - mais | 558 | 40,0 | 34,0 | 2,31 (1,55-3,44) | 2,22 (1,50-3,29) |
| Possui computador | | | <i>(p<0,0001)</i> | | |
| Não | 942 | 64,9 | 18,9 | 1 | 1 |
| Sim | 490 | 35,1 | 35,3 | 1,86 (1,45-2,39) | 1,81 (1,41-2,32) |
| Possui carro | | | <i>(p<0,0001)</i> | | |
| Não | 690 | 47,4 | 19,9 | 1 | 1 |
| Sim | 741 | 52,6 | 29,0 | 1,45 (1,22-1,73) | 1,41 (1,18-1,70) |

* RP=Razão de Prevalência

IC= Intervalo de Confiança

** Por idade e sexo

Tabela 3. Prevalência e razão de prevalência de saúde autoavaliada como excelente ou muito boa segundo comportamentos relacionados à saúde. ISACamp, 2008 - 2009.

| Variáveis | n | % | Prevalência | RP bruta(IC95%)* | RP ajustada (IC95%)** |
|---|------|------|----------------------|-------------------------|-------------------------|
| Tabagismo | | | <i>(p=0,7607)</i> | | |
| Nunca fumou | 973 | 67,3 | 25,2 | 1 | 1 |
| Ex-fumante | 166 | 11,7 | 23,0 | 0,91 (0,68-1,21) | 0,85 (0,62-1,16) |
| Fumante | 292 | 21,0 | 23,5 | 0,93 (0,68-1,28) | 0,90 (0,63-1,29) |
| Audit*** | | | <i>(p=0,4588)</i> | | |
| Negativo | 1372 | 95,7 | 24,9 | 1 | 1 |
| Positivo | 59 | 4,3 | 20,3 | 0,81 (0,47-1,42) | 0,73 (0,42-1,28) |
| Frequência de consumo de álcool | | | <i>(p=0,0001)</i> | | |
| Não bebe | 991 | 68,2 | 21,0 | 1 | 1 |
| 1 a 4 vezes/mês | 299 | 21,3 | 36,4 | 1,73 (1,38-2,17) | 1,70 (1,35-2,14) |
| 2 a 3 vezes/ semana | 73 | 5,4 | 24,0 | 1,14 (0,75-1,73) | 1,14 (0,75-1,73) |
| 4 ou mais vezes/semana | 68 | 5,0 | 25,6 | 1,21 (0,76-1,95) | 1,19 (0,73-1,96) |
| Atividade Física de lazer | | | <i>(p<0,0001)</i> | | |
| Sedentário | 965 | 66,9 | 19,0 | 1 | 1 |
| Insuficientemente ativo | 156 | 10,9 | 33,6 | 1,77 (1,29-2,42) | 1,73 (1,26-2,38) |
| Ativo | 311 | 22,2 | 37,3 | 1,96 (1,50-2,56) | 1,92 (1,47-2,52) |
| Frutas/ Verduras-hortaliças (frequência) | | | <i>(p<0,0001)</i> | | |
| ≥4 vezes por semana | 898 | 62,7 | 28,9 | 1 | 1 |
| <4 dias por semana | 534 | 37,3 | 17,5 | 0,60 (0,49-0,75) | 0,59 (0,48-0,73) |
| IMC**** | | | <i>(p=0,0053)</i> | | |
| 22 a 27 Kg/m ² | 647 | 47,2 | 28,8 | 1 | 1 |
| < 22 Kg/m ² | 263 | 18,8 | 23,5 | 0,81 (0,62-1,07) | 0,83 (0,64-1,07) |
| >27 a <30 Kg/m ² | 265 | 19,1 | 25,1 | 0,87 (0,67-1,13) | 0,86 (0,66-1,11) |
| ≥30 Kg/m ² | 208 | 14,8 | 14,5 | 0,50 (0,33-0,76) | 0,50 (0,32-0,75) |

* RP=Razão de Prevalência

IC= Intervalo de Confiança

**Por idade e sexo

***AUDIT= *Alcohol Use Disorder Identification Test*

****IMC= Índice de Massa Corporal

Tabela 4. Dois modelos de regressão múltipla de Poisson. ISACamp, 2008-2009.

| Variáveis | Primeira etapa* RP (IC95%)*** | Segunda etapa** RP (IC 95%)*** |
|---|----------------------------------|-----------------------------------|
| Religião | | |
| Católica | 1 | 1 |
| Evangélica | 1,13 (0,81-1,58) | 1,20 (0,88-1,63) |
| Sem religião | 1,70 (1,35-2,13) | 1,63 (1,31-2,04) |
| Outras | 1,33 (0,94-1,88) | 1,30 (0,94-1,81) |
| Escolaridade do indivíduo (em anos) | | |
| Nunca | 1 | 1 |
| 1 – 4 | 2,08 (1,37-3,17) | 1,97 (1,25-3,10) |
| 5 – 8 | 2,98 (1,95-4,55) | 2,74 (1,71-4,40) |
| ≥ 9 | 3,21 (2,01-5,12) | 2,81 (1,71-4,63) |
| Renda familiar per capita (salário mínimo) | | |
| < 1 | 1 | 1 |
| 1 – 3 | 1,34 (1,07-1,67) | 1,23 (0,97-1,54) |
| >3 | 1,46 (1,14-1,86) | 1,27 (0,97-1,66) |
| Número de moradores no domicílio | | |
| 1 | 1 | 1 |
| 2 | 0,73 (0,57-0,94) | 0,73 (0,58-0,92) |
| ≥ 3 | 0,71 (0,53-0,95) | 0,74 (0,56-0,98) |
| Possui computador | | |
| Não | 1 | 1 |
| Sim | 1,41 (1,10-1,80) | 1,35 (1,07-1,71) |
| Frequência de álcool | | |
| Não bebe | | 1 |
| 1 a 4 vezes/mês | | 1,31 (1,06-1,62) |
| 2 a 3 vezes/ semana | | 0,89 (0,62-1,28) |
| 4 ou mais vezes/semana | | 1,13 (0,72-1,77) |
| Atividade Física de lazer | | |
| Sedentário | | 1 |
| Insuficientemente ativo | | 1,40 (1,02-1,93) |
| Ativo | | 1,42 (1,10-1,82) |
| Frutas/ Verduras-hortaliças (frequência) | | |
| ≥4 vezes por semana | | 1 |
| <4 dias por semana | | 0,72 (0,59-0,88) |
| IMC | | |
| 22-27 Kg/m ² | | 1 |
| < 22 Kg/m ² | | 0,94 (0,76-1,16) |
| <27 a <30 Kg/m ² | | 0,93 (0,75-1,15) |
| ≥30 Kg/m ² | | 0,60 (0,42-0,87) |

*RP ajustadas pelas variáveis demográficas e socioeconômicas / **RP ajustadas por todas as variáveis da tabela/ *** RP=Razão de Prevalência e IC=Intervalo de Confiança

4.2. Artigo 2: ATENDENDO AO SEGUNDO OBJETIVO DO ESTUDO

Publicado nos Cadernos de Saúde Pública

Borim FSA, Barros MBA, Botega NJ. Transtorno mental comum na população idosa: pesquisa de base populacional no município de Campinas-SP. Cad Saude Publica. 2013;29(7):1415-26.

Transtorno mental comum na população idosa: pesquisa de base populacional no município de Campinas-SP.

Autores: Flávia Silva Arbex Borim, Marilisa Berti de Azevedo Barros, Neury José Botega

RESUMO

Objetivo: Analisou-se o transtorno mental comum (TMC) em idosos segundo variáveis demográficas, socioeconômicas, de comportamentos relacionados à saúde e morbidades.

Métodos: Trata-se de estudo transversal de base populacional, com amostra por conglomerados que utilizou dados de inquérito de saúde realizado em Campinas, SP, em 2008. Foi utilizado o questionário SRQ-20 para avaliar o TMC. Foram estimadas razões de prevalências ajustadas por meio de regressão múltipla de Poisson.

Resultados: A prevalência de TMC foi 29,7% e significativamente mais elevada no sexo feminino, nos idosos com 80 anos ou mais, menor renda, que não trabalhavam, sedentários, que avaliaram sua saúde como ruim/muito ruim e com maior número de doenças crônicas. Maiores razões de prevalências foram detectadas na subescala de pensamentos depressivos.

Conclusão: Os resultados trazem subsídios para o planejamento de intervenções voltadas à saúde dos idosos, com ênfase nos idosos que trabalham e com hábitos de vida saudáveis. Apontam a necessidade de atenção dos profissionais para o quadro depressivo na terceira idade.

INTRODUÇÃO

A população brasileira vem passando, nas últimas décadas, por um processo acelerado de transição demográfica, com aumento significativo do segmento de idosos. Essa mudança demográfica, pela repercussão que tem para a sociedade como um todo, principalmente no contexto de desigualdade social, pobreza e fragilidade das instituições, traz uma série de demandas e desafios para pesquisadores e gestores dos sistemas de saúde¹. Em 2010 os idosos já representavam 7,4% da população brasileira, sendo o segmento de 80 anos e mais o que havia apresentado a maior taxa de crescimento (70%) na década anterior².

Com o aumento da expectativa de vida dos idosos crescem as prevalências de doenças crônicas, os riscos de limitações físicas, de perdas cognitivas, de declínio sensorial e de propensão a acidentes e a isolamento social. Além dos aspectos físicos, a saúde mental também é comprometida, com conseqüente deterioração da saúde dos idosos. Os quadros psiquiátricos nos idosos incluem, principalmente, a demência, estados depressivos, transtornos ansiosos e mesmo quadros psicóticos³, sendo, entretanto, a depressão o mais importante problema de saúde mental nesta faixa etária⁴.

Os sintomas psiquiátricos não psicóticos, incluídos no conjunto designado por *transtorno mental comum* (TMC), são caracterizados por sintomas como irritabilidade, fadiga, insônia, dificuldade de concentração, esquecimento, ansiedade e queixas somáticas⁵. Os pacientes apresentam problemas agudos de ansiedade e depressão, com sintomas menos graves, associados a eventos estressantes da vida, com predomínio de sintomas somáticos em relação aos sintomas psicológicos⁶.

Os TMCs são frequentes nos pacientes que demandam os serviços de saúde, mas ao manifestarem-se por meio de queixas somáticas inespecíficas apresentam-se subestimados

entre os diagnósticos referidos⁷. Se por um lado, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa⁸ e o texto da I Conferência Nacional dos Direitos do Idoso afirmam que a saúde mental é questão que deve ser levada em consideração pela sua alta prevalência⁹, o subdiagnóstico dificulta o encaminhamento e o cuidado adequado dos transtornos mentais que acometem os idosos⁷.

O *Self Reporting Questionnaire 20* (SRQ-20) é um instrumento desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para detecção de TMC na população geral tendo sido submetido a um estudo de validação no Brasil, por Mari e Williams em 1986. Mais recentemente, Scazufca et al. (2009) analisaram a validade do instrumento para a população idosa e sugeriram diferente ponto de corte para esse grupo.

Esse questionário tem sido amplamente utilizado em inquéritos de saúde de base populacional pelo fácil uso e custo reduzido¹². Estudos desenvolvidos com o SRQ-20, em população de adultos incluindo idosos, apontaram que a prevalência de TMC variou de 17% a 28,5% e encontraram associação positiva do mesmo com o sexo feminino, idade avançada, com menor renda e baixa escolaridade^{7, 13-15}.

Poucos estudos brasileiros investigaram o TMC especificamente em população idosa. Neste grupo etário, é mais comum encontrar estudos que utilizaram a Escala de Depressão Geriátrica (GDS) para avaliar sintomas depressivos^{16, 17} e que detectaram a relação positiva entre depressão e presença de incapacidades, diminuição da qualidade de vida, maior consumo de serviços de saúde e aumento da mortalidade¹⁸. Entre os estudos brasileiros que utilizaram o SRQ-20, na avaliação de saúde mental de idosos, um analisou a validade do instrumento¹¹ e outro, com uma amostra de idosos moradores de São Paulo, avaliou a associação entre dimensões de religiosidade e prevalência de TMC¹⁹.

Identificar a prevalência do TMC, os fatores associados e o impacto no estado geral de saúde dos idosos possibilita uma melhor compreensão dos profissionais de saúde e orientação no planejamento de intervenções.

Como a população idosa brasileira vem crescendo significativamente nas últimas décadas e a prevalência de TMC bem como o seu impacto no estado geral de saúde dos idosos têm sido pouco estudados, os objetivos desta pesquisa foram: analisar a prevalência de TMC, identificando os subgrupos demográficos e socioeconômicos de idosos mais susceptíveis ao transtorno; analisar a associação deste transtorno com comportamentos relacionados à saúde e morbidades; e identificar as dimensões do SRQ-20 mais comprometidas nos indivíduos com TMC desse grupo etário.

MATERIAL E MÉTODOS

Este estudo é parte de uma pesquisa maior constituída pelo inquérito de saúde de base populacional realizado em 2008 no município de Campinas (ISACamp 2008) que coletou informações de pessoas não-institucionalizadas, residentes na área urbana do município.

Processo amostral do ISACamp 2008

Foi utilizada amostragem por conglomerados, em dois estágios. No primeiro estágio foram sorteados 50 setores censitários da área urbana do município com probabilidade proporcional ao tamanho, expresso pelo número de domicílios. Nestes 50 setores, foi feita pesquisa de campo para arrolamento dos domicílios particulares existentes. No segundo estágio foi feito o sorteio de uma amostra de domicílios considerando que o total de entrevistas por setor não deveria ultrapassar 20 para cada domínio de idade (adolescentes, adultos e idosos).

Optou-se pelo sorteio de amostras de tamanhos iguais, de 1000 pessoas, para cada um dos grupos etários. Com esse tamanho de amostra seria possível estimar uma proporção de 0,50, que corresponde à máxima variabilidade para a frequência dos eventos estudados, com erro de amostragem entre 4 e 5 pontos percentuais, com nível de confiança de 95% e considerando um efeito de delineamento igual a 2.

Previendo-se 20% de recusas e de domicílios vagos, foram sorteados 2150, 700 e 3900 respectivos aos três grupos de idade. Dessa forma, para a obtenção de ao menos 1000 entrevistas de idosos foram sorteados 3900 domicílios em que deveriam ser entrevistados todos os idosos que residissem no domicílio sorteado³.

Instrumento e coleta de dados

As informações foram coletadas por meio de questionário aplicado por entrevistadores treinados e respondidos diretamente pelos idosos sorteados, a não ser nos casos que eles se encontravam impossibilitados, um cuidador ou parente responsável respondia por ele. Os conjuntos de variáveis analisadas no presente estudo foram:

1ª) Transtorno mental comum: avaliado pelo *Self Reporting Questionnaire 20 (SRQ 20)*: o questionário é composto por 20 questões sobre sintomas físicos e psíquicos, com respostas dicotômicas. O ponto de corte utilizado foi maior ou igual a 5 para os possíveis casos de transtorno mental comum, sendo o mesmo ponto de corte para ambos

³ Maiores detalhes sobre o processo amostral encontram-se disponíveis no site http://www.fcm.unicamp.br/centros/ccas/arquivos/plano_de_amostragem.pdf

os gêneros¹¹.

2ª) Características demográficas: sexo, idade e estado conjugal (casado, viúvo, separado ou solteiro).

3ª) Características socioeconômicas: escolaridade (em anos de estudo), ocupação e renda familiar mensal *per capita* (em salários mínimos, cujos valores foram de 415,00 reais de 01 a 04/2008 e de 450,00 reais de 05/2008 a 04/2009).

4ª) Comportamentos relacionados à saúde, compreendendo:

a)Atividade física em contexto de lazer: foram classificados como ativos os idosos que praticavam ao menos 150 minutos por semana, distribuídos no mínimo por 3 dias; como insuficientemente ativos os que praticavam menos que 150 minutos ou mais de 150 minutos, mas em menos de 3 dias na semana, e como sedentários os que não praticavam nenhum tipo de atividade física de lazer em nenhum dia da semana.

b)Uso abusivo de bebidas alcoólicas, avaliado pelo *Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT)*²⁰ que é composto por 10 questões e identifica o risco de abuso/dependência de álcool quando seu escore (faixa de 0 - 40) é igual a oito ou mais²¹. Foi também avaliada a frequência do consumo de bebida alcoólica categorizada em: não consome, consome 1 a 4 vezes/mês, 2 a 3 vezes/semana e 4 ou mais vezes/semana.

c)Tabagismo: fumante, ex-fumante e nunca fumou. Foram considerados como ex-fumantes as pessoas que referiram ter fumado ao menos 100

cigarros na vida e haviam cessado com o consumo; foram classificados como fumantes aqueles que persistiam com o consumo do tabaco por ocasião de entrevista.

d) Frequência semanal do consumo de frutas e verduras-hortaliças categorizada em ≥ 4 vezes/semana e < 4 vezes/semana.

5ª) Estado de saúde e morbidades, compreendendo:

a) Índice de Massa Corporal (IMC): foi calculada com base em informação autorreferida de peso e altura. Foram usados os pontos de corte adequados para idosos que levam em consideração as modificações na composição corporal que ocorrem com o envelhecimento²². Os idosos foram categorizados em: baixo peso/eutrófico ($IMC \leq 27Kg/m^2$), sobrepeso ($IMC > 27$ a $< 30Kg/m^2$) e obeso ($IMC \geq 30kg/m^2$);

b) Autoavaliação da saúde obtida por meio da pergunta:

“Em geral, você diria que sua saúde é: excelente, muito boa, boa, ruim ou muito ruim?”

c) Morbidades: hipertensão, diabetes, doença do coração, tumor/ câncer, reumatismo/ artrite/ artrose, osteoporose, asma/ bronquite/ enfisema, tendinite/ LER/ DORT e problemas de circulação; número de morbidades crônicas referidas entre as acima relacionadas.

Análise de dados

Os dados do inquérito foram digitados em banco desenvolvido com o uso do *software Epi Data*, versão 3.1 e submetidos à avaliação de consistência. Para as análises deste estudo foram produzidas estimativas de prevalências e respectivos intervalos de

confiança de 95%. As associações entre variáveis independentes e o TMC foram analisadas pelo teste qui-quadrado. Também foram usadas as análises de regressão simples e múltipla de Poisson para estimar razões de prevalência (RP) brutas e ajustadas. Foi desenvolvido modelo de regressão múltipla de Poisson em três etapas. Na primeira etapa foram introduzidas as variáveis demográficas e socioeconômicas que apresentaram um nível de significância menor de 20% ($p < 0,20$) na associação com a variável dependente e permaneceram no modelo aquelas com $p < 0,05$. Na segunda etapa, além das variáveis que permaneceram na etapa anterior foram acrescentadas as variáveis de comportamentos relacionados à saúde e mantiveram-se aquelas com $p < 0,05$. Na terceira etapa foram incluídas as variáveis IMC, autoavaliação de saúde e número de morbidades crônicas referidas e mantiveram-se nesta etapa aquelas com $p < 0,05$. A análise dos dados foi realizada com os comandos `svy` do software STATA versão 11.0 utilizando-se as ponderações decorrentes do desenho amostral e considerando a existência das unidades primárias de amostragem (UPAS).

Procedimentos éticos

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, em adendo ao parecer nº. 079/2007 que havia aprovado o projeto do ISACamp 2008. Todos os participantes assinaram termo de consentimento livre e esclarecido.

RESULTADOS

Dos domicílios que haviam sido sorteados para as entrevistas com idosos, houve uma perda de 6,5% por impossibilidade de encontrar um morador ou devido à recusa do mesmo em arrolar os indivíduos que moravam no domicílio. Dos 1558 idosos identificados

nos domicílios sorteados, 2,4% recusaram-se a participar da pesquisa, sendo entrevistados 1520 idosos. Destes em 5,8% dos casos as entrevistas foram feitas com um cuidador ou um familiar e foram excluídas do presente estudo.

Desta forma, foram analisados os dados de 1432 idosos com idade média de 69,9 anos, sendo 57,2% do sexo feminino. Na tabela 1 observa-se que 57,6% dos indivíduos eram casados; 34,4% tinham menos de quatro anos de estudo; 60,0% tinham renda per capita maior que um salário mínimo e 49,5% eram aposentados que já não trabalhavam, enquanto 21,2% continuavam trabalhando sendo ou não aposentados.

A prevalência de TMC foi de 29,7% (IC95%: 25,5-34,2). Observou-se que os idosos do sexo feminino, de 70 anos ou mais, com escolaridade < 4 anos, com renda per capita menor que 0,5 salário mínimo e os que não trabalhavam apresentaram maior prevalência de TMC (Tabela 1).

Os indivíduos que eram ativos ou insuficientemente ativos no lazer, que consumiam bebida alcoólica com frequência de até 3 vezes por semana e os que consumiam frutas e verduras 4 ou mais vezes por semana apresentaram prevalência significativamente menor de TMC em relação às respectivas categorias de referência (Tabela 2).

Na tabela 3 é apresentada a prevalência do TMC segundo estado de saúde e morbidades. Os obesos apresentaram uma prevalência maior de TMC quando comparados aos indivíduos eutróficos ou de baixo peso. Verificou-se aumento da prevalência com a piora da autoavaliação de saúde e com o aumento do número de morbidades referidas. As prevalências de TMC foram significativamente mais elevadas na presença de todas as doenças pesquisadas: hipertensão, diabetes, doença do coração, reumatismo/ artrite/ artrose, osteoporose, problema de circulação e tendinite (Lesão por Esforço Repetitivo/ Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho), com exceção de asma/enfisema e câncer. As

doenças que apresentaram associações mais fortes com TMC foram reumatismo/artrite/artrose com $RP=1,86$ (1,50-2,32) e tendinite com $RP=1,91$ (1,53-2,38) (dados não apresentados em tabela).

Com o uso do modelo hierárquico de regressão múltipla de Poisson verificou-se maior prevalência de TMC nas mulheres, nos indivíduos com 80 anos ou mais, com renda per capita menor que 0,5 salário mínimo, nos aposentados, nas donas de casa e nos desempregados. Os indivíduos ativos ou insuficientemente ativos no lazer e aqueles que consumiam bebida alcoólica 2 a 3 vezes por semana apresentaram menor prevalência de TMC, com razão de prevalência de 0,72 (0,57-0,90) e 0,39 (0,20-0,75), respectivamente (Tabela 4).

Prevalências mais elevadas de TMC foram observadas à medida da piora na autoavaliação de saúde. Indivíduos que avaliaram a própria saúde como ruim/muito ruim apresentaram uma RP de 3,46 quando comparados aos idosos com autoavaliação de saúde excelente ou muito boa. Apresentar uma ou mais morbidades esteve associada positivamente com o TMC (Tabela 4).

Na análise dos itens específicos do instrumento SRQ-20 observou-se que os que mais diferenciavam os idosos com TMC dos demais foram: sentir-se uma pessoa inútil, sem préstimo ($RP=25,02$; $IC95\%=12,95-48,35$), sentir-se incapaz de desempenhar um papel útil na sua vida ($RP=17,31$; $IC95\%=9,65-31,07$), ter perdido o interesse pelas coisas ($RP=16,22$; $IC95\%=10,02-26,25$), ter tido a ideia de acabar com a vida ($RP=15,57$; $IC95\%=4,11-58,95$), ter chorado mais do que de costume ($RP=15,1$; $IC95\%=9,19-24,9$) e sentir-se cansado o tempo todo ($RP=12,59$; $IC95\%=8,59-18,45$). As maiores razões de prevalências foram encontradas na subescala de pensamentos depressivos (Tabela 5).

DISCUSSÃO

A prevalência de TMC detectada para a população idosa de Campinas foi similar à encontrada em outros estudos brasileiros de base populacional que analisaram população adulta que incluía os idosos^{13, 23}. Costa et al., em 2002, observaram uma presença de TMC em 28,5% dos indivíduos com idade acima de 40 anos utilizando ponto de corte de 6 e 7 respostas positivas para homens e mulheres, respectivamente. A prevalência de TMC entre as mulheres foi maior que a dos homens, o que é consistente com os achados da literatura^{15, 24}.

Com o aumento da idade observou-se maior prevalência do TMC, sendo que os idosos de 80 anos ou mais apresentaram prevalência 2,86 vezes maior que os de 60 a 69 anos. Outros estudos apontam um gradiente crescente de TMC com o aumento da idade^{7, 25}. Muitos fatores podem contribuir para este aumento, como o crescimento do número de morbidades e incapacidades, eventos estressantes de vida, isolamento social e dificuldades econômicas⁷.

A associação entre o nível socioeconômico e TMC tem sido observada na literatura em adultos e idosos^{26, 27}. Um estudo transversal, com amostra de 562 idosos residentes no município de Feira de Santana, observou um aumento de TMC no estrato de baixa renda²⁷. A maior prevalência de TMC em pessoas com pior nível socioeconômico pode estar relacionada a condições inadequadas de vida, à pior qualidade de moradia e transporte, à maior dificuldade de acesso a cuidados médicos, à maior prevalência de morbidades e de estresse psicossocial²⁸ resultantes do menor acesso a oportunidades sociais ao longo da vida.

No presente estudo os indivíduos que não trabalhavam apresentaram maior risco de TMC. O trabalho abrange a aplicação das forças e faculdades humanas para alcançar

determinado fim, além das atividades física e intelectual, necessária a qualquer tarefa, serviço ou empreendimento. Portanto, para o idoso a inserção no trabalho representa a preservação da capacidade da saúde física e mental, da participação social e a valorização destes indivíduos como cidadãos ativos na sociedade^{29, 30}. Com isso, observa-se um maior risco de TMC nos indivíduos aposentados, donas de casa e desempregados em relação àqueles que trabalham. Este achado sinaliza que aqueles que se mantêm no mercado apresentam maior preservação da saúde mental.

Quando observada a associação entre comportamentos relacionados à saúde e TMC, a prática de atividade física (AF) no lazer apresentou uma associação inversa com o transtorno. Um estilo de vida ativo ou mesmo insuficientemente ativo pode controlar e evitar alguns sintomas de doenças, melhorar ou manter a aptidão física e melhorar a capacidade de realizar atividades diárias, proporcionando benefícios fisiológicos, psicológicos e sociais, que podem reduzir a ansiedade e melhorar o humor²⁷. A prática da atividade física colabora a proporcionar uma relativa manutenção da autonomia e independência, habilidades fundamentais para o bem estar do indivíduo. Especificamente a atividade física no lazer destaca-se, entre os outros domínios da AF, por propiciar oportunidade de estabelecimento de contatos e de formação de redes sociais, que são fundamentais nas relações psicossociais e reequilíbrio emocional para essa faixa etária, exercendo um impacto significativo na saúde mental²⁷. Outros estudos também tem verificado associação positiva entre TMC e sedentarismo no lazer em idosos^{27, 31}.

Quanto à ingestão do consumo de bebida alcoólica os idosos que ingeriam de 2 a 3 vezes por semana apresentaram prevalência de TMC significativamente inferior aos abstêmios. O consumo moderado de álcool pode ter um impacto psicológico positivo, com alívio do sofrimento emocional e ser eficaz para lidar com situações sociais e de

ansiedade³². É importante enfatizar que as pessoas que envelhecem apresentam maior prevalência de doenças e consomem mais medicamentos o que tende a diminuir ou cessar a ingestão do consumo de álcool^{33, 34}, mas no presente estudo mesmo ajustado para número de morbidades referidas os TMCs mostraram-se menos prevalentes nos idosos que consomem bebidas alcoólicas. Outros estudos de corte transversal observaram maior prevalência de ativos no lazer³⁵, melhor qualidade de vida³⁶ e melhor autoavaliação de saúde³⁷ nos idosos que consumiam bebidas alcoólicas moderadamente. No entanto, a associação do consumo moderado de álcool com variáveis relacionadas à saúde é geralmente resultante das variáveis de confusão e de interação complexa, difíceis de serem controladas^{32, 38}. É importante ressaltar que o consumo abusivo de álcool compromete a saúde dos idosos, principalmente por serem mais susceptíveis ao risco de morbidades, fraturas e alterações cognitivas³⁹.

A prevalência de TMC apresentou um aumento significativo à medida que piora a autoavaliação da saúde, como também verificados por outros estudos brasileiros⁴⁰, com a existência de gradiente crescente da RP com a piora da saúde percebida⁴¹. A autoavaliação de saúde é uma medida de julgamento subjetivo que cada pessoa faz sobre a qualidade de sua saúde física e mental e, assim, justifica-se a relação entre TMC e autoavaliação de saúde. Entretanto, existem autores que verificaram maior influência do componente físico sobre a autoavaliação de saúde⁴².

A prevalência de TMC apresentou um gradiente crescente com o aumento do número de morbidades referidas, atingindo uma RP de 2,78 no segmento com 5 ou mais morbidades. Outros autores tem observado esses gradientes e verificado que a prevalência de TMC é cerca de 4 vezes maior de idosos com 4 a 5 morbidades relativamente aos que não apresentavam doenças crônicas^{43, 44}. As doenças crônicas, frequentemente encontradas

nos idosos, associam-se a incapacidade funcional^{45, 46}, a aumento da vulnerabilidade e da dependência, contribuindo para o isolamento social e podendo, conseqüentemente, aumentar a presença de sintomas somáticos, depressivos e ansiosos, entre outros⁴⁷.

A subescala de pensamentos depressivos apresentou maiores razões de prevalência nos idosos com TMC em relação aos que não apresentavam o transtorno. A presença de sintomatologia depressiva está associada a uma série de comprometimentos da saúde do indivíduo, com piora na qualidade de vida e maior utilização dos recursos de saúde⁴⁸. Estes achados podem ajudar a preparar os serviços de saúde para acolher, avaliar e tomar as medidas preventivas e curativas pertinentes a esse grupo⁴⁹.

Os diferentes pontos de corte utilizados para o SRQ-20 acarretam uma falta de comparabilidade entre os estudos, mas é importante destacar que o instrumento foi traduzido em vários idiomas, suas características tem boa aceitabilidade em populações com alto índice de analfabetismo e possibilita o uso em estudos epidemiológicos com indivíduos de todas as idades¹¹. Dentre as limitações do presente estudo, é importante destacar que o corte transversal não possibilita afirmar se o fator associado é determinante ou determinado pelo TMC, como por exemplo, se as doenças crônicas antecederam ou sucederam o TMC.

A prevalência do TMC é elevada na população idosa estudada e os achados deste estudo constataram as maiores prevalências nos mais velhos e nos indivíduos que não trabalhavam. Como mencionado anteriormente o segmento de 80 anos e mais é o grupo etário que mais cresce no país e é fundamental investir na autonomia e na vida saudável desses indivíduos, assim como prover atenção adequada às suas necessidades; outro foco deve-se dar ao trabalho na velhice, que representa uma autonomia e inserção do indivíduo na sociedade, preparar o idoso para o não trabalho e proporcionar a reinserção em novos

grupos sociais, como por exemplo, estimular a procura de atividades de lazer, pode contribuir para uma melhor promoção da saúde na velhice.

Os resultados também trazem subsídios que possibilitam melhor orientar o planejamento de intervenções voltadas à saúde dos idosos, com ênfase nos hábitos de vida saudáveis, em especial na prática de atividade física, além de destacar a necessidade dos profissionais de saúde em identificar o TMC neste grupo etário, para melhor desenvolver estratégias e práticas para o cuidado destes indivíduos. Apontam ainda que a identificação de transtorno mental comum em idosos associa-se mais fortemente aos itens e escala de pensamentos depressivos e, portanto, sugere-se maior atenção dos profissionais para o quadro depressivo na terceira idade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Veras R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Rev Saúde Pública*. 2009; 43 (3): 548-54.
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo Demográfico 2010 – Características da população e dos domicílios – Resultados do Universo. 2010. p. 1-270.
3. Clemente AS, Loyola Filho AI, Firmo JOA. Concepções sobre transtornos mentais e seu tratamento entre idosos atendidos em um serviço público de saúde mental. *Cad Saúde Pública*. 2011; 27 (3): 555-64.
4. Blazer DG. Depression in late life: review and commentary. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2003; 58: 249-65.
5. Goldberg D, Huxley P. *Common mental disorders: a biosocial model*. London: Tavistock; 1992.
6. Fortes S, Villano LAB, Lopes CS. Nosological profile and prevalence of common mental disorders of patients seen at the Family Health Program (FHP) units in Petrópolis, Rio de Janeiro. *Rev Bras Psiquiatr*. 2008; 30(1): 32-7.
7. Maragno L, Goldbaum M, Gianini RJ, Novaes HMD, César CLG. Prevalência de transtornos mentais comuns em populações atendidas pelo Programa Saúde da Família (QUALIS) no Município de São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2006; 22 (8): 1639-48.

8. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria n. 2528. 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.
9. Tavares SMG. A saúde mental do idoso brasileiro e sua autonomia. *BIS*. 2009; 47: 87-9.
10. Mari JJ, Williams P. A Validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of São Paulo. *Br J Psychiatry*. 1986; 148: 23-6.
11. Sczufca M, Menezes PR, Vallada H, Araya R. Validity of the *self-reporting questionnaire-20* in epidemiological studies with older adults. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2009; 44: 247-54.
12. Gonçalves DM, Stein AT, Kapczinski F. Avaliação de desempenho do *Self-Reporting Questionnaire* como instrumento de rastreamento psiquiátrico: um estudo comparativo com *Structured Clinical Interview for DMS-VI-TR*. *Cad. Saúde Pública*. 2008, 24 (2): 380-90.
13. Costa JDS, Menezes ANB, Olinto MTA, Gicante DP, Macedo S, Brito MAP et al. Prevalence of minor psychiatric disorders in city of Pelotas, RS. *Rev Bras Epidemiol*. 2002; 5 (2): 164-73.
14. Marín-León L, Oliveira HB, Barros MBA, Dalgalarondo P, Botega NJ. Social inequality and common mental disorders. *Rev. Bras. Psiquiatr*. 2007.
15. Rocha SV, Almeida MMG, Araújo TM, Virtuoso Jr JS. Prevalência de transtornos mentais comuns entre residentes em áreas urbanas de Feira de Santana, Bahia. *Rev Bras Epidemiol*. 2010; 13 (4): 630-40.
16. Lebrão ML, Laurenti R. Saúde, bem-estar e envelhecimento: o estudo SABE no município de São Paulo. *Rev Bras Epidemiol*. 2005; 8 (5): 127-41.
17. Maciel ACC, Guerra RO. Prevalência e fatores associados à sintomatologia depressiva em idosos residentes no Nordeste do Brasil. *J Bras Psiquiatr*. 2006; 55 (1): 26-33.
18. Blay SL, Laks J, Nitrini R, Caramelli P. Epidemiologia dos transtornos mentais em idosos e a utilização dos serviços por esta população. In: Mello MF, Mello AAF, Kohn R (organizadores). *Epidemiologia da saúde mental no Brasil*. Porto Alegre: Artmed; 2007. p.143-50.
19. Corrêa AAM, Moreira-Almeida A, Menezes PR, Vallada H, Sczufca M. Investigating the role played by social support in the association between religiosity and mental health in low income older adults: results from the São Paulo Ageing & Health Study (SPAHS). *Rev. Bras. Psiquiatr*. 2010.
20. Dawson DA, Grant BF, Stinson FS & Zhou Y. Effectiveness of the derived alcohol use disorders identification test (AUDIT-C) in screening for alcohol use disorders and risk

- drinking in the USD general population. *Alcohol Clin Exp Res.* 2005; 29(5), 844-854.
- 21.Lima CT, Freire ACC, Silva APB, Teixeira RM, Farrel M, Prince M. Concurrent and construct validity of the AUDIT in na urban Brazilian sample. *Alcohol Alcohol.* 2005; 40 (6): 584-589.
- 22.Cervi A, Franceschini SC, Priore SE. Análise crítica do uso do índice de massa corporal para idosos. *Rev Nutr.* 2005; 18: 765-75.
- 23.Ludemir AB, Melo Filho DA. Condições de vida e estrutura ocupacional associadas a transtornos mentais comuns. *Rev Saúde Publica.* 2002; 36 (2): 213-21.
- 24.Spijker J, de Graaf R, Bijl RV, Beekman AT, Ormel J, Nolen WA: Duration of major depressive episodes in the general population: results from The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Br J Psychiatry* 2002, 181:208-13.
- 25.Lima MS, Soares BGO, Mari JJ. Saúde e doença mental em Pelotas, RS: dados de um estudo populacional. *Rev Psiq Clín.* 1999; 26(5).
- 26.Ludemir AB, Lewis G. Links between social class and common mental disorders in Northeast Brazil. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2001; 36: 101-107.
- 27.Rocha SV, Almeida MMG, Araújo TM, Virtuoso-Junior JS. Atividade física no lazer e transtorno mentais comuns entre idosos residentes em um município do nordeste do Brasil. *J Bras Psiquiatr.* 2011; 60 (2):80-5.
- 28.Rodrigues-Neto JF, Figueiredo MFS, Faria AAS, Fagundes M. Transtornos mentais comuns e uso de práticas de medicina complementar e alternativa – estudo de base populacional. *J. Bras. Psiquiatr.* 2008; 57 (4): 233-239.
- 29.Gazalle FK, Lima MS, Tavares BF, Hallal PC. Sintomas depressivos e fatores associados em população idosa no Sul do Brasil. *Rev Saúde Pública.* 2004; 38 (3): 365-71.
- 30.Wallerstein N. What is the evidence on effectiveness of empowerment to improve health? *Relatório de Health Evidence Network – OMS.* 2006.
- 31.Zaitune MPA, Barros MBA, César CLG, Carandina L, Goldbaum M. Fatores associados ao sedentarismo no lazer em idosos, Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública.* 2007; 23 (6): 1329-38.
- 32.Culic V. Moderate drinking, psychological factors and cardiovascular protection. *Eur Heart J.* 2009; 30: 381-3.
- 33.Fillmore KM, Stockwell T, Chikritzhs T, Bostrom A, Kerr W. Moderate alcohol use and reduced mortality risk: systemic error in prospective studies and new hypotheses. *Annals of*

Epidemiology. 2007; 17 (5): 16-23.

34. Skogen JC, Harvey SB, Henderson M, Stordal E, Mykletun A. Anxiety and depression among abstainers and low-level alcohol consumers. The Nord-Trøndelag Health Study. *Addiction*. 2009; 104: 1519-29.

35. Zaitune MPA, Barros MBA, César CLG, Carandina L, Goldbaum M, Alves MCGP. Fatores associados à prática de atividade física global e de lazer em idosos: Inquérito de Saúde no Estado de São Paulo (ISA-SP), Brasil. 2010; 26 (8): 1606-18.

36. Lima MG, Barros MBA, César CLG, Carandina L, Goldbaum M, Alves MCGP. Comportamentos relacionados a saúde e qualidade de vida em idosos: um estudo de base populacional. *Rev Saúde Pública*. 2011; 45 (3): 485-93.

37. Borim FSA, Barros MBA, Neri AL. Autoavaliação da saúde em idosos: pesquisa de base populacional no município de Campinas, SP. *Cad. Saúde Pública*. 2012; 28 (4): 769-80.

38. Fillmore KM. Is Alcohol really good for the heart. *Addiction*. 2000; 95(2): 173-4.

39. Rigo JC, Rigo JFO, Faria BC, Stein A, Santos VM. Trauma associado com uso de álcool em idosos. *Brasília Med*. 2005; 42 (1/2): 35-40.

40. Pereira AR, Morita M, Barros MBA. Transtorno mental comum. In: Barros MBA, César CLG, Carandina L, Goldbaum M, organizadores. *As dimensões da saúde: inquérito populacional em Campinas*. São Paulo, SP: Ed. Hucitec; 2008. p.143-52.

41. Costa E, Barreto SM, Uchoa E, Firmo JOA, Lima-Costa MF, Prince M. Prevalence of ICD-10 Common Mental Disorders in Brazilian Elderly. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2007; 15 (1): 17-27.

42. Ratner PA, Johnson JL, Jeffery B. Examining emotional, physical, social and spiritual health as determinants of self-rated health status. *Am J Health Promot*. 1998;12(4):275-82.

43. Coelho FMC, Pinheiro RT, Horta BL, Magalhães PVS, Garcias CMM, Silva CV. Common mental disorders and chronic non-communicable diseases in adults: a population-based study. *Cad. Saúde Pública*. 2009; 25 (1): 59-67.

44. Gili M, Comas A, García-García M, Monzón S, Antoni SB, Roca M. Comorbidity between common mental disorders and chronic somatic diseases in primary care patients. *Gen Hosp Psychiatry*. 2010; 32 (3): 240-5.

45. Alves LC, Leimann BCQ, Vasconcelos MEL, Carvalho MS, Vasconcelos AGG, Fonseca TCO, et al. A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do Município de São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2007; 23 (8): 1924-30.

46. McDougall FA, Kvaal K, Matthews FE, Paykel E, Jones PB, Dewey ME, Brayne C. Prevalence of depression in older people in England and Wales: the MRC CFA Study. *Psychol Med.* 2007; 37: 1787-95.
47. Duarte MB, Rego MAV. Comorbidade entre depressão e doenças clínicas em ambulatório de geriatria. *Cad. Saúde Pública.* 2007; 23 (3): 691-700.
48. Fleck MPA, Lima AFBS, Louzada S, et al. Associação entre sintomas depressivos e funcionamento social em cuidados primários à saúde. *Rev Saúde Pública.* 2002; 36 (4): 431-8.
49. Hoffmann EJ, Ribeiro F, Farnese JM, Lima EWB. Sintomas depressivos e fatores associados entre idosos residentes em uma comunidade no norte de Minas Gerais, Brasil. *J Bras Psiquiatr.* 2010; 59 (3): 190-7.

Tabela 1. Prevalência e razão de prevalência (RP) de transtorno mental comum segundo variáveis demográficas e socioeconômicas em idosos. Inquérito de Saúde de Campinas, 2008.

| Variáveis | n | % | Prevalência | RP bruta* (IC95%) | RP Ajustada** (IC95%) |
|--|------|-------|----------------------|-------------------------|--------------------------|
| Sexo | | | <i>(p<0,0001)</i> | | |
| Masculino | 580 | 42,8 | 19,4 | 1 | 1 |
| Feminino | 852 | 57,2 | 37,4 | 1,93 (1,65-2,26) | 1,88 (1,59-2,22) |
| Total | 1432 | 100,0 | 29,7 | | |
| Faixa Etária (anos) | | | <i>(p=0,0001)</i> | | |
| 60 - 69 | 800 | 55,9 | 24,3 | 1 | 1 |
| 70 - 79 | 470 | 32,8 | 32,6 | 1,34 (1,11-1,61) | 1,31 (1,09-1,58) |
| 80 e mais | 162 | 11,3 | 47,6 | 1,95 (1,44-2,65) | 1,86 (1,39-2,49) |
| Estado conjugal | | | <i>(p<0,0001)</i> | | |
| Casado | 813 | 57,6 | 24,6 | 1 | 1 |
| Viúvo | 416 | 28,2 | 40,6 | 1,65 (1,33-2,04) | 1,15 (0,90- 1,47) |
| Separado | 113 | 7,9 | 27,1 | 1,10 (0,79-1,52) | 1,01 (0,72-1,41) |
| Solteiro | 90 | 6,3 | 30,1 | 1,22 (0,87-1,71) | 0,98 (0,68-1,42) |
| Escolaridade do indivíduo (em anos) | | | <i>(p=0,0022)</i> | | |
| ≥ 8 | 432 | 31,6 | 22,0 | 1 | 1 |
| 4 - 7 | 493 | 34,0 | 30,1 | 1,37 (1,01-1,85) | 1,21 (0,91-1,60) |
| < 4 | 504 | 34,4 | 36,3 | 1,64 (1,28-2,11) | 1,35 (1,07-1,71) |
| Renda per capita (salário mínimo) | | | <i>(p=0,0025)</i> | | |
| >1 | 848 | 60,0 | 26,2 | 1 | 1 |
| 0,5 a 1 | 359 | 24,5 | 33,1 | 1,26 (1,03-1,54) | 1,18 (0,97-1,43) |
| <0,5 | 225 | 15,5 | 37,7 | 1,44 (1,18-1,75) | 1,37 (1,11-1,69) |
| Ocupação | | | <i>(p<0,0001)</i> | | |
| Trabalho/Aposentado + trabalho | 295 | 21,2 | 12,2 | 1 | 1 |
| Aposentado | 702 | 49,5 | 30,8 | 2,51 (1,76-3,58) | 2,10 (1,46-3,02) |
| Dona de casa | 390 | 26,2 | 41,2 | 3,36 (2,35-4,79) | 2,16 (1,48-3,16) |
| Desempregado/outros | 44 | 3,1 | 35,9 | 2,92 (1,62-5,26) | 3,05 (1,73-5,38) |

* IC= Intervalo de Confiança

**ajustada por sexo e idade

Tabela 2. Prevalência e razão de prevalência (RP) de transtorno mental comum segundo comportamentos relacionados à saúde. Inquérito de Saúde de Campinas, 2008.

| Variáveis | N | Prevalência | RP bruta (IC95%)* | RP Ajustada** (IC95%)* |
|---|------|---------------------|-------------------------|---------------------------|
| Tabagismo | | (<i>p</i> =0,6382) | | |
| Nunca fumou | 973 | 30,5 | 1 | 1 |
| Ex-fumante | 292 | 26,7 | 0,93 (0,72-1,19) | 1,18 (0,92-1,52) |
| Fumante | 166 | 28,4 | 0,87 (0,63-1,21) | 1,10 (0,82-1,48) |
| Audit*** | | (<i>p</i> =0,9968) | | |
| Negativo | 1372 | 29,7 | 1 | 1 |
| Positivo | 59 | 29,7 | 1,00 (0,57-1,73) | 1,64 (0,98-2,76) |
| Ingestão de álcool | | (<i>p</i> <0,0001) | | |
| Não bebe | 991 | 34,2 | 1 | 1 |
| 1 a 4 vezes/mês | 299 | 22,6 | 0,66 (0,51-0,86) | 0,74 (0,58-0,96) |
| 2 a 3 vezes/semana | 73 | 8,9 | 0,26 (0,13-0,50) | 0,33 (0,17-0,65) |
| ≥4 vezes/ semana | 68 | 20,3 | 0,59 (0,35-0,99) | 0,90 (0,53-1,54) |
| Atividade Física de lazer | | (<i>p</i> =0,0002) | | |
| Sedentário | 965 | 33,8 | 1 | 1 |
| Insuficientemente ativo | 156 | 22,4 | 0,66 (0,47-0,93) | 0,67 (0,50-0,91) |
| Ativo | 311 | 20,8 | 0,61 (0,46-0,81) | 0,67 (0,51-0,87) |
| Consumo de Frutas/Verduras (frequência por semana) | | (<i>p</i> =0,0510) | | |
| <4 vezes | 534 | 32,9 | 1 | 1 |
| ≥ 4 vezes | 898 | 27,7 | 0,84 (0,71-1,00) | 0,77 (0,66-0,92) |

* IC= Intervalo de Confiança

**ajustada por sexo e idade

***Audit = *Alcohol Use Disorder Identification Test*

Tabela 3. Prevalência e razão de prevalência (RP) de transtorno mental comum segundo Índice de Massa Corporal, autoavaliação de saúde e morbidades. Inquérito de Saúde de Campinas, 2008.

| Variáveis | N | Prevalência | RP bruta (IC95%)* | RP ajustada** (IC95%)* |
|-------------------------------|-----|----------------------|--------------------------|---------------------------|
| IMC*** | | <i>(p=0,0232)</i> | | |
| Baixo peso/Eutrófico | 910 | 26,7 | 1 | 1 |
| Sobrepeso | 265 | 31,1 | 1,16 (0,91-1,47) | 1,17 (0,93-1,47) |
| Obeso | 208 | 37,3 | 1,39 (1,09-1,77) | 1,33 (1,06-1,67) |
| Autoavaliação de saúde | | <i>(p<0,0001)</i> | | |
| Excelente | 116 | 11,7 | 1 | 1 |
| Muito boa | 231 | 13,5 | 1,15 (0,58-2,24) | 1,18 (0,60-2,32) |
| Boa | 927 | 29,4 | 2,51 (1,41-4,46) | 2,42 (1,36-4,31) |
| Ruim | 144 | 68,8 | 5,87 (3,47-9,94) | 5,95 (3,58-9,89) |
| Muito ruim | 14 | 78,9 | 6,74 (3,62-12,54) | 6,66 (3,29-13,47) |
| Número de doenças | | <i>(p<0,0001)</i> | | |
| 0 | 278 | 12,0 | 1 | 1 |
| 1 a 2 | 667 | 25,3 | 2,12 (1,37-3,27) | 1,96 (1,28-3,01) |
| 3 a 4 | 353 | 39,8 | 3,33 (2,06-5,37) | 2,78 (1,71-4,53) |
| 5 ou mais | 133 | 64,2 | 5,38 (3,32-8,70) | 4,45 (2,77-7,15) |

* IC= Intervalo de Confiança

**ajustada por sexo e idade

***IMC= Índice de Massa Corporal

Tabela 4. Modelo hierárquico com regressão de Poisson. Inquérito de Saúde de Campinas, 2008.

| Variáveis | Primeira etapa* | | | Segunda etapa** | | | Terceira etapa*** | | |
|--|-----------------|------------------|--------------|-----------------|------------------|--------------|-------------------|------------------|--------------|
| | RP*** | IC 95%**** | Valor de p | RP | IC 95% | Valor de p | RP | IC95% | Valor de p |
| Sexo | | | | | | | | | |
| Masculino | 1 | | | 1 | | | 1 | | |
| Feminino | 1,69 | 1,40-2,05 | 0,000 | 1,58 | 1,30-1,91 | 0,000 | 1,45 | 1,21-1,73 | 0,000 |
| Faixa Etária (anos) | | | | | | | | | |
| 60 – 69 | 1 | | | 1 | | | 1 | | |
| 70 – 79 | 1,18 | 0,99-1,40 | 0,058 | 1,16 | 0,98-1,37 | 0,081 | 1,06 | 0,91-1,23 | 0,453 |
| 80 e mais | 1,63 | 1,24-2,14 | 0,001 | 1,59 | 1,21-2,08 | 0,001 | 1,68 | 1,32-2,15 | 0,000 |
| Ocupação | | | | | | | | | |
| Trabalho/Aposentado + trabalho | 1 | | | 1 | | | 1 | | |
| Aposentado | 2,07 | 1,44-2,98 | 0,000 | 2,00 | 1,39-2,87 | 0,000 | 1,66 | 1,16-2,37 | 0,006 |
| Dona de casa | 2,10 | 1,44-3,07 | 0,000 | 1,98 | 1,36-2,88 | 0,001 | 1,75 | 1,19-2,58 | 0,005 |
| Desempregado/outros | 2,77 | 1,59-4,85 | 0,001 | 2,44 | 1,41-4,21 | 0,002 | 1,57 | 0,94-2,61 | 0,080 |
| Renda per capita (salário mínimo) | | | | | | | | | |
| >1 | 1 | | | 1 | | | 1 | | |
| 0,5 a 1 | 1,14 | 0,94-1,39 | 0,176 | 1,08 | 0,89-1,32 | 0,413 | 1,03 | 0,86-1,23 | 0,720 |
| <0,5 | 1,28 | 1,06-1,55 | 0,010 | 1,22 | 1,01-1,48 | 0,034 | 1,12 | 0,94-1,33 | 0,180 |
| Atividade Física de lazer | | | | | | | | | |
| Sedentário | | | | 1 | | | 1 | | |
| Ativo + Insuficientemente ativo | | | | 0,72 | 0,57-0,90 | 0,005 | 0,80 | 0,66-0,98 | 0,033 |
| Ingestão de álcool | | | | | | | | | |
| Não bebe | | | | 1 | | | 1 | | |
| 1 a 4 vezes/mês | | | | 0,82 | 0,64-1,04 | 0,112 | 0,92 | 0,72-1,17 | 0,490 |
| 2 a 3 vezes/semana | | | | 0,39 | 0,20-0,75 | 0,006 | 0,44 | 0,23-0,85 | 0,016 |
| ≥4 vezes/semana | | | | 0,93 | 0,57-1,53 | 0,782 | 1,12 | 0,72-1,75 | 0,600 |
| Autoavaliação de saúde | | | | | | | | | |
| Excelente/muito boa | | | | | | | 1 | | |
| Boa | | | | | | | 1,76 | 1,27-2,44 | 0,001 |
| Muito ruim/ruim | | | | | | | 3,46 | 2,44-4,91 | 0,000 |
| Morbidade | | | | | | | | | |
| 0 | | | | | | | 1 | | |
| 1 a 2 | | | | | | | 1,55 | 1,05-2,27 | 0,027 |
| 3 a 4 | | | | | | | 1,99 | 1,27-3,13 | 0,004 |
| 5 ou mais | | | | | | | 2,78 | 1,77-4,36 | 0,000 |

*RP ajustadas pelas variáveis demográficas e socioeconômicas

**RP ajustadas por todas as variáveis da tabela

***RP=Razão de Prevalência

****IC=Intervalo de Confiança

Tabela 5. Prevalência e razão de prevalência (RP) dos problemas, nos últimos 30 dias, relacionados as questões do *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20), segundo presença ou não de transtorno mental comum nos idosos. Inquérito de Saúde de Campinas – 2008.

| Perguntas | Normal (%) | TMC(%) | TOTAL (%) | RP (IC95%)* |
|--|------------|--------|-----------|---------------------|
| HUMOR DEPRESSIVO-ANSIOSO | | | | |
| Assusta-se com facilidade? | 11,2 | 45,7 | 21,5 | 4,08 (3,10-5,36) |
| Sente-se nervoso(a), tenso(a) ou preocupado(a)? | 34,7 | 80,2 | 48,1 | 2,31 (1,94-2,76) |
| Tem se sentido triste ultimamente? | 9,1 | 64,9 | 25,7 | 7,09 (5,54-9,09) |
| Tem chorado mais do que de costume? | 2,2 | 33,2 | 11,4 | 15,1 (9,19-24,9) |
| SINTOMAS SOMÁTICOS | | | | |
| Tem dores de cabeça frequentes? | 12,2 | 33,1 | 18,4 | 2,70 (2,15-3,38) |
| Tem falta de apetite? | 4,1 | 28,2 | 11,2 | 6,85 (4,57-10,25) |
| Dorme mal? | 15,9 | 55,2 | 27,6 | 3,46 (2,71-4,43) |
| Tem tremores nas mãos? | 5,2 | 27,8 | 11,9 | 5,33 (3,90-7,30) |
| Tem má digestão? | 8,4 | 36,9 | 16,9 | 4,36 (3,23-5,88) |
| Tem sensações desagradáveis no estômago? | 5,9 | 44,4 | 17,3 | 7,54 (5,34-10,64) |
| DECRÉSCIMO DE ENERGIA VITAL | | | | |
| Tem dificuldade de pensar com clareza? | 5,0 | 40,9 | 15,7 | 8,13 (5,44-12,16) |
| Encontra dificuldade para realizar com satisfação suas atividades diárias? | 4,1 | 45,8 | 16,5 | 10,96 (7,58-15,85) |
| Tem dificuldade para tomar decisões? | 4,0 | 39,2 | 14,5 | 9,68 (6,60-14,20) |
| Tem dificuldade no serviço, seu trabalho é penoso, lhe causa sofrimento? | 2,9 | 30,8 | 11,2 | 10,45 (4,93-22,11) |
| Sente-se cansado(a) o tempo todo? | 3,7 | 46,4 | 16,4 | 12,59 (8,59-18,45) |
| Você se cansa com facilidade? | 11,6 | 67,0 | 28,1 | 5,75 (4,68-7,07) |
| PENSAMENTOS DEPRESSIVOS | | | | |
| Sente-se incapaz de desempenhar um papel útil na sua vida? | 1,8 | 32,4 | 10,9 | 17,31 (9,65-31,07) |
| Tem perdido o interesse pelas coisas? | 2,6 | 42,2 | 14,4 | 16,22 (10,02-26,25) |
| Você se sente uma pessoa inútil, sem préstimo? | 1,1 | 28,1 | 9,1 | 25,02 (12,95-48,35) |
| Tem tido a ideia de acabar com a vida? | 0,4 | 6,4 | 2,2 | 15,57 (4,11-58,95) |

4.3. Artigo 3: ATENDENDO AO TERCEIRO OBJETIVO DO ESTUDO

SAÚDE DO IDOSO: DIMENSÕES DA AUTOAVALIAÇÃO

Autores: Flávia Silva Arbex Borim, Marilisa Berti de Azevedo Barros, Anita Liberalesso Neri, Priscila Maria Stolses Bergamo Francisco

RESUMO

Introdução: A autoavaliação de saúde está associada à morbidade, incapacidade e saúde mental. Nos idosos é importante investigar qual é a magnitude dessa relação, quando incluídas variáveis demográficas, socioeconômicas e de bem estar subjetivo.

Objetivo: Avaliar a autoavaliação de saúde negativa com indicadores de saúde conforme autorrelato, bem-estar subjetivo e variáveis socioeconômicas e demográficas em idosos.

Método: Trata-se de estudo transversal de base populacional, com amostra por conglomerados que utilizou dados de inquérito de saúde realizado em Campinas, SP, em 2008. Foram estimadas razões de prevalências ajustadas por meio de regressão múltipla de Poisson.

Resultados: Observou-se maior prevalência de autoavaliação negativa de saúde nos indivíduos que nunca estudaram, naqueles com menor escolaridade, com renda *per capita* inferior a 1 salário mínimo, aqueles com pontuação igual ou maior a 5 no indicador de saúde física, os que pontuaram 5 ou mais no *Self Reporting Questionnaire 20 (SRQ 20)* e os indivíduos que não referiram sentimento de felicidade todo o tempo.

Conclusão: O estudo permite constatar efeitos independentes sobre a autoavaliação da saúde em relação às condições materiais de vida, a saúde física, a saúde mental e o bem estar, enfatizando a abordagem integral do idoso, nas diferentes dimensões.

INTRODUÇÃO

O aumento da longevidade e a mudança do perfil epidemiológico ampliaram de forma significativa o conceito de saúde e o espectro de indicadores necessários para o seu monitoramento (Barros, 2008). Considerando que a avaliação subjetiva das pessoas sobre a sua própria condição de saúde é um indicador importante do impacto da doença sobre o bem-estar individual⁵, essa medida passou a ser usada em inquéritos populacionais, juntamente com outras de autorrelato sobre sinais tais como quedas e incontinência urinária; sintomas tais como fadiga, tristeza e ansiedade; evocação de diagnósticos clínicos feitos por médicos e desempenho funcional indicado por grau de necessidade de ajuda para o desempenho de atividades de vida diária.

As respostas de autorrelato sobre morbidades, sinais e sintomas e capacidade funcional têm seu foco direcionado para as condições clínicas individuais e apresentam boa concordância com registros médicos ou exames clínicos.³⁵ A autoavaliação de saúde, que implica em perguntas e respostas de natureza valorativa e comparativa, é uma medida complexa, influenciada pelos mesmos elementos que controlam os relatos sobre sinais, sintomas, desempenho funcional e diagnósticos médicos. A diferença entre esses dois tipos de medida reside no fato de os autorrelatos sobre sinais e sintomas serem de caráter descritivo e a autoavaliação da saúde ser de caráter global e valorativo, indicada por uma resposta que se caracteriza como um julgamento pessoal, feito com base em critérios individuais e sionormativos que são de acesso prioritário ao respondente.^{13,15}

Estudos sobre as relações entre a avaliação de saúde por critérios objetivos e subjetivos são baseados em comparações entre o envelhecimento saudável ou bem-sucedido aferidos pelos dois critérios de avaliação. A correlação entre o estado de saúde

medido com indicadores objetivos e subjetivos tende a enfraquecer com o avançar da idade.¹¹ Entre idosos, a incongruência refletida em baixa pontuação em saúde objetiva e alta pontuação na autoavaliação da saúde (ou saúde subjetiva) pode ser explicada por mecanismos compensatórios de natureza afetiva, cuja função é proteger a autoestima, o senso de autoeficácia e o bem-estar subjetivo.³¹ No entanto, há limites para a ação desses mecanismos compensatórios^{27,28,34}, o que explica as correlações positivas encontradas entre autoavaliações objetivas e subjetivas de saúde entre idosos com incapacidade^{16,19}, com incapacidade e doenças crônicas¹⁵ e com depressão^{24,26}, ou que vivem sob condições de pobreza²⁸ e com pouco acesso a bens e a oportunidades sociais.¹⁰

Estudo longitudinal, que incluiu na sua linha de base indivíduos sem doença e sem incapacidade, apontou que mesmo ajustada por variáveis sociodemográficas, utilização e acesso ao serviço de saúde e fatores de risco à saúde, ao longo do tempo, a morbidade é um preditor da autoavaliação de saúde.¹⁵ Relatou ainda, que a incapacidade também tem uma relação direta com a avaliação subjetiva de saúde. Em relação à depressão, em meta-análise, que utilizou estudos longitudinais e transversais, autores observaram que presença de doenças crônicas e pior saúde percebida estavam associadas à depressão no idoso, sendo a autoavaliação de saúde a que apresentou maior associação com a depressão.⁷

No Brasil, recentes estudos de base populacional apontam a associação da autoavaliação de saúde com a morbidade e a capacidade funcional^{23,30}, mas a magnitude dessa relação, quando incluídas variáveis como a saúde mental e o bem estar subjetivo dos idosos, ainda não foi investigada; além da importância de identificar efeitos independentes das variáveis descritas anteriormente com a avaliação subjetiva de saúde.

O objetivo deste estudo foi avaliar a autoavaliação de saúde negativa com indicadores de saúde conforme autorrelato, bem estar subjetivo e variáveis socioeconômicas e demográficas, em amostra probabilística de indivíduos com 60 anos e mais, em Campinas, SP.

MATERIAL E MÉTODOS

Este estudo baseia-se em dados do Inquérito de Saúde de Campinas (ISACamp 2008) cujo objetivo foi analisar os perfis do estado de saúde, os comportamentos de saúde e uso de serviços de saúde em diferentes segmentos sociais da população. Foi realizado pelo Centro Colaborador em Análise de Situação de Saúde (CCAS) da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, e coletou informações de pessoas de 60 anos e mais, não-institucionalizadas, residentes na área urbana do município de Campinas. Como objetivo da pesquisa foi fixado o estudo de aspectos referentes a três subgrupos da população: adolescentes, adultos e idosos (de 10 a 19 anos; de 20 a 59 anos e de 60 anos ou mais) que constituíram domínios do estudo. Foi selecionada uma amostra probabilística, por conglomerados em dois estágios: sorteio dos setores censitários e dos domicílios.

No primeiro estágio, foram selecionados 50 setores censitários com probabilidade proporcional ao tamanho (número de domicílios) e nestes setores, foi realizado arrolamento dos domicílios particulares existentes. No segundo estágio foi feito o sorteio dos domicílios considerando que o total de entrevistas por setor não deveria ultrapassar 20 para cada domínio de idade. Prevendo-se 20% de recusas e de domicílios vagos, foram selecionados 2150, 700 e 3900 domicílios para obter as informações relativas aos adolescentes, adultos e idosos, respectivamente.

Para o cálculo do tamanho da amostra, considerou-se a situação correspondente à

máxima variabilidade para a frequência dos eventos estudados ($P = 0,50$), coeficiente de confiança de 95% na determinação dos intervalos de confiança ($z = 1,96$), erro de amostragem entre 4 e 5 pontos percentuais e efeito de delineamento igual a 2, totalizando 1.000 indivíduos em cada domínio de idade pré-definido. Em cada domicílio foram coletadas informações de todos os moradores da faixa etária selecionada para aquele domicílio que quiseram participar da pesquisa.

O peso final atribuído a cada indivíduo entrevistado foi o resultado da multiplicação do peso do delineamento, do peso da não-resposta e do peso da pós-estratificação, considerando-se a distribuição segundo sexo (masculino e feminino) e faixas etárias (10-19, 20-39, 40-59, 60 anos e mais de idade) da Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados - FSEADE/2007.

Instrumento de coleta de dados

As informações foram coletadas por meio de questionário aplicado por entrevistadores treinados. Os conjuntos de variáveis analisadas nesse estudo foram:

1) Indicador subjetivo global de saúde (autoavaliação de saúde) indicado por resposta a um item escalar com intensidades sobre a qualidade da saúde como um todo, obtida por meio da pergunta: “Em geral, você diria que sua saúde é: excelente, muito boa, boa, ruim ou muito ruim?”

2) Indicador de saúde física no qual foi atribuída zero aos indivíduos que não apresentaram nenhuma doença ou problema crônico de saúde; foi sendo somado 1 ponto para cada doença crônica ou problema de saúde que não apresentavam limitação nas atividades do dia-a-dia; foi sendo somado 2 pontos para cada doença crônica ou problema de saúde que

apresentavam limitação nas atividades do dia a dia. Este indicador utilizou os dados das questões sobre:

a) **Doenças crônicas**, obtida por meio da pergunta: “Algum médico ou profissional de saúde já disse que você tem alguma das seguintes doenças?”, com possibilidade de resposta dicotômica (sim ou não) para: hipertensão, diabetes, doença do coração, câncer, reumatismo, osteoporose, asma/bronquite/enfisema, tendinite e problemas de circulação;

b) **Sinais e sintomas físicos**, pela pergunta: “Você tem algum dos seguintes problemas de saúde?”, com possibilidade de resposta dicotômica (sim ou não) para: dor de cabeça, dor nas costas, alergia, problema emocional, tontura, insônia e problema urinário;

c) **Limitação funcional**, investigada com a pergunta: “A doença ou o problema de saúde limita ou não limita as suas atividades do dia a dia?” para cada doença ou problema de saúde que cada idoso relatava ter;

3) Indicador de saúde mental: segundo o escore derivado do *Self Reporting Questionnaire 20 (SRQ 20)* - o questionário é composto por 20 questões sobre sintomas físicos e psíquicos, com respostas dicotômicas. O escore foi categorizado em: 0-4/ 5-10 e 10 ou mais.

4) Características demográficas: sexo e idade.

5) Indicadores de condições materiais de vida: escolaridade e renda familiar mensal *per capita*.

6) Indicadores de bem-estar avaliados por duas perguntas do questionário de qualidade de vida SF-36:

a) **Sentimento de felicidade (nível hedônico de prazer na vida cotidiana)**, obtido por meio da pergunta: “Você tem se sentido feliz nas últimas 4 semanas?”, com as seguintes

alternativas de resposta: todo o tempo/ a maior parte do tempo, alguma parte do tempo e pequena parte do tempo/ nunca.

b) **Vitalidade (nível de energia percebido na vida cotidiana)**, obtida por meio da pergunta: “Você tem se sentido com muita energia nas últimas 4 semanas?”, com as possibilidades de resposta todo o tempo/ a maior parte do tempo, alguma parte do tempo e pequena parte do tempo/ nunca.

Análise de dados

Os dados do inquérito foram digitados em banco desenvolvido com o uso do *software Epi Data*, versão 3.1 e submetidos à avaliação de consistência. Para as análises foram produzidas estimativas de prevalências e respectivos intervalos de confiança de 95%. As associações entre variáveis independentes e autoavaliação de saúde foram analisadas pelo teste qui-quadrado com nível de significância de 5%. Também foram usadas análises de regressão simples e múltipla de Poisson para estimar razões de prevalência (RP) brutas e ajustadas. Foram introduzidas no modelo de regressão múltipla de Poisson as variáveis que apresentaram um nível de significância menor que 20% ($p < 0,20$), na associação com a variável dependente, e permaneceram no modelo aquelas com $p < 0,05$. O modelo de regressão foi desenvolvido em quatro etapas, na primeira foram introduzidas as variáveis demográficas e socioeconômicas, na segunda etapa, além das variáveis que permaneceram na etapa anterior, foi acrescido o indicador de saúde física, na terceira etapa, foi incluído o indicador de saúde mental e na quarta etapa foram introduzidos os indicadores de bem-estar. A análise dos dados foi realizada com os comandos *svy* do software STATA versão 11.0 utilizando-se as ponderações decorrentes do desenho amostral e considerando a existência das unidades primárias de amostragem (UPA).

Procedimentos éticos

Os objetivos da pesquisa foram apresentados aos indivíduos sorteados solicitando-se, após conhecimento do tipo de informação que seria requerida, o consentimento assinado de participação. O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, em adendo ao parecer n°. 079/2007, que havia aprovado o projeto do ISACamp 2008.

RESULTADOS

Dos domicílios que haviam sido sorteados para as entrevistas, houve uma perda de 6,5% por impossibilidade de encontrar um morador ou por recusa de um residente em arrolar os indivíduos que moravam no domicílio. Dos 1558 idosos identificados nos domicílios sorteados, 2,4% recusaram-se a participar da pesquisa, sendo entrevistados 1520 idosos. Entre estes, em 5,8% dos casos as entrevistas foram feitas com um cuidador ou com um familiar e foram excluídas do presente estudo. Portanto, foram analisados os dados de 1432 idosos com idade média de 69,9 anos.

Na Tabela 1 é apresentada a prevalência da autoavaliação de saúde como ruim/muito ruim segundo variáveis demográficas, socioeconômicas, indicadores de saúde física e mental e bem estar subjetivo (com variáveis felicidade e vitalidade). Observou-se que os idosos com escolaridade igual ou inferior a 4 anos e com renda per capita de até 3 salários mínimos apresentaram maior prevalência de autoavaliação de saúde como ruim/muito ruim (Tabela 1).

Aqueles com pontuação igual ou maior a 5 no indicador de saúde física e que pontuaram para 5 ou mais no SRQ-20 apresentaram maior prevalência de autoavaliações

negativas de saúde, com $RP=17,0$ e $RP=10,1$, respectivamente, nas categorias de maiores pontuações (Tabela 1). Ainda, as prevalências de autoavaliação de saúde como ruim/muito ruim foram significativamente mais elevadas entre os indivíduos que responderam menor sentimento de felicidade e vitalidade (Tabela 1).

Com o uso do modelo de regressão múltipla de Poisson verificou-se, na primeira etapa, maior prevalência de autoavaliação de saúde como ruim/muito ruim nos indivíduos que nunca estudaram, naqueles com menor escolaridade e com renda *per capita* inferior a 1 salário mínimo. Na segunda etapa do modelo, aqueles com pontuação igual ou maior a 5 no indicador de saúde física apresentaram maior prevalência de autoavaliação negativa de saúde. Na terceira etapa os que pontuaram 5 ou mais no SRQ-20 e na quarta etapa os indivíduos que não referiram sentimento de felicidade todo o tempo, apresentaram maior prevalência de autoavaliações negativas de saúde (Tabela 2). Na Tabela 2 observou-se que, mesmo na presença de congruência entre a autoavaliação global da saúde e os autorrelatos sobre doenças, sinais e sintomas, incapacidade e limitações, a saúde mental e o sentimento de felicidade são variáveis importantes na relação com a autoavaliação da saúde nos idosos. O modelo revela quanto da associação da autoavaliação de saúde com a saúde física, relaciona-se à saúde mental, e quanto das relações com estes dois domínios intermediam a relação da autoavaliação de saúde com o sentimento de felicidade.

DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo mostraram prevalência de autoavaliação negativa da saúde de 12,1% (IC95%: 10,1-14,5) entre os idosos residentes no município de Campinas, assim como associação com indicadores de saúde física e mental, com sentimento de felicidade e com variáveis socioeconômicas. Este estudo aponta uma forte associação entre

a autoavaliação de saúde com o sentimento de felicidade, um importante indicador de bem estar subjetivo. O envelhecimento bem sucedido se caracteriza não apenas por dados de saúde física e mental, mas das percepções pessoais, que envolvem fatores individuais, sociais e ambientais.³³

A idade e o sexo não apresentaram relação significativa com a autoavaliação de saúde. Algumas pesquisas realizadas no Brasil apontam esse mesmo resultado^{8,23,25}, apesar das frequentemente citadas diferenças de gênero com relação à saúde e da relação entre idade mais avançada, morbidades e incapacidades, as quais podem influenciar a autoavaliação da saúde.^{15,19} Assim, sexo e idade foram mantidas no modelo de regressão como variáveis de ajuste, já que esta análise incluiu variáveis que sofrem influências diretas do sexo e da idade, como pode ser observado em alguns inquéritos, que têm detectado maior prevalência de doenças crônicas nas mulheres e nos indivíduos mais idosos.^{1,3}

As variáveis socioeconômicas são importantes indicadoras no contexto da saúde e interferem na trajetória de vida, ou seja, as desvantagens socioeconômicas influenciam o estilo de vida, o uso e o acesso a serviços de saúde e as relações sociais, podendo ter relação com pior condição de saúde de indivíduos e populações.³⁴ No presente estudo, a autoavaliação de saúde apresentou associação significativa com renda e escolaridade. No Brasil, em virtude da ausência ou da insuficiência de apoios como a educação e o atendimento das necessidades de saúde, moradia e transporte, a renda assume um papel fundamental com relação à aquisição de bens e serviços necessários para a reprodução social.¹² O estudo de Robert et al.²⁷ (2009), que analisou a qualidade de vida estratificando os participantes por *status* socioeconômico e idade, observou que a renda e a escolaridade apresentaram uma associação significativa com a autoavaliação de saúde.

As doenças crônicas não transmissíveis, altamente prevalentes na população idosa, provocam significativo impacto na qualidade de vida dos indivíduos acometidos e de seus familiares, com repercussões no setor saúde. Com o aumento no número de comorbidades de um idoso cresce acentuadamente o prejuízo para sua qualidade de vida.¹⁷ A prevalência de doenças crônicas aumenta com o avançar da idade atingindo mais de 70% nas pessoas com 70 anos ou mais.⁵ Os agravos em saúde exerce influência direta na autoavaliação da saúde.^{2,14,18} O declínio funcional, principal consequência das condições crônicas, também tem uma relação direta com a saúde percebida.^{16,19}

O presente estudo encontrou maior razão de prevalência para a autoavaliação da saúde como ruim nos idosos que pontuaram 5 ou mais no indicador de saúde física, dado que replica outros da literatura. A inexistência de associação entre pontuações de 1 a 4 neste mesmo índice e autoavaliação negativa da saúde pode estar relacionada ao controle das doenças crônicas. Isto aponta para a importância de reduzir, diagnosticar e tratar, o mais precocemente possível, o aparecimento de comorbidades no idoso e, assim, promover uma melhor qualidade de vida desta população. Priorizar o controle das morbidades, com ênfase no cuidado integral e contínuo, torna-se fundamental para os idosos e são estratégias políticas, que tem como foco a ação na prevenção e no gerenciamento das doenças crônicas.²⁹

A presença de transtorno mental comum (caracterizado por sintomas somáticos e depressivos, estado de ansiedade, irritabilidade, insônia, fadiga, dificuldade de memória e de concentração) apresentou associação significativa com a autoavaliação negativa da saúde. Um estudo transversal, com amostra representativa de idosos, analisou a autoavaliação de saúde e observou que o sintoma depressivo é o principal preditor de

avaliação da sua própria saúde como ruim.²⁰ Embora a saúde física e mental estejam correlacionadas, o efeito independente de cada uma sobre a autoavaliação de saúde ficou evidente.

A depressão gera um dos principais gastos em saúde na população com idade de 60 anos ou mais, compromete a capacidade funcional, aumenta a percepção de problemas de saúde, leva ao isolamento social e causa diminuição significativa na qualidade de vida do indivíduo.⁷ Na velhice, a etiologia e os sintomas psicológicos, comportamentais e físicos da depressão podem variar e se manifestar de forma heterogênea, exigindo adaptações nas formas de diagnóstico e tratamento.⁶ Dada à singularidade dessa doença na velhice e dos achados encontrados no presente estudo, é importante enfatizar a necessidade de investir mais em prevenção da depressão e em promoção da saúde mental, contribuindo para a melhora da saúde subjetiva e, conseqüentemente, para a melhoria do bem-estar e da qualidade de vida dos idosos.

Nesta pesquisa ficou evidente uma forte associação entre o sentimento de felicidade e a autoavaliação de saúde, apresentando a RP mais alta no modelo de regressão. Um estudo longitudinal que investigou os determinantes da autoavaliação de saúde e da felicidade, observou que estas variáveis refletem as diferentes facetas de uma base comum do bem estar físico e mental.³² Mohammad et al.²¹ (2008) avaliaram as relações entre felicidade, satisfação com a vida e saúde e observaram que as pessoas que apresentaram sentimento positivo de felicidade tinham melhores condições de saúde objetiva e subjetiva.

Felicidade é um estado de prazer hedônico decorrente da satisfação de necessidades e dos motivos e do alcance das metas. Traduz-se na predominância de estados emocionais positivos, ou no equilíbrio entre estados positivos e negativos e é influenciado por

estímulos ambientais, pela experiência passada, pelos estados fisiológicos e por experiências intrapsíquicas. A felicidade faz parte do bem-estar subjetivo, que reflete a avaliação que o próprio indivíduo faz sobre a dinâmica das relações entre as condições do ambiente, a competência comportamental e a qualidade de vida percebida.²² O bem-estar subjetivo está ligado aos afetos positivos e, conseqüentemente, à saúde emocional. Idosos com níveis mais altos de afetos positivos tendem a utilizar estratégias de enfrentamento construtivas, quando confrontados com desafios inerentes à idade avançada⁹ e isto tem potencial para funcionar como um mecanismo compensatório frente às possíveis perdas que possam estar experimentando nesta etapa da vida.

A adoção de delineamento transversal impossibilita derivar conclusões sobre relações de causa e efeito, mas as associações encontradas neste estudo, entre condições de saúde física e mental avaliadas por autorrelato e avaliações subjetivas da qualidade da saúde, sugerem focos para investimento em futuras pesquisas, como por exemplo, a adoção de medidas mais detalhadas de saúde mental, vitalidade e felicidade, bem como de variáveis que possam mediar a relação entre condições de saúde e avaliações subjetivas de saúde. Outras pesquisas poderão ser planejadas para avaliar a ação mediadora das autoavaliações positivas de saúde entre más condições de saúde e a continuidade do funcionamento psicossocial e do senso de felicidade em idosos. Estudos futuros poderão também focar em pesquisas prospectivas para avaliar riscos para desfechos como mortalidade, morbidade e incapacidade a partir da autoavaliações de saúde.

O estudo permite constatar efeitos independentes sobre a autoavaliação da saúde em relação às condições materiais de vida, a saúde física, a saúde mental e o bem estar, enfatizando a abordagem integral do idoso, nas diferentes dimensões. Como mencionado

anteriormente, as pontuações de 1 a 4 no indicador de saúde física não se associaram significativamente com autoavaliações negativas da saúde e isso aponta para a importância de investir na promoção da saúde, principalmente com controle adequado das doenças crônicas. Outro foco deve-se dar a saúde mental, que representa um dos principais gastos em saúde dos idosos e deve ser prevenida, diagnosticada e tratada adequadamente, e, assim, contribuir na qualidade de vida dos indivíduos acometidos. Os resultados também chamam a atenção para a importância de identificar recursos individuais-psicológicos capazes de atuar como fatores de apoio na velhice e para a relevância de questões que possam ser úteis como instrumentos de políticas de cuidado à saúde, estimulando a busca de caminhos eficazes para o envelhecimento bem sucedido.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Agborsangaya CB, Lau D, Lahtinen M, Cooke T, Johnson JA. Multimorbidity prevalence and patterns across socioeconomic determinants: a cross-sectional survey. *BMC Public Health*. 2012; 12: 201. DOI: 10.1186/1471-2458-12-201.
2. Alves LC, Rodrigues RN. Determinantes da autopercepção de saúde entre idosos do Município de São Paulo, Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2005; 17 (5/6): 333-41.
3. Barros MBA, César CLG, Carandina L, Torre GD. Desigualdades sociais na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD-2003. *Cien Saude Colet*. 2006; 11(4): 911-26.
4. Barros MBA. Inquéritos domiciliares de saúde. *Rev Bras Epidemiol*. 2008; 11(1): 6-19.
5. Barros MBA, Francisco PM, Lima MG, Cesar CLG. Social inequalities in health among elderly. *Cad Saude Publica*. 2011; 27:198-208.
6. Batistoni SST, Neri AL, Nicolosi GT, Lopes LO, Khoury HT, Eulálio MC et al. Sintomas depressivos e fragilidade. In: Neri AL, organizadora. *Fragilidade e Qualidade de Vida na velhice*. Campinas, SP: Ed. Alínea; 2013. p.283-98.
7. Chang-Quan H, Xue-Mei Z, Bi-Rong D, Zhen-Chan L, Ji-Rong Y, Qing-Xiu L. Health status and risk for depression among the elderly: a meta-analysis of published literature. *Age Ageing*. 2010; 39: 23-30. DOI: 10.1093/ageing/afp187.
8. Borim FSA, Barros MBA, Neri AL. Autoavaliação da saúde em idosos: pesquisa de

base populacional no município de Campinas, SP. *Cad Saude Publica*. 2012; 28 (4): 769-80.

9.Dezutter J, Wiesmann U, Apers S, Luyckx K. Sense of coherence, depressive feelings and life satisfaction in older persons: a closer look at the role of integrity and despair. *Aging Ment Health*. 2013; DOI:10.1080/13607863.2013.792780.

10.Geib LTC. Determinantes sociais da saúde do idoso. *Cien Saude Colet*. 2012; 17 (1): 123-33.

11. Henchoz K, Cavalli S, Girardin M. Health perception and health status in advanced old age: a paradox of association. *J Aging Stud*. 2008; 22 (3): 282-90. DOI: 10.1016/j.jaging.2007.03.002.

12.IBGE (2009). Indicadores Sociodemográficos e de Saúde no Brasil. Estudos e Pesquisas Informação Demográfica e Socioeconômica. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Recuperado em 31 de janeiro de 2011:

http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indic_sociosaude/2009/indicsaude.pdf

13.Ilder EL, Benyamini Y. Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *J Health Soc Behav*. 1997; 38: 21-37.

14.Jang Y, Chiriboga DA, Herrera JR, Branch LG. Self-rating of poor health: a comparison of Cuban elders in Havana and Miami. *J Cross Cult Gerontol*. 2009; 24: 181-91. DOI: 10.1007/s10823-009-9094-x.

15.Latham K, Peek CW. Self-rated health and morbidity onset among late midlife U.S. adults. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2013; 68 (1): 107-16. DOI: 10.1093/geronb/gbs104.

16.Lee Y. The predictive value of self assessed general, physical, and mental health on functional decline and mortality in older adults. *J Epidemiology and Community Health*. 2000; 54: 123-9.

17.Lima MG, Barros MBA, César CLG, Goldbaum M, Carandina L, Ciconelli RM. Impact of chronic disease on quality of life among the elderly in the state of São Paulo, Brazil: a population-based study. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health*. 2009; 25 (4): 314-21.

18.Lima-Costa MF, Firmo JOA, Uchoa E. A estrutura da auto-avaliação da saúde entre idosos: projeto Bambuí. *Rev Saude Publica*. 2004; 38 (6): 827-834.

19.Martinez DJ, Kasl SV, Gill TM, Barry LC. Longitudinal association between self-rated health and timed gait among older persons. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2010; 65 (6):715-9. DOI: 10.1093/geronb/gbp115.

20. Millán-Calenti JC, Sánchez A, Lorenzo T, Maseda A. Depressive symptoms and other factors associated with poor self-rated health in the elderly: gender differences. *Geriatr Gerontol Int.* 2012; 12: 198-206. DOI: 10.1111/j.1447-0594.2011.00745.x
21. Mohammad S, Spittal M, Gopal KS. Happiness and life satisfaction prospectively predict self-rated health, physical health, and the presence of limiting, long-term health conditions. *Am J Health Promot.* 2008; 23 (1): 18-26. DOI: 10.4278/ajhp.061023137.
22. Neri AL. Qualidade de vida na velhice e subjetividade. In: Neri AL, organizadora. *Qualidade de vida na velhice: enfoque multidisciplinar.* Campinas, SP: Ed. Alínea; 2007. p.13-59.
23. Nunes APN, Barreto SM, Gonçalves LG. Relações sociais e autopercepção da saúde: Projeto Envelhecimento e Saúde. *Rev Bras Epidemiol.* 2012; 15(2): 415-28.
24. Ostbye T, Malhotra R, Chan A. Thirteen dimensions of health in elderly Sri Lankans: results from a Nation Sri Lanka Aging Survey. *J Am Geriatr Soc.* 2009; 57(8): 1376-87. DOI: 10.1111/j.1532-5415.2009.02350.x.
25. Pagotto V, Nakatani AYK, Silveira EA. Fatores associados à autoavaliação de saúde ruim em idosos usuários do Sistema Único de Saúde. *Cad Saude Publica.* 2011; 27 (8): 1593-602.
26. Pruchno RA, Wilson-Genderson M, Cartwright F. A two-factor model of successful aging. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* 2010; 65B(6): 671-9. DOI: 10.1093/geronb/gbq051.
27. Robert AS, Cherepanov D, Palta M, Dunham NC, Feeny D, Fryback DG. Socioeconomic status and age variations in health-related quality of life: results from the National Health Measurement Study. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* 2009; 64B (3): 378-89. DOI: 10.1093/geronb/gbp012.
28. Rosero-Bixby L, Dow WH. Surprising SES gradients in mortality, health and biomarkers in a Latin American population of adults. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* 2009; 64B (1): 105-17. DOI: 10.1093/geronb/gbn004.
29. Schmidt MI, Duncan BB, Azevedo e Silva G, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM, et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. *Lancet.* 2011; 377 (9781): 1949-61.
30. Silva RJS, Smith-Menezes A, Tribess S, Rómo-Perez V, Virtuoso JS Jr. Prevalência e fatores associados à percepção negativa da saúde em pessoas idosas no Brasil. *Rev Bras Epidemiol.* 2012; 15(1): 49-62.
31. Strawbridge WJ, Wallhagen MI, Cohen RD. Successful aging and well-being: self-rated compared with Rowe and Kahn. *Gerontologist.* 2002; 42 (6): 727-33.
32. Subramanian SV, Kim D, Kawachi I. Covariation in the socioeconomic determinants of self rated health and happiness: a multivariate multilevel analysis of individuals and communities in the USA. *J Epidemiol Community Health.* 2005; 59: 664-9.

33. Teixeira INDO, Neri AL. Envelhecimento bem sucedido: uma meta no curso da vida. *Psicol USP*. 2008; 19 (1): 81-94.
34. Wickrama K, Macini JA, Kwag K, Kwon J. Heterogeneity in multidimensional health trajectories of late old years and socioeconomic stratification: a latent trajectory class analysis. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2013; 68(2): 290-7. DOI: 10.1093/geronb/gbs111.
35. Wu SC, Li CY, Ke DS. The agreement between self-reporting and clinical diagnosis for selected medical conditions among elderly in Taiwan. *Public Health*. 2000; 114(2): 137-42.

Tabela 1. Prevalência e razão de prevalência (RP) de saúde autoavaliada como ruim/muito ruim, segundo variáveis demográficas, socioeconômicas, indicadores de saúde física, de saúde mental e de bem estar, em pessoas de 60 anos ou mais. Inquérito de Saúde de Campinas, 2008.

| VARIÁVEIS | n | Prevalência | RP |
|--|-----|-------------|----------------------------|
| Sexo | | (p=0,927) | |
| Masculino | 580 | 10,8 | 1 |
| Feminino | 852 | 10,9 | 1,01 (0,75-1,36) |
| Faixa Etária (anos) | | (p=0,228) | |
| 60 – 69 | 800 | 10,5 | 1 |
| 70 – 79 | 470 | 12,9 | 1,22 (0,82-1,83) |
| 80 e mais | 162 | 6,8 | 0,65 (0,29-1,44) |
| Escolaridade do indivíduo (em anos) | | (p<0,001) | |
| ≥ 9 | 339 | 5,9 | 1 |
| 5 – 8 | 166 | 5,9 | 1,01 (0,48-2,10) |
| 1 – 4 | 682 | 12,2 | 2,08 (1,37-3,16) |
| Nunca estudou | 242 | 17,7 | 3,01 (1,84-4,91) |
| Renda per capita (salário mínimo) | | (p<0,004) | |
| >3 | 269 | 4,9 | 1 |
| 1 – 3 | 591 | 10,7 | 2,15 (1,14-4,07) |
| <1 | 572 | 14,0 | 2,84 (1,42-5,64) |
| Indicador de saúde física | | (p<0,001) | |
| 0 | 156 | 1,9 | 1 |
| 1 | 176 | 3,3 | 1,69 (0,39-7,38) |
| 2/4 | 557 | 5,4 | 2,75 (0,80-9,40) |
| 5/8 | 360 | 16,0 | 8,10 (2,42-27,10) |
| 9/25 | 163 | 33,5 | 17,00 (5,15-56,10) |
| Indicador de saúde mental | | (p<0,001) | |
| 0 – 4 | 100 | 4,7 | 1 |
| 5 – 9 | 302 | 16,1 | 3,44 (2,39-4,95) |
| ≥10 | 130 | 47,4 | 10,11 (7,04-14,50) |
| Felicidade | | (p<0,001) | |
| Todo tempo | 502 | 2,5 | 1 |
| Maior parte/ alguma parte do tempo | 810 | 10,2 | 4,00 (2,26-7,03) |
| Pequena parte do tempo/ nunca | 120 | 50,9 | 19,80 (11,81-33,23) |
| Vitalidade | | (p<0,001) | |
| Todo tempo | 349 | 2,8 | 1 |
| Maior parte/ alguma parte do tempo | 811 | 7,9 | 2,82 (1,48-5,40) |
| Pequena parte do tempo/ nunca | 272 | 30,2 | 10,70 (5,10-22,40) |

Tabela 2. Modelo de regressão múltipla de Poisson da associação entre autoavaliação negativa de saúde e variáveis socioeconômicas, indicadores de saúde física, de saúde mental e de bem estar. Inquérito de Saúde de Campinas, 2008.

| VARIÁVEIS | Primeira etapa* | Segunda etapa** | Terceira etapa*** | Quarta etapa**** |
|--|-------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Escolaridade do indivíduo (em anos) | | | | |
| ≥ 9 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 5 – 8 | 0,89 (0,44-1,80) | 0,96 (0,49-1,91) | 0,87 (0,45-1,70) | 0,87 (0,44-1,73) |
| 1 – 4 | 1,77 (1,21-2,59) | 1,66 (1,04-2,65) | 1,58 (0,99-2,56) | 1,57 (0,97-2,54) |
| Nunca estudou | 2,50 (1,57-3,95) | 2,29 (1,42-3,68) | 2,00 (1,22-3,25) | 1,93 (1,20-3,10) |
| Renda per capita (salário mínimo) | | | | |
| >3 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 1 – 3 | 1,66 (0,90-3,06) | 1,92 (0,99-3,76) | 2,03 (1,10-3,74) | 2,00 (1,11-3,60) |
| <1 | 1,95 (1,00-3,82) | 1,91 (0,91-4,01) | 1,93 (0,97-3,84) | 1,99 (1,07-3,70) |
| Indicador de saúde física | | | | |
| 0 | | 1 | 1 | 1 |
| 1 | | 1,55 (0,35-6,85) | 1,60 (0,37-6,82) | 1,67 (0,42-6,58) |
| 2/4 | | 2,64 (0,77-9,06) | 2,12 (0,63-7,13) | 2,16 (0,67-6,96) |
| 5/8 | | 8,25 (2,45-27,81) | 4,82 (1,44-16,10) | 4,36 (1,35-14,08) |
| 9/25 | | 17,1 (5,22-56,44) | 6,14 (1,79-21,03) | 4,96 (1,51-16,30) |
| Indicador de saúde mental | | | | |
| 0 – 4 | | | 1 | 1 |
| 5 – 9 | | | 2,43 (1,59-3,72) | 2,03 (1,36-3,04) |
| ≥10 | | | 5,26 (3,36-8,22) | 2,92 (1,74-4,90) |
| Felicidade | | | | |
| Todo tempo | | | | 1 |
| Maior parte/ alguma parte do tempo | | | | 2,73 (1,56-4,77) |
| Pequena parte do tempo/ nunca | | | | 6,44 (3,11-13,31) |

*RP ajustadas pelas variáveis demográficas e socioeconômicas

** RP ajustadas pelas variáveis demográficas, socioeconômicas e indicador de saúde física

*** RP ajustadas pelas variáveis demográficas, socioeconômicas, indicador de saúde física e indicador de saúde mental

****RP ajustadas por todas as variáveis da tabela

5.DISSCUSSÃO GERAL

O envelhecimento populacional desafia a habilidade de produzir políticas de saúde que respondam às necessidades das pessoas idosas. A proporção de usuários idosos dos serviços de saúde tende a ser cada vez maior, quer pelo maior acesso às informações do referido grupo etário, quer pelo seu expressivo aumento relativo e absoluto na população brasileira. É necessário avançar nos procedimentos de atenção à saúde da pessoa idosa, a construção da integralidade, a redução de danos e a garantia da continuidade do cuidado. O grande desafio é desvendar as necessidades e demandas da população idosa brasileira para, assim, progredir na implantação efetiva de políticas públicas que possibilitem a redução das desigualdades e o envelhecimento saudável (Louvison et al., 2008).

Neste contexto, a tese propõe analisar novos paradigmas de atenção à saúde, para melhor compreender a avaliação subjetiva e a saúde mental dos idosos e, assim, agregar para a pesquisa e para os profissionais de saúde recursos eficazes na busca do envelhecimento bem-sucedido. Portanto, a pesquisa em questão foi desenvolvida em formato de três artigos com a temática autoavaliação de saúde e transtorno mental comum.

Os resultados do primeiro artigo apontam a associação da autoavaliação de saúde excelente ou muito boa com os idosos sem religião, aqueles que moravam sozinhos, que tinham computador, com escolaridade ≥ 1 ano e renda ≥ 1 SM, indicando a importância das variáveis socioeconômicas na autoavaliação de saúde dos idosos. Esta relação provavelmente decorre da associação entre variáveis socioeconômicas e o acesso a oportunidades sociais ao longo de toda a vida, entre elas o acesso à informação, aos serviços de saúde e a melhores condições de vida. Algumas variáveis se destacam, entre elas estão ter computador em casa, que pode expressar capacidades e competências, além do contexto social, sinalizando alternativas de promoção de bem-estar; e não ter religião, o

que contraria a crença difundida de associação positiva entre religião e saúde.

Este estudo também chama a atenção para a associação positiva da autoavaliação de saúde com a prática de atividade física de lazer, consumo mais frequente de frutas e verduras, o consumo moderado de álcool e com os indivíduos que não eram obesos, enfatizando, portanto, que a adoção de hábitos de vida saudáveis são importantes determinantes do envelhecimento saudável.

Em relação ao transtorno mental comum, tema do segundo artigo desta tese, observam-se maiores prevalências nos idosos com 80 anos ou mais, nas mulheres, nos indivíduos que não trabalhavam, naqueles com renda per capita menor que 0,5 salário mínimo. O resultado aponta a elevada prevalência de TMC na população idosa (29,7%) e destaca a importância de investir na autonomia e na promoção da saúde mental, nos anos adicionais de vida que vem sendo alcançados, principalmente no segmento de 80 anos e mais, por ser o grupo etário que mais cresce no país. O trabalho na velhice também deve ser levado em conta, por representar uma autonomia e a manutenção da inserção do indivíduo na sociedade, preservação da autoestima e realização pessoal.

Em relação aos comportamentos relacionados à saúde, os idosos sedentários e os obesos apresentaram maiores prevalências de transtorno mental comum, enquanto os indivíduos que consumiam bebida alcoólica de 2 a 3 vezes por semana apresentaram prevalência menor. O planejamento de intervenções voltadas à saúde dos idosos, com ênfase nos hábitos de vida saudáveis, em especial na prática de atividade física no período de lazer, que constitui um indicador de incorporação de estilos de vida mais saudáveis, mostrou-se também importante neste estudo e se destaca porque um estilo de vida ativo ou mesmo insuficientemente ativo pode estar associado à ampliação ou manutenção das relações sociais e ao sentimento de prazer na realização, independentemente da intensidade

do exercício. Os benefícios sociais associados com o exercício são importantes para explicar a relação da atividade física no lazer com o transtorno mental comum (Harvey et al., 2010).

Prevalências mais elevadas de TMC foram também observadas na medida em que piora a autoavaliação de saúde e na presença de uma ou mais morbidades. A doença crônica e a autoavaliação de saúde negativa são relevantes para o sofrimento mental, principalmente pelo impacto na qualidade de vida destes indivíduos. Na análise dos itens específicos do instrumento SRQ-20, observou-se que as maiores razões de prevalências foram encontradas na subescala de pensamentos depressivos. Sugere-se, portanto, maior atenção dos profissionais de saúde para o quadro depressivo nos idosos, por se manifestar, principalmente, por meio de queixas somáticas inespecíficas e apresentar-se subestimado entre os diagnósticos referidos, o que dificulta o encaminhamento e o cuidado adequado dos transtornos mentais nesta faixa etária.

O terceiro artigo apontou uma associação significativa de autoavaliação de saúde ruim/muito ruim com indivíduos que nunca estudaram, aqueles com menor escolaridade e com renda *per capita* inferior a 1 salário mínimo, que pontuaram igual ou maior a 5 no indicador de saúde física e 5 ou mais no SRQ-20, que correspondem às piores pontuações, e indivíduos que referiram menor tempo de sentimento de felicidade. Os achados mostram que mesmo na presença de congruência entre a autoavaliação global da saúde e os autorrelatos sobre doenças, sinais e sintomas, incapacidade e limitações, a saúde mental e o sentimento de felicidade são variáveis importantes na relação com a autoavaliação da saúde nos idosos; e revela quanto da associação da autoavaliação de saúde com a saúde física, relaciona-se à saúde mental e quanto das relações destes dois domínios com a autoavaliação de saúde é intermediada pelo sentimento de bem-estar.

O estudo só foi possível pela existência da base de dados gerada pelo ISACamp 2008, que foi o segundo inquérito domiciliar de base populacional no município de Campinas, contemplando o estado de saúde da população, apreendido em múltiplas dimensões, os comportamentos relacionados à saúde que constituem, no perfil atual de morbidade, os principais responsáveis pelas incapacidades e mortes prematuras e o componente de uso de serviços de saúde. O terceiro inquérito (ISACamp 2013/2014) está sendo realizado, integrado aos inquéritos anteriores, e vai possibilitar o monitoramento da saúde da população, além das análises das tendências em relação as variáveis estudadas nesta tese.

O presente estudo representa uma importante fonte de informações relevantes para o conhecimento das condições de saúde da população idosa. Os resultados desta pesquisa apresentam algumas limitações, entre elas possíveis vieses de informação como: problemas de memória e imprecisão e/ou subestimação das informações referidas; e o estudo não permite inferência de causalidade.

É importante ressaltar que os achados do nosso estudo encontraram que ser insuficientemente ativo já tem associação com melhor saúde subjetiva e mental, o que apontaria que, entre os idosos, o estímulo a algum nível de atividade física mesmo que inferior às recomendações já poderia ter resultados satisfatórios quanto ao bem-estar. Os indivíduos que consumiam álcool moderadamente apresentaram melhor autoavaliação de saúde e menor prevalência de transtorno mental comum. Estas associações podem ser resultado de variáveis de confusão e interação complexa, difíceis de serem controladas ou identificadas. O consumo moderado de álcool pode indicar também o maior envolvimento social do indivíduo, o que não foi avaliado e ajustado nas nossas análises. Sabe-se que as relações sociais podem ter um papel importante para manter ou promover a saúde física e

mental (Ramos, 2002).

Este estudo destaca, ainda, que os indicadores de saúde física não explicam totalmente a avaliação subjetiva de saúde dos idosos. Esta avaliação depende também de outros critérios subjetivos, que se aproximam do bem-estar individual.

Estudos futuros poderão avaliar com maior detalhamento a associação de saúde com as variáveis religião e possuir computador e, assim, melhor esclarecer a relação entre essas variáveis. São necessárias novas pesquisas para avaliar a associação do consumo de álcool com as variáveis de autoavaliação de saúde e transtorno mental comum. Também são recomendados estudos futuros, com enfoque em pesquisas prospectivas, com o objetivo de buscar a validade das autoavaliações de saúde, em face de avaliações feitas por critérios objetivos e comparar o potencial preditivo dos dois tipos de avaliação com relação à velhice bem-sucedida.

A escolha do tema da presente pesquisa vem ao encontro da necessidade de novos paradigmas de atenção à saúde dos idosos, com destaque da percepção subjetiva de saúde, que se caracteriza como um julgamento pessoal, que perpassa as relações individuais e sacionormativas.

Portanto, é importante destacar que:

- O SRQ-20 é um instrumento muito usado nos inquéritos de saúde, por ser breve e facilmente administrado, além da vantagem de ser aplicado em todas as idades. E, como relatado, a inclusão de participantes com demência ou psicose não alteraria a capacidade do SRQ-20 para identificar casos de TMC (Scafuzca et al., 2010). Esta é uma característica positiva do instrumento, por atender os estudos epidemiológicos de base populacional, que, na maioria das vezes, não exclui os participantes com demência não institucionalizados.
- A autoavaliação de saúde tem sido um indicador recomendado pela Organização

Mundial de Saúde (OMS) para avaliar a saúde das populações e, mesmo medida por uma única pergunta, existem evidências de seu poder para cobrir várias dimensões da saúde. Principalmente para os idosos, a percepção da saúde extrapola a presença de condições objetivas, embora apresente relações bem estabelecidas com as condições clínicas e com os indicadores de morbidade e mortalidade (Frank et al., 2003).

- Há uma necessidade de mudança nos paradigmas das políticas de saúde e na prática clínica, com ações de promoção da saúde, com base nas necessidades de saúde que são definidas pelos novos indicadores e não apenas pelas taxas de morbidade e mortalidade.
- As políticas públicas de saúde e os profissionais de saúde, através das avaliações subjetivas, que agregam um nível individual de bem-estar e pode influenciar a motivação e a qualidade de vida das pessoas, pode compreender as necessidades e demandas dos idosos ao longo da vida e no contexto clínico.

6.REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Agborsangaya CB, Lau D, Lahtinen M, Cooke T, Johnson JA. Multimorbidity prevalence and patterns across socioeconomic determinants: a cross-sectional survey. *BMC Public Health*. 2012; 12: 201. DOI: 10.1186/1471-2458-12-201.
2. Alves LC, Leimann BCQ, Vasconcelos MEL, Carvalho MS, Vasconcelos AGG, Fonseca TCO, et al. A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do Município de São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2007; 23 (8): 1924-30.
3. Alves LC, Rodrigues RN. Determinantes da autopercepção de saúde entre idosos do Município de São Paulo, Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2005; 17 (5/6): 333-41.
4. American College of Sports Medicine. Position stand on the recommended quantity and quality of exercise for developing and maintaining cardiorespiratory and muscular fitness, and flexibility in adults. *Med Sci Sports Exerc*. 1998; 30: 975-91.
5. Barcelos-Ferreira R, Izbicki R, Steffens DC et al. Depressive morbidity and gender in community-dwelling Brazilian elderly: systematic review and meta-analysis. *Intern Psychogeriatrics*. 2010; 22: 712-26.
6. Barreto SM, Figueiredo RC. Doença crônica, auto-avaliação de saúde e comportamento de risco: diferença de gênero. *Rev Saúde Pública*. 2009; 43(Supl 2):38-47.
7. Barros MBA, César CLG, Carandina L, Torre GD. Desigualdades sociais na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD-2003. *Cien Saude Colet*. 2006; 11(4): 911-26.
8. Barros MBA, Francisco PM, Lima MG, Cesar CLG. Social inequalities in health among elderly. *Cad Saude Publica*. 2011; 27:198-208.
9. Barros MBA, Zanchetta LM, Moura EC, Malta DC. Auto-avaliação da saúde e fatores associados, Brasil, 2009. *Rev Saúde Pública*. 2009; 43 (Supl 2): 27-37.
10. Barros MBA. Inquéritos domiciliares de saúde. *Rev Bras Epidemiol*. 2008; 11(1): 6-19.
11. Batistoni SST, Neri AL, Nicolosi GT, Lopes LO, Khoury HT, Eulálio MC et al. Sintomas depressivos e fragilidade. In: Neri AL, organizadora. *Fragilidade e Qualidade de Vida na velhice*. Campinas, SP: Ed. Alínea; 2013. p.283-98.
12. Bernard SL, Kincade JE, Konrad TR, Arcury TA, Rabiner DJ, Woomert A, et al. Predicting mortality from community surveys of older adults: the importance of self-rated functional ability. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 1997; 52B (3): 155-63.
13. Blay SL, Laks J, Nitrini R, Caramelli P. Epidemiologia dos transtornos mentais em idosos e a utilização dos serviços por esta população. In: Mello MF, Mello AAF, Kohn R (organizadores). *Epidemiologia da saúde mental no Brasil*. Porto Alegre: Artmed; 2007. p.143-50.
14. Blazer DG. Depression in late life: review and commentary. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2003; 58: 249-65.
15. Blazer DG. How do you feel about...? Health outcomes in late life and self-perceptions

of health and well-being. *Gerontologist*. 2008; 48 (4): 415-22.

16. Borim FSA, Barros MBA, Neri AL. Autoavaliação da saúde em idosos: pesquisa de base populacional no município de Campinas, SP. *Cad. Saúde Pública*. 2012; 28 (4): 769-80.

17. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria n. 2528. 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.

18. Cabrera MAS, Jacob Filho W. Obesidade em idosos: prevalência, distribuição e associação com hábitos e comorbidades. *Arq Bras Endocrinol Metab*. 2001; 45 (5): 494-501.

19. Camarano AA, Kanso S, Leitão e Mello J. Como vive o idoso brasileiro? Rio de Janeiro, RJ: IPEA; 2004. p.1-50.

20. Cervi A, Franceschini SC, Priore SE. Análise crítica do uso do índice de massa corporal para idosos. *Rev Nutr*. 2005; 18 (6): 765-75.

21. Chang-Quan H, Xue-Mei Z, Bi-Rong D, Zhen-Chan L, Ji-Rong Y, Qing-Xiu L. Health status and risk for depression among the elderly: a meta-analysis of published literature. *Age Ageing*. 2010; 39: 23-30. DOI: 10.1093/ageing/afp187.

22. Cheng ST, Fung H, Chan A. Maintaining self-rated health through social comparison in old age. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2007; 62B (5): 277-85.

23. Chodzko-Zajko W, Proctor D, Fiatarone M, Singh M, Minson C, Nigg C, *et al*. Exercise and Physical Activity for Older Adults. ACSM Position Stand. *Med Sci Sports Exerc*. 2009; Special Communications: 1510-30.

24. Clemente AS, Loyola Filho AI, Firmo JOA. Concepções sobre transtornos mentais e seu tratamento entre idosos atendidos em um serviço público de saúde mental. *Cad Saúde Pública*. 2011; 27 (3): 555-64.

25. Coelho FMC, Pinheiro RT, Horta BL, Magalhães PVS, Garcias CMM, Silva CV. Common mental disorders and chronic non-communicable diseases in adults: a population-based study. *Cad. Saúde Pública*. 2009; 25 (1): 59-67.

26. Corrêa AAM, Moreira-Almeida A, Menezes PR, Vallada H, Scazufca M. Investigating the role played by social support in the association between religiosity and mental health in low income older adults: results from the São Paulo Ageing & Health Study (SPAH). *Rev. Bras. Psiquiatr*. 2010.

27. Costa E, Barreto SM, Uchoa E, Firmo JOA, Lima-Costa MF, Prince M. Prevalence of ICD-10 Common Mental Disorders in Brazilian Elderly. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2007; 15 (1): 17-27.

28. Costa JDS, Menezes ANB, Olinto MTA, Gicante DP, Macedo S, Brito MAP *et al*. Prevalence of minor psychiatric disorders in city of Pelotas, RS. *Rev Bras Epidemiol*. 2002; 5 (2): 164-73.

- 29.Coutinho ESF, Laks J. Saúde mental do idoso no Brasil: a relevância da pesquisa epidemiológica. *Cad Saúde Pública*. 2012; 28(3): 412-413.
- 30.Culic V. Moderate drinking, psychological factors and cardiovascular protection. *Eur Heart J*. 2009; 30: 381-3.
- 31.Cupertino APFB, Rosa FHM, Ribeiro PCC. Definição de envelhecimento saudável na perspectiva de indivíduos idosos. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. 2007; 20 (1): 81-86.
- 32.Dachs NW, Santos APR. Auto-avaliação do estado de saúde no Brasil: análise dos dados da PNAD/2003. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2006; 11 (4): 887-94.
- 33.Dawson DA, Grant BF, Stinson FS & Zhou Y. Effectiveness of the derived alcohol use disorders identification test (AUDIT-C) in screening for alcohol use disorders and risk drinking in the USD general population. *Alcohol Clin Exp Res*. 2005; 29(5), 844-854.
- 34.DeSalvo KB, Jones TM, Peabody J, McDonald J, Fihn S, Fan V, et al. Health Care expenditure prediction with a single item, self-rated health measure. *Med Care*. 2009; 47 (4): 440-7.
- 35.Dezutter J, Wiesmann U, Apers S, Luyckx K. Sense of coherence, depressive feelings and life satisfaction in older persons: a closer look at the role of integrity and despair. *Aging Ment Health*. 2013; DOI:10.1080/13607863.2013.792780.
- 36.Duarte MB, Rego MAV. Comorbidade entre depressão e doenças clínicas em ambulatório de geriatria. *Cad. Saúde Pública*. 2007; 23 (3): 691-700.
- 37.Feinglass J, Lin S, Thompson J, Sudano J, Dunlop D, Song J, *et al*. Baseline Health, socioeconomic status and 10-year mortality among older middle-aged Americans: findings from the health and retirement study, 1992-2002. *J Gerontol: Social Sciences*. 2007; 62B (4): S209-17.
- 38.Fillmore KM, Stockwell T, Chikritzhs T, Bostrom A, Kerr W. Moderate alcohol use and reduced mortality risk: systemic error in prospective studies and new hypotheses. *Annals of Epidemiology*. 2007; 17 (5): 16-23.
- 39.Fillmore KM. Is Alcohol really good for the heart. *Addiction*. 2000; 95(2): 173-4.
- 40.Fleck MPA, Lima AFBS, Louzada S, et al. Associação entre sintomas depressivos e funcionamento social em cuidados primários à saúde. *Rev Saúde Pública*. 2002; 36 (4): 431-8.
- 41.Fonseca MGUP, Firmo JOA, Loyola-Filho AI, Uchôa E. Papel da autonomia na autoavaliação da saúde do idoso. *Rev Saúde Pública*. 2010; 44(1): 159-65.
- 42.Fortes S, Villano LAB, Lopes CS. Nosological profile and prevalence of common mental disorders of patients seen at the Family Health Program (FHP) units in Petrópolis, Rio de Janeiro. *Rev Bras Psiquiatr*. 2008; 30(1): 32-7.

43. Frank P, Gold MR, Fiscella K. Sociodemographics, self-rated health, and mortality in US. *Soc Sci Med*. 2003; 56(12): 2505-14.
44. Gazalle FK, Lima MS, Tavares BF, Hallal PC. Sintomas depressivos e fatores associados em população idosa no Sul do Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2004; 38 (3): 365-71.
45. Geib LTC. Determinantes sociais da saúde do idoso. *Cien Saude Colet*. 2012; 17 (1): 123-33.
46. Gili M, Comas A, García-García M, Monzón S, Antoni SB, Roca M. Comorbidity between common mental disorders and chronic somatic diseases in primary care patients. *Gen Hosp Psychiatry*. 2010; 32 (3): 240-5.
47. Goldberg D, Goodyer I. *The origins and course of Common Mental Disorders*. Routledge. NY; 2005.
48. Goldberg D, Huxley P. *Common mental disorders: a biosocial model*. London: Tavistock; 1992.
49. Gonçalves DM, Stein AT, Kapczinski F. Avaliação de desempenho do *Self-Reporting Questionnaire* como instrumento de rastreamento psiquiátrico: um estudo comparativo com *Structured Clinical Interview for DMS-VI-TR*. *Cad. Saúde Pública*. 2008, 24 (2): 380-90.
50. Harvey SB, Hotopf M, Overland S, Mykletun A. Physical activity and common mental disorders. *BJPsych*. 2010; 197: 357-64.
51. Henchoz K, Cavalli S, Girardin M. Health perception and health status in advanced old age: a paradox of association. *J Aging Stud*. 2008; 22 (3): 282-90. DOI: 10.1016/j.jaging.2007.03.002.
52. Hoffmann EJ, Ribeiro F, Farnese JM, Lima EWB. Sintomas depressivos e fatores associados entre idosos residentes em uma comunidade no norte de Minas Gerais, Brasil. *J Bras Psiquiatr*. 2010; 59 (3): 190-7.
53. IBGE (2008). Síntese de Indicadores Sociais: Uma Análise das Condições de Vida da População Brasileira. Estudos e Pesquisas Informação Demográfica e Socioeconômica. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Recuperado em 31 de janeiro de 2008:
http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/sinteseindicais2008/indic_sociais2008.pdf
54. IBGE (2009). Indicadores Sociodemográficos e de Saúde no Brasil. Estudos e Pesquisas Informação Demográfica e Socioeconômica. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Recuperado em 31 de janeiro de 2011:
http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indic_sociosaude/2009/indic_saude.pdf
55. Idler EL, McLaughlin J, Kasl S. Religion and the quality of life in last year of life. *J Gerontol: Social Sciences*. 2009; 64B (4): 528-37.

56. Ilder EL, Benyamini Y. Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *J Health Soc Behav.* 1997; 38 (1): 21-37.
57. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo Demográfico 2010 – Características da população e dos domicílios – Resultados do Universo. 2010. p. 1-270.
58. Jang Y, Chiriboga DA, Herrera JR, Branch LG. Self-rating of poor health: a comparison of Cuban elders in Havana and Miami. *J Cross Cult Gerontol.* 2009; 24: 181-91. DOI: 10.1007/s10823-009-9094-x.
59. Jylhã M. What is self-rated health and why does it predict mortality? Towards a unified conceptual model. *Social Science & Medicine.* 2009; 69:307-16.
60. Latham K, Peek CW. Self-rated health and morbidity onset among late midlife U.S. adults. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* 2013; 68 (1): 107-16. DOI: 10.1093/geronb/gbs104.
61. Lebrão ML, Laurenti R. Saúde, bem-estar e envelhecimento: o estudo SABE no Município de São Paulo. *Rev Bras Epidemiol.* 2005; 8(2): 127-41.
62. Lee Y. The predictive value of self assessed general, physical, and mental health on functional decline and mortality in older adults. *J Epidemiology and Community Health.* 2000; 54: 123-9.
63. Liang J, Shaw BA, Bennett JM, Krause N, Kobayashi E, Fukaya T, et al. Interwining courses of functional status and subjective health among older Japanese. *J Gerontol: Social Sciences.* 2007; 62B (5): S340-8.
64. Liang J, Shaw BA, Krause N, Bennett JM, Kobayashi E, Fukaya T, et al. How does self-assessed health change with age? A study of older adults in Japan. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* 2005; 60B (4): 224-32.
65. Lima CT, Freire ACC, Silva APB, Teixeira RM, Farrel M, Prince M. Concurrent and construct validity of the AUDIT in a urban Brazilian sample. *Alcohol Alcohol.* 2005; 40 (6): 584-589.
66. Lima MG, Barros MBA, César CLG, Carandina L, Goldbaum M, Alves MCGP. Comportamentos relacionados a saúde e qualidade de vida em idosos: um estudo de base populacional. *Rev Saúde Pública.* 2011; 45 (3): 485-93.
67. Lima MG, Barros MBA, César CLG, Goldbaum M, Carandina L, Ciconelli RM. Impact of chronic disease on quality of life among the elderly in the state of São Paulo, Brazil: a population-based study. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health.* 2009; 25 (4): 314-21.
68. Lima MS, Soares BGO, Mari JJ. Saúde e doença mental em Pelotas, RS: dados de um estudo populacional. *Rev Psiq Clín.* 1999; 26(5).
69. Lima-Costa MF, Firmo JOA, Uchoa E. A estrutura da auto-avaliação da saúde entre idosos: projeto Bambuí. *Rev Saúde Pública.* 2004; 38 (6): 827-834.

- 70.Louvison MCP, Barros S. Políticas públicas e envelhecimento: a construção de uma política de direitos e os desafios da atenção integral à saúde da pessoa idosa no SUS. *Revista BIS: Boletim do Instituto de Saúde*. 2009; 47: 9-15.
- 71.Ludemir AB, Lewis G. Links between social class and common mental disorders in Northeast Brazil. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2001; 36: 101-107.
- 72.Ludemir AB, Melo Filho DA. Condições de vida e estrutura ocupacional associadas a transtornos mentais comuns. *Rev Saúde Publica*. 2002; 36 (2): 213-21.
- 73.Maciél ACC, Guerra RO. Prevalência e fatores associados à sintomatologia depressiva em idosos residentes no Nordeste do Brasil. *J Bras Psiquiatr*. 2006; 55 (1): 26-33.
- 74.Manderbacka K, Lundberg o, Martikainen P. Do risk factors and health behaviours contribute to self-ratings of health? *Soc Sci Med*. 1999; 48 (12):1713-20.
- 75.Maragno L, Goldbaum M, Gianini RJ, Novaes HMD, César CLG. Prevalência de transtornos mentais comuns em populações atendidas pelo Programa Saúde da Família (QUALIS) no Município de São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2006; 22 (8): 1639-48.
- 76.Mari JJ, Willians P. A Validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of São Paulo. *Br J Psychiatry*. 1986; 148: 23-6.
- 77.Marín-León L, Oliveira HB, Barros MBA, Dalgalarondo P, Botega NJ. Social inequality and common mental disorders. *Rev. Bras. Psiquiatr*. 2007.
- 78.Martin LG, Schoeni RF, Freedman VA, Andreski P. Feeling Better? Trends in general health status. . *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2007; 62B (1): 11-21.
- 79.Martinez DJ, Kasl SV, Gill TM, Barry LC. Longitudinal association between self-rated health and timed gait among alder persons. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2010; 65 (6):715-9. DOI: 10.1093/geronb/gbp115.
- 80.Matsudo SM. Envelhecimento, atividade física e saúde. *Min Educ Fís*. 2002; 10 (1): 195-209.
- 81.McCullough ME, Laurenceau JP. Religiousness and the trajectory of self-rated health across adulthood. *Pers Soc Psychol Bull*. 2005; 31 (4):560-73.
- 82.McDougall FA, Kvaal K, Matthews FE, Paykel E, Jones PB, Dewey ME, Brayne C. Prevalence of depression in older people in England and Wales: the MRC CFA Study. *Psychol Med*. 2007; 37: 1787-95.
- 83.McFadden E, Luben R, Bingham S, Wareham N, Kinmonth AL, Khaw KT. Social inequalities in self-rated health by age: Cross-sectional study of 22457 middle-aged men and women. *BMC Public Health*. 2008; 8: 230.
- 84.McMullen CK, Luborsky MR. Self-rated health appraisal as cultural and identity process: african american elders'health and evaluative rationales. *Gerontologist*. 2006; 46 (4): 431-8.

85. Menec VH, Shooshtari S, Lambert P. Ethnic differences in self-rated health among older adults. *JAH*. 2007; 19 (1): 62-86.
86. Millán-Calenti JC, Sánchez A, Lorenzo T, Maseda A. Depressive symptoms and other factors associated with poor self-rated health in the elderly: gender differences. *Geriatr Gerontol Int*. 2012; 12: 198-206. DOI: 10.1111/j.1447-0594.2011.00745.x
87. Miller TR, Wolinsky FD. Self-rated health trajectories and mortality among older adults. *J Gerontol: Social Sciences*. 2007; 62B (1): S22-7.
88. Ministério da Saúde. A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não transmissíveis: DCNT no contexto do Sistema Único de Saúde Brasileiro. 2005.
89. Mohammad S, Spittal M, Gopal KS. Happiness and life satisfaction prospectively predict self-rated health, physical health, and the presence of limiting, long-term health conditions. *Am J Health Promot*. 2008; 23 (1): 18-26. DOI: 10.4278/ajhp.061023137.
90. Molarius A, Berglund K, Eriksson C, Lambe M, Nordstrom E, Eriksson HG, et al. Socioeconomic conditions, lifestyle factors, and self-rated health among men and women in Sweden. *Eur J Public Health*. 2006; 17(2): 125-33.
91. Neri AL. Qualidade de vida na velhice e subjetividade. In: Neri AL, organizadora. *Qualidade de vida na velhice: enfoque multidisciplinar*. Campinas, SP: Ed. Alínea; 2007. p.13-59.
92. Nossikov A, Gudex C. Overview of the implementation of EUROHIS. Joint ECE/WHO Expert Meeting on Health Statistic Measurements. Working Paper N 5. 2000. Ottawa, Canadá.
93. Nunes APN, Barreto SM, Gonçalves LG. Relações sociais e auto percepção da saúde: Projeto Envelhecimento e Saúde. *Rev Bras Epidemiol*. 2012; 15(2): 415-28.
94. Organização Mundial de Saúde (OMS). *Envelhecimento ativo: uma política de saúde*. Geneva: WHO; 2002.
95. Ostbye T, Malhotra R, Chan A. Thirteen dimensions of health in elderly Sri Lankans: results from a Nation Sri Lanka Aging Survey. *J Am Geriatr Soc*. 2009; 57(8): 1376-87. DOI: 10.1111/j.1532-5415.2009.02350.x.
96. Pagotto V, Nakatani AYK, Silveira EA. Fatores associados à autoavaliação de saúde ruim em idosos usuários do Sistema Único de Saúde. *Cad Saude Publica*. 2011; 27 (8): 1593-602.
97. Pearson TA. Alcohol and heart disease. *Circulation*. 1996; 94(11): 3023-5.
98. Pereira AR, Morita M, Barros MBA. Transtorno mental comum. In: Barros MBA, César CLG, Carandina L, Goldbaum M, organizadores. *As dimensões da saúde: inquérito populacional em Campinas*. São Paulo, SP: Ed. Hucitec; 2008. p.143-52.
99. Piquart M. Correlates of subjective health in older adults: a Meta-Analysis. *Psychol*

Aging. 2001; 16 (3): 414-26.

100.Prakash O, Gupta LN, Singh VB, Singhal AK, Verma KK. Profile of psychiatric disorders and life events in medically ill elderly: experiences from geriatric clinic in Northern India. *Int J Geriatr psychiatry*. 2007; 22: 1101-5.

101.Pruchno RA, Wilson-Genderson M, Cartwright F. A two-factor model of successful aging. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2010; 65B(6): 671-9. DOI: 10.1093/geronb/gbq051.

102.Pruchno RA, Wilson-Genderson M, Rose M, Cartwright F. Successful Aging: early influences and contemporary characteristics. *Geront*. 2010; 50(6): 821-33. DOI: 10.1093/geront/gnq041.

103.Ramos M. Impact of socioeconomic status on Brazilian elderly health. *Rev Saude Publica*. 2007; 41 (4): 616-24.

104.Ramos MP. Apoio social e saúde entre idosos. *Sociologias*. 2012; 4(7): 156-75.

105.Ratner PA, Johnson JL, Jeffery B. Examining emotional, physical, social and spiritual health as determinants of self-rated health status. *Am J Health Promot*. 1998;12(4):275-82.

106.Reyes-Ortiz CA, Pelaez M, Koenig HG, Mulligan T. Religiosity and self-rated health among Latin American and Caribbean elders. *Int J Psychiatry Med*. 2007; 37(4): 425-43.

107.Rigo JC, Rigo JFO, Faria BC, Stein A, Santos VM. Trauma associado com uso de álcool em idosos. *Brasília Med*. 2005; 42 (1/2): 35-40.

108.Robert AS, Cherepanov D, Palta M, Dunham NC, Feeny D, Fryback DG. Socioeconomic status and age variations in health-related quality of life: results from the National Health Measurement Study. . *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2009; 64B (3): 378-89. DOI: 10.1093/geronb/gbp012.

109.Rocha SV, Almeida MMG, Araújo TM, Virtuoso Jr JS. Prevalência de transtornos mentais comuns entre residentes em áreas urbanas de Feira de Santana, Bahia. *Rev Bras Epidemiol*. 2010; 13 (4): 630-40.

110.Rocha SV, Almeida MMG, Araújo TM, Virtuoso-Junior JS. Atividade física no lazer e transtorno mentais comuns entre idosos residentes em um município do nordeste do Brasil. *J Bras Psiquiatr*. 2011; 60 (2):80-5.

111.Rodrigues-Neto JF, Figueiredo MFS, Faria AAS, Fagundes M. Transtornos mentais comuns e uso de práticas de medicina complementar e alternativa – estudo de base populacional. *J. Bras. Psiquiatr*. 2008; 57 (4): 233-239.

112.Rosero-Bixby L, Dow WH. Surprising SES gradients in mortality, health and biomarkers in a Latin American population of adults. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2009; 64B (1): 105-17. DOI: 10.1093/geronb/gbn004.

113.Sadana R, Mathers CD, Lopez AD, Murray CJL, Iburg KM. Comparative analyses of

more than 50 household survey on health status. In: Murray CJL, Salomon JA, Mathers CD, Lopez AD. Summary measures of population health: concepts, ethics, measurement and applications. Geneva: WHO. 2002. p. 369-86.

114.Sargent-Cox KA, Anstey KJ, Luszcz MA. The choice of self-rated health measures matter when predicting mortality: evidence from 10 years follow-up of the Australian longitudinal study of ageing. *BMC Geriatrics*. 2010; 10: 18.

115.Scazufca M, Menezes PR, Vallada H, Araya R. Validity of the *self-reporting questionnaire-20* in epidemiological studies with older adults. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2009; 44: 247-54.

116.Schmidt MI, Duncan BB, Azevedo e Silva G, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM, et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. *Lancet*. 2011; 377 (9781): 1949-61.

117.Shirom A, Toker S, Berliner S, Shapira I, Melamed S. The effects of physical fitness and feeling vigorous on self-rated health. *Health Psychol*. 2008; 27 (5): 567-75.

118.Silva RJS, Smith-Menezes A, Tribess S, Rómo-Perez V, Virtuoso JS Jr. Prevalência e fatores associados à percepção negativa da saúde em pessoas idosas no Brasil. *Rev Bras Epidemiol*. 2012; 15(1): 49-62.

119.Singh-Manoux A, Gueguen A, Martikainen P, Ferrie J, Marmot M, Shipley M. Self-rated health and mortality: short- and long-term associations in Whitehall II study. *Psychosom Med*. 2007; 69 (2): 138-43.

120.Skogen JC, Harvey SB, Henderson M, Stordal E, Mykletun A. Anxiety and depression among abstainers and low-level alcohol consumers. The Nord-Trondelag Health Study. *Addiction*. 2009; 104: 1519-29.

121.Spencer SM, Schulz R, Rooks RN, Albert SM, Thorpe Jr. RJ, Brenes GA, et al. Racial Differences in Self-Rated Health at Similar Levels of Physical Functioning: An Examination of Health Pessimism in the Health, Aging, and Body Composition Study. *J Gerontol: Social Sciences*. 2009; 64B (1): 87-94.

122.Spijker J, de Graaf R, Bijl RV, Beekman AT, Ormel J, Nolen WA: Duration of major depressive episodes in the general population: results from The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Br J Psychiatry* 2002, 181:208-13.

123.Strawbridge WJ, Wallhagen MI, Cohen RD. Successful aging and well-being: self-rated compared with Rowe and Kahn. *Gerontologist*. 2002; 42 (6): 727-33.

124.Subramanian SV, Kim D, Kawachi I. Covariation in the socioeconomic determinants of self rated health and happiness: a multivariate multilevel analysis of individuals and communities in the USA. *J Epidemiol Community Health*. 2005; 59: 664-9.

125.Tavare SMG. A saúde mental do idoso brasileiro e sua autonomia. *BIS*. 2009; 47: 87-9.

126. Teixeira INDO, Neri AL. Envelhecimento bem sucedido: uma meta no curso da vida. *Psicol USP*. 2008; 19 (1): 81-94.
127. Veras R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Rev Saúde Pública*. 2009; 43 (3): 548-54.
128. Veras R. Fórum. Envelhecimento populacional e as informações de saúde do PNAD: demandas e desafios contemporâneos. Introdução. *Cad Saúde Pública*. 2007; 23 (10): 2463-6.
129. Viacava F. Informações em saúde: a importância dos inquéritos populacionais. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2002; 7 (4): 607-21.
130. Wallerstein N. What is the evidence on effectiveness of empowerment to improve health? Relatório de Health Evidence Network – OMS. 2006.
131. Wick G, Jansen-Durr P, Berger P, Blasko I, Grubeck-Loebenstien B. Diseases of aging. *Vaccine*. 2000; 18 (16): 1567-83.
132. Wickrama K, Macini JA, Kwag K, Kwon J. Heterogeneity in multidimensional health trajectories of late old years and socioeconomic stratification: a latent trajectory class analysis. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2013; 68(2): 290-7. DOI: 10.1093/geronb/gbs111.
133. Wu SC, Li CY, Ke DS. The agreement between self-reporting and clinical diagnosis for selected medical conditions among elderly in Taiwan. *Public Health*. 2000; 114(2): 137-42.
134. Zaitune MPA, Barros MBA, César CLG, Carandina L, Goldbaum M, Alves MCGP. Fatores associados à prática de atividade física global e de lazer em idosos: Inquérito de Saúde no Estado de São Paulo (ISA-SP), Brasil. 2010; 26 (8): 1606-18.
135. Zaitune MPA, Barros MBA, César CLG, Carandina L, Goldbaum M. Fatores associados ao sedentarismo no lazer em idosos, Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2007; 23 (6): 1329-38.

7.ANEXOS

7.1. ANEXO I - Questões e instrumentos utilizados nesta pesquisa

AUTOAVALIAÇÃO DE SAÚDE

F 01. Em geral, você diria que sua saúde é:

1. excelente 2. muito boa 3. boa 4. ruim 5. muito ruim

TRANSTORNO MENTAL COMUM

| Você teve algum destes problemas, <u>nos últimos 30 dias</u>? | Não | Sim |
|---|------------|------------|
| E 01. Tem dores de cabeça frequentes? | 1 | 2 |
| E 02. Tem falta de apetite? | 1 | 2 |
| E 03. Dorme mal? | 1 | 2 |
| E 04. Assusta-se com facilidade? | 1 | 2 |
| E 05. Tem tremores nas mãos? | 1 | 2 |
| E 06. Sente-se nervoso(a), tenso(a) ou preocupado(a)? | 1 | 2 |
| E 07. Tem má digestão? | 1 | 2 |
| E 08. Tem dificuldade de pensar com clareza? | 1 | 2 |
| E 09. Tem se sentido triste ultimamente? | 1 | 2 |
| E 10. Tem chorado mais do que de costume? | 1 | 2 |
| E 11. Encontra dificuldade para realizar com satisfação suas atividades diárias? | 1 | 2 |
| E 12. Tem dificuldades para tomar decisões? | 1 | 2 |
| E 13. Tem dificuldades no serviço, seu trabalho é penoso, lhe causa sofrimento? (estudante → escola; dona de casa, aposentado → tarefas diárias) | 1 | 2 |
| E 14. Sente-se incapaz de desempenhar um papel útil na sua vida? | 1 | 2 |
| E 15. Tem perdido o interesse pelas coisas? | 1 | 2 |
| E 16. Você se sente uma pessoa inútil, sem préstimo? | 1 | 2 |
| E 17. Tem tido a ideia de acabar com a vida? | 1 | 2 |
| E 18. Sente-se cansado(a) o tempo todo? | 1 | 2 |
| E 19. Tem sensações desagradáveis no estômago? | 1 | 2 |
| E 20. Você se cansa com facilidade? | 1 | 2 |

VARIÁVEIS DEMOGRÁFICAS E SOCIOECONÔMICAS

B 06. Data de nascimento: |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|

B 07. Sexo: 1. masculino 2. feminino

M 01. A sua cor ou raça é:

1. branca
2. preta
3. amarela
4. parda
5. indígena
6. outra: _____
9. NS/NR

M 02. Qual é a sua religião ou culto?

_____ |_|_|

M 05. Onde você nasceu?

1. em Campinas
2. outro município do estado de São Paulo
3. outro estado ou país: _____
9. NS/NR

M 08. Qual é o seu estado conjugal?

1. casado no civil
2. vive junto/amasiado
3. desquitado/separado/divorciado
4. viúvo
5. solteiro
9. NS/NR

A 11. Quadro de moradores no domicílio:

| | Nº | Nome | Relação com o responsável pela família | Sexo (F, M) | Idade (anos) | Sorteio (X) | nº de ordem dos sorteados | Trabalha (S, N) |
|--------------|----|------|--|-------------|--------------|-------------|---------------------------|-----------------|
| A 11a | 1 | | Responsável 1 | | | | | |
| A 11b | 2 | | | | | | | |
| A 11c | 3 | | | | | | | |
| A 11d | 4 | | | | | | | |
| A 11e | 5 | | | | | | | |
| A 11f | 6 | | | | | | | |
| A 11g | 7 | | | | | | | |
| A 11h | 8 | | | | | | | |
| A 11i | 9 | | | | | | | |
| A 11j | 10 | | | | | | | |
| A 11k | 11 | | | | | | | |

| | | | | | | | | |
|--------------|----|--|--|--|--|--|--|--|
| A 11l | 12 | | | | | | | |
| A 11m | 13 | | | | | | | |
| A 11n | 14 | | | | | | | |
| A 11o | 15 | | | | | | | |

Relação com o responsável pela família:

2. cônjuge
3. filho ou enteado
4. outro parente
5. agregado
6. pensionista
7. empregado doméstico
9. outro

M 11. Até que ano da escola você completou?

01. nunca frequentou, não sabe ler e escrever
02. nunca frequentou, sabe ler e escrever
- 1__. 1º grau (Primário ou Ensino Fundamental) (11-14)
- 1__. 1º grau (Ginásio ou Ensino Fundamental) (15-18)
- 2__. 2º grau (Colegial ou Ensino Médio) (21-23)
25. cursos técnicos de nível médio incompletos
26. cursos técnicos de nível médio completos
30. curso superior incompleto
31. curso superior completo
32. pós graduação senso estrito
99. NS/NR

M 14. Atualmente, você exerce alguma atividade de trabalho remunerada ou não?

1. sim, em atividade
2. sim, mas afastado por motivo de doença
3. sim, e também aposentado
4. não, desempregado
5. não, aposentado ou pensionista
6. não, dona de casa
7. não, só estudante
8. outros
9. NS/NR

Os moradores deste domicílio contam com os seguintes equipamentos? Com quantos?

- N 15.** rádio
- N 16.** MP3/MP4/MP5
- N 17.** televisão em cores
- N 18.** geladeira
- N 19.** freezer
- N 20.** máquina de lavar roupa

- N 21. forno de micro-ondas
 N 22. videocassete/DVD
 N 23. máquina de lavar louça
 N 24. aparelho de ar condicionado
 N 25. aspirador de pó
 N 26. telefone fixo
 N 27. telefone celular
 N 28. câmera digital
 N 29. computador

Os moradores deste domicílio têm:

- N 31. Automóvel? 1. sim 2. não

Quadro de rendimentos líquidos dos membros da família, no mês anterior:

| | Nome | a. Relação com o responsável pela família | b. Renda líquida | NS/NR |
|-------|------|---|--------------------|-------|
| N 39. | | | R\$ _ _ _ _ _ ,00 | 99999 |
| N 40. | | | R\$ _ _ _ _ _ ,00 | 99999 |
| N 41. | | | R\$ _ _ _ _ _ ,00 | 99999 |
| N 42. | | | R\$ _ _ _ _ _ ,00 | 99999 |
| N 43. | | | R\$ _ _ _ _ _ ,00 | 99999 |
| N 44. | | | R\$ _ _ _ _ _ ,00 | 99999 |
| N 45. | | | R\$ _ _ _ _ _ ,00 | 99999 |
| N 46. | | | R\$ _ _ _ _ _ ,00 | 99999 |
| N 47. | | | R\$ _ _ _ _ _ ,00 | 99999 |
| N 48. | | | R\$ _ _ _ _ _ ,00 | 99999 |

Códigos para a relação com o responsável

1. responsável pela família
 2. cônjuge/companheiro(a)
 3. filho(a)/ enteado(a)
 4. outro parente
 5. agregado
 9. outro

COMPORTAMENTOS RELACIONADOS À SAÚDE

K 09. Qual(is)? Em quantos dias da semana? E durante quantos minutos por dia?

| | Tipo de exercício | a. nº de dias | b. Duração |
|---------------|---|---------------|------------------|
| K 09a. | Caminhada (não vale deslocamento para o trabalho) | | _ _ h _ _ min |
| K 09b. | Corrida/corrida em esteira | | _ _ h _ _ min |
| K 09c. | Musculação | | _ _ h _ _ min |
| K 09d. | Hidroginástica | | _ _ h _ _ min |
| K 09e. | Ginástica em geral | | _ _ h _ _ min |
| K 09f. | Natação | | _ _ h _ _ min |
| K 09g. | Artes marciais e lutas | | _ _ h _ _ min |
| K 09h. | Bicicleta/bicicleta ergométrica | | _ _ h _ _ min |
| K 09i. | Futebol | | _ _ h _ _ min |
| K 09j. | Basquetebol | | _ _ h _ _ min |
| K 09l. | Voleibol | | _ _ h _ _ min |
| K 09m. | Tênis | | _ _ h _ _ min |
| K 09n. | Dança | | _ _ h _ _ min |
| K 09o. | Outros: | | _ _ h _ _ min |

K 13. Qual é a bebida alcoólica de sua preferência?

_____ |_|_|

Se referir bebida alcoólica → **passa para K 15**

2. Não bebe álcool

9. NS/NR

K 14. Há quanto tempo você não ingere bebida alcoólica?

1. nunca bebeu

2. não bebe há mais de um ano

3. parou de beber há menos de um ano

9. NS/NR

K 15. Com que frequência você consome (consumia) bebidas alcoólicas?

| | | | | |
|-------|--------------------------|-------------------|--------------------------|--------------------------------|
| Nunca | Uma vez por mês ou menos | 2-4 vezes por mês | por 2-3 vezes por semana | por 4 ou mais vezes por semana |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

K 16. Quantas *doses* de álcool você consome (consumia) num dia normal?

| | | | | |
|--------|--------|--------|--------|-----------|
| 0 ou 1 | 2 ou 3 | 4 ou 5 | 6 ou 7 | 8 ou mais |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

K 17. Com que frequência você consome (consumia) cinco ou mais *doses* em uma única ocasião?

| | | | | |
|-------|---------------------------|-----------------|--------------------|---------------------|
| Nunca | Menos que uma vez por mês | Uma vez por mês | Uma vez por semana | Quase todos os dias |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

K 18. Quantas vezes ao longo dos últimos doze meses você achou que não conseguiria parar de beber uma vez tendo começado?

| | | | | |
|-------|---------------------------|-----------------|--------------------|---------------------|
| Nunca | Menos que uma vez por mês | Uma vez por mês | Uma vez por semana | Quase todos os dias |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

K 19. Quantas vezes ao longo dos últimos doze meses você não conseguiu fazer o que era esperado de você por causa do álcool?

| | | | | |
|-------|---------------------------|-----------------|--------------------|---------------------|
| Nunca | Menos que uma vez por mês | Uma vez por mês | Uma vez por semana | Quase todos os dias |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

K 20. Quantas vezes ao longo dos últimos doze meses você precisou beber pela manhã para poder se sentir bem ao longo do dia após ter bebido bastante no dia anterior?

| | | | | |
|-------|---------------------------|-----------------|--------------------|---------------------|
| Nunca | Menos que uma vez por mês | Uma vez por mês | Uma vez por semana | Quase todos os dias |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

K 21. Quantas vezes ao longo dos últimos doze meses você se sentiu culpado ou com remorso após ter bebido?

| | | | | |
|-------|---------------------------|-----------------|--------------------|---------------------|
| Nunca | Menos que uma vez por mês | Uma vez por mês | Uma vez por semana | Quase todos os dias |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

K 22. Quantas vezes ao longo dos últimos doze meses você foi incapaz de lembrar o que aconteceu devido à bebida?

| | | | | |
|-------|---------------------------|-----------------|--------------------|---------------------------------|
| Nunca | Menos que uma vez por mês | Uma vez por mês | Uma vez por semana | Uma vez por Quase todos os dias |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

K 23. Você já causou ferimentos ou prejuízos a você mesmo ou a outra pessoa após ter bebido?

| | | |
|-----|----------------------------|---------------------------|
| Não | Sim, mas não no último ano | Sim, durante o último ano |
| 0 | 2 | 4 |

K 24. Alguém ou algum parente, amigo ou médico, já se preocupou com o fato de você beber ou sugeriu que você parasse?

| | | |
|-----|----------------------------|---------------------------|
| Não | Sim, mas não no último ano | Sim, durante o último ano |
| 0 | 2 | 4 |

K 27. Você fuma ou já fumou (pelo menos 100 cigarros ou 5 maços) ?

1. não
2. sim
99. NS/NR

K 29. Você fuma atualmente?

1. não
2. sim, diariamente
3. sim, mas não diariamente

L 02. Qual a sua altura?

|_| m |_|_| cent.9. NS/NR

L 03. Qual o seu peso?

|_|_|_|Kg |_|_|_| gr.9. NS/NR

| L 09. Agora eu vou perguntar com que frequência você normalmente come ou bebe estes alimentos: | Todo dia | 4 a 6 dias/sem | 1 a 3 dias/sem | < 1 x semana | < 1x por mes |
|---|-----------------|-----------------------|-----------------------|------------------------|------------------------|
| L 10. Frutas | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| L 11. Verduras – hortaliças (saladas cruas) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

MORBIDADES, SINAIS E SINTOMAS E LIMITAÇÃO FUNCIONAL

Algum médico ou outro profissional de saúde já disse que você tem alguma das seguintes doenças? (Se sim) Esta doença limita ou não limita as suas atividades do dia-a-dia?

| | a. Diagnóstico | | | b. Limita | | |
|---|----------------|-----|----|-----------|-----|----|
| | Sim | Não | NS | Sim | Não | NS |
| C 07. Hipertensão (pressão alta) → se sim, preencha o bloco C1 | 1 | 2 | 9 | 1 | 2 | 9 |
| C 08. Diabetes → se sim, preencha o bloco C2 | 1 | 2 | 9 | 1 | 2 | 9 |
| C 09. Doença do coração | 1 | 2 | 9 | 1 | 2 | 9 |
| C 10. Tumor / câncer: | 1 | 2 | 9 | 1 | 2 | 9 |
| C 11. Reumatismo / artrite / artrose | 1 | 2 | 9 | 1 | 2 | 9 |
| C 12. Osteoporose | 1 | 2 | 9 | 1 | 2 | 9 |
| C 13. Asma / bronquite / enfisema | 1 | 2 | 9 | 1 | 2 | 9 |
| C 14. Tendinite / LER / DORT | 1 | 2 | 9 | 1 | 2 | 9 |
| C 15. Problemas de circulação (varizes, AVC): | 1 | 2 | 9 | 1 | 2 | 9 |

FELICIDADE E VITALIDADE

F 09. Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as últimas 4 semanas. Para cada questão, por favor, dê uma resposta que mais se aproxime da maneira como você se sente. Por quanto tempo, durante as últimas 4 semanas:

| | Todo tempo | A maior parte do tempo | Alguma parte do tempo | Pequena parte do tempo | Nunca |
|--|------------|------------------------|-----------------------|------------------------|-------|
| F 09e. (Você tem se sentido) com muita energia? | 1 | 2 | 4 | 5 | 6 |
| F 09h. (Você tem se sentido) feliz? | 1 | 2 | 4 | 5 | 6 |

Você tem algum dos seguintes problemas de saúde e/ou deficiência? (Se sim) Este problema limita ou não limita as suas atividades do dia-a-dia?

| | a. Problema | | b. Limita | |
|--|-------------|-----|-----------|-----|
| | Sim | Não | Sim | Não |
| C 17. Dor de cabeça frequente / enxaqueca | 1 | 2 | 1 | 2 |
| C 18. Dor nas costas / problema na coluna | 1 | 2 | 1 | 2 |
| C 19. Alergia: | 1 | 2 | 1 | 2 |
| C 20. Problema emocional (ansiedade / tristeza) | 1 | 2 | 1 | 2 |
| C 21. Tontura / vertigem | 1 | 2 | 1 | 2 |
| C 22. Insônia | 1 | 2 | 1 | 2 |
| C 23. Problema urinário: | 1 | 2 | 1 | 2 |

7.2. ANEXO II - Artigos publicados na revista Cadernos de Saúde Pública

All the contents of this journal, except where otherwise noted, is licensed under a Creative Commons Attribution License

Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz

Rua Leopoldo Bulhões, 1480
21041-210 Rio de Janeiro RJ Brazil
Tel.: +55 21 2598-2511 / +55 21 2598-2508
Fax: +55 21 2598-2737 / +55 21 2598-2514



cadernos@ensp.fiocruz.br

Autoavaliação da saúde em idosos: pesquisa de base populacional no Município de Campinas, São Paulo, Brasil

Self-rated health in the elderly: a population-based study in Campinas, São Paulo, Brazil

Flávia Silva Arbex Borim¹
Marilisa Berti de Azevedo Barros¹
Anita Liberalesso Neri¹

¹ Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, Brasil.

Correspondência
E. S. A. Borim
Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Rua Padre Francisco de Azevedo Sampaio 269, apto. 32B, Campinas, SP 13036-140, Brasil.
flarbez@hotmail.com

Abstract

This study analyzed self-rated health in the elderly according to demographic, socioeconomic, and health-related behavior. This was a cross-sectional, population-based study with a cluster sample using data from a survey in Campinas, São Paulo State, Brazil (ISACamp 2008-2009). Adjusted prevalence ratios were estimated using multiple Poisson regression. The study enrolled 1,432 elderly. Prevalence of excellent/very good health was 24.6% and was significantly higher in the elderly with more schooling, higher income, no religion, living alone, home computer, alcohol consumption 1-4 times a month, physical activity during leisure-time, no obesity, and fruit and vegetable consumption ≥ 4 times a week. Some of the findings are scarce in the literature and indicate relevant topics for further investigation. The results highlight the need for greater attention to socially vulnerable groups and the development of strategies to promote healthy habits in the elderly.

Health of the Elderly; Health Surveys; Self-assessment

Introdução

A autoavaliação da saúde tem sido amplamente utilizada como importante indicador de bem-estar individual e coletivo^{1,2,3}. É empregada também como robusto preditor de morbidade⁴, incapacidade⁵, depressão³, inatividade⁶ e mortalidade^{7,8}, especialmente entre idosos.

As autoavaliações de saúde são geralmente obtidas em inquéritos de saúde de base populacional por meio de uma pergunta simples, de natureza escalar. Trata-se de medida do julgamento subjetivo que cada indivíduo faz sobre a qualidade de sua saúde física e mental, com base em critérios pessoais e sociais². No processo de autoavaliação, a comparação com pessoas em piores condições de saúde exerce um papel importante na adaptação dos idosos, pois contribui para minimizar os efeitos negativos da percepção de perdas associadas ao envelhecimento relativas à redução do nível de atividades, de participação social e da própria motivação para o autocuidado em saúde. Trata-se de mecanismo regulador de natureza compensatória, frequentemente mencionado para explicar a divergência, eventualmente observada, entre as avaliações de saúde subjetiva e objetiva^{9,10}.

Em estudo de meta-análise, Pinquart¹¹ observou que bons níveis de saúde física, capacidade funcional e saúde mental relacionavam-se positivamente aos escores de saúde subjetiva.

Sugere que a percepção mais negativa de idosos mais longevos, em comparação com idosos mais jovens, é reflexo do aumento do número e da gravidade dos problemas de saúde, de limitações da funcionalidade e da diminuição dos recursos materiais e psíquicos para o enfrentamento das doenças que os acometem¹¹.

A associação entre a saúde subjetiva e o nível socioeconômico é consistentemente relatada na literatura^{12,13,14}. Ramos¹² observou que os indivíduos de segmentos sociais mais desfavorecidos, principalmente com menor escolaridade, apresentaram pior autoavaliação de saúde. A influência da filiação religiosa na autoavaliação de saúde tem sido analisada por alguns autores, mas os achados não tem sido consistentes^{15,16,17}.

A literatura aponta que fatores demográficos e socioeconômicos influenciam o estabelecimento de diferentes estilos de vida¹⁸. Os padrões de comportamento assim desenvolvidos contribuem para a ocorrência ou prevenção de problemas de saúde. A autoavaliação de saúde está associada à adoção de comportamentos de saúde; na literatura, tem sido relatado que a prevalência de comportamentos não saudáveis é maior entre os indivíduos com percepção negativa da saúde^{16,19,20}.

Uma série de estudos desenvolvidos em outros países tem pesquisado a autoavaliação de saúde em pessoas com 60 anos ou mais^{3,13,16,21,22,23}. No entanto, no Brasil, poucos estudos de base populacional analisaram esse indicador especificamente em idosos^{24,25,26}, havendo vários aspectos da saúde subjetiva desse segmento etário dos brasileiros ainda por investigar. Conhecer os aspectos envolvidos na percepção da saúde pode revelar os subgrupos mais vulneráveis de idosos e subsidiar os serviços de saúde nas iniciativas de promoção de melhor qualidade de vida e saúde.

Considerando a relevância da questão, o presente estudo teve como objetivo analisar a prevalência da saúde autoavaliada como excelente ou muito boa, segundo variáveis demográficas, socioeconômicas e de comportamentos relacionados à saúde, em idosos residentes em Campinas, São Paulo, integrantes de amostra probabilística de um estudo de base populacional.

Material e métodos

Este estudo é parte de uma pesquisa maior constituída pelo inquérito de saúde de base populacional realizado em 2008-2009, no Município de Campinas (ISACamp 2008-09). O inquérito coletou informações de pessoas não institucionalizadas, residentes na área urbana do município.

Processo amostral do ISACamp 2008-2009

Para a realização do inquérito, foi fixado como objetivo da pesquisa o estudo de aspectos referentes a três subgrupos da população: adolescentes, adultos e idosos. Dessa forma, foram considerados três grupos de idade (10-19 anos; 20-59 anos e 60 ou mais anos), que constituíram os domínios do estudo. Optou-se pelo sorteio de amostras de tamanhos iguais, de mil pessoas, para cada um dos grupos etários. Com esse tamanho amostral seria possível estimar uma proporção de 0,50, que corresponde à máxima variabilidade para a frequência dos eventos estudados, com erro de amostragem entre 4 e 5 pontos percentuais, com nível de 95% de confiança e considerando um efeito de delineamento igual a 2.

Foi utilizada amostragem por conglomerados, em dois estágios. No primeiro estágio foram sorteados cinquenta setores censitários da área urbana do município com probabilidade proporcional ao tamanho, expresso pelo número de domicílios. A definição do número de setores censitários que deveriam ser sorteados considerou que o total de entrevistas de cada domínio, por setor, não deveria ultrapassar vinte. Nesses cinquenta setores, foi feita pesquisa de campo para arrolamento dos domicílios particulares existentes. No segundo estágio, sorteou-se uma amostra de domicílios nos setores que já haviam sido definidos.

O cálculo do número de domicílios a serem sorteados foi feito com base na média esperada de pessoas por domicílio (razão pessoas/domicílio) em cada grupo de idade, sendo 282.147 o total de domicílios existentes no Município de Campinas, considerando-se os setores censitários urbanos, no ano do *Censo Demográfico de 2000* (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. <http://www.ibge.gov.br>). As médias de adolescentes, adultos e idosos por domicílio foram: 0,60, 1,92 e 0,32, respectivamente. Dividiu-se, então, o tamanho desejado da amostra (mil pessoas) por essa razão para estimar o número de domicílios que deveriam ser sorteados para obter tamanho amostral suficiente de cada estrato de idade. Prevendo-se a ocorrência de recusas e de domicílios vagos, foram sorteados 20% a mais de moradias, elevando os tamanhos de amostra de domicílios para 2.150, 700 e 3.900, respectivos aos três grupos de idade.

Dessa forma, para a obtenção das mil entrevistas de idosos, foram sorteados 3.900 domicílios em que deveriam ser entrevistados todos os idosos que fossem moradores.

Maiores detalhes sobre o processo amostral encontram-se disponíveis na página da Internet:

http://www.fcm.unicamp.br/centros/ccas/arquivos/plano_de_amostragem.pdf.

Instrumento de coleta de dados

As informações foram coletadas por meio de questionário aplicado por entrevistadores treinados e respondido diretamente pelos idosos sorteados. Os conjuntos de variáveis analisadas no presente estudo foram:

1) Autoavaliação da saúde, obtida por meio da pergunta "Em geral, você diria que sua saúde é: excelente, muito boa, boa, ruim ou muito ruim?".

2) Características demográficas: sexo, idade, raça/cor auto referida, situação conjugal, naturalidade, religião e número de moradores no domicílio.

3) Características socioeconômicas: escolaridade, ocupação, renda familiar mensal *per capita*, número de equipamentos no domicílio e posse de carro e/ou computador.

4) Comportamentos relacionados à saúde, compreendendo:

(a) Atividade física em contexto de lazer, tendo sido classificados como ativos os idosos que a praticavam ao menos 150 minutos por semana, distribuídos, no mínimo, por três dias; como insuficientemente ativos os que a praticavam menos que 150 minutos ou mais de 150 minutos, porém em menos de três dias na semana; como sedentários os que não praticavam qualquer tipo de atividade física de lazer em nenhum dia da semana.

(b) Uso abusivo de bebidas alcoólicas, avaliada pelo *Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT)* 27, que é composto por dez questões e identifica o risco de abuso/dependência de álcool quando seu escore (faixa de 0-40) é igual a oito ou mais 28. Foi também avaliada a frequência do consumo de bebida alcoólica categorizada em: não consome, consome uma a quatro vezes por mês, duas a três vezes por semana e quatro ou mais vezes por semana.

(c) Tabagismo, categorizado em fumante, ex-fumante e não fumante. Foram consideradas como ex-fumantes as pessoas que referiram ter fumado ao menos cem cigarros na vida e haviam cessado com o consumo; foram classificados como fumantes aqueles que persistiam com o consumo do tabaco por ocasião de entrevista.

(d) Índice de massa corporal (IMC), calculado com base em informação autorreferida de peso e altura. Foram usados os pontos de corte adequados para idosos, considerando-se as modificações na composição corporal que ocorrem com o envelhecimento. Os idosos foram categorizados em eutróficos (IMC 22-27kg/m²), com baixo pe-

so (IMC < 22kg/m²), com sobrepeso (IMC > 27 a < 30kg/m²) 29 e obesos (IMC ≥ 30kg/m²).

(e) Frequência semanal do consumo de frutas e verduras-hortaliças, categorizada em 4 vezes ou mais por semana e menos de 4 vezes por semana.

Análise de dados

Os dados do inquérito foram digitados em banco de dados desenvolvido com o uso do *software* Epidata, versão 3.1 (Epidata Assoc., Odense, Dinamarca) e submetidos à avaliação de consistência. Para as análises deste estudo, foram produzidas estimativas de prevalências e dos intervalos de 95% de confiança (IC95%). As associações entre as variáveis independentes e a autoavaliação de saúde foram analisadas pelo teste Qui-quadrado. Também foram usadas as análises de regressão simples e múltipla de Poisson para estimar razões de prevalência (RP) brutas e ajustadas. Foi desenvolvido modelo de regressão múltipla de Poisson em duas etapas. Na primeira, foram introduzidas as variáveis demográficas e socioeconômicas que apresentaram um nível de significância menor de 20% ($p < 0,20$) na associação com a variável dependente; permaneceram no modelo aquelas com $p < 0,05$. Na segunda, além das variáveis que permaneceram na etapa anterior, foram acrescentadas as de comportamentos relacionados à saúde, com $p < 0,20$ na análise univariada; mantiveram-se na segunda etapa do modelo aquelas com $p < 0,05$. A análise dos dados foi realizada com os comandos *svy* do *software* Stata versão 11.0 (Stata Corp., Chicago, Estados Unidos), utilizando-se as ponderações decorrentes do desenho amostral e considerando-se a existência das unidades primárias de amostragem.

Procedimentos éticos

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, em adendo ao parecer nº. 079/2007, que havia aprovado o projeto do ISACamp 2008-2009. Todos os participantes assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Resultados

Houve perda de 6,5% dos domicílios que haviam sido sorteados para as entrevistas com idosos em virtude da impossibilidade de encontrar um morador ou da recusa deste em arrolar os indivíduos que moravam no domicílio. Entre os 1.558

idosos identificados nos domicílios sorteados, 2,3% recusaram-se a participar da pesquisa e, em 5,8% dos casos, a informação foi dada por um cuidador ou familiar responsável. Dessa forma, neste estudo foram analisados os dados de 1.432 idosos, dos quais 57,2% eram mulheres. A idade média da população estudada foi 69,9 anos (IC95%: 69,2-70,6). Na Tabela 1, observa-se que 76,1% referiram ser de cor branca, 57,6% eram casados, 46,2% nasceram em outros municípios do Estado de São Paulo, 39% moravam com apenas uma pessoa no domicílio e 16,7% moravam sozinhos. Em relação à escolaridade, 63,4% tinham quatro anos ou menos de estudo,

39,2% tinham renda familiar *per capita* inferior a um salário mínimo e 78,8% não tinham trabalho remunerado (Tabela 2).

A prevalência estimada da autoavaliação de saúde excelente ou muito boa foi de 24,6%; 8,2% (IC95%: 6,2-10,0) dos participantes avaliaram sua saúde como excelente; 16,4% (IC95%: 13,5-19,9), como muito boa; 64,5% (IC95%: 59,4-69,1), como boa; 10% (IC95%: 8,1-12,0), como ruim; e 0,9% (IC95%: 0,5-1,7), como muito ruim. Nas RP ajustadas por sexo e idade, observou-se que os indivíduos com 70 a 79 anos (RP = 0,73), os não naturais do Estado de São Paulo (RP = 0,63), aqueles que moravam com duas ou mais

Tabela 1

Prevalência e razão de prevalência (RP) de saúde autoavaliada como excelente ou muito boa segundo variáveis sociodemográficas. Inquérito de Saúde de Campinas (ISACamp), 2008-2009.

| Variáveis | n | % | Prevalência | RP (IC95%) | RP ajustada* (IC95%) |
|--|-------|-------|-------------|-------------------------|-------------------------|
| Sexo | | | p = 0,3364 | | |
| Feminino | 852 | 57,2 | 23,7 | 1,00 | 1,00 |
| Masculino | 580 | 42,8 | 25,9 | 1,09 (0,90-1,32) | 1,08 (0,89-1,30) |
| Total | 1.432 | 100,0 | 24,6 | | |
| Faixa etária (anos) | | | p = 0,0203 | | |
| 60-69 | 800 | 56,0 | 27,6 | 1,00 | 1,00 |
| 70-79 | 470 | 32,7 | 20,3 | 0,73 (0,58-0,92) | 0,73 (0,58-0,93) |
| 80 e mais | 162 | 11,3 | 22,6 | 0,81 (0,59-1,12) | 0,82 (0,60-1,13) |
| Situação conjugal | | | p = 0,2473 | | |
| Viuvo | 452 | 28,2 | 21,0 | 1 | 1,00 |
| Casado | 848 | 57,6 | 24,7 | 1,15 (0,90-1,48) | 1,04 (0,81-1,33) |
| Separado | 120 | 7,9 | 30,3 | 1,41 (1,03-1,92) | 1,28 (0,94-1,74) |
| Solteiro | 100 | 6,3 | 26,4 | 1,30 (0,85-2,00) | 1,25 (0,83-1,91) |
| Cor/Raça | | | p = 0,1224 | | |
| Branca | 1.084 | 76,1 | 26,3 | 1,00 | 1,00 |
| Não branca | 346 | 23,9 | 19,5 | 0,74 (0,50-1,11) | 0,71 (0,48-1,06) |
| Naturalidade | | | p = 0,0438 | | |
| Campinas | 295 | 20,7 | 30,6 | 1,00 | 1,00 |
| Outro município do Estado de São Paulo | 660 | 46,2 | 25,7 | 0,84 (0,60-1,16) | 0,84 (0,61-1,16) |
| Outro estado | 476 | 33,1 | 19,5 | 0,64 (0,43-0,94) | 0,63 (0,43-0,93) |
| Religião | | | p = 0,0007 | | |
| Católica | 950 | 66,5 | 22,7 | 1,00 | 1,00 |
| Evangélica | 316 | 21,7 | 20,8 | 0,91 (0,64-1,29) | 0,90 (0,64-1,28) |
| Sem religião | 83 | 6,1 | 45,0 | 1,97 (1,38-2,81) | 1,90 (1,36-2,65) |
| Outras | 80 | 5,7 | 38,4 | 1,68 (1,17-2,42) | 1,66 (1,16-2,38) |
| Número de moradores no domicílio | | | p = 0,0343 | | |
| 1 | 242 | 16,7 | 31,6 | 1,00 | 1,00 |
| 2 | 552 | 39,0 | 24,7 | 0,78 (0,59-1,02) | 0,72 (0,56-0,93) |
| ≥ 3 | 638 | 44,3 | 22,0 | 0,69 (0,53-0,91) | 0,63 (0,48-0,82) |

IC95%: intervalo de 95% de confiança.

* Ajustada por idade e sexo.

Tabela 2

Prevalência e razão de prevalência (RP) de saúde autoavaliada como excelente ou muito boa segundo variáveis socioeconômicas. Inquérito de Saúde de Campinas (ISACamp), 2008-2009.

| Variáveis | n | % | Prevalência | RP (IC95%) | RP ajustada* (IC95%) |
|--|-------|------|-------------|-------------------------|-------------------------|
| Escolaridade do indivíduo (anos) | | | p < 0,0001 | | |
| Nunca | 242 | 16,4 | 8,3 | 1,00 | 1,00 |
| 1-4 | 682 | 47,0 | 19,9 | 2,39 (1,57-3,64) | 2,38 (1,55-3,63) |
| 5-8 | 166 | 11,5 | 33,4 | 4,02 (2,59-6,23) | 3,97 (2,57-6,15) |
| ≥ 9 | 339 | 25,1 | 40,5 | 4,87 (3,06-7,74) | 4,86 (3,03-7,80) |
| Renda familiar per capita (salários mínimos) | | | p < 0,0001 | | |
| < 1 | 572 | 39,2 | 16,4 | 1,00 | 1,00 |
| 1-3 | 591 | 41,0 | 25,3 | 1,54 (1,21-1,97) | 1,51 (1,18-1,93) |
| > 3 | 269 | 19,8 | 39,8 | 2,43 (1,83-3,22) | 2,37 (1,79-3,13) |
| Trabalho remunerado | | | p = 0,0036 | | |
| Não | 1.136 | 78,8 | 22,4 | 1,00 | 1,00 |
| Sim | 295 | 21,2 | 32,6 | 1,45 (1,14-1,85) | 1,35 (1,03-1,79) |
| Número de equipamentos no domicílio | | | p < 0,0001 | | |
| 1-5 | 291 | 19,8 | 14,7 | 1,00 | 1,00 |
| 6-10 | 583 | 40,2 | 20,3 | 1,38 (0,96-1,98) | 1,35 (0,95-1,92) |
| 11 e mais | 558 | 40,0 | 34,0 | 2,31 (1,55-3,44) | 2,22 (1,50-3,29) |
| Possui computador | | | p < 0,0001 | | |
| Não | 942 | 64,9 | 18,9 | 1,00 | 1,00 |
| Sim | 490 | 35,1 | 35,3 | 1,86 (1,45-2,39) | 1,81 (1,41-2,32) |
| Possui carro | | | p < 0,0001 | | |
| Não | 690 | 47,4 | 19,9 | 1,00 | 1,00 |
| Sim | 741 | 52,6 | 29,0 | 1,45 (1,22-1,73) | 1,41 (1,18-1,70) |

IC95%: intervalo de 95% de confiança.

* Ajustada por idade e sexo.

peços e os católicos (em relação aos sem religião ou com outra religião) apresentaram menores prevalências de saúde autoavaliada como excelente ou muito boa (Tabela 1).

Idosos com um ano ou mais de escolaridade, com renda de um salário mínimo ou mais, que dispunham de 11 ou mais equipamentos no domicílio, que possuíam carro ou computador e os que tinham trabalho remunerado apresentaram maior prevalência de saúde autoavaliada como excelente ou muito boa (Tabela 2). A prevalência apresentou gradiente crescente com o aumento da escolaridade e com o aumento da renda, atingindo RP de 4,86 no segmento de nove ou mais anos de escolaridade e RP de 2,37 no estrato de renda superior a três salários mínimos.

Os indivíduos que consumiam bebida alcoólica de uma a quatro vezes por mês, os que não eram sedentários no lazer e os que consumiam frutas e verduras quatro vezes ou mais por semana apresentaram maior prevalência de autoava-

liação de saúde excelente/muito boa, sendo esta prevalência significativamente menor entre os obesos (Tabela 3).

Os resultados da análise de regressão múltipla de Poisson identificaram maior prevalência de saúde excelente/muito boa entre os indivíduos sem religião, com um ano de escolaridade ou mais, renda *per capita* igual a ou acima de um salário mínimo, que moravam sozinhos, que tinham computador em casa, que consumiam bebida alcoólica uma a quatro vezes por mês, que eram ativos ou insuficientemente ativos, que consumiam frutas e verduras quatro vezes ou mais por semana e que não eram obesos (Tabela 4).

Discussão

Observou-se predominância de mulheres na população estudada, assim como vem sendo

Tabela 3

Prevalência e razão de prevalência (RP) de saúde autoavaliada como excelente ou muito boa segundo comportamentos relacionados à saúde. Inquérito de Saúde de Campinas (ISACamp), 2008-2009.

| Variáveis | n | % | Prevalência | RP bruta (IC95%) | RP ajustada* (IC95%) |
|---|-------|------|-------------|------------------|----------------------|
| Tabagismo | | | p = 0,7607 | | |
| Nunca fumou | 973 | 67,3 | 25,2 | 1,00 | 1,00 |
| Ex-fumante | 166 | 11,7 | 23,0 | 0,91 (0,68-1,21) | 0,85 (0,62-1,16) |
| Fumante | 292 | 21,0 | 23,5 | 0,93 (0,68-1,28) | 0,90 (0,63-1,29) |
| AUDIT | | | p = 0,4588 | | |
| Negativo | 1.372 | 95,7 | 24,9 | 1,00 | 1,00 |
| Positivo | 59 | 4,3 | 20,3 | 0,81 (0,47-1,42) | 0,73 (0,42-1,28) |
| Frequência do consumo de álcool | | | p = 0,0001 | | |
| Não bebe | 991 | 68,2 | 21,0 | 1,00 | 1,00 |
| 1-4 vezes/mês | 299 | 21,3 | 36,4 | 1,73 (1,38-2,17) | 1,70 (1,35-2,14) |
| 2-3 vezes/semana | 73 | 5,4 | 24,0 | 1,14 (0,75-1,73) | 1,14 (0,75-1,73) |
| 4 ou mais vezes/semana | 68 | 5,0 | 25,6 | 1,21 (0,76-1,95) | 1,19 (0,73-1,96) |
| Atividade física de lazer | | | p < 0,0001 | | |
| Sedentário | 965 | 66,9 | 19,0 | 1,00 | 1,00 |
| Insuficientemente ativo | 156 | 10,9 | 33,6 | 1,77 (1,29-2,42) | 1,73 (1,26-2,38) |
| Ativo | 311 | 22,2 | 37,3 | 1,96 (1,50-2,56) | 1,92 (1,47-2,52) |
| Frutas/Verduras-hortaliças (frequência) | | | p < 0,0001 | | |
| ≥ 4 vezes/semana | 898 | 62,7 | 28,9 | 1,00 | 1,00 |
| < 4 dias/semana | 534 | 37,3 | 17,5 | 0,60 (0,49-0,75) | 0,59 (0,48-0,73) |
| IMC (kg/m ²) | | | p = 0,0053 | | |
| 22-27 | 647 | 47,2 | 28,8 | 1,00 | 1,00 |
| < 22 | 263 | 18,8 | 23,5 | 0,81 (0,62-1,07) | 0,83 (0,64-1,07) |
| > 27 a < 30 | 265 | 19,1 | 25,1 | 0,87 (0,67-1,13) | 0,86 (0,66-1,11) |
| ≥ 30 | 208 | 14,8 | 14,5 | 0,50 (0,33-0,76) | 0,50 (0,32-0,75) |

AUDIT: Alcohol Use Disorder Identification Test; IC95%: intervalo de 95% de confiança; IMC: índice de massa corporal.

* Ajustada por idade e sexo.

notado em outros estudos com a população idosa^{24,25}. O número de mulheres idosas no Brasil é maior do que o de homens; em 2003, essa proporção era de 55,9% e 44,1%, respectivamente³⁰.

A proporção de idosos analfabetos foi de 16,4%, percentual que é menor que o do país, refletindo melhor nível de desenvolvimento socioeconômico e menor número de indivíduos vivendo em condições de alta vulnerabilidade social. No Brasil, em 2007, o percentual de idosos analfabetos foi 32,2%, enquanto na Região Sudeste foi 22,8%³¹.

A maior parte dos idosos deste estudo vive com renda familiar *per capita* de um a três salários mínimos (41%), e 39,2% vivem com renda inferior a um salário mínimo. O rendimento familiar *per capita* é um indicador de acesso a bens essenciais, especialmente em situação de ausência ou insuficiência de políticas sociais que

garantam moradia, transporte e atendimento à saúde adequado e de qualidade³⁰.

Neste estudo, a prevalência da autoavaliação de saúde excelente ou muito boa foi de 24,6%. Embora tendo utilizado diferentes categorias de respostas e havendo diferenças socioeconômicas entre as cidades, a pesquisa realizada no Município de Bambuí, Minas Gerais, com 1.516 idosos, encontrou resultado similar, com prevalência de 24,7% de saúde muito boa ou boa²⁴.

Não foi observada diferença estatisticamente significativa entre as frequências de homens e de mulheres que avaliaram a saúde de forma positiva ou negativa, dado que contraria a ocorrência mais comum de pior autoavaliação de saúde entre as mulheres^{15,19,32,33,34}. Com base em dados de um estudo longitudinal com 59 anos de seguimento, McCullough & Laurenceau¹⁵ observaram que a diferença entre os gêneros na autoavaliação

Tabela 4

Dois modelos de regressão múltipla de Poisson. Inquérito de Saúde de Campinas (ISACamp), 2008-2009.

| Variáveis | Primeira etapa | Segunda etapa |
|---|-------------------------|-------------------------|
| | RP ajustada * (IC95%) | RP ajustada ** (IC95%) |
| Religião | | |
| Católica | 1,00 | 1,00 |
| Evangélica | 1,13 (0,81-1,58) | 1,20 (0,88-1,63) |
| Sem religião | 1,70 (1,35-2,13) | 1,63 (1,31-2,04) |
| Outras | 1,33 (0,94-1,88) | 1,30 (0,94-1,81) |
| Escolaridade do indivíduo (anos) | | |
| Nunca | 1,00 | 1,00 |
| 1-4 | 2,08 (1,37-3,17) | 1,97 (1,25-3,10) |
| 5-8 | 2,98 (1,95-4,55) | 2,74 (1,71-4,40) |
| ≥ 9 | 3,21 (2,01-5,12) | 2,81 (1,71-4,63) |
| Renda familiar per capita (salários mínimos) | | |
| < 1 | 1,00 | 1,00 |
| 1-3 | 1,34 (1,07-1,67) | 1,23 (0,97-1,54) |
| > 3 | 1,46 (1,14-1,86) | 1,27 (0,97-1,66) |
| Número de moradores no domicílio | | |
| 1 | 1,00 | 1,00 |
| 2 | 0,73 (0,57-0,94) | 0,73 (0,58-0,92) |
| ≥ 3 | 0,71 (0,53-0,95) | 0,74 (0,56-0,98) |
| Possui computador | | |
| Não | 1,00 | 1,00 |
| Sim | 1,41 (1,10-1,80) | 1,35 (1,07-1,71) |
| Frequência de álcool | | |
| Não bebe | | 1,00 |
| 1-4 vezes/mês | | 1,31 (1,06-1,62) |
| 2-3 vezes/semana | | 0,89 (0,62-1,28) |
| 4 ou mais vezes/semana | | 1,13 (0,72-1,77) |
| Atividade física de lazer | | |
| Sedentário | | 1,00 |
| Insuficientemente ativo | | 1,40 (1,02-1,93) |
| Ativo | | 1,42 (1,10-1,82) |
| Frutas/Verduras-hortaliças (frequência) | | |
| ≥ 4 vezes/semana | | 1,00 |
| < 4 dias/semana | | 0,72 (0,59-0,88) |
| IMC (kg/m²) | | |
| 22-27 | | 1,00 |
| < 22 | | 0,94 (0,76-1,16) |
| < 27 a < 30 | | 0,93 (0,75-1,15) |
| ≥ 30 | | 0,60 (0,42-0,87) |

IC95%: intervalo de 95% de confiança; RP: razão de prevalência.

* Ajustada pelas variáveis demográficas e socioeconômicas;

** Ajustada por todas as variáveis da tabela.

de saúde diminuiu com o avançar da idade e desapareceu entre os idosos de 80 anos e mais.

A piora da autoavaliação de saúde com o avançar da idade é consistentemente observada^{1,23,33,35}, sendo interpretada como fruto do au-

mento das comorbidades e das incapacidades funcionais^{33,36}. Neste estudo, a diminuição da prevalência da autoavaliação da saúde como excelente ou muito boa com a idade não ocorreu no segmento de 80 anos e mais. Os idosos mais

juvens, entre 60-69 anos, apresentaram prevalência significativamente maior de saúde excelente/muito boa quando comparados aos idosos com 70-79 anos na análise univariada, mas a significância não persistiu na análise ajustada por variáveis socioeconômicas.

A forte associação da autoavaliação da saúde com o nível de escolaridade é uma constatação frequente na literatura^{1,13,23,24,34}. O mesmo foi verificado neste estudo, que detectou aumento progressivo e intenso da RP dos indivíduos que avaliaram a própria saúde como excelente ou muito boa conforme maior escolaridade. Uma pesquisa com idosos, realizada com base nos dados do projeto Saúde, Bem-estar e Envelhecimento na América Latina e Caribe (SABE), observou que os indivíduos com um a quatro anos de escolaridade tiveram 0,72 razão de chance, e aqueles com cinco anos ou mais apresentaram 0,38 razão de chance de relatar pior saúde percebida quando comparados àqueles sem escolaridade²⁵. Essa relação provavelmente decorre da associação entre nível de escolaridade e o acesso a oportunidades sociais ao longo de toda a vida, entre elas o acesso à informação, aos serviços de saúde e a melhores condições de vida.

Em estudo transversal de base populacional realizado nos Estados Unidos, foi observado que indivíduos pertencentes aos estratos de nível socioeconômico mais baixos relataram pior autoavaliação da saúde do que os pertencentes aos níveis mais altos; por sua vez, indivíduos de 35-44 anos de nível socioeconômico inferior avaliaram mais negativamente a própria saúde do que os de 65 anos e mais que pertenciam ao melhor nível socioeconômico¹⁴. No estudo norte-americano, a renda foi preditor mais robusto de saúde autorrelatada do que a escolaridade, diferentemente do que ocorreu na presente investigação, em que renda e escolaridade persistiram no modelo final, associadas, inclusive, com a escolaridade, apresentando RP mais elevada (RP = 4,86) do segmento de maior escolaridade em relação aos analfabetos do que a observada entre os estratos de renda (RP = 2,37) do segmento de maior renda em relação ao de menor renda.

A ausência de associação entre autoavaliação de saúde e cor ou raça autorreferidas é compatível com os dados de outro estudo brasileiro¹, porém diverge do observado em estudos realizados em outros países^{21,37}, que detectaram associação entre a autoavaliação de saúde e raça. É possível que, no Brasil, baixos níveis de renda e de escolaridade sejam determinantes mais fortes do estado de saúde e das concepções sobre bem-estar do que valores culturais associados à raça. A parcela da população de baixa renda e baixa escolaridade, independen-

temente da raça, seria igualmente afetada pelas precárias condições de vida e de atendimento a necessidades de saúde, o que se reflete nas autoavaliações de saúde.

Ter computador em casa, que é também um indicador de bem-estar econômico, significou ter RP = 1,35 de relatar saúde excelente ou muito boa em comparação com o grupo que não possuía este equipamento, mesmo após ajuste por escolaridade e renda. De acordo com uma pesquisa sobre os significados que idosos atribuem à saúde, estes a definem principalmente como ter autonomia, ser capaz de agir sobre o ambiente³⁰. Sob esta ótica, pode-se supor que os idosos que utilizam o computador e, em especial, têm acesso à Internet, tenderiam a avaliar mais positivamente a própria saúde porque teriam mais condições para expressar capacidades e competências e para integrar-se no contexto social. Outras investigações precisam ser feitas para avaliar a consistência dessa associação, pois ela sinaliza alternativas de promoção de bem-estar e saúde dos idosos com a ampliação do acesso a esse tipo de equipamento.

Maior prevalência de saúde muito boa/excelente foi encontrada nos indivíduos que relataram não ter religião. Estudo transversal, com 499 idosos avaliando a associação de religião com a qualidade de vida no último ano de vida, observou resultado semelhante ao do presente trabalho¹⁷, assim como pesquisa realizada com idosos da América Latina e do Caribe, segundo a qual filiação religiosa estava associada com pior avaliação de saúde, embora essa associação não se mantivesse após ajuste por capacidade funcional¹⁶. O achado é interessante por contrariar a crença comumente difundida de associação positiva entre religião e saúde. Os resultados da literatura quanto a essa questão não são consistentes. Estudo que avaliou a filiação religiosa e a trajetória da autoavaliação de saúde na vida adulta observou que as pessoas que declararam ter alguma religião apresentaram melhores escores de saúde subjetiva¹⁵. Este é um tema que necessita ser mais investigado e autores têm ressaltado a importância de considerar nas pesquisas diferentes medidas do envolvimento religioso e diferentes dimensões da religiosidade.

Os idosos que moravam sozinhos apresentaram melhor autoavaliação de saúde quando comparados àqueles que vivem com duas ou mais pessoas, semelhante ao observado em outros estudos transversais de base populacional realizados com idosos brasileiros^{24,25,26}. Esta associação tem sido atribuída ao fato de que aqueles que vivem sós estariam em melhores condições físicas²⁵. Além disso, é provável que idosos vivendo sem companhia tenham melho-

res condições econômicas e não necessitem dar apoio material ou de cuidado a outros membros da família; dessa forma, podem tratar melhor da própria saúde ³⁹.

Os idosos que faziam uso de bebida alcoólica de uma a quatro vezes por mês apresentaram melhor autoavaliação de saúde comparados aos abstêmios. Outros estudos transversais observaram maior prevalência de ativos no lazer ⁴⁰ e melhor qualidade de vida ⁴¹ nos idosos que consumiam bebidas alcoólicas moderadamente. Os idosos que bebem em pouca quantidade têm condição melhor de saúde, o que os possibilita continuar ingerindo bebida alcoólica; há ainda o efeito benéfico da ingestão moderada de álcool, principalmente como protetor nas coronariopatias ⁴². No entanto, o abuso de álcool pode ter consequências prejudiciais à saúde ⁴².

A adoção de um estilo de vida não sedentário calculado na prática regular de atividades físicas aumenta a possibilidade de reduzir diretamente o risco para o desenvolvimento da maior parte das doenças crônico-degenerativas ⁴³. A prática de exercício no período de lazer constitui um indicador de incorporação de estilos de vida mais saudáveis ⁴⁰. Com a adoção de um estilo de vida ativo, o idoso pode controlar e evitar alguns sintomas de doenças, melhorar ou manter a aptidão física e melhorar a capacidade de realizar suas atividades. Além dos benefícios fisiológicos, a atividade física propicia benefícios psicológicos e sociais, o que influencia a autoavaliação da saúde ⁴⁴. É importante ressaltar que o nosso estudo encontrou que ser insuficientemente ativo já tem associação com melhor saúde subjetiva, o que apontaria que entre os idosos o estímulo a algum nível de atividade física, mesmo que inferior às recomendações, já poderia ter resultados satisfatórios quanto ao bem-estar. Por outro lado, idosos em melhores condições de saúde podem estar mais motivados e capacitados para as práticas da atividade física. De fato, delineamentos transversais estão sujeitos ao viés de causalidade reversa, não permitindo identificar associações causais.

O consumo de frutas e verduras apresentou associação com autoavaliação da saúde, repli-

cando dados de outros estudos brasileiros ^{19,24} com a população idosa ¹⁹ e adulta ²⁴. A qualidade da dieta é um fator importante nos hábitos saudáveis do indivíduo e consequentemente na melhoria da qualidade de vida.

Outros estudos transversais mostraram associação da autoavaliação de saúde com o IMC, encontrando pior autoavaliação entre os obesos ^{33,45}. O excesso de tecido adiposo no organismo pode estar relacionado direta ou indiretamente com doenças cardiovasculares, osteomusculares e neoplásicas; além disso, podem causar incapacidade funcional e problemas psicológicos e de interação social ⁴⁶.

Alguns dos achados do presente estudo, como a associação negativa com a filiação religiosa e com a obesidade, e a associação positiva com a posse de computador, correspondem a variáveis que não haviam sido analisadas anteriormente em outros trabalhos brasileiros de base populacional realizados sobre a autoavaliação de saúde de idosos. São resultados interessantes que sinalizam a necessidade de outras investigações sobre esses temas.

Mesmo reconhecendo a possível discordância entre avaliações subjetivas e objetivas e o fato de aquelas estarem sujeitas a vieses pessoais e sociais, a saúde percebida é um bom preditor de morbidade, incapacidade e mortalidade. Trata-se, portanto, de um indicador útil aos planejadores e executores de políticas de saúde.

Os resultados deste estudo, em que a autoavaliação de saúde como excelente ou muito boa destaca-se entre os idosos com melhor escolaridade e renda, que moravam sozinhos e que tinham computador em casa, indicam a presença da desigualdade social no estado de saúde; logo, é necessário maior empenho nos programas de saúde e bem-estar social voltados para os segmentos socioeconômicos menos favorecidos. Os achados também apontam a existência de forte associação da autoavaliação de saúde com comportamentos relativos à saúde, como consumo frequente de frutas e verduras e uso moderado do álcool, o que reforça a necessidade de estratégias de promoção de hábitos saudáveis entre os idosos.

Resumo

Nesta pesquisa, analisou-se a autoavaliação da saúde em idosos segundo variáveis demográficas, socioeconômicas e de comportamentos relacionados à saúde. Trata-se de estudo transversal de base populacional, com amostra por conglomerados, que utilizou dados de inquérito realizado em Campinas, São Paulo, Brasil (ISACamp 2008/2009). Foram estimadas razões de prevalências ajustadas por meio de regressão múltipla de Poisson. Participaram do estudo 1.432 idosos. A prevalência de saúde excelente/muito boa foi 24,6% e significativamente mais elevada nos idosos com maior escolaridade, maior renda, sem religião, que moravam sozinhos, tinham computador em casa, consumiam bebida alcoólica de uma a quatro vezes por mês, praticavam atividade física no lazer, não eram obesos e consumiam frutas e verduras quatro vezes ou mais por semana. Alguns dos achados são pouco encontrados na literatura e sinalizam temas relevantes para novas investigações. Os resultados apontam para a necessidade de maior atenção aos segmentos socialmente mais vulneráveis e do desenvolvimento de estratégias de promoção de hábitos saudáveis entre os idosos.

Saúde do Idoso; Inquéritos Epidemiológicos; Autoavaliação

Colaboradores

E. S. A. Borim realizou a proposta do artigo, revisão da literatura, análise e interpretação dos dados, redação do texto. M. B. A. Barros e A. L. Neri colaboraram com a análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica do conteúdo intelectual.

Agradecimentos

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq; processo nº. 409747/2006-8), pelo financiamento da pesquisa e bolsa produtividade de M. B. A. Barros. À Secretaria Municipal de Saúde de Campinas e à Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde, pelo apoio para o trabalho de campo. À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), pela bolsa de doutorado de E. S. A. Borim.

Referências

1. Dachs NW, Santos APR. Auto-avaliação do estado de saúde no Brasil: análise dos dados da PNAD/2003. *Ciênc Saúde Coletiva* 2006; 11:887-94.
2. Neri AL. Qualidade de vida na velhice e subjetividade. In: Neri AL, organizadora. *Qualidade de vida na velhice: enfoque multidisciplinar*. Campinas: Editora Alínea; 2007. p. 13-59.
3. Blazer DG. How do you feel about...? Health outcomes in late life and self-perceptions of health and well-being. *Gerontologist* 2008; 48:415-22.
4. Martin LG, Schoeni RF, Freedman VA, Andreski P. Feeling better? Trends in general health status. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 2007; 62:S11-21.
5. Bernard SL, Klincade JE, Konrad TR, Arcury TA, Rabtner DJ, Woomert A, et al. Predicting mortality from community surveys of older adults: the importance of self-rated functional ability. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 1997; 52:S155-63.
6. Shtrom A, Tober S, Berliner S, Shapira I, Melamed S. The effects of physical fitness and feeling vigorous on self-rated health. *Health Psychol* 2008; 27:567-75.
7. Ilder EL, Benyamini Y. Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *J Health Soc Behav* 1997; 38:21-37.
8. Sargent-Cox KA, Anstey KJ, Luszcz MA. The choice of self-rated health measures matter when predicting mortality: evidence from 10 years follow-up of the Australian longitudinal study of ageing. *BMC Geriatr* 2010; 10:18.
9. Liang J, Shaw BA, Krause N, Bennett JM, Kobayashi E, Fukaya T, et al. How does self-assessed health change with age? A study of older adults in Japan. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 2005; 60:S224-32.

10. Cheng ST, Fung H, Chan A. Maintaining self-rated health through social comparison in old age. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 2007; 62:S277-85.
11. Pinquart M. Correlates of subjective health in older adults: a meta-analysis. *Psychol Aging* 2001; 16:414-26.
12. Ramos M. Impact of socioeconomic status on Brazilian elderly health. *Rev Saúde Pública* 2007; 41:616-24.
13. Feinglass J, Lin S, Thompson J, Sudano J, Dunlop D, Song J, et al. Baseline health, socioeconomic status and 10-year mortality among older middle-aged Americans: findings from the health and retirement study, 1992-2002. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 2007; 62:S209-17.
14. Robert AS, Cherepanov D, Palta M, Dunham NC, Feeny D, Fryback DG. Socioeconomic status and age variations in health-related quality of life: results from the National Health Measurement Study. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 2009; 64:S378-89.
15. McCullough ME, Laurenceau JP. Religiosity and the trajectory of self-rated health across adulthood. *Pers Soc Psychol Bull* 2005; 31:560-73.
16. Reyes-Ortiz CA, Pelaez M, Koentig HG, Mulligan T. Religiosity and self-rated health among Latin American and Caribbean elders. *Int J Psychiatry Med* 2007; 37:425-43.
17. Idler EL, McLaughlin J, Kasl S. Religion and the quality of life in last year of life. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 2009; 64:S528-37.
18. Manderbacka K, Lundberg O, Martikainen P. Do risk factors and health behaviours contribute to self-ratings of health? *Soc Sci Med* 1999; 48:1713-20.
19. Barros MBA, Zanchetta LM, Moura EC, Malta DC. Auto-avaliação da saúde e fatores associados, Brasil, 2006. *Rev Saúde Pública* 2009; 43 Suppl 2:27-37.
20. Barreto SM, Figueiredo RC. Doença crônica, auto-avaliação de saúde e comportamento de risco: diferença de gênero. *Rev Saúde Pública* 2009; 43 Suppl 2:38-47.
21. McMullen CK, Luborsky MR. Self-rated health appraisal as cultural and identity process: African American elders' health and evaluative rationales. *Gerontologist* 2006; 46:431-8.
22. Menec VH, Shooshtari S, Lambert P. Ethnic differences in self-rated health among older adults. *J Aging Health* 2007; 19:62-86.
23. Miller TR, Wolinsky FD. Self-rated health trajectories and mortality among older adults. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 2007; 62:S22-7.
24. Lima-Costa ME, Firmo JOA, Uchôa E. A estrutura da auto-avaliação da saúde entre idosos: projeto Bambuí. *Rev Saúde Pública* 2004; 38:827-34.
25. Lebrão ML, Laurenti R. Saúde, bem-estar e envelhecimento: o estudo SABE no Município de São Paulo. *Rev Bras Epidemiol* 2005; 8:127-41.
26. Alves LC, Rodrigues RN. Determinantes da auto-percepção de saúde entre idosos do Município de São Paulo, Brasil. *Rev Panam Salud Pública* 2005; 17:333-41.
27. Dawson DA, Grant BE, Stinson FS, Zhou Y. Effectiveness of the derived alcohol use disorders identification test (AUDIT-C) in screening for alcohol use disorders and risk drinking in the USD general population. *Alcohol Clin Exp Res* 2005; 29:844-54.
28. Lima CT, Fretre ACC, Silva APB, Teixeira RM, Farrel M, Prince M. Concurrent and construct validity of the AUDIT in an urban Brazilian sample. *Alcohol Alcohol* 2005; 40:584-9.
29. Cervi A, Franceschini SC, Priore SE. Análise crítica do uso do índice de massa corporal para idosos. *Rev Nutr* 2005; 18:765-75.
30. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2009. (Estudos e Pesquisas: Informação Demográfica e Socioeconômica, 25).
31. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2008. (Estudos e Pesquisas: Informação Demográfica e Socioeconômica, 23).
32. Singh-Manoux A, Gueguen A, Martikainen P, Ferrite J, Marmot M, Shipley M. Self-rated health and mortality: short- and long-term associations in Whitehall II study. *Psychosom Med* 2007; 69:138-43.
33. DeSalvo KB, Jones TM, Peabody J, McDonald J, Fihn S, Pan V, et al. Health care expenditure prediction with a single item, self-rated health measure. *Med Care* 2009; 47:1440-7.
34. Jang Y, Chiriboga DA, Herrera JR, Branch LG. Self-rating of poor health: a comparison of Cuban elders in Havana and Miami. *J Cross Cult Gerontol* 2009; 24:181-91.
35. McFadden E, Luben R, Bingham S, Wareham N, Kinmonth AL, Khaw KT. Social inequalities in self-rated health by age: cross-sectional study of 22457 middle-aged men and women. *BMC Public Health* 2008; 8:230.
36. Ljang J, Shaw BA, Bennett JM, Krause N, Kobayashi E, Fukaya T, et al. Intertwining courses of functional status and subjective health among older Japanese. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 2007; 62:S340-8.
37. Spencer SM, Schulz R, Rooks RN, Albert SM, Thorpe Jr. RJ, Brenes GA, et al. Racial differences in self-rated health at similar levels of physical functioning: an examination of health pessimism in the health, aging, and body composition study. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 2009; 64:S87-94.
38. Fonseca MGUP, Firmo JOA, Loyola-Filho AI, Uchôa E. Papel da autonomia na autoavaliação da saúde do idoso. *Rev Saúde Pública* 2010; 44:159-65.
39. Camarano AA, Kanso S, Leitão e Mello J. Como vive o idoso brasileiro? Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 2004.
40. Zaitune MPA, Barros MBA, César CLG, Carandina L, Goldbaum M, Alves MCGP. Fatores associados à prática de atividade física global e de lazer em idosos: Inquérito de Saúde no Estado de São Paulo (ISA-SP), Brasil. *Cad Saúde Pública* 2010; 26:1606-18.
41. Lima MG, Barros MBA, César CLG, Carandina L, Goldbaum M, Alves MCGP. Health-related behavior and quality of life among the elderly: a population-based study. *Rev Saúde Pública* 2011; 45:485-93.
42. Pearson TA. Alcohol and heart disease. *Circulation* 1996; 94:3023-5.

43. American College of Sports Medicine; Chodzko-Zajko WJ, Proctor DN, Fiatarone Singh MA, Minson CT, Nigg CR, et al. American College of Sports Medicine position stand. Exercise and physical activity for older adults. *Med Sci Sports Exerc* 2009; 41:1510-30.
44. Matsudo SM. Envelhecimento, atividade física e saúde. *Revista Mineira de Educação Física* 2002; 10:195-209.
45. Møllerius A, Berglund K, Eriksson C, Lambe M, Nordström E, Eriksson HG, et al. Socioeconomic conditions, lifestyle factors, and self-rated health among men and women in Sweden. *Eur J Public Health* 2006; 17:125-33.
46. Cabrera MAS, Jacob Filho W. Obesidade em idosos: prevalência, distribuição e associação com hábitos e comorbidades. *Arq Bras Endocrinol Metab* 2001; 45:494-501.

Recebido em 25/Jul/2011
Versão final reapresentada em 31/Out/2011
Aprovado em 21/Nov/2011

Transtorno mental comum na população idosa: pesquisa de base populacional no Município de Campinas, São Paulo, Brasil

Common mental disorders among elderly individuals: a population-based study in Campinas, São Paulo State, Brazil

Trastornos mentales más frecuentes entre las personas de edad avanzada: un estudio basado en la población en Campinas, São Paulo, Brasil

Flávia Silva Arbex Borim¹
Marilisa Berti de Azevedo Barros¹
Neury José Botega¹

¹ Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, Brasil.

Correspondência
F. S. A. Borim
Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas,
Rua Padre Francisco de Abreu
Sampaio 269, apto. 32B,
Campinas, SP
13096-140, Brasil.
fstarbes@hotmail.com

Abstract

This study analyzed common mental disorders in the elderly according to demographic and socioeconomic characteristics, health-related behavior, and disease history. This was a cross-sectional, population-based study with a cluster sample using data from a health survey conducted in Campinas, São Paulo State, Brazil, in 2008. SRQ-20 was used to evaluate common mental disorders. Adjusted prevalence ratios were estimated using multiple Poisson regression. Prevalence of common mental disorders was 29.7%, and higher rates were associated with female gender, age 80 years or older, lower income, not working, sedentary lifestyle, poor self-rated health, and greater number of chronic diseases. Prevalence ratios were higher in the subscale of depressive thinking. The results provide direct backing for planning interventions focused on health of the elderly, with an emphasis on elderly that work and follow healthy lifestyles. The study highlights the need for attention by health professionals to depressive disorder in the elderly.

Mental Disorders; Mental Health; Aged

Resumo

Analisou-se o transtorno mental comum em idosos segundo variáveis demográficas, socioeconômicas, de comportamentos relacionados à saúde e morbidades. Trata-se de estudo transversal de base populacional, com amostra por conglomerados. A pesquisa utilizou dados de inquérito de saúde realizado em Campinas, São Paulo, Brasil, em 2008. Foi usado o questionário SRQ-20 para avaliar o transtorno mental comum. Foram estimadas razões de prevalências ajustadas por meio de regressão múltipla de Poisson. A prevalência de transtorno mental comum foi 29,7% e significativamente mais elevada no sexo feminino, nos idosos com 80 anos ou mais, menor renda, que não trabalhavam, sedentários, que avaliaram sua saúde como ruim/muito ruim e com maior número de doenças crônicas. Maiores razões de prevalências foram detectadas na subescala de pensamentos depressivos. Os resultados trazem subsídios para o planejamento de intervenções voltadas à saúde dos idosos, com ênfase nos idosos que trabalham e com hábitos de vida saudáveis. Apontam a necessidade de atenção dos profissionais para o quadro depressivo na terceira idade.

Transtornos Mentais; Saúde Mental; Idoso

Introdução

A população brasileira vem passando, nas últimas décadas, por um processo acelerado de transição demográfica, com aumento significativo do segmento de idosos. Essa mudança demográfica, pela repercussão que tem para a sociedade como um todo, especialmente no contexto de desigualdade social, pobreza e fragilidade das instituições, traz uma série de demandas e desafios para pesquisadores e gestores dos sistemas de saúde ¹. Em 2010, os idosos já representavam 7,4% da população brasileira, sendo o segmento de 80 anos e mais o que havia apresentado a maior taxa de crescimento (70%) na década anterior ².

Com o aumento da expectativa de vida dos idosos, crescem as prevalências de doenças crônicas, os riscos de limitações físicas, de perdas cognitivas, de declínio sensorial e de propensão a acidentes e a isolamento social. Além dos aspectos físicos, a saúde mental também é comprometida, com consequente deterioração da saúde dos idosos. Os quadros psiquiátricos nos idosos incluem, destacadamente, a demência, estados depressivos, transtornos ansiosos e mesmo quadros psicóticos ³, sendo, entretanto, a depressão o mais importante problema de saúde mental nessa faixa etária ⁴.

Os sintomas psiquiátricos não psicóticos, incluídos no conjunto designado por transtorno mental comum, são caracterizados por sintomas como irritabilidade, fadiga, insônia, dificuldade de concentração, esquecimento, ansiedade e queixas somáticas ⁵. Os pacientes apresentam problemas agudos de ansiedade e depressão, com sintomas menos graves, associados a eventos estressantes da vida, com predomínio de sintomas somáticos em relação aos sintomas psicológicos ⁶.

Os transtornos mentais comuns são frequentes nos pacientes que demandam os serviços de saúde, mas ao manifestarem-se por meio de queixas somáticas inespecíficas, apresentam-se subestimados entre os diagnósticos referidos ⁷. Se por um lado a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa ⁸ e o texto da I Conferência Nacional dos Direitos do Idoso afirmam que a saúde mental é questão que deve ser levada em consideração pela sua alta prevalência ⁹, o subdiagnóstico dificulta o encaminhamento e o cuidado adequado dos transtornos mentais que acometem os idosos ⁷.

O *Self Reporting Questionnaire 20* (SRQ-20) é um instrumento desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para detecção de transtorno mental comum na população geral; ele foi submetido a um estudo de validação no Brasil, por Mari & Williams ¹⁰ em 1986. Mais recente-

mente, Scazufca et al. ¹¹ analisaram a validade do instrumento para a população idosa e sugeriram diferente ponto de corte para esse grupo.

Esse questionário tem sido amplamente utilizado em inquéritos de saúde de base populacional pelo fácil uso e custo reduzido ¹². Estudos desenvolvidos com o SRQ-20, em população de adultos incluindo idosos, apontaram que a prevalência de transtorno mental comum variou de 17% a 28,5% e encontraram associação positiva do mesmo com o sexo feminino, idade avançada, com menor renda e baixa escolaridade ^{7,13,14,15}.

Poucos estudos brasileiros investigaram o transtorno mental comum especificamente em população idosa. Neste grupo etário, é mais comum encontrar estudos que utilizaram a *Escala de Depressão Geriátrica* (GDS) para avaliar sintomas depressivos ^{16,17} e que detectaram a relação positiva entre depressão e presença de incapacidades, diminuição da qualidade de vida, maior consumo de serviços de saúde e aumento da mortalidade ¹⁸. Entre os estudos brasileiros que utilizaram o SRQ-20 na avaliação de saúde mental de idosos, um analisou a validade do instrumento ¹¹ e outro, com uma amostra de idosos moradores de São Paulo, avaliou a associação entre dimensões de religiosidade e prevalência de transtorno mental comum ¹⁹.

Identificar a prevalência do transtorno mental comum, os fatores associados e o impacto no estado geral de saúde dos idosos possibilita uma melhor compreensão dos profissionais de saúde e orientação no planejamento de intervenções.

Como a população idosa brasileira vem crescendo significativamente nas últimas décadas e a prevalência de transtorno mental comum bem como o seu impacto no estado geral de saúde dos idosos têm sido pouco estudados, os objetivos desta pesquisa foram: analisar a prevalência de transtorno mental comum, identificando os subgrupos demográficos e socioeconômicos de idosos mais susceptíveis ao transtorno; analisar a associação deste transtorno com comportamentos de saúde e morbidades; e identificar as dimensões do SRQ-20 mais comprometidas nos indivíduos com transtorno mental comum desse grupo etário.

Material e métodos

Este estudo é parte de uma pesquisa maior constituída pelo inquérito de saúde de base populacional realizado em 2008 no Município de Campinas, São Paulo (ISA-Camp 2008) que coletou informações de pessoas não institucionalizadas, residentes na área urbana do município.

Processo amostral do ISA-Camp 2008

Foi utilizada amostragem por conglomerados, em dois estágios. No primeiro estágio, foram sorteados 50 setores censitários da área urbana do município com probabilidade proporcional ao tamanho, expresso pelo número de domicílios. Nesses 50 setores, foi feita pesquisa de campo para arrolamento dos domicílios particulares existentes. No segundo estágio, foi feito o sorteio de uma amostra de domicílios considerando que o total de entrevistas por setor não deveria ultrapassar 20 para cada domínio de idade (adolescentes, adultos e idosos).

Optou-se pelo sorteio de amostras de tamanhos iguais, de mil pessoas, para cada um dos grupos etários. Com esse tamanho de amostra seria possível estimar uma proporção de 0,50, que corresponde à máxima variabilidade para a frequência dos eventos estudados, com erro de amostragem entre 4 e 5 pontos percentuais, com nível de 95% de confiança e tendo em conta um efeito de delineamento igual a 2.

Prevedendo-se 20% de recusas e de domicílios vagos, foram sorteados 2.150, 700 e 3.900 respectivamente aos três grupos de idade. Dessa forma, para a obtenção de ao menos mil entrevistas de idosos, foram sorteados 3.900 domicílios em que deveriam ser entrevistados todos os idosos que residissem no domicílio sorteado (detalhes sobre o processo amostral encontram-se disponíveis em http://www.fcm.unicamp.br/centros/ccas/arquivos/plano_de_amostragem.pdf, acessado em 25/Mar/2013).

Instrumento e coleta de dados

As informações foram coletadas por meio de questionário aplicado por entrevistadores treinados e respondidos diretamente pelos idosos sorteados, a não ser nos casos que eles se encontravam impossibilitados, um cuidador ou parente responsável respondia por ele. Os conjuntos de variáveis analisadas no presente estudo foram:

- Transtorno mental comum: avaliado pelo (SRQ 20): o questionário é composto por 20 questões sobre sintomas físicos e psíquicos, com respostas dicotômicas. O ponto de corte utilizado foi maior ou igual a 5 para os possíveis casos de transtorno mental comum, sendo o mesmo ponto de corte para ambos os gêneros¹¹.
- Características demográficas: sexo, idade e estado conjugal (casado, viúvo, separado ou solteiro).
- Características socioeconômicas: escolaridade (em anos de estudo), ocupação e renda familiar mensal *per capita* (em salários mínimos, cujos valores foram de R\$ 415,00 de janeiro a abril/2008 e de R\$ 450,00 de maio/2008 a abril/2009).

- Comportamentos relacionados à saúde, compreendendo: (a) atividade física em contexto de lazer: foram classificados como ativos os idosos que praticavam ao menos 150 minutos por semana, distribuídos no mínimo por 3 dias; como insuficientemente ativos os que praticavam menos que 150 minutos ou mais de 150 minutos, mas em menos de 3 dias na semana, e como sedentários os que não praticavam nenhum tipo de atividade física de lazer em nenhum dia da semana; (b) uso abusivo de bebidas alcoólicas, avaliado pelo *Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT)*²⁰ que é composto por dez questões e identifica o risco de abuso/dependência de álcool quando seu escore (faixa de 0-40) é igual a oito ou mais²¹. Foi também avaliada a frequência do consumo de bebida alcoólica categorizada em: não consome, consome 1-4 vezes/mês, 2-3 vezes/semana e 4 ou mais vezes/semana; (c) tabagismo: fumante, ex-fumante e nunca fumou. Foram considerados como ex-fumantes as pessoas que referiram ter fumado ao menos 100 cigarros na vida e haviam cessado com o consumo; foram classificados como fumantes aqueles que persistiam com o consumo do tabaco por ocasião de entrevista; e (d) frequência semanal do consumo de frutas e verduras-hortaliças categorizada em ≥ 4 vezes/semana e < 4 vezes/semana.

- Estado de saúde e morbidades, compreendendo: (a) índice de massa corporal (IMC): foi calculada com base em informação autorreferida de peso e altura. Foram usados os pontos de corte adequados para idosos que levam em consideração as modificações na composição corporal que ocorrem com o envelhecimento²². Os idosos foram categorizados em: baixo peso/eutrófico (IMC ≤ 27 kg/m²), sobrepeso (IMC > 27 a < 30 kg/m²) e obeso (IMC ≥ 30 kg/m²); (b) auto-avaliação da saúde obtida por meio da pergunta: "Em geral, você diria que sua saúde é: excelente, muito boa, boa, ruim ou muito ruim?"; e (c) morbidades: hipertensão, diabetes, doença do coração, tumor/câncer, reumatismo/artrite/artrose, osteoporose, asma/bronquite/enfisema, tendinite/lesão por esforço repetido (LER)/distúrbio osteomuscular relacionado ao trabalho (DORT) e problemas de circulação; número de morbidades crônicas referidas entre as acima relacionadas.

Análise de dados

Os dados do inquérito foram digitados em banco desenvolvido com o uso do *software* Epi Data, versão 3.1 (Epidata Association, Odense, Dinamarca) e submetidos à avaliação de consistência. Para as análises deste estudo, foram produzidas estimativas de prevalências e respec-

tivos intervalos de 95% de confiança (IC95%). As associações entre variáveis independentes e o transtorno mental comum foram analisadas pelo teste qui-quadrado. Também foram usadas as análises de regressão simples e múltipla de Poisson para estimar razões de prevalência (RP) brutas e ajustadas. Foi desenvolvido modelo de regressão múltipla de Poisson em três etapas. Na primeira etapa, foram introduzidas as variáveis demográficas e socioeconômicas que apresentaram um nível de significância menor de 20% ($p < 0,20$) na associação com a variável dependente. Permaneceram no modelo aquelas com $p < 0,05$. Na segunda etapa, além das variáveis que permaneceram na etapa anterior, foram acrescentadas as variáveis de comportamentos relacionados à saúde e se mantiveram aquelas com $p < 0,05$. Na terceira etapa, foram incluídas as variáveis IMC, autoavaliação de saúde e número de morbidades crônicas referidas, mantendo-se nessa etapa aquelas com $p < 0,05$. A análise dos dados foi realizada com os comandos *svy* do *software* Stata versão 11.0 (Stata Corp., College Station, Estados Unidos), utilizando-se as ponderações decorrentes do desenho amostral e considerando a existência das unidades primárias de amostragem (UPA).

Procedimentos éticos

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, em adendo ao parecer nº 079/2007 que havia aprovado o projeto do ISA-Camp 2008. Todos os participantes assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Resultados

Dos domicílios que haviam sido sorteados para as entrevistas com idosos, houve uma perda de 6,5% por impossibilidade de encontrar um morador ou devido à recusa dele em arrolar os indivíduos que moravam no domicílio. Dos 1.558 idosos identificados nos domicílios sorteados, 2,4% recusaram-se a participar da pesquisa, sendo entrevistados 1.520 idosos. Dentre esses, em 5,8% dos casos, as entrevistas foram feitas com um cuidador ou um familiar e foram excluídas do presente estudo.

Assim, foram analisados os dados de 1.432 idosos com idade média de 69,9 anos, sendo 57,2% do sexo feminino. Na Tabela 1, observa-se que 57,6% dos indivíduos eram casados; 34,4% tinham menos de quatro anos de estudo; 60% tinham renda *per capita* maior que um salário

mínimo e 49,5% eram aposentados que já não trabalhavam, enquanto 21,2% continuavam trabalhando sendo ou não aposentados.

A prevalência de transtorno mental comum foi de 29,7% (IC95%: 25,5-34,2). Observou-se que os idosos do sexo feminino, de 70 anos ou mais, com escolaridade < 4 anos, com renda *per capita* menor que 0,5 salário mínimo e os que não trabalhavam apresentaram maior prevalência de transtorno mental comum (Tabela 1).

Os indivíduos que eram ativos ou insuficientemente ativos no lazer, que consumiam bebida alcoólica com frequência de até 3 vezes por semana e os que consumiam frutas e verduras 4 ou mais vezes por semana apresentaram prevalência significativamente menor de transtorno mental comum em relação às respectivas categorias de referência (Tabela 2).

Na Tabela 3, é apresentada a prevalência do transtorno mental comum segundo estado de saúde e morbidades. Os obesos apresentaram uma prevalência maior de transtorno mental comum quando comparados aos indivíduos eutróficos ou de baixo peso. Verificou-se aumento da prevalência com a piora da autoavaliação de saúde e com o aumento do número de morbidades referidas. As prevalências de transtorno mental comum foram significativamente mais elevadas na presença de todas as doenças pesquisadas: hipertensão, diabetes, doença do coração, reumatismo/artrite/artrose, osteoporose, problema de circulação e tendinite (LER/DORT), com exceção de asma/enfisema e câncer. As doenças que apresentaram associações mais fortes com transtorno mental comum foram reumatismo/artrite/artrose com razão de prevalência – RP = 1,86 (IC95%: 1,50-2,32) e tendinite com RP = 1,91 (IC95%: 1,53-2,38) (dados não apresentados em tabela).

Com o uso do modelo hierárquico de regressão múltipla de Poisson, verificou-se maior prevalência de transtorno mental comum nas mulheres, nos indivíduos com 80 anos ou mais, com renda *per capita* menor que 0,5 salário mínimo, nos aposentados, nas donas de casa e nos desempregados. Os indivíduos ativos ou insuficientemente ativos no lazer e aqueles que consumiam bebida alcoólica 2 a 3 vezes por semana apresentaram menor prevalência de transtorno mental comum, com RP de 0,72 (IC95%: 0,57-0,90) e 0,39 (IC95%: 0,20-0,75), respectivamente (Tabela 4).

Prevalências mais elevadas de transtorno mental comum foram encontradas à medida da piora na autoavaliação de saúde. Indivíduos que avaliaram a própria saúde como ruim/muito ruim apresentaram uma RP de 3,46 quando comparadas aos idosos com autoavaliação de saúde

Tabela 1

Prevalência e razão de prevalência (RP) de transtorno mental comum segundo variáveis demográficas e socioeconômicas em idosos. Inquérito de Saúde de Campinas (ISA-Camp), 2008.

| Variáveis | n | % | Prevalência | RP bruta (IC95%) | RP Ajustada * (IC95%) |
|--|-------|-------|-------------|------------------|-----------------------|
| Sexo | | | | | |
| | | | p < 0,0001 | | |
| Masculino | 580 | 42,8 | 19,4 | 1,00 | 1,00 |
| Feminino | 852 | 57,2 | 37,4 | 1,93 (1,65-2,26) | 1,88 (1,59-2,22) |
| Total | 1.432 | 100,0 | 29,7 | | |
| Faixa etária (anos) | | | | | |
| | | | p = 0,0001 | | |
| 60-69 | 800 | 55,9 | 24,3 | 1,00 | 1,00 |
| 70-79 | 470 | 32,8 | 32,6 | 1,34 (1,11-1,61) | 1,31 (1,09-1,58) |
| 80 e mais | 162 | 11,3 | 47,6 | 1,95 (1,44-2,65) | 1,86 (1,39-2,49) |
| Estado conjugal | | | | | |
| | | | p < 0,0001 | | |
| Casado | 813 | 57,6 | 24,6 | 1,00 | 1,00 |
| Viuvo | 416 | 28,2 | 40,6 | 1,65 (1,33-2,04) | 1,15 (0,90-1,47) |
| Separado | 113 | 7,9 | 27,1 | 1,10 (0,79-1,52) | 1,01 (0,72-1,41) |
| Solteiro | 90 | 6,3 | 30,1 | 1,22 (0,87-1,71) | 0,98 (0,68-1,42) |
| Escolaridade do indivíduo (em anos) | | | | | |
| | | | p = 0,0022 | | |
| ≥ 8 | 432 | 31,6 | 22,0 | 1,00 | 1,00 |
| 4-7 | 493 | 34,0 | 30,1 | 1,37 (1,01-1,85) | 1,21 (0,91-1,60) |
| < 4 | 504 | 34,4 | 36,3 | 1,64 (1,28-2,11) | 1,35 (1,07-1,71) |
| Renda per capita (salário mínimo) | | | | | |
| | | | p = 0,0025 | | |
| > 1,0 | 848 | 60,0 | 26,2 | 1,00 | 1,00 |
| 0,5-1,0 | 359 | 24,5 | 33,1 | 1,26 (1,03-1,54) | 1,18 (0,97-1,43) |
| < 0,5 | 225 | 15,5 | 37,7 | 1,44 (1,18-1,75) | 1,37 (1,11-1,69) |
| Ocupação | | | | | |
| | | | p < 0,0001 | | |
| Trabalho/Aposentado + trabalho | 295 | 21,2 | 12,2 | 1,00 | 1,00 |
| Aposentado | 702 | 49,5 | 30,8 | 2,51 (1,76-3,58) | 2,10 (1,46-3,02) |
| Dona de casa | 390 | 26,2 | 41,2 | 3,36 (2,35-4,79) | 2,16 (1,48-3,16) |
| Desempregado/outras | 44 | 3,1 | 35,9 | 2,92 (1,62-5,26) | 3,05 (1,73-5,38) |

IC95%: intervalo de 95% confiança.

* Ajustada por sexo e idade.

excelente ou muito boa. Apresentar uma morbidade ou mais esteve associada positivamente com o transtorno mental comum (Tabela 4).

Na análise dos itens específicos do instrumento SRQ-20, detectou-se que os que mais diferenciavam os idosos com transtorno mental comum dos demais foram: sentir-se uma pessoa inútil, sem préstimo (RP = 25,02; IC95%: 12,95-48,35), sentir-se incapaz de desempenhar um papel útil na sua vida (RP = 17,31; IC95%: 9,65-31,07), ter perdido o interesse pelas coisas (RP = 16,22; IC95%: 10,02-26,25), ter tido a idéia de acabar com a vida (RP = 15,57; IC95%: 4,11-58,95), ter chorado mais que de costume (RP = 15,1; IC95%: 9,19-24,9) e sentir-se cansado o tempo todo (RP = 12,59; IC95%: 8,59-18,45). As maiores RP foram encontradas na subescala de pensamentos depressivos (Tabela 5).

Discussão

A prevalência de transtorno mental comum detectada para a população idosa de Campinas foi similar à encontrada em outros estudos brasileiros de base populacional que analisaram população adulta que incluía os idosos^{13,21}. Costa et al.¹³, em 2002, observaram uma presença de transtorno mental comum em 28,5% dos indivíduos com idade acima de 40 anos, utilizando ponto de corte de 6 e 7 respostas positivas para homens e mulheres, respectivamente. A prevalência de transtorno mental comum entre as mulheres foi maior que a dos homens, o que é consistente com os achados da literatura^{15,24}.

Com o aumento da idade, constatou-se maior prevalência do transtorno mental comum, e os idosos de 80 anos ou mais apresentaram

Tabela 2

Prevalência e razão de prevalência (RP) de transtorno mental comum segundo comportamentos relacionados à saúde. Inquérito de Saúde de Campinas (ISA-Camp), 2008.

| Variáveis | n | Prevalência | RP bruta (IC95%) | RP ajustada * (IC95%) |
|---|-------|-------------|------------------|-----------------------|
| Tabagismo | | p = 0,6382 | | |
| Nunca fumou | 973 | 30,5 | 1,00 | 1,00 |
| Ex-fumante | 292 | 26,7 | 0,93 (0,72-1,19) | 1,18 (0,92-1,52) |
| Fumante | 166 | 28,4 | 0,87 (0,63-1,21) | 1,10 (0,82-1,48) |
| Audit | | p = 0,9968 | | |
| Negativo | 1.372 | 29,7 | 1,00 | 1,00 |
| Positivo | 59 | 29,7 | 1,00 (0,57-1,73) | 1,64 (0,98-2,76) |
| Ingestão de álcool | | p < 0,0001 | | |
| Não bebe | 991 | 34,2 | 1,00 | 1,00 |
| 1-4 vezes/mês | 299 | 22,6 | 0,66 (0,51-0,86) | 0,74 (0,58-0,96) |
| 2-3 vezes/semana | 73 | 8,9 | 0,26 (0,13-0,50) | 0,33 (0,17-0,65) |
| ≥ 4 vezes/semana | 68 | 20,3 | 0,59 (0,35-0,99) | 0,90 (0,53-1,54) |
| Atividade física de lazer | | p = 0,0002 | | |
| Sedentário | 965 | 33,8 | 1,00 | 1,00 |
| Insuficientemente ativo | 156 | 22,4 | 0,66 (0,47-0,93) | 0,67 (0,50-0,91) |
| Ativo | 311 | 20,8 | 0,61 (0,46-0,81) | 0,67 (0,51-0,87) |
| Consumo de frutas/verduras (frequência por semana) | | p = 0,0510 | | |
| < 4 vezes | 534 | 32,9 | 1,00 | 1,00 |
| ≥ 4 vezes | 898 | 27,7 | 0,84 (0,71-1,00) | 0,77 (0,66-0,92) |

Audit: Alcohol Use Disorder Identification Test; IC95%: intervalo de 95% confiança.

* Ajustada por sexo e idade.

Tabela 3

Prevalência e razão de prevalência (RP) de transtorno mental comum segundo índice de massa corporal (IMC), autoavaliação de saúde e morbidades. Inquérito de Saúde de Campinas (ISA-Camp), 2008.

| Variáveis | n | Prevalência | RP bruta (IC95%) | RP ajustada * (IC95%) |
|-------------------------------|-----|-------------|-------------------|-----------------------|
| IMC | | p = 0,0232 | | |
| Baixo peso/Eutrófico | 910 | 26,7 | 1,00 | 1,00 |
| Sobrepeso | 265 | 31,1 | 1,16 (0,91-1,47) | 1,17 (0,93-1,47) |
| Obeso | 208 | 37,3 | 1,39 (1,09-1,77) | 1,33 (1,06-1,67) |
| Autoavaliação de saúde | | p < 0,0001 | | |
| Excelente | 116 | 11,7 | 1,00 | 1,00 |
| Muito boa | 231 | 13,5 | 1,15 (0,58-2,24) | 1,18 (0,60-2,32) |
| Boa | 927 | 29,4 | 2,51 (1,41-4,46) | 2,42 (1,36-4,31) |
| Ruim | 144 | 68,8 | 5,87 (3,47-9,94) | 5,95 (3,58-9,89) |
| Muito ruim | 14 | 78,9 | 6,74 (3,62-12,54) | 6,66 (3,29-13,47) |
| Número de doenças | | p < 0,0001 | | |
| 0 | 278 | 12,0 | 1,00 | 1,00 |
| 1-2 | 667 | 25,3 | 2,12 (1,37-3,27) | 1,96 (1,28-3,01) |
| 3-4 | 353 | 39,8 | 3,33 (2,06-5,37) | 2,78 (1,71-4,53) |
| 5 ou mais | 133 | 64,2 | 5,38 (3,32-8,70) | 4,45 (2,77-7,15) |

IC95%: intervalo de 95% de confiança.

* Ajustada por sexo e idade.

Tabela 4

Modelo hierárquico com regressão de Poisson. Inquérito de Saúde de Campinas (ISA-Camp), 2008.

| Variáveis | Primeira etapa * | | | Segunda etapa ** | | | Terceira etapa | | |
|-----------------------------------|------------------|-----------|------------|------------------|-----------|------------|----------------|-----------|------------|
| | RP | IC95% | Valor de p | RP | IC 95% | Valor de p | RP | IC95% | Valor de p |
| Sexo | | | | | | | | | |
| Masculino | 1,00 | | | 1,00 | | | 1,00 | | |
| Feminino | 1,69 | 1,40-2,05 | 0,000 | 1,58 | 1,30-1,91 | 0,000 | 1,45 | 1,21-1,73 | 0,000 |
| Faixa etária (anos) | | | | | | | | | |
| 60-69 | 1,00 | | | 1,00 | | | 1,00 | | |
| 70-79 | 1,18 | 0,99-1,40 | 0,058 | 1,16 | 0,98-1,37 | 0,081 | 1,06 | 0,91-1,23 | 0,453 |
| 80 e mais | 1,63 | 1,24-2,14 | 0,001 | 1,59 | 1,21-2,08 | 0,001 | 1,68 | 1,32-2,15 | 0,000 |
| Ocupação | | | | | | | | | |
| Trabalho/Aposantado + trabalho | 1,00 | | | 1,00 | | | 1,00 | | |
| Aposantado | 2,07 | 1,44-2,98 | 0,000 | 2,00 | 1,39-2,87 | 0,000 | 1,66 | 1,16-2,37 | 0,006 |
| Dona de casa | 2,10 | 1,44-3,07 | 0,000 | 1,98 | 1,36-2,88 | 0,001 | 1,75 | 1,19-2,58 | 0,005 |
| Desempregado/Outros | 2,77 | 1,59-4,85 | 0,001 | 2,44 | 1,41-4,21 | 0,002 | 1,57 | 0,94-2,61 | 0,080 |
| Renda per capita (salário mínimo) | | | | | | | | | |
| > 1 | 1,00 | | | 1,00 | | | 1,00 | | |
| 0,5-1 | 1,14 | 0,94-1,39 | 0,176 | 1,08 | 0,89-1,32 | 0,413 | 1,03 | 0,86-1,23 | 0,720 |
| < 0,5 | 1,28 | 1,06-1,55 | 0,010 | 1,22 | 1,01-1,48 | 0,034 | 1,12 | 0,94-1,33 | 0,180 |
| Atividade física de lazer | | | | | | | | | |
| Sedentário | | | | 1,00 | | | 1,00 | | |
| Ativo + Insuficientemente ativo | | | | 0,72 | 0,57-0,90 | 0,005 | 0,80 | 0,66-0,98 | 0,033 |
| Ingestão de álcool | | | | | | | | | |
| Não bebe | | | | 1,00 | | | 1,00 | | |
| 1-4 vezes/mês | | | | 0,82 | 0,64-1,04 | 0,112 | 0,92 | 0,72-1,17 | 0,490 |
| 2-3 vezes/semana | | | | 0,39 | 0,20-0,75 | 0,006 | 0,44 | 0,23-0,85 | 0,016 |
| ≥ 4 vezes/semana | | | | 0,93 | 0,57-1,53 | 0,782 | 1,12 | 0,72-1,75 | 0,600 |
| Autoavaliação de saúde | | | | | | | | | |
| Excelente/Muito boa | | | | | | | 1,00 | | |
| Boa | | | | | | | 1,76 | 1,27-2,44 | 0,001 |
| Muito ruim/Ruim | | | | | | | 3,46 | 2,44-4,91 | 0,000 |
| Morbidade | | | | | | | | | |
| 0 | | | | | | | 1,00 | | |
| 1-2 | | | | | | | 1,55 | 1,05-2,27 | 0,027 |
| 3-4 | | | | | | | 1,99 | 1,27-3,13 | 0,004 |
| 5 ou mais | | | | | | | 2,78 | 1,77-4,36 | 0,000 |

IC95%: intervalo de 95% de confiança; RP: razão de prevalência.

* RP ajustadas pelas variáveis demográficas e socioeconômicas;

** RP ajustadas por todas as variáveis da tabela.

prevalência 2,86 vezes maior que os de 60-69 anos. Outros estudos apontam um gradiente crescente de transtorno mental comum com o aumento da idade^{7,25}. Muitos fatores podem contribuir para tal aumento, como o crescimento do número de morbidades e incapacidades, eventos estressantes de vida, isolamento social e dificuldades econômicas⁷.

A associação entre o nível socioeconômico e transtorno mental comum tem sido observa-

da na literatura com adultos e idosos^{26,27}. Um estudo transversal, com amostra de 562 idosos residentes no Município de Feira de Santana, Bahia, Brasil, observou um aumento de transtorno mental comum no estrato de baixa renda²⁷. A maior prevalência de transtorno mental comum em pessoas com pior nível socioeconômico pode estar relacionada a condições inadequadas de vida, à pior qualidade de moradia e transporte, à maior dificuldade de acesso a cuidados médicos,

Tabela 5

Prevalência e razão de prevalência (RP) dos problemas, nos últimos 30 dias, relacionados às questões do Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20), segundo presença ou não de transtorno mental comum nos idosos. Inquérito de Saúde de Campinas (ISA-Camp), 2008.

| Perguntas | Normal (%) | Transtorno mental comum (%) | Total (%) | RP (IC95%)* |
|--|------------|-----------------------------|-----------|---------------------|
| Humor depressivo-ansioso | | | | |
| Assusta-se com facilidade? | 11,2 | 45,7 | 21,5 | 4,08 (3,10-5,36) |
| Sente-se nervoso(a), tenso(a) ou preocupado(a)? | 34,7 | 80,2 | 48,1 | 2,31 (1,94-2,76) |
| Tem se sentido triste ultimamente? | 9,1 | 64,9 | 25,7 | 7,09 (5,54-9,09) |
| Tem chorado mais do que de costume? | 2,2 | 33,2 | 11,4 | 15,1 (9,19-24,9) |
| Sintomas somáticos | | | | |
| Tem dores de cabeça frequentes? | 12,2 | 33,1 | 18,4 | 2,70 (2,15-3,38) |
| Tem falta de apetite? | 4,1 | 28,2 | 11,2 | 6,85 (4,57-10,25) |
| Dorme mal? | 15,9 | 55,2 | 27,6 | 3,46 (2,71-4,43) |
| Tem tremores nas mãos? | 5,2 | 27,8 | 11,9 | 5,33 (3,90-7,30) |
| Tem má digestão? | 8,4 | 36,9 | 16,9 | 4,36 (3,23-5,88) |
| Tem sensações desagradáveis no estômago? | 5,9 | 44,4 | 17,3 | 7,54 (5,34-10,64) |
| Decréscimo de energia vital | | | | |
| Tem dificuldade de pensar com clareza? | 5,0 | 40,9 | 15,7 | 8,13 (5,44-12,16) |
| Encontra dificuldade para realizar com satisfação suas atividades diárias? | 4,1 | 45,8 | 16,5 | 10,96 (7,58-15,85) |
| Tem dificuldade para tomar decisões? | 4,0 | 39,2 | 14,5 | 9,68 (6,60-14,20) |
| Tem dificuldade no serviço, seu trabalho é penoso, causa sofrimento? | 2,9 | 30,8 | 11,2 | 10,45 (4,93-22,11) |
| Sente-se cansado(a) o tempo todo? | 3,7 | 46,4 | 16,4 | 12,59 (8,59-18,45) |
| Você se cansa com facilidade? | 11,6 | 67,0 | 28,1 | 5,75 (4,68-7,07) |
| Pensamentos depressivos | | | | |
| Sente-se incapaz de desempenhar um papel útil na sua vida? | 1,8 | 32,4 | 10,9 | 17,31 (9,65-31,07) |
| Tem perdido o interesse pelas coisas? | 2,6 | 42,2 | 14,4 | 16,22 (10,02-26,25) |
| Você se sente uma pessoa inútil, sem préstimo? | 1,1 | 28,1 | 9,1 | 25,02 (12,95-48,35) |
| Tem tido a idéia de acabar com a vida? | 0,4 | 6,4 | 2,2 | 15,57 (4,11-58,95) |

IC95%: intervalo de 95% confiança.

à maior prevalência de morbidades e de estresse psicossocial²⁸ resultantes do menor acesso a oportunidades sociais ao longo da vida.

No presente estudo, os indivíduos que não trabalhavam apresentaram maior risco de transtorno mental comum. O trabalho abrange a aplicação das forças e faculdades humanas para alcançar determinado fim, além das atividades físicas e intelectuais necessárias a qualquer tarefa, serviço ou empreendimento. Portanto, para o idoso, a inserção no trabalho representa a preservação da capacidade da saúde física e mental, da participação social e a valorização desses indivíduos como cidadãos ativos na sociedade^{29,30}. Com isso, verifica-se maior risco de transtorno mental comum nos indivíduos aposentados, donas de casa e desempregados em relação àqueles que trabalham. Tal achado sinaliza que aqueles

que se mantêm no mercado apresentam maior preservação da saúde mental.

Quando observada a associação entre comportamentos relacionados à saúde e transtorno mental comum, a prática de atividade física no lazer apresentou uma associação inversa com o transtorno. Um estilo de vida ativo ou mesmo insuficientemente ativo pode controlar e evitar alguns sintomas de doenças, melhorar ou manter a aptidão física e melhorar a capacidade de realizar atividades diárias, proporcionando benefícios fisiológicos, psicológicos e sociais, que podem reduzir a ansiedade e melhorar o humor²⁷. A prática da atividade física pode proporcionar uma relativa manutenção da autonomia e independência, habilidades fundamentais para o bem-estar do indivíduo. Especificamente a atividade física no lazer se destaca, entre os outros

domínios da atividade física, por propiciar oportunidade de estabelecimento de contatos e de formação de redes sociais, que são fundamentais nas relações psicossociais e reequilíbrio emocional para essa faixa etária, exercendo um impacto significativo na saúde mental²⁷. Outros estudos também têm verificado associação positiva entre transtorno mental comum e sedentarismo no lazer em idosos^{27,31}.

Quanto à ingestão do consumo de bebida alcoólica, os idosos que ingeriam de 2 a 3 vezes por semana apresentaram prevalência de transtorno mental comum significativamente inferior aos abstêmios. O consumo moderado de álcool pode ter um impacto psicológico positivo, com alívio do sofrimento emocional e ser eficaz para lidar com situações sociais e de ansiedade³². É importante enfatizar que as pessoas que envelhecem apresentam maior prevalência de doenças e consomem mais medicamentos o que tende a diminuir ou cessar a ingestão do consumo de álcool^{33,34}, mas no presente estudo, mesmo ajustado para número de morbidades referidas os transtornos mentais comuns, mostraram-se menos prevalentes nos idosos que consomem bebidas alcoólicas. Outros estudos de corte transversal observaram maior prevalência de ativos no lazer³⁵, melhor qualidade de vida³⁶ e melhor autoavaliação de saúde³⁷ nos idosos que consumiam bebidas alcoólicas moderadamente. No entanto, a associação do consumo moderado de álcool com variáveis relacionadas à saúde é geralmente resultante das variáveis de confusão e de interação complexa, difíceis de serem controladas^{32, 38}. É importante ressaltar que o consumo abusivo de álcool compromete a saúde dos idosos, sobretudo por serem mais susceptíveis ao risco de morbidades, fraturas e alterações cognitivas³⁹.

A prevalência de transtorno mental comum apresentou um aumento significativo à medida que piora a autoavaliação da saúde, como também verificados por outros estudos brasileiros⁴⁰, com a existência de gradiente crescente da RP com a piora da saúde percebida⁴¹. A autoavaliação de saúde é uma medida de julgamento subjetivo que cada pessoa faz sobre a qualidade de sua saúde física e mental e, assim, justifica-se a relação entre transtorno mental comum e autoavaliação de saúde. Entretanto, existem autores que verificaram maior influência do componente físico sobre a autoavaliação de saúde⁴².

A prevalência de transtorno mental comum apresentou um gradiente crescente com o aumento do número de morbidades referidas, atingindo uma RP de 2,78 no segmento com 5 ou mais morbidades. Outros autores têm observado esses gradientes e verificado que a prevalência

de transtorno mental comum é cerca de 4 vezes maior de idosos com 4 a 5 morbidades relativamente aos que não apresentavam doenças crônicas^{43,44}. As doenças crônicas, frequentemente encontradas nos idosos, associam-se à incapacidade funcional^{45,46}, a aumento da vulnerabilidade e da dependência, contribuindo para o isolamento social e podendo, por conseguinte, aumentar a presença de sintomas somáticos, depressivos e ansiosos, entre outros⁴⁷.

A subescala de pensamentos depressivos apresentou maiores RP nos idosos com transtorno mental comum em relação aos que não apresentavam o transtorno. A presença de sintomatologia depressiva está associada a uma série de comprometimentos da saúde do indivíduo, com piora na qualidade de vida e maior utilização dos recursos de saúde⁴⁸. Esses achados podem ajudar a preparar os serviços de saúde para acolher, avaliar e tomar as medidas preventivas e curativas pertinentes ao grupo⁴⁹.

Os diferentes pontos de corte utilizados para o SRQ-20 acarretam falta de comparação entre os estudos, mas é importante destacar que o instrumento foi traduzido em vários idiomas, suas características têm boa aceitação em populações com alto índice de analfabetismo e possibilita o uso em estudos epidemiológicos com indivíduos de todas as idades¹¹. Dentre as limitações do presente estudo, cabe destacar que o corte transversal não possibilita afirmar se o fator associado é determinante ou determinado pelo transtorno mental comum, como por exemplo, se as doenças crônicas antecederam ou sucederam o transtorno mental comum.

A prevalência do transtorno mental comum é elevada na população idosa estudada e os achados deste estudo constataram as maiores prevalências nos mais velhos e nos indivíduos que não trabalhavam. Conforme mencionado anteriormente, o segmento de 80 anos e mais é o grupo etário que mais cresce no país e é fundamental investir na autonomia e na vida saudável desses indivíduos, assim como prover atenção adequada às suas necessidades; outro foco deve-se dar ao trabalho na velhice, que representa uma autonomia e inserção do indivíduo na sociedade, preparar o idoso para o não trabalho e proporcionar a reinserção em novos grupos sociais, como por exemplo, estimular a procura de atividades de lazer, pode contribuir para uma melhor promoção da saúde na velhice.

Os resultados também trazem subsídios que possibilitam melhor orientar o planejamento de intervenções voltadas à saúde dos idosos, com ênfase nos hábitos de vida saudáveis, em especial na prática de atividade física, além de destacar a necessidade dos profissionais de saúde em

identificar o transtorno mental comum nesse grupo etário, para melhor desenvolver estratégias e práticas para o cuidado de tais indivíduos. Apontam ainda que a identificação de transtorno mental comum em idosos associa-se mais for-

temente aos itens e escala de pensamentos depressivos e, portanto, sugere-se maior atenção dos profissionais para o quadro depressivo na terceira idade.

Resumen

Se analizaron los trastornos mentales comunes en ancianos, de acuerdo con los comportamientos demográficos, socioeconómicos, de salud y morbilidad. Se realizó un estudio transversal, basado en la población de muestreo por conglomerados de los datos de una encuesta de salud realizada en Campinas, São Paulo, Brasil, en 2008. Se utilizó el SRQ-20 para evaluar la trastornos mentales comunes. Calculamos razones de prevalencia ajustadas por regresión de Poisson múltiple. La prevalencia de trastornos mentales comunes fue de 29,7%, significativamente mayor en las mujeres, las personas mayores de 80 años, de bajos ingresos, que no trabajan, sedentarias, que calificaron su salud como mala/muy mala y con más enfermedades crónicas. Mayores tasas de prevalencia fueron encontradas en las subescalas de trastornos depresivos. Proporcionan Información para la planificación de intervenciones centradas en la salud de las personas mayores, con énfasis en las personas y el trabajo con hábitos de vida saludables. Indican la necesidad de atención profesional para los trastornos depresivos en ancianos.

Transtornos Mentales: Salud Mental: Anciano.

Colaboradores

F. S. A. Borim realizou a proposta do artigo, revisão da literatura, análise e interpretação dos dados, redação do texto. M. B. A. Barros e N. J. Botega colaboraram com a análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica do conteúdo intelectual.

Agradecimentos

A FAPESP pela bolsa de doutorado de F. S. A. Borim. Ao CNPq (Processo no 409747/2006-8) pelo financiamento da pesquisa e bolsa produtividade de M. B. A. Barros. À Secretaria Municipal de Saúde de Campinas pelo apoio financeiro.

Referências

1. Veras R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Rev Saúde Pública* 2009; 43:548-54.
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico 2010 – características da população e dos domicílios. Resultados do universo. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2010.
3. Clemente AS, Loyola Filho AI, Firmo JOA. Concepções sobre transtornos mentais e seu tratamento entre idosos atendidos em um serviço público de saúde mental. *Cad Saúde Pública* 2011; 27:555-64.
4. Blazer DG. Depression in late life: review and commentary. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2003; 58: 249-65.
5. Goldberg D, Huxley P. *Common mental disorders: a biosocial model*. London: Tavistock; 1992.
6. Fortes S, Villano LAB, Lopes CS. Nosological profile and prevalence of common mental disorders of patients seen at the Family Health Program (FHP) units in Petrópolis, Rio de Janeiro. *Rev Bras Psiquiatr* 2008; 30:32-7.
7. Maragno L, Goldbaum M, Gianini RJ, Novaes HMD, César CLG. Prevalência de transtornos mentais comuns em populações atendidas pelo Programa Saúde da Família (QUALIS) no Município de São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2006; 22:1639-48.
8. Ministério da Saúde. Portaria nº 2528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. *Diário Oficial da União* 2006; 19 out.
9. Tavares SMG. A saúde mental do idoso brasileiro e sua autonomia. *Boletim do Instituto de Saúde* 2009; 47:87-9.
10. Mari JJ, Williams P. A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of São Paulo. *Br J Psychiatry* 1986; 148:23-6.
11. Scazufca M, Menezes PR, Vallada H, Araya R. Validity of the Self-Reporting Questionnaire-20 in epidemiological studies with older adults. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2009; 44:247-54.
12. Gonçalves DM, Stein AT, Kapczinski F. Avaliação de desempenho do *Self-Reporting Questionnaire* como instrumento de rastreamento psiquiátrico: um estudo comparativo com *Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR*. *Cad Saúde Pública* 2008; 24:380-90.
13. Costa JDS, Menezes ANB, Olinto MTA, Gigante DP, Macedo S, Brito MAP, et al. Prevalência de distúrbios psiquiátricos menores na cidade de Pelotas, RS. *Rev Bras Epidemiol* 2002; 5:164-73.
14. Marín-León I, Oliviera HB, Barros MBA, Dalgalarondo P, Botega NJ. Social inequality and common mental disorders. *Rev Bras Psiquiatr* 2007; 29:205-3.
15. Rocha SV, Almeida MMG, Araújo TM, Virtuoso Jr. JS. Prevalência de transtornos mentais comuns entre residentes em áreas urbanas de Foz de Santana, Bahia. *Rev Bras Epidemiol* 2010; 13:630-40.
16. Lebrão ML, Laurenti R. Saúde, bem-estar e envelhecimento: o estudo SABE no Município de São Paulo. *Rev Bras Epidemiol* 2005; 8:127-41.
17. Maciel ACC, Guerra RO. Prevalência e fatores associados à sintomatologia depressiva em idosos residentes no Nordeste do Brasil. *J Bras Psiquiatr* 2006; 55:26-33.
18. Blay SL, Laks J, Nitrini R, Caramelli P. Epidemiologia dos transtornos mentais em idosos e a utilização dos serviços por esta população. In: Mello MF, Mello AAF, Kohn R, organizadores. *Epidemiologia da saúde mental no Brasil*. Porto Alegre: Editora Artmed; 2007. p. 143-50.
19. Corrêa AAM, Moreira-Almeida A, Menezes PR, Vallada H, Scazufca M. Investigating the role played by social support in the association between religiosity and mental health in low income older adults: results from the São Paulo Ageing & Health Study (SPAHS). *Rev Bras Psiquiatr* 2010; 33:157-64.
20. Dawson DA, Grant BE, Stinson FS, Zhou Y. Effectiveness of the derived Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT-C) in screening for alcohol use disorders and risk drinking in the US general population. *Alcohol Clin Exp Res* 2005; 29:844-54.
21. Lima CT, Freire ACC, Silva APB, Teixeira RM, Farrel M, Prince M. Concurrent and construct validity of the AUDIT in an urban Brazilian sample. *Alcohol Alcohol* 2005; 40:584-9.
22. Cervi A, Franceschini SC, Priore SE. Análise crítica do uso do índice de massa corporal para idosos. *Rev Nutr* 2005; 18:765-75.
23. Ludemir AB, Melo Filho DA. Condições de vida e estrutura ocupacional associadas a transtornos mentais comuns. *Rev Saúde Pública* 2002; 36:213-21.
24. Spijker J, Graaf R, Bijl RV, Beekman AT, Ormel J, Nolen WA. Duration of major depressive episodes in the general population: results from The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Br J Psychiatry* 2002; 181:208-13.
25. Lima MS, Soares BGO, Mari JJ. Saúde e doença mental em Pelotas, RS: dados de um estudo populacional. *Rev Psiquiatr (São Paulo)* 1999; 26:225-35.
26. Ludemir AB, Lewin G. Links between social class and common mental disorders in Northeast Brazil. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2001; 36:101-7.
27. Rocha SV, Almeida MMG, Araújo TM, Virtuoso-Junior JS. Atividade física no lazer e transtornos mentais comuns entre idosos residentes em um município do Nordeste do Brasil. *J Bras Psiquiatr* 2011; 60:80-5.
28. Rodrigues-Neto JE, Figueiredo MFS, Faria AAS, Fagundes M. Transtornos mentais comuns e uso de práticas de medicina complementar e alternativa – estudo de base populacional. *J Bras Psiquiatr* 2008; 57:233-9.
29. Gazzalle FK, Lima MS, Tavares BF, Hallal PC. Sintomas depressivos e fatores associados em população idosa no Sul do Brasil. *Rev Saúde Pública* 2004; 38:365-71.
30. Wallerstein N. *What is the evidence on effectiveness of empowerment to improve health?* Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe; 2006.

31. Zaitune MPA, Barros MBA, César CLG, Carandina L, Goldbaum M. Fatores associados ao sedentarismo no lazer em idosos, Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2007; 23:1329-38.
32. Culic V. Moderate drinking, psychological factors and cardiovascular protection. *Eur Heart J* 2009; 30:381-3.
33. Fillmore KM, Stockwell T, Chikritzhs T, Bostrom A, Kerr W. Moderate alcohol use and reduced mortality risk: systemic error in prospective studies and new hypotheses. *Ann Epidemiol* 2007; 17(5 Suppl):16-23.
34. Skogen JC, Harvey SB, Henderson M, Stordal E, Mykletun A. Anxiety and depression among abstainers and low-level alcohol consumers. The Nord-Trøndelag Health Study. *Addiction* 2009; 104:1519-29.
35. Zaitune MPA, Barros MBA, César CLG, Carandina L, Goldbaum M, Alves MCGE. Fatores associados à prática de atividade física global e de lazer em idosos: Inquérito de Saúde no Estado de São Paulo (ISA-SP), Brasil. *Cad Saúde Pública* 2010; 26: 1606-18.
36. Lima MG, Barros MBA, César CLG, Carandina L, Goldbaum M, Alves MCGE. Comportamentos relacionados à saúde e qualidade de vida em idosos: um estudo de base populacional. *Rev Saúde Pública* 2011; 45:485-93.
37. Borm FSA, Barros MBA, Neri AL. Autoavaliação da saúde em idosos: pesquisa de base populacional no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2012; 28:769-80.
38. Fillmore KM. Is alcohol really good for the heart? *Addiction* 2000; 95:173-4.
39. Rigo JC, Rigo JFO, Faria BC, Stein A, Santos VM. Trauma associado com uso de álcool em idosos. *Brasília Med* 2005; 42:35-40.
40. Pereira AR, Morita M, Barros MBA. Transtorno mental comum. In: Barros MBA, César CLG, Carandina L, Goldbaum M, organizadores. As dimensões da saúde: Inquérito populacional em Campinas. São Paulo: Editora Hucitec; 2008. p. 143-52.
41. Costa E, Barreto SM, Uchoa E, Firmo JOA, Lima-Costa MF, Prince M. Prevalence of International Classification of Diseases, 10th Revision common mental disorders in the elderly in a Brazilian community: The Bambuí Health Ageing Study. *Am J Geriatr Psychiatry* 2007; 15:17-27.
42. Ratner PA, Johnson JL, Jeffery B. Examining emotional, physical, social and spiritual health as determinants of self-rated health status. *Am J Health Promot* 1998; 12:275-82.
43. Coelho FMC, Pinheiro RT, Horta BL, Magalhães PVS, Garças CMM, Silva CV. Common mental disorders and chronic non-communicable diseases in adults: a population-based study. *Cad Saúde Pública* 2009; 25:59-67.
44. Gill M, Comas A, García-García M, Monzón S, Antoni SB, Roca M. Comorbidity between common mental disorders and chronic somatic diseases in primary care patients. *Gen Hosp Psychiatry* 2010; 32:240-5.
45. Alves LC, Letmann BCQ, Vasconcelos MEL, Carvalho MS, Vasconcelos AGG, Fonseca TCO, et al. A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do Município de São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2007; 23:1924-30.
46. McDougall FA, Kvaal K, Matthews FE, Paykel E, Jones PB, Dewey ME, et al. Prevalence of depression in older people in England and Wales: the MRC CFA Study. *Psychol Med* 2007; 37:1787-95.
47. Duarte MB, Rego MAV. Comorbidade entre depressão e doenças clínicas em um ambulatório de geriatria. *Cad Saúde Pública* 2007; 23:691-700.
48. Fleck MPA, Lima APBS, Louzada S, Schestasky G, Henriques A, Borges VR, et al. Associação entre sintomas depressivos e funcionamento social em cuidados primários à saúde. *Rev Saúde Pública* 2002; 36:431-8.
49. Hoffmann EJ, Ribeiro F, Farnese JM, Lima EWB. Sintomas depressivos e fatores associados entre idosos residentes em uma comunidade no norte de Minas Gerais, Brasil. *J Bras Psiquiatr* 2010; 59:190-7.

Recebido em 17/Set/2012

Versão final reapresentada em 14/Jan/2013

Aprovado em 25/Fev/2013