



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRÓ-REITORIA DE ENSINO DE PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E COMUNIDADE



MICHELLY DA SILVA PINHEIRO

**AUTOAVALIAÇÃO DE SAÚDE NEGATIVA E FATORES ASSOCIADOS ÀS
CONDIÇÕES DE SAÚDE DE IDOSOS**

TERESINA

2021

MICHELLY DA SILVA PINHEIRO

**AUTOAVALIAÇÃO DE SAÚDE NEGATIVA E FATORES ASSOCIADOS ÀS
CONDIÇÕES DE SAÚDE DE IDOSOS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde e Comunidade da Universidade Federal do Piauí, como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde e Comunidade.

Orientadora: Prof.^a. Dr.^a. Karoline de Macêdo Gonçalves Frota

Área de Concentração: Saúde Pública

Linha de Pesquisa: Análise e Situações de Saúde

TERESINA

2021

Universidade Federal do Piauí
Biblioteca Setorial do CCS
Serviço de Processamento Técnico

Pinheiro, Michelly da Silva.
P654a Autoavaliação de saúde negativa e fatores associados às condições
de saúde de idosos / Michelly da Silva Pinheiro. -- Teresina, 2021.
73 f. : il.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Piauí, Programa de
Pós-Graduação em Saúde e Comunidade, 2021.
Orientação: Profª Drª Karoline de Macêdo Gonçalves Frota.
Bibliografia

1. Idosos. 2. Autoavaliação de saúde negativa. 3. Condições de
saúde. 4. Hábito alimentar. I. Frota, Karoline de Macêdo Gonçalves. II.
Título.

CDD 613.043 8

Elaborada por Fabíola Nunes Brasilino CRB 3/ 1014

MICHELLY DA SILVA PINHEIRO

**AUTOAVALIAÇÃO DE SAÚDE NEGATIVA E FATORES ASSOCIADOS ÀS
CONDIÇÕES DE SAÚDE DE IDOSOS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde e Comunidade da Universidade Federal do Piauí, como requisito para a obtenção do título de mestre em saúde e comunidade.

BANCA EXAMINADORA

Presidente/Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Karoline de Macêdo Gonçalves Frota
Universidade Federal do Piauí (UFPI)

1º Examinadora: Prof^ª. Dr^ª. Suzana Maria Rebelo Sampaio da Paz (Externo)
Clínica Prontocap

2º Examinador: Prof. Dr. José Wicto Pereira Borges (Interno)
Universidade Federal do Piauí (UFPI)

Examinador Suplente: Prof^ª. Dr^ª. Malvina Thais Pacheco Rodrigues (Interno)
Universidade Federal do Piauí (UFPI)

Teresina, 19 de julho de 2021

Aos meus!

Aqueles que nunca soltaram minhas mãos, que sempre me apoiaram e confiaram no meu sonho...

Pai, mãe e irmãos, essa conquista é nossa!!!

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, agradeço a Deus por me iluminar na busca por esse sonho. Sim! Antes tudo era sonho, o qual não foi fácil de alcançar, para o qual direcionei toda a minha fé e perseverança e, Deus, em sua infinita bondade, me mostrou que tudo tem seu tempo e quando eu estava prestes a desistir, em conversa íntima com Ele, senti que era chegada a minha vez. Acreditei, esperei, confiei e Ele me consagrou!

Aos meus pais, Manoel e Raimunda, que nunca economizaram no amor e acolhimento, que sempre seguraram minha mão e me apoiaram na busca pelos meus objetivos, mesmo quando não compreendiam exatamente do que se tratava. Meu pai que mesmo ausente pelo trabalho, sempre esteve presente com a sua energia positiva, de força e garra. Minha mãe, figura de amor e carinho, mas também de ensinamento, sempre presente nas noites passadas em claro, na produção dos trabalhos, ou nas angústias do medo e, também na espera da volta pra casa, após um dia de trabalho e aula, ou mesmo de coleta de dados.

Meus irmãos Reginaldo, Aparecida e Patrícia, minha maior torcida, que sempre acreditaram no que eu me propunha a fazer, sempre com palavras de apoio e até mesmo financeiro, aos meus sobrinhos, pelo amor puro e sincero e à Tia Rita, presente em cada detalhe, sempre com uma palavra de incentivo.

Aos amigos, irmãos que Deus me deu, aqueles que serviram de apoio e alívio em momentos mais tensos, em especial, às amigas de vida Nayrana, Luciana e Roberta, minhas comadres: Crislane e Edjane e às “Guxas de Parnarama”: Joana, Maísa, Márcia, Mariana, Nádia e Rebeca. Não deixando de mencionar aquelas que seguraram em minha mão até a porta de entrada desse sonho: Camila Guedes, Regina, Roseane e Artemizia.

Ao meu amor, Abel Neto, presente que chegou junto com o Mestrado, trazendo muito conforto e leveza à minha vida, minha escolha diária de partilhar tudo que a vida tem a oferecer, que me deu o maior dos presentes: o fruto do nosso amor. Amo você!

À minha querida orientadora, Karoline Frota, pelo acolhimento, paciência e doçura no ato de ensinar, que fez desse processo uma caminhada leve e, ao mesmo tempo, rica de aprendizados, na construção dessa dissertação, exemplo de humanidade, respeito e empatia.

Ao grupo de pesquisa do ISAD-PI onde pude desenvolver minha pesquisa e construir laços de amizade, em especial às “Meninhas da professora Karol” (Cynthia, Larisse e Thiana) e à Layanne pela contribuição com os resultados desse trabalho.

Aos meus colegas de turma pelo companheirismo e parceria durante esse processo, pelo qual enfrentamos juntos as adequações e reinvenções de um período difícil, que tem sido a

pandemia da COVID-19, em especial à Laryza, com quem dividi todos os sentimentos envolvidos nessa jornada, sempre acolhidos com muita compreensão e empatia.

Ao Programa de Pós-Graduação em Saúde e Comunidade da Universidade Federal do Piauí (PPGSC-UFPI), pela oportunidade em cursar o mestrado e aos professores pelo compartilhamento de saberes e aos funcionários pelo acolhimento.

Aos membros Banca Examinadora Prof^a. Dr^a. Suzana Maria Rebelo Sampaio da Paz, Prof. Dr. José Wicto Pereira Borges e Prof^a. Dr^a. Malvina Thais Pacheco Rodrigues, por terem aceitado o convite e pelas valiosas contribuições para essa dissertação.

À Secretaria Municipal de Parnarama, pela colaboração nos momentos em que precisei me ausentar para cumprir com as atividades do mestrado.

E, não poderia deixar de agradecer, aos moradores das cidades de Teresina e Picos, por terem aceitado participar e contribuir com essa pesquisa.

Fica aqui registrada minha imensa gratidão a cada um de vocês que fizeram parte da concretização desse sonho.

Muito obrigada!!!

“Tudo tem o seu tempo determinado, e há tempo para todo o propósito debaixo do céu. Há tempo de nascer, e tempo de morrer; tempo de plantar, e tempo de arrancar o que se plantou; Tempo de matar, e tempo de curar; tempo de derrubar, e tempo de edificar; Tempo de chorar, e tempo de rir; tempo de prantear, e tempo de dançar; Tempo de espalhar pedras, e tempo de ajuntar pedras; tempo de abraçar, e tempo de afastar-se de abraçar; Tempo de buscar, e tempo de perder; tempo de guardar, e tempo de lançar fora; Tempo de rasgar, e tempo de coser; tempo de estar calado, e tempo de falar; Tempo de amar, e tempo de odiar; tempo de guerra, e tempo de paz.”

(Eclesiastes 3:1-8)

RESUMO

Introdução: A autoavaliação de saúde (AAS) consiste na percepção que os indivíduos possuem sobre sua própria saúde, demonstrando uma importante relação com o bem-estar geral. Nessa perspectiva, a Organização Mundial de Saúde recomenda a AAS como importante indicador de saúde, capaz de estimar e monitorar efeitos decorrentes do processo de envelhecimento.

Objetivo: Investigar a associação entre a AAS negativa e fatores relacionados às condições de saúde em idosos no Piauí. **Métodos:** Estudo de natureza transversal, de base populacional, realizado com idosos (n=350), domiciliados nos municípios de Teresina e Picos – Piauí. Foram coletados dados sociodemográficos, econômicos, de hábitos alimentares, sobre condições de saúde e antropométricos. A AAS negativa foi considerada a partir da resposta ao questionamento: “*Em geral, como o(a) senhor(a) avalia a sua saúde?*”, que avaliaram sua saúde como *Regular/Ruim/Muito ruim*. Para verificar a associação entre a AAS negativa e as variáveis independentes, foi empregada a regressão de Poisson com variância robusta, expressa em Razão de Prevalência (RP). Utilizou-se o modo *survey* do programa STATA, versão 14.0, devido a amostragem complexa do estudo. Considerou-se o nível de significância de 5% e Intervalos de Confiança de 95%. **Resultados:** A prevalência de AAS negativa foi de 60,3%, com maior prevalência no sexo feminino (RP=2,08; p=0,01) e nos idosos que apresentaram circunferência da cintura elevada (RP=1,81; p=0,03). O hábito de consumir de salada crua foi protetor para a AAS negativa em idosos (RP=0,41; p=0,03). Com relação à presença de morbidades, a AAS negativa associou-se significativamente com a hipertensão (RP=2,02), doenças cardiovasculares (RP=1,71) e hipercolesterolemia (RP=2,26). Além disso, a AAS negativa foi mais prevalente em idosos que utilizavam três ou mais medicamentos por dia (RP=2,34; p=0,04) e que utilizaram de serviços de emergência nos últimos 12 meses (RP=1,87; p=0,005). **Conclusão:** O estudo mostrou que a AAS negativa em idosos é mais prevalente nas mulheres, naqueles com obesidade abdominal e naqueles que autorrelataram a presença de doenças crônicas. Além disso, foi verificado efeito protetor do hábito de consumir salada crua em relação a AAS negativa em idosos. Esses achados reforçam a importância de analisar os aspectos que estão envolvidos com a AAS negativa em idosos, como forma de subsidiar estratégias de saúde coletiva para a promoção da saúde nesse grupo etário.

Palavras-chave: Idosos. Autoavaliação de saúde negativa. Condições de saúde. Hábito alimentar.

ABSTRACT

Introduction: Self-rated health (SRH) consists of the perception that individuals have about their own health, demonstrating an important relationship with general well-being. In this perspective, the World Health Organization recommends SRH as an important health indicator, capable of estimating and monitoring effects resulting from the aging process. **Objective:** To investigate the association between negative SRH and factors related to health conditions in the elderly in Piauí. **Methods:** A cross-sectional, population-based study, carried out with the elderly (n = 350), domiciled in the municipalities of Teresina and Picos - Piauí. Sociodemographic, economic, eating habits, health and anthropometric data were collected. The negative SRH was considered from the answer to the question: "*In general, how do you assess your health?*", Who rated your health as *Regular / Bad / Very bad*. To verify the association between negative SRH and independent variables, Poisson regression with robust variance was used, expressed as the Prevalence Ratio (PR). The survey mode of the STATA program, version 14.0, was used, due to the complex sampling of the study. The significance level was set at 5% and 95% confidence intervals. **Results:** The prevalence of negative SRH was 60.3%, with a higher prevalence in females (PR = 2.08; p = 0.01) and in the elderly who had high waist circumference (PR = 1.81 ; p = 0.03). The habit of consuming raw salad was protective against negative SRH in the elderly (RP-0.41; p = 0.03). Regarding the presence of morbidities, negative SRH was significantly associated with hypertension (PR = 2.02), cardiovascular diseases (PR = 1.71) and hypercholesterolemia (PR = 2.26). In addition, negative SRH was more prevalent in the elderly who used three or more medications per day (PR = 2.34; p = 0.04) and who used emergency services in the last 12 months (PR = 1.87; p = 0.005). **Final considerations:** According to the study's data, negative SRH in the elderly is more prevalent in women, in those with abdominal obesity, who self-reported the presence of chronic diseases, who used more than three medications and who sought the emergency health service. and emergency more frequently. In addition, the study showed evidence of the protective effect of the habit of consuming raw salad for negative SRH in the elderly. These findings reinforce the importance of analyzing the aspects that are involved with negative SRH in the elderly, as a way to support collective health strategies for health promotion in this age group.

Keywords: Elderly. Negative self-rated health. Health conditions. Eating habits.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES E QUADROS

Figura 1. Fluxograma das etapas de coleta de dados do ISAD-PI, Teresina e Picos, Piauí, 2018/2019.....	29
---	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Caracterização da população do estudo quanto aos dados sociodemográficos, econômicos, estilo de vida, hábito alimentar e condições de saúde dos idosos (n=350).	34
Tabela 2. Prevalência e associação entre autoavaliação de saúde negativa e variáveis sociodemográficas, de estilo de vida e antropométricas em idosos.	36
Tabela 3. Prevalência e associação entre autoavaliação de saúde negativa e hábito alimentar em idosos.	37
Tabela 4. Prevalência e associação entre autoavaliação de saúde negativa, presença de doenças crônicas e uso de medicamentos em idosos.	38
Tabela 5. Associação entre autoavaliação de saúde negativa e procura por serviços de saúde em idosos.	39

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- AAS – Autoavaliação de saúde
- APS – Atenção Primária em Saúde
- CB – Circunferência do braço
- CC – Circunferência da cintura
- CEP – Comitê de Ética em Pesquisa
- CP – Circunferência da panturrilha
- DCNT – Doenças crônicas não transmissíveis
- DCV - Doenças cardiovasculares
- DM – Diabetes Mellitus
- HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica
- IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- IC – Intervalo de confiança
- IMC – Índice de Massa Corporal
- IPAQ – Questionário Internacional de Atividade Física
- ISA – Inquérito de Saúde
- ISAD – Inquérito de Saúde Domiciliar
- OMS – Organização Mundial de Saúde
- PCT – Prega cutânea tricípital
- PNAD – Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios (PNAD)
- PNS – Pesquisa Nacional de Saúde
- RP – Razão de prevalência.
- TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
- UPAs – Unidades Primárias de Amostragem
- VIGITEL – Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Telefone

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
2 OBJETIVOS	17
2.1 Objetivo Geral	17
2.2 Objetivos específicos.....	17
3 REFERENCIAL TEÓRICO	18
3.1 Envelhecimento populacional e condições de saúde de idosos no Brasil.....	18
3.2 Autoavaliação de saúde.....	20
3.2.1 Autoavaliação de saúde em idosos	21
3.3 Estudos de base populacional	23
4 MÉTODOS.....	25
4.1 Tipo de estudo	25
4.2 Local de estudo	25
4.3 População e amostra.....	25
4.3.1 Tamanho da amostra.....	25
4.3.2 Plano de amostragem.....	26
4.4 Critérios de elegibilidade	28
4.5 Coleta de dados e protocolo de pesquisa	28
4.6 Variáveis do estudo.....	29
4.6.1 Variáveis sociodemográficas, econômicas	29
4.6.2 Autoavaliação de saúde	30
4.6.3 Estilo de vida	30
4.6.4 Variáveis antropométricas	30
4.6.5 Hábitos alimentares	32
4.6.6 Presença de comorbidades, utilização de medicamentos e frequência de utilização de serviços de saúde	32
4.7 Análise de dados	33
4.8 Aspectos éticos	33

5 RESULTADOS	34
6 DISCUSSÃO	41
7 CONCLUSÃO.....	46
REFERÊNCIAS	47
ANEXOS	53

1 INTRODUÇÃO

A autoavaliação de saúde (AAS) consiste na percepção que os indivíduos possuem sobre sua própria saúde. Perpassa, por um lado, pelos aspectos sociais e psicológicos e, por outro, pelos aspectos biológicos e físicos, demonstrada na conexão entre o fluxo cognitivo e as respostas à única pergunta que compõe esse indicador: “*Como é sua saúde em geral: excelente, muito boa, boa, regular ou ruim?*”. Dessa forma, a AAS constitui-se como uma ferramenta de fácil aplicabilidade, reprodutibilidade e baixo custo (ANDRADE, AZEREDO e PERES, 2020; SOUZA et al, 2017).

A avaliação que os indivíduos têm sobre sua própria saúde podem ter relação com o seu bem-estar geral. Diante disso, a AAS predispõe a sobrevida, uma vez que, esse questionamento resulta no julgamento pessoal subjetivo sobre a qualidade geral da saúde, não apenas pautada na presença de doença, mas sim no bem-estar físico, mental e social, fortalecendo a amplitude do conceito de saúde formulado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1948 (SANTOS, COUTO e BASTONE, 2018; CIOLA, 2020).

Nessa perspectiva, a OMS recomenda a AAS como indicador de saúde das populações, sendo fortemente utilizada no mundo, como um indicador capaz de estimar e monitorar efeitos decorrentes do processo de envelhecimento, tais como o maior número de morbidades, sinais de depressão, sensação de frustração e medo (WHO, 1996; MANTOVANI et al, 2015; BELÉM et al, 2016; SOUZA et al, 2017; PAIVA e TAVARES, 2015).

Em estudos epidemiológicos, essa variável vem sendo abordada de maneira dicotômica, positiva ou negativamente (SOUSA et al, 2020).

O processo de envelhecimento é observado como desafio do mundo atual. É evidente um maior comprometimento no estado de saúde desses indivíduos, marcado por maiores vulnerabilidades e incapacidades associadas a esse processo, tais como surgimento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). Esse cenário traz consigo um reflexo direto no aumento dos custos com assistência à saúde, tornando-se necessário o estímulo a avaliação de saúde de idosos (MELO et al, 2017; SANTOS, COUTO e BASTONE, 2018; BELÉM et al, 2016).

Desse modo, existem vários fatores determinantes e condicionantes da saúde dos idosos, que podem afetar diretamente o bem-estar físico e mental desses indivíduos, tais como questões socioeconômicas, comportamentais, nutricionais, presença de morbidades e limitações funcionais (TRIACA et al, 2017).

A maior parte desses fatores estão relacionados ao estilo de vida não saudável da população, caracterizado pelo uso de cigarro, consumo de bebidas alcoólicas, prática de

atividade física insuficiente, dieta rica em gorduras saturadas e *trans* e consumo insuficiente de frutas e legumes, dentre outros (TRIACA et al, 2017).

Estudos populacionais realizados com idosos mostram associação entre AAS e a presença de DCNT e mortalidade, onde aqueles que avaliam negativamente a própria saúde, apresentam mais risco para desfechos negativos em saúde (OLIVEIRA et al, 2019; MORENO et al, 2017; JUREZ-ROING et al, 2016)

Um estudo realizado com 28.800 canadenses, maiores de 45 anos (CHIREH e D'ARCY, 2018) mostrou associação entre os fatores sociodemográficos, econômicos e estilo de vida com a AAS. Os indivíduos que relataram a presença de sintomas depressivos, que moravam sozinhos, com obesidade e os fumantes tiveram maior associação com a AAS negativa. Entretanto, para Triaca et al (2017), esses comportamentos de risco são modificáveis, podendo ser traduzidos em ganhos no bem-estar da população, caso sejam alterados.

Assim, a AAS possui a capacidade de prever, de maneira robusta e consistente sobre o estado de saúde geral de idosos, tratando-se de uma relevante ferramenta para a análise das condições de saúde desses indivíduos, que deve ser reconhecido como instrumento com aplicabilidade eficaz na promoção de saúde nesse grupo da população (CARNEIRO et al, 2020).

Diante do exposto, a análise da associação da AAS negativa com os fatores relacionados às condições de saúde em idosos poderá contribuir na identificação de quais aspectos determinantes da saúde precisam ser melhorados. Tais resultados podem direcionar ações estratégicas de saúde pública às necessidades desse grupo etário, no sentido de promover qualidade de vida, e conseqüentemente, proporcionar melhora no estado de saúde global desses indivíduos.

Além disso, embora a AAS seja um importante instrumento para a vigilância em saúde dos idosos, observa-se a escassez desse tipo de estudo em regiões menos desenvolvidas e distantes dos grandes centros metropolitanos brasileiros, assim, o objetivo deste estudo foi investigar a associação entre a autoavaliação de saúde negativa com fatores relacionados às condições de saúde em idosos no Piauí.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Investigar a associação entre a autoavaliação de saúde negativa com fatores relacionados às condições de saúde em idosos no Piauí.

2.2 Objetivos específicos

- ✓ Caracterizar a população estudada quanto aos aspectos demográficos, socioeconômicos, de estilos de vida e estado nutricional;
- ✓ Descrever a prevalência de autoavaliação de saúde negativa em idosos;
- ✓ Relacionar a autoavaliação de saúde negativa dos indivíduos idosos com o estado nutricional e consumo alimentar;
- ✓ Associar a autoavaliação de saúde negativa dos indivíduos idosos com a presença de doenças crônicas, utilização de medicamentos e a procura por serviços de saúde.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Envelhecimento populacional e condições de saúde de idosos no Brasil

O envelhecimento populacional, marcado pelas transformações socioeconômicas do século XIX, tem sido observado como um importante desafio do mundo atual, tanto nos países desenvolvidos, como naqueles que estão em desenvolvimento, a exemplo do Brasil desde a década de 40 (MELO et al. 2017; KÜCHEMANN, 2012). Esse processo é resultante da transição demográfica somado ao processo de transição epidemiológica da população, que se encontram em diferentes momentos ao redor do mundo (OLIVEIRA; TAVARES, 2020).

A acentuada transição demográfica da população é atribuída à redução das taxas de mortalidade e fecundidade, aumento da expectativa de vida e migração, bem como, ao maior controle de epidemias, ao avanço tecnológico da ciência e à promoção de estilos de vida mais ativos da população, (CÂNDIDO; MELO, 2016; SILVA, PIMENTEL; SANTOS FILHA, 2020).

Em 1920, a expectativa de vida ao nascer era de 32,5 anos de idade, os idosos representavam 4,0% da população do Brasil, cerca de 11 idosos para cada 100 crianças. Contudo, observando-se o crescimento acelerado da população idosa no país, em 2010, essa expectativa de vida dobrou para aproximadamente 74 anos, em que 10,8% dos brasileiros tinham mais de 60 anos. Nessa perspectiva, estima-se que em 2040, cerca de 23,8% da população seja composta por idosos, configurando uma inversão demográfica, com uma proporção de 153 idosos para cada 100 indivíduos menores de 15 anos (MIRANDA, MENDES e SILVA, 2016).

Ainda segundo Miranda, Mendes e Silva (2016), o crescimento da população idosa traz consigo uma série de alterações na sociedade, relacionados com a economia, ao mercado de trabalho, ao acesso aos serviços de saúde e às relações familiares, que ensejam a organização de uma rede com capacidade para ofertar serviços e ações no âmbito da proteção social.

Em decorrência desse processo, observa-se a mobilização de políticas públicas voltadas para esse grupo etário, tais como a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Aprovada por meio da Portaria nº 2.528, pelo Ministério da Saúde em 2006, a PNSPI tem finalidade de assegurar direitos sociais à pessoa idosa, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade e reafirmando o direito à saúde nos diversos níveis de atendimento do SUS (BRASIL, 2006a).

Além disso, a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), por meio da Portaria nº 687, com o objetivo de promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes inerentes aos modos de viver, às condições de trabalho, à habitação, ao ambiente, à educação, ao lazer, à cultura, ao acesso a bens e serviços essenciais, inclusive idosos (BRASIL, 2006b).

A longevidade tem sido comumente associada à coexistência de diferentes doenças crônicas provocadas por desordens e/ou desregulação de múltiplos sistemas e órgãos. Esse panorama tem resultado em adversidades nas condições de saúde dos idosos, tais como incapacidade funcional para realização de atividades diárias, internações e surgimento de morbidades (OLIVEIRA et al, 2020).

A capacidade funcional tem sido considerada como uma nova forma de avaliar as condições de saúde do idoso, uma vez que esse panorama é influenciado por uma interação multifatorial entre a saúde física, saúde mental, independência na vida diária, interação social, suporte familiar e independência econômica (AVEIRO et al, 2011).

Essa alteração no perfil de adoecimento da população idosa acaba por refletir em novas demandas a serem enfrentadas pelo setor de saúde. Nessa faixa etária, de maneira geral, é possível identificar maior número de morbidades, com predomínio para a ocorrência de DCNT, que promovem um aumento da necessidade de acesso aos serviços de saúde mais especializados e de maior custo (TAVARES, OLIVEIRA e FERREIRA, 2020; ALEXANDRINO et al, 2019).

O estado nutricional é considerado um importante determinante de saúde entre os idosos, pois pode ser influenciado pelas alterações fisiológicas comuns no processo de envelhecimento. As incapacidades físicas, podem influenciar no preparo e seleção de alimentos, interferindo, assim, no desenvolvimento de distúrbios nutricionais, o que influencia o estado de saúde geral desses indivíduos (FERREIRA, MONTEIRO e SIMÕES, 2017).

Diante do exposto, é necessário que as consequências do processo de envelhecimento sejam minimizadas, na busca da independência funcional desses indivíduos por período prolongado. O envelhecimento, em si, não se constitui como causa essencial do declínio funcional, mas é o principal fator de risco para o surgimento de agravos crônicos à saúde, que, por sua vez, relacionam-se com o comprometimento da funcionalidade e da qualidade de vida (MAIA et al, 2020).

O envelhecimento, bem como a redução da mortalidade precoce são indicadores positivos para o desenvolvimento da humanidade. Embora, a longevidade possa ser desafiadora, observando-se as alterações no bem-estar, a autoavaliação de saúde dos idosos

sugere que o mais importante é manter suas funções físicas e cognitivas suficientes para a realização das atividades diárias de maneira independente (SANDER et al, 2015).

A idade por si é considerada como um fator de determinação de condições de saúde. Além dos fatores relacionados ao meio social em que vivem, ao estilo de vida, que contribuem para a exposição a fatores de risco à saúde influenciando, assim, na avaliação que esses indivíduos fazem sobre a própria saúde, tornando-se necessário a investigação sobre a associação da AAS negativa desses indivíduos com as condições de saúde observadas nos mesmos.

3.2 Autoavaliação de saúde

A AAS é recomendada pela OMS como importante marcador de bem-estar e qualidade de vida e, tornando-se útil para prever a sobrevivência do indivíduo, além de contribuir para avaliar as necessidades de saúde de um grupo (CARNEIRO et al, 2020; SILVA, PINTO JÚNIOR e VILELA, 2014).

Esse indicador tem sido utilizado para medir não apenas o estado de saúde atual, mas também as alterações ocorridas, como uma ferramenta preditora de condições de saúde, independente da mortalidade. A abrangência desse indicador proporciona uma avaliação holística dos indivíduos sobre sua própria saúde, considerando fatores sociais, físicos e emocionais que podem afetar as condições de saúde de determinado grupo (LIU et al, 2021).

Em estudos populacionais, a avaliação da saúde abrange três domínios de investigação: a saúde testada, observada e percebida, onde a primeira é medida por meio de exames laboratoriais e funcionais, a segunda, baseada na observação clínica realizada por profissionais da saúde; e a última é pautada na avaliação que os indivíduos fazem sobre sua própria saúde, sendo facilmente aplicada em amostras amplas da população (PAGOTTO, BACHION e SILVEIRA et al, 2013).

Dessa forma, apesar de possuir caráter subjetivo, a AAS é válida frente a outras ferramentas para condições de saúde mais complexas, sendo utilizada de maneira consistente em estudos populacionais com diferentes características socioeconômicas e demográficas (SILVA JÚNIOR, 2014).

A AAS foi empregada no Brasil como variável desfecho pela primeira vez na Pesquisa Nacional de Amostras por Domicílios (PNAD), em 1998, para identificar a avaliação negativa de saúde da população em geral. Em 2004 por Lima-Costa, Firmo e Uchôa, que analisaram,

pela primeira vez, esse desfecho em idosos, no Projeto Bambuí (PAGOTTO, BACHION e SILVEIRA, 2013).

Nesse contexto, a AAS negativa prediz sobre um risco relativo de morte aproximadamente duas vezes maior quando comparado com idosos que tem uma avaliação de saúde positiva (TRIACA et al, 2017). Entender a saúde diferencia-se dos conceitos científicos preconizados, sendo, portanto, uma compreensão relativa ao indivíduo, em que para alguns, estar saudável não se relaciona com a presença de alguma doença, mas sim com a capacidade de desempenhar papéis na sociedade (PILEWSKA-KOZAK, et al 2020).

A AAS em idosos tem sido utilizada como uma busca da compreensão de quais fatores podem estar relacionados com o agravamento da mortalidade em idosos, principalmente entre aqueles que apresentam uma autoavaliação negativa da própria saúde.

3.2.1 Autoavaliação de saúde em idosos

A comparação entre critérios de avaliação de condições de saúde pode ocorrer de maneira objetiva e subjetiva. Em idosos, essa comparação é realizada entre o envelhecimento saudável ou bem-sucedido mensurados em ambos os critérios, observando-se que o estado de saúde tende a enfraquecer com o avançar da idade (BORIM et al., 2014).

Nesse sentido, o envelhecimento bem-sucedido é resultado da avaliação positiva de diferentes aspectos associados à saúde dos longevos, independente da presença de alguma doença crônica, tais como: saúde física e mental, independência na vida cotidiana, interação social, suporte familiar e independência econômica. Essa heterogeneidade de fatores associados com as condições de saúde de idosos aproximam-se do conceito ampliado de saúde (MAIA et al, 2020; CARNEIRO et al, 2020).

A avaliação que os idosos fazem sobre sua própria saúde é influenciada pela capacidade fisiológica, pelo embasamento em informações originadas a partir do acompanhamento realizado nos serviços de saúde por seus respectivos profissionais e, além disso, pela comparação com a saúde de indivíduos da mesma idade (MELO, FALSARELLA, NERI, 2014).

Nessa perspectiva, a AAS está associada com diversos aspectos fundamentais para a saúde dos idosos, tais como fatores sociodemográficos e econômicos (idade, sexo, renda e escolaridade), estado nutricional, alimentação, prática de atividade física, consumo de álcool e fumo, bem como a presença de DCNT, uso de medicamentos e utilização de serviços de saúde (CONFORTIN et al, 2015).

Pode-se considerar também que a AAS dos idosos vão além do julgamento que fazem sobre a saúde física, relacionando-se com as dimensões psicológicas e socioculturais, variando também com a história e a cultura dos indivíduos (FONSECA, 2010). A realização de atividades diárias como trabalhar, lazer, culturais e sociais, permite que o idoso seja participativo, produtivo e ativo, influenciando na sua avaliação que os mesmos fazem sobre a própria saúde (MELO, FALSARELLA e NERI, 2014).

O surgimento de doenças nos idosos comprometem suas condições físicas, sociais e mentais, culminando numa AAS negativa entre esses indivíduos. Essas dificuldades, inerentes do envelhecimento, podem ser observadas de maneira diferente de acordo com o gênero, visto que as mulheres idosas têm demonstrado maior associação com a ASS negativa, em comparação com os homens (OLIVEIRA et al, 2020; NAVARRO et al, 2020).

Estudos realizados com idosos, no Brasil, mostraram associação entre a AAS negativa com a idade avançada, gênero feminino, baixa renda, nível de escolaridade, assim como com a presença de comorbidades (ANTHUNES et al, 2019; SILVA et al, 2020)

A presença de morbidades em idosos, físicas ou mentais, influenciam diretamente a avaliação de saúde de maneira negativa, que se agrava à medida em que se observa um aumento no número de doenças diagnosticadas, visto o prejuízo provocado para a capacidade funcional do indivíduo. Essa condição está intimamente relacionada com a utilização de medicações contínuas, de maneira associada, aumentando o risco de desenvolvimento de reações adversas, interações medicamentosas, comprometendo, também a AAS dos idosos (CIOLA, 2020).

Não existe um consenso, nacional ou internacional, sobre qual seja o ponto de corte ideal e onde classificar, a AAS em positiva ou negativa, no entanto, estas possíveis divergências entre os estudos não tiram a significância e importância de seus resultados (CIOLA, 2020)

As evidências sobre AAS negativa diferenciam-se a depender do estudo analisado, exigindo uma cautela maior para a comparação de resultados, visto que não há um consenso sobre a forma de categorização na abordagem desse instrumento, além de serem observadas diferenças entre as regiões onde ocorrem os estudos, associadas aos aspectos socioeconômicos e ao sistema de saúde locais (CARNEIRO et al, 2020).

Ainda segundo Carneiro et al (2020), deve-se dar uma atenção especial para as elevadas evidências de ASS negativa em idosos por parte dos serviços de referência e dos profissionais de saúde, principalmente daqueles que compõem a Atenção Primária em Saúde (APS), visto que esse instrumento tem associação com a presença de morbidades, além do impacto direto ou indireto no comprometimento ao estado de saúde desses indivíduos.

3.3 Estudos de base populacional

Com base na diversidade cultural e distintas realidades sociais, em níveis nacional e internacional, os estudos de base populacional tem se destacado como sólida fonte de informações em saúde (ZANESCO et al, 2018).

Os estudos de base populacional, também denominados de inquéritos populacionais, são constituídos por coletas de informações periódicas, de suma importância para o conhecimento do perfil de uma população, sobre os aspectos de saúde, bem como seus fatores de risco e desigualdades sociais, que permitem o monitoramento de ações e programas de saúde direcionados a subgrupos populacionais, subsidiando a criação de estratégias e gerenciamento de ações de intervenção em saúde coletiva (MALTA, SZWARCOWALD, 2017).

Esses estudos são instrumentos metodológicos que tem o objetivo de construir informações em saúde, as quais são obtidas a partir de respostas as entrevistas aplicadas a uma amostra probabilística significativa da população estudada. Podem alcançar uma grande variedade de temas ou restringirem-se a assuntos mais específicos, com a vantagem de alcançar os indivíduos fora dos serviços de saúde, proporcionando mais acurácia aos dados obtidos (SILVA e PINTO, 2020; BARROS, 2008).

A OMS, no final da década de 1980, promoveu a criação de metodologias e instrumentos de coletas de dados compatíveis para medir as situações de saúde na população, por meio de inquéritos populacionais, de forma que pudessem complementar os dados de saúde gerados pelos órgãos oficiais de estatística de cada país (PINTO, FREITAS e FIGUEIREDO, 2018).

Nesse sentido, no Brasil, as primeiras informações de saúde da população foram resultantes da Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios (PNAD), planejada e executada pelo IBGE, até os dias atuais. Em 2013, teve seu Suplemento Saúde desvinculado, gerando a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), que adotou uma abordagem metodológica semelhante aos principais inquéritos de saúde nacionais e internacionais (OLIVEIRA; SIMÕES, 2005; SILVA e PINTO, 2020).

A metodologia aplicada na PNS permitiu a comparação de dados entre estudos de base populacional, como com a Pesquisa de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Telefone, realizada em 2013 (VIGITEL). A PNS passou a incluir aspectos relevantes para a saúde pública, importantes para o Ministério da Saúde (SILVA e PINTO, 2020; SZWARCOWALD et al., 2014).

Dessa forma, a PNS possibilitou a análise de aspectos que tem contribuído para a compreensão da AAS na população brasileira, bem como sobre a saúde do idoso, consolidando-se como base para planejamentos e projeções no setor saúde (ZANESCO et al, 2018).

Nesse sentido, um importante estudo de base populacional realizado no Brasil, desde 2002, foi o Inquérito de Saúde no município de São Paulo (ISA), com a finalidade de analisar as condições de saúde e vida, bem como a utilização de serviços de saúde, por meio de entrevistas domiciliares, onde participaram 3.271 pessoas de todas das faixas etárias, domiciliadas em zonas urbanas. Foram realizadas edições desse inquérito em 2003, 2008 e 2015, com financiamento majoritário da Secretaria Municipal de Saúde (SEGRI et al, 2011; ALVES et al, 2018).

Contudo, o Inquérito de Saúde Domiciliar nos Municípios de Teresina e Picos – Piauí (ISAD-PI) estruturado com base no estudo ISA (2008) e PNS realizada pelo IBGE, em 2013, constitui-se como mais um relevante estudo de base populacional, que traz dados sobre a população do estado do Piauí, podendo subsidiar comparações com outros estudos de base populacional nacionais e internacionais, gerando informação à cerca da saúde da população.

4 MÉTODOS

4.1 Tipo de estudo

Estudo de natureza transversal, realizado a partir de recorte de dados provenientes de pesquisa populacional e domiciliar, intitulado “*Inquérito de Saúde de Domiciliar nos municípios Teresina e Picos – PI (ISAD-PI)*”, que objetivou analisar as condições de vida e situação de saúde da população, por meio de visitas em domicílios localizados na área urbana dos municípios de Teresina e Picos (PI).

4.2 Local de estudo

A pesquisa foi realizada nas áreas urbanas das cidades de Teresina e Picos, no estado do Piauí, levando-se em consideração a densidade populacional do estado, onde a primeira, capital do estado, representa o município com maior densidade populacional do Centro-norte do Piauí e, a segunda do sudeste piauiense. Levou-se em consideração, também a existência de campus da Universidade Federal do Piauí, em ambos os municípios.

4.3 População e amostra

A população deste estudo foi constituída por indivíduos idosos, residentes em domicílios nas áreas urbanas de Teresina e Picos (PI).

4.3.1 Tamanho da amostra

Para o cálculo do tamanho da amostra, considerou-se a estratificação da população de ambas as cidades, de acordo com a idade dos indivíduos, para ambos os sexos: crianças menores de 2 anos; crianças de 3 a 4 anos; crianças de 5 a 9 anos; adolescentes de 10 a 14 anos; adolescentes de 15 a 19 anos; adultos de 20 a 59 anos e idosos com mais de 60 anos.

Tendo em vista que o município de Teresina contava com 210.093 domicílios particulares no ano de 2010, e Picos contava com 16.944, foi calculado o número médio de indivíduos em cada grupo etário por domicílio em cada cidade. Assim, com o intuito de garantir que, no mínimo, 30 indivíduos de cada grupo etário participassem da amostra, foi calculado o número de domicílios necessários para cada grupo, desta forma, o maior tamanho de amostra

em número de domicílios foi para o grupo etário de 3-4 anos do sexo feminino, tanto em Teresina ($n_0 = 578$ domicílios), quanto em Picos ($n_0 = 620$ domicílios), a partir disso, foi obtido o número esperado de indivíduos para cada grupo etário e sexo.

Considerando o número de indivíduos para cada faixa de idade foram realizados estudos por simulação do comportamento do Intervalo de confiança de 95% (IC 95%) e do coeficiente de variação do erro-padrão da proporção - $Cv-\hat{p}$ para estimativas da proporção \hat{p} variando de 10% a 70%, segundo grupos etários, sexo e respectivos tamanhos amostrais. O número de indivíduos foi considerado satisfatório, pois permitiu estimativas da proporção com $Cv-\hat{p}$ ao redor de 20%.

Contudo, levando-se em consideração que durante o levantamento de dados podem ocorrer perdas devido a vários motivos como: ausência do morador no domicílio sorteado, recusa do morador em responder o questionário, erros nas respostas etc., o tamanho da amostra final para este estudo foi ajustado utilizando $n = n_0/0,90$, admitindo-se uma taxa de resposta de 90%, resultando em $n \cong 642$ domicílios em Teresina e $n \cong 688$ domicílios em Picos, equivalente a 2.111 indivíduos em Teresina e 2134 em Picos, totalizando uma amostra de 4.225 domiciliados.

Considerando o recorte estabelecido para o presente estudo, ao final, obteve-se uma amostra da população de 381 idosos de 60 anos ou mais nas cidades de Teresina e Picos (PI). Destes, 233 idosos residiam em Teresina e 148 idosos eram residentes de Picos. Entretanto, 31 indivíduos idosos não possuíam dados sociodemográficos, antropométricos e de estilo de vida completos, desta forma, a amostra final foi composta por 350 idosos, dos quais 221 residiam em Teresina e 129 em Picos.

4.3.2 Plano de amostragem

O plano de amostragem do estudo foi realizado por meio por meio de processo de amostragem por conglomerados, em dois estágios: setores censitários e domicílios, com base nos dados do censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para o ano de 2010.

O setor censitário é a menor unidade geográfica disponível para a qual existem dados dos residentes com características socioeconômicas semelhantes e é composto por aproximadamente 300 famílias (aproximadamente 1.000 habitantes) (IBGE, 2010).

Na primeira etapa, para melhorar a eficiência da amostragem, os setores censitários de cada cidade foram, quando necessário, divididos ou agrupados de tal forma que o coeficiente de variação para as suas dimensões não excedesse 10%. Dessa forma, as Unidades Primárias

de Amostragem (UPAs) geradas poderiam ser constituídas por um único setor censitário, uma fração de um setor censitário, ou um agrupamento de setores censitários.

As UPAs foram, então, ordenadas de acordo com o seu código, de forma que todas as áreas da zona urbana dos municípios incluídos na pesquisa estivessem representadas na amostra. Assim, uma amostra sistemática foi tomada a partir desta lista ordenada das UPAs de cada cidade, com probabilidade proporcional ao tamanho. Desejando-se facilitar a estimação dos parâmetros de interesse, foi definido que seriam selecionadas, por sorteio, com equiprobabilidade 30 UPAs em Teresina e 24 UPAs em Picos.

A segunda etapa envolveu a amostragem sistemática de domicílios dentro de cada UPA selecionada na primeira etapa. Todos os moradores nos domicílios selecionados foram incluídos na pesquisa.

A fração global de amostragem usada neste estudo foi: $f = \frac{aM_i}{\sum M_i} \times \frac{b}{M_i} = \frac{n}{N}$, onde: f =fração global de amostragem; a =número total de UPAs a serem selecionadas no primeiro estágio; M_i =número de domicílios na UPA i ; b =número de domicílios a serem sorteados em cada UPA selecionada. Assim, onde: n =tamanho da amostra em número de domicílios; N =tamanho da população em número de domicílios. Sendo assim, o número de domicílios a serem sorteados no segundo estágio de amostragem em cada UPA foi calculado como: $f = \frac{aM_i}{\sum M_i} \times \frac{b}{M_i} = \frac{n}{N}$, o que resultou em 25 domicílios por UPA em Teresina e 26 domicílios por UPA em Picos.

A fração de amostragem de segundo estágio foi fixada, fazendo com que o número de domicílios sorteados fosse maior (ou menor) do que o planejado, caso o setor censitário tivesse crescido (ou diminuído) desde o Censo 2010. As estimativas de proporção segundo sexo e idade foram analisadas no tocante à precisão, através do coeficiente de variação (C_v). As estimativas com C_v menor que 20% foram consideradas adequadas.

Para as variáveis que apresentavam valores faltantes optou-se por realizar a imputação pelo método *Predictive Mean Matching*, sendo que, o percentual de dados imputados não excedeu 20%. Não houve ponderação dos dados, tendo em vista a probabilidade de seleção da amostra ter sido equiprobabilística. Todas as análises foram feitas no módulo *survey* do programa *Stata* versão 14, considerando a amostragem complexa a fim de que os resultados obtidos fossem representativos da população total dos municípios de Teresina e Picos.

A amostra do ISAD-PI gerou estimativas de proporção de sexo e idade situados nos patamares previstos, considerando que todas as estimativas apresentaram C_v abaixo de 20%. Outros estudos epidemiológicos na área da saúde têm proposto esse valor como limite aceitável.

4.4 Critérios de elegibilidade

Foram elegíveis para esse estudo indivíduos idosos (a partir de 60 anos) residentes em área urbana e em domicílios particulares permanentes nas cidades de Teresina e Picos (PI), que aceitaram participar da pesquisa após os devidos esclarecimentos sobre o estudo e os procedimentos éticos.

Os indivíduos residentes em domicílios coletivos, bem como aqueles que apresentaram quaisquer deficiências e incapacidades que dificultou a aplicação do questionário ou avaliação antropométrica foram considerados inelegíveis para a pesquisa. Além disso, os moradores de domicílios que permaneceram fechados após três visitas da equipe de pesquisadores, em dias e horários diferentes, também foram excluídos.

4.5 Coleta de dados e protocolo de pesquisa

Os dados foram coletados entre setembro de 2018 e dezembro de 2019. Nesse período, foi realizado o mapeamento dos setores censitários, com a utilização dos mapas dos setores sorteados, percorrendo-se as ruas ou quadras, no sentido horário, anotando-se os endereços dos domicílios, referentes aos seus respectivos códigos, sempre do lado direito do pesquisador.

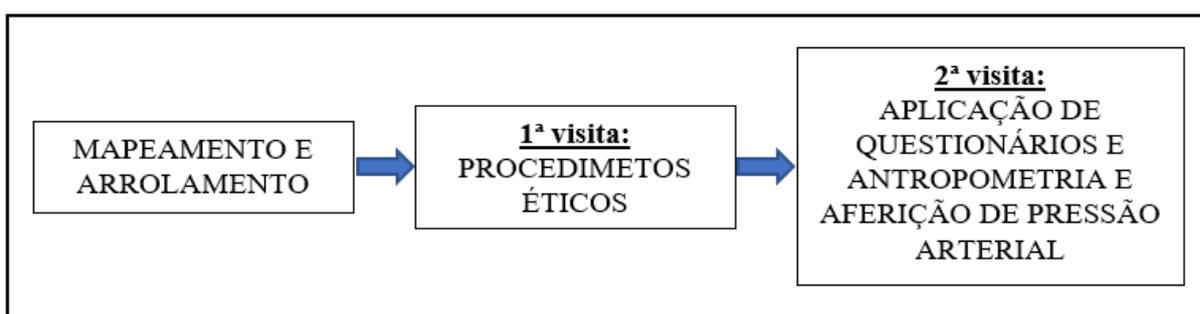
Os domicílios sorteados para a pesquisa foram visitados por uma equipe multiprofissional, composta por nutricionistas, enfermeiros, fisioterapeutas, médicos e técnicos de enfermagem, devidamente treinada. Os residentes foram convidados a participar da pesquisa e esclarecidos quanto às questões éticas do estudo (1ª visita). Em caso de aceite, iniciava-se a coleta de dados imediatamente, ou agendava-se a coleta para outro momento de acordo com a disponibilidade dos voluntários.

Um panfleto informativo sobre a pesquisa, contendo esclarecimentos, um número de telefone e um convite para participação, foi utilizado como estratégia de contato com os domicílios fechados. Além disso, com a finalidade de esclarecer a população sobre a realização do inquérito domiciliar, o estudo foi divulgado em diversos meios de comunicação como rádio, jornais transmitidos em TV aberta e jornal escrito.

Para tanto, foram aplicados os questionários referentes aos dados sociodemográficos, econômicos, de saúde, de estilo de vida, de hábitos alimentares, utilização de serviços de saúde, presença de comorbidades e de utilização de medicamentos (ANEXO A), adaptados daqueles utilizados anteriormente na pesquisa “ISA 2008: Inquéritos de Saúde na cidade de São Paulo” (FISBERG; MARCHIONI, 2012), bem como daqueles utilizados na Pesquisa Nacional de

Saúde realizada em 2013 pelo IBGE. Além disso foram coletados dados antropométricos e pressão arterial sistólica e diastólica (ANEXO A). De forma a reduzir erros, todas as medidas foram coletadas em duplicata (2ª visita). A figura 1, representa o fluxograma de realização da pesquisa.

Figura 1. Fluxograma das etapas de coleta de dados do ISAD-PI, Teresina e Picos, Piauí, 2018/2019.



Fonte: Autor. Teresina, 2020.

Caso algum domicílio sorteado fosse encontrado fechado na primeira visita, os pesquisadores retornavam pelo menos três vezes ao domicílio, em dias e horários diferentes, incluindo pelo menos um dia em final de semana, com posterior exclusão do domicílio, caso permanecessem fechados, antes de considerar perda amostral.

Os questionários foram aplicados pelos pesquisadores utilizando-se o aplicativo *Epicollect 5*® (*Imperial College London*), por meio de dispositivos eletrônicos móveis (<https://five.epicollect.net/project/isad>).

4.6 Variáveis do estudo

4.6.1 Variáveis sociodemográficas, econômicas

As variáveis sociodemográficas e econômicas foram compostas a partir dos dados sobre gênero, idade, escolaridade, renda familiar, situação conjugal e arranjo domiciliar.

4.6.2 Autoavaliação de saúde negativa

A AAS, variável dependente, foi obtida mediante o seguinte questionamento: “*Em geral, como o(a) senhor(a) avalia a sua saúde?*” com opções de resposta: “*Muito boa/Boa/Regular/Ruim/Muito ruim/Não sabe ou não respondeu*”.

A AAS negativa foi considerada a partir daqueles que avaliaram sua saúde como *Regular/Ruim/Muito ruim* (ANEXO A).

4.6.3 Estilo de vida

Para a composição do estilo de vida utilizaram-se variáveis referentes ao fumo, consumo de bebidas alcóolicas e prática de atividade física.

Os indivíduos foram classificados em fumantes e não fumantes a partir das respostas à pergunta fechada: “*O Sr(a) fuma ou já fumou?*”, com opções de respostas de “*Sim*”, “*Não*” ou “*Não sei/não respondeu*”.

O consumo de bebidas alcóolicas foi avaliado por meio da resposta à pergunta “*O Sr. (a) tem ou já teve o costume de ingerir bebida alcóolica com alguma frequência ou mesmo ocasionalmente?*”, com respostas fechadas de “*Não, nunca teve o hábito de beber*”/ “*Sim teve, mas não bebe mais*”/ “*Sim, tem o hábito de ingerir bebida alcóolica*” e “*Não sei/não respondeu*”. Com base nestas respostas, os indivíduos foram classificados como consumidores e não consumidores de bebidas alcóolicas.

Para a avaliação da prática de atividade física dos participantes do estudo, foi utilizado o Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ) (ANEXO A) versão curta, para idosos, onde foram considerados idosos ativos aqueles que referiram praticar alguma atividade física por pelo menos 150 minutos de atividade física leve ou moderada e/ou 75 minutos de atividade física vigorosa por semana para indivíduos com idade igual ou acima de 18 anos (WHO, 2010).

4.6.4 Variáveis antropométricas

Os dados antropométricos coletados foram peso (kg), altura (m), circunferência da cintura (CC). Circunferência do braço (CB), circunferência da panturrilha (CP) e prega cutânea tricúspita (PCT). Todas as medidas foram aferidas por uma equipe de pesquisadores devidamente treinada e padronizada segundo protocolo do Laboratório de Avaliação

Nutricional de Populações (LANPOP) da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP/USP).

Os dados de peso e altura foram aferidos de acordo com recomendações de Cameron (1984) e Jelliffe & Jelliffe (1989), onde o peso foi aferido em quilogramas (kg) utilizando-se balança de escala digital SECA®, com capacidade máxima de 150 Kg e acurácia de 0,1 Kg, e a altura foi aferida em metros utilizando-se estadiômetro portátil, com acurácia de 0,1 cm. Os indivíduos foram pesados vestindo roupas leves, sem adornos ou acessórios, em posição ereta, com os braços estendidos ao longo do corpo e descalços.

Os idosos tiveram a altura aferida estando descalços, em posição ortostática, com as superfícies posteriores de calcanhar, cintura pélvica, cintura escapular e região occipital o mais próximo possível do estadiômetro, com a cabeça orientada segundo o plano de Frankfurt, paralela ao solo. A medida foi feita com o cursor em ângulo de 90° em relação à escala. A leitura foi feita quando a haste horizontal, perpendicular à barra vertical da escala de estatura, encostasse no vértex da cabeça.

Para a classificação do estado nutricional, calculou-se o Índice de Massa Corporal (IMC), o qual foi obtido a partir do peso corporal (kg) do participante do estudo dividido por sua altura elevada ao quadrado (m), utilizando como critérios de classificação os pontos de corte de Lipschitz (1994) para idosos: *Baixo peso* $IMC < 22,0 \text{ m/kg}^2$; *Eutróficos* $IMC \text{ entre } 22,0 \text{ e } 27,0 \text{ m/kg}^2$; e *Excesso de peso* $IMC > 27,0 \text{ m/kg}^2$.

A CC foi mensurada no ponto médio aproximado entre a margem inferior da última costela palpável e o topo da crista ilíaca na região mais estreita entre o tórax e o quadril, utilizando uma fita métrica, flexível e não extensível, com precisão de 0,1 centímetros. Os critérios utilizados para classificação da circunferência da cintura foram de acordo com o preconizado por World Health Organization (WHO, 2008), classificando-se como valores elevados, aqueles acima de 94 cm em homens e 80 cm em mulheres.

A CB foi aferida no ponto médio entre os pontos anatômicos acrômio e olecrano, do braço direito, estando o idoso com o cotovelo flexionado a 90 graus e com a palma da mão voltada para o tórax, o local de aferição foi devidamente marcado com o auxílio de um lápis dermatográfico, nesse ponto, foi realizada a medida da CB, expressa em centímetros, utilizando-se uma fita métrica flexível, não extensível, milimetrada, estando o indivíduo posicionado com o braço estendido ao longo do corpo, com a palma da mão voltada para a frente. Utilizando-se dessa marcação, aferiu-se também a PCT, em milímetros, com o auxílio de um adipômetro da marca Lange.

Para a classificação da CB, PCT e da Circunferência Muscular do Braço (CMB), realizou-se a adequação conforme percentil 50 para idosos do III NHANES (*National Health and Nutrition Examination Survey* - 1988/1991). A classificação posterior foi feita com base nos pontos de corte de Blackburn e Thornton (1979), considerando desnutrição quando o percentual de adequação é menor do que 90%, eutrofia quando entre 90% a 110% e excesso de peso quando maior do que 110%.

A Circunferência da Panturrilha (CP), expressa em cm, foi mensurada com fita métrica inelástica com aproximação de 1 cm. A mensuração fez-se com o indivíduo sentado, os pés ligeiramente afastados e a perna direita em ângulo de 90°, para a fita ser posicionada na circunferência mais larga da panturrilha.

A Circunferência da Panturrilha foi considerada adequada quando maior ou igual a 31 cm, valores menores que 31 cm indicam perda de massa muscular do idoso (ALENCAR et al., 2015).

4.6.5 Hábitos alimentares

O hábito alimentar foi baseado no modelo utilizado no Inquérito de Saúde (ISA, 2015), cuja análise envolveu o questionamento sobre o consumo ou não de determinados alimentos (refrigerantes, frutas, saladas crua e cozida, suco de frutas, feijão, carne vermelha, frango ou galinha, peixes, leite e doces), cujas respostas analisadas não informam o consumo individual efetivo, sendo possível inferir sobre hábitos alimentares que podem constituir fatores de risco ou de proteção para o desenvolvimento de doenças.

4.6.6 Presença de comorbidades, utilização de medicamentos e frequência de utilização de serviços de saúde

Os idosos foram investigados quanto à existência de diagnóstico médico de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Diabetes Mellitus (DM), Doenças Cardiovasculares (DCV), colesterol alto e câncer. Com relação ao uso de medicações, foi questionado a quantidade de medicamentos utilizados por dia.

Quanto à busca por serviços de saúde, investigou-se sobre a realização de consultas *nas últimas duas semanas/ últimos 12 meses/ mais de um ano* e se buscaram o serviço de emergência *nos últimos 12 meses*.

As variáveis do estudo foram ajustadas para os seguintes fatores de confusão: gênero, idade, presença de doenças crônicas, prática de atividade física, IMC, CC, consumo de bebidas alcoólicas, tabagismo, uso de medicamentos e procura por serviços de saúde.

4.7 Análise de dados

As variáveis categóricas foram expressas em valores relativos. Para verificar a associação entre a autoavaliação de saúde negativa e as variáveis independentes, foi empregada a regressão de Poisson com variância robusta, expressa em Razão de Prevalência. A análise foi ajustada posteriormente para potenciais fatores de confusão. Todas as análises foram realizadas utilizando-se o modo *survey* do programa STATA, versão 14.0, considerando-se os estratos e as UPAs, devido a amostragem complexa do estudo. Não foi realizada ponderação, visto que a amostragem foi equiprobabilística. Considerou-se nível de significância de 5% e Intervalos de Confiança de 95%.

4.8 Aspectos éticos

A presente pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFPI, sob o parecer nº 2.552.426 (ANEXO B), bem como autorizada pela Fundação Municipal de Saúde de Teresina-PI (ANEXO C). Os indivíduos que concordaram em participar do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (ANEXO D), antes do início da pesquisa, cientes que poderiam desistir de participar da mesma a qualquer momento, de acordo com a Resolução 466/2012 (BRASIL, 2012).

5 RESULTADOS

Participaram desse estudo 350 idosos, dos quais 60,3% (n=211) autoavaliaram negativamente a saúde (Tabela 1). As características da população quanto aos dados sociodemográficos, econômicos, estilo de vida, hábito alimentar e condições de saúde dos idosos estão apresentados na Tabela 1.

Os idosos investigados foram em sua maioria do gênero feminino (66,3%), com idades entre 60 e 69 anos (56,9%). Quanto às variáveis socioeconômicas, observa-se que 44,0% possuíam o ensino fundamental, 55,7% têm renda mensal menor ou igual a dois salários mínimos, 50,6% eram casados e, em relação ao arranjo domiciliar, 87,43% não moravam sozinhos. Quanto ao estilo de vida, 41,1% eram fumantes, 20 % ingeriam bebidas alcólicas e 52,0% referiram não praticar atividade física.

Com base no IMC, apenas 12,6% dos idosos apresentavam-se eutróficos, ademais desvios nutricionais como magreza (41,8%) e excesso de peso (45,6%) foram prevalentes na população estudada. No que se refere à CC, medida utilizada para avaliar o risco cardiovascular, 24,1% dos idosos classificaram-se com essa medida elevada. Quanto aos marcadores indicadores/índices antropométricos mais sensíveis para detectar a desnutrição a CB, PCT e CMB, mostraram que 34%, 34,7% e 38,4% dos idosos foram classificados com desnutrição, respectivamente. Enquanto a CP mostrou que 18,3% classificaram-se com massa muscular insuficiente.

Tabela 1. Caracterização da população do estudo quanto aos dados sociodemográficos, econômicos, estilo de vida, hábito alimentar e condições de saúde dos idosos (n=350). Teresina e Picos, 2019.

	Variáveis	n (%)
Gênero	Masculino	118 (33,7)
	Feminino	232 (66,3)
Idade (anos)	60 a 69 anos	199 (56,9)
	70 a 79 anos	100 (28,6)
	80 anos ou mais	51 (14,6)
	Nenhuma	87 (24,9)
Escolaridade	Ensino Fundamental	154 (44,0)
	Ensino Médio	65 (18,6)
	Ensino Superior/ Pós-graduação	44 (12,5)
	Menor ou igual a dois salários mínimos	180 (55,7)
Renda familiar	Menor ou igual a dois salários mínimos	180 (55,7)
	Maior do que dois salários mínimos	143 (44,3)

Continuação. **Tabela 2.** Caracterização da população do estudo quanto aos dados sociodemográficos, econômicos, estilo de vida, hábito alimentar e condições de saúde dos idosos (n=350). Teresina e Picos, 2019.

Situação conjugal	Casado/ união estável	177 (50,6)
	Solteiro	32 (9,1)
	Viúvo/divorciado	141 (40,3)
Arranjo domiciliar	Não mora sozinho	306 (87,4)
	Mora sozinho	44 (12,57)
Fumante	Não	205 (58,6)
	Sim	145 (41,4)
Consumo de bebidas alcólicas	Não	280 (80,0)
	Sim	70 (20,0)
Prática de atividade física	Não	182 (52,0)
	Sim	168 (48,0)
IMC (Kg/m²)	Eutrofia	44 (12,6)
	Magreza	146 (41,8)
	Excesso de peso	159 (45,6)
CC (cm)	Adequada	265 (75,9)
	Elevada	84 (24,1)
CB (cm)	Desnutrição	119 (34,0)
	Eutrofia	180 (51,4)
	Sobrepeso	51 (14,6)
CP (cm)	Insuficiente	63 (18,3)
	Adequada	282 (81,7)
	Desnutrição	121 (34,7)
PCT (mm)	Eutrofia	83 (23,8)
	Sobrepeso	145 (41,5)
	Desnutrição	134 (38,4)
CMB	Eutrofia	215 (61,6)
	Muito boa	20 (5,7)
	Boa	119 (34,0)
AAS	Regular	158 (45,1)
	Ruim	40 (11,4)
	Muito ruim	13 (3,7)

Fonte: O autor, 2021.

Legenda: IMC: Índice de Massa Corporal; CC: circunferência da cintura; CB: circunferência do braço; CP: circunferência da panturrilha; PCT: prega cutânea tricipital; CMB: circunferência muscular do braço; AAS: autoavaliação de saúde; Salário mínimo de referência (2018 e 2019): R\$ 954,00 e R\$998,00.

A Tabela 02 mostra a associação bruta e ajustada entre a AAS negativa e as variáveis sociodemográficas, econômicas, de estilo de vida e antropométricas nos idosos investigados. Na análise ajustada, a prevalência de AAS negativa foi 2,08 vezes maior no gênero feminino (IC95%: 1,16-3,74), e 1,82 vezes maior naqueles indivíduos com CC elevada (IC95%: 1,06-3,11). Além disso, pode-se observar uma tendência para uma menor razão de prevalência de AAS negativa entre os idosos com renda mensal maior que dois salários mínimos, sendo 32% (IV95%: 0,44-1,04) menor nesse grupo de indivíduos.

Tabela 3. Prevalência e associação entre autoavaliação de saúde negativa e variáveis sociodemográficas, de estilo de vida e antropométricas em idosos.

Variáveis	%	Autoavaliação de saúde negativa	
		RP (IC) p	RP ajustada (IC) p*
Gênero			
Masculino	10,2	1,00	1,00
Feminino	17,7	1,73 (0,97-3,09) 0,06	2,08 (1,16-3,74) 0,01
Idade (anos)			
60 a 69 anos	16,1	1,00	1,00
70 a 79 anos	12,0	0,74 (0,41-1,34) 0,32	0,70 (0,39-1,27) 0,24
80 anos ou mais	17,6	1,10 (0,54-2,19) 0,78	1,03 (0,50-2,15) 0,92
Escolaridade			
Nenhuma	16,1	1,00	1,00
Ensino Fundamental	14,3	0,89 (0,47-1,64) 0,70	0,80 (0,42-1,50) 0,48
Ensino Médio	13,9	0,86 (0,36-2,02) 0,72	0,84 (0,35-2,02) 0,70
Ensino Superior/ Pós-graduação	18,2	1,12 (0,57-2,23) 0,72	0,84 (0,41-1,73) 0,64
Renda familiar			
Menor ou igual a dois salários mínimos	17,8	1,00	1,00
Maior do que dois salários mínimos	14,0	0,78 (0,50-1,23) 0,28	0,68 (0,44-1,04) 0,08
Situação conjugal			
Casado/ união estável	15,3	1,00	1,00
Solteiro	15,6	1,02 (0,42-2,44) 0,95	0,78 (0,32-1,87) 0,57
Viúvo/divorciado	14,9	0,97 (0,59-1,61) 0,92	0,80 (0,46-1,38) 0,42
Arranjo domiciliar			
Não mora sozinho		1,00	1,00
Mora sozinho		1,23 (0,64-2,38) 0,52	1,23 (0,62-2,43) 0,53
Fumante			
Não	14,6	1,00	1,00
Sim	15,9	1,08 (0,67-1,73) 0,73	1,23 (0,76-1,98) 0,37
Consumo de bebidas alcóolicas			
Não	16,1	1,00	1,00
Sim	11,4	0,71 (0,35-1,43) 0,33	0,87 (0,39-1,95) 0,74
Prática de atividade física			
Não	16,5	1,00	1,00
Sim	13,7	0,83 (0,53-1,29) 0,40	0,79 (0,50-1,26) 0,32
IMC (Kg/m²) **			
Eutrofia	15,7	1,00	1,00
Magreza	15,9	1,00 (0,47-2,13) 0,97	0,72 (0,30-1,70) 0,44
Excesso de peso	14,5	0,91 (0,58-1,43) 0,70	1,02 (0,64-1,62) 0,90

Continuação. **Tabela 4.** Prevalência e associação entre autoavaliação de saúde negativa e variáveis sociodemográficas, de estilo de vida e antropométricas em idosos.

CC (cm) **			
Adequada	14,0	1,00	1,00
Elevada	19,1	1,36 (0,87-2,13) 0,17	1,82 (1,06-3,11) 0,03
CB (cm) **			
Desnutrição	17,6	1,00	1,00
Eutrofia	15,0	0,85 (0,52-1,38) 0,50	0,78 (0,48-1,25) 0,30
Excesso de peso	9,8	0,55 (0,20-1,48) 0,23	0,45 (0,17-1,17) 0,10
CP (cm) ***			
Insuficiente	17,5	1,00	1,00
Adequada	14,5	0,83 (0,40-1,70) 0,61	0,89 (0,42-1,88) 0,77
PCT (mm) **			
Desnutrição		1,00	1,00
Eutrofia		1,23 (0,61-2,50) 0,54	1,25 (0,63-2,51) 0,50
Excesso de peso		0,66 (0,33-1,34) 0,25	0,66 (0,34-1,31) 0,23
CMB **			
Desnutrição	14,2	1,00	1,00
Eutrofia	15,8	1,11 (0,70-1,77) 0,63	1,00 (0,63-1,57) 0,98

Fonte: O autor, 2021.

Legenda: IMC: Índice de Massa Corporal; CC: circunferência da cintura; CB: circunferência do braço; CP: circunferência da panturrilha; PCT: prega cutânea tricriptal; CMB: circunferência muscular do braço; AAS: autoavaliação de saúde; Salário mínimo de referência (2018 e 2019): R\$ 954,00 e R\$998,00.

*Ajuste para gênero, idade, presença de doenças crônicas, prática de atividade física, IMC e CC. ** Ajuste para gênero, idade, presença de doenças crônicas e prática de atividade física. *** Ajuste para gênero, idade e prática de atividade física. Adicionar arranjo domiciliar (se mora sozinho ou não).

Na análise bruta do hábito alimentar dos idosos, observou-se que o consumo de salada crua diminuiu em 56% (IC95%=0,25-0,78) a prevalência de AAS negativa e, em 59% (IC95%=0,23-0,72), na análise ajustada, constituindo-se, assim, o hábito de consumir de salada crua, como um fator de proteção para a AAS negativa em idosos.

Tabela 5. Prevalência e associação entre autoavaliação de saúde negativa e hábito alimentar em idosos.

Variáveis	%	Autoavaliação de saúde negativa	
		RP (IC) p	RP ajustada (IC) p*
Refrigerantes			
Não	15,3	1,00	1,00
Sim	18,7	1,22 (0,39-3,83) 0,72	1,39 (0,47-4,08) 0,53
Frutas			
Não	20,8	1,00	1,00
Sim	15,1	0,72 (0,28-1,81) 0,48	0,66 (0,25-1,72) 0,39
Salada crua			
Não	26,1	1,00	1,00
Sim	11,7	0,44 (0,25-0,78) 0,006	0,41 (0,23-0,72) 0,003

Continuação. **Tabela 6.** Prevalência e associação entre autoavaliação de saúde negativa e hábito alimentar em idosos.

Salada cozida			
Não	17,5	1,00	1,00
Sim	14,6	0,83 (0,49-1,39) 0,48	0,73 (0,43-1,23) 0,24
Suco de frutas			
Não	16,5	1,00	1,00
Sim	15,1	0,91 (0,47-1,77) 0,78	0,90 (0,46-1,75) 0,76
Feijão			
Não	17,8	1,00	1,00
Sim	14,3	0,80 (0,50-1,29) 0,37	0,82 (0,50-1,33) 0,42
Carne vermelha			
Não	14,3	1,00	1,00
Sim	15,8	1,10 (0,17-7,23) 0,91	1,29 (0,17-9,41) 0,79
Frango/galinha			
Não	12,5	1,00	1,00
Sim	15,4	1,22 (0,50-2,98) 0,64	1,28 (0,52-3,11) 0,57
Peixes			
Não	18,0	1,00	1,00
Sim	13,6	0,75 (0,43-1,31) 0,31	0,72 (0,42-1,25) 0,24
Leite			
Não	14,5	1,00	1,00
Sim	15,6	1,07 (0,50-2,28) 0,84	1,08 (0,50-2,37) 0,82
Doces			
Não	13,2	1,00	1,00
Sim	17,9	1,35 (0,82-2,21) 0,22	1,47 (0,87-2,46) 0,14

Fonte: O autor, 2021.

*Ajuste para sexo, idade, presença de doenças crônicas, IMC, CC e prática de atividade física.

Com relação à presença de doença crônicas e uso de medicamentos pelos idosos, observou-se, na análise ajustada, que a prevalência de AAS negativa foi 2,02 vezes maior ($p=0,006$) naqueles idosos que relataram a presença de HAS, 1,71 vezes maior naqueles que referiram presença de DCV ($p=0,04$) e 2,26 vezes maior naqueles que informaram ter hipercolesterolemia ($p=0,01$). Além disso, a AAS negativa mostrou-se 2,34 vezes maior naqueles que utilizavam três ou mais medicamentos por dia entre os idosos pesquisados, na análise ajustada (Tabela 4).

Tabela 7. Prevalência e associação entre autoavaliação de saúde negativa, presença de doenças crônicas e uso de medicamentos em idosos.

Variáveis	%	Autopercepção de saúde	
		RP (IC) p	RP ajustada (IC) p*
Hipertensão arterial			
Não	10,2	1,00	1,00
Sim	18,8	1,84 (1,17-2,89) 0,009	2,02 (1,23-3,29) 0,006

Continuação. **Tabela 8.** Prevalência e associação entre autoavaliação de saúde negativa, presença de doenças crônicas e uso de medicamentos em idosos.

Diabetes Mellitus			
Não	15,9	1,00	1,00
Sim	12,3	0,77 (0,39-1,51) 0,44	0,57 (0,31-1,05) 0,07
Doenças cardiovasculares			
Não	13,7	1,00	1,00
Sim	24,5	1,79 (1,00-3,18) 0,04	1,71 (1,02-2,85) 0,04
Hipercolesterolemia			
Não	11,0	1,00	1,00
Sim	24,1	2,19 (1,21-3,96) 0,01	2,26 (1,21-4,22) 0,01
Câncer			
Não	15,0	1,00	1,00
Sim	17,4	1,16 (0,44-2,98) 0,75	0,84 (0,35-2,00) 0,69
Uso de medicamentos**			
Não	15,2	1,00	1,00
Sim	15,2	1,00 (0,63-1,55) 0,99	0,73 (0,45-1,16) 0,18
Quantidade de medicamentos **			
Um	8,9	1,00	1,00
Dois	7,3	0,81 (0,17-3,79) 0,79	0,70 (0,15-3,17) 0,64
Três ou mais	21,4	2,40 (1,00-5,74) 0,05	2,34 (1,01-5,45) 0,04

Fonte: O autor, 2021.

*Ajuste para sexo, idade, consumo de bebidas alcólicas, tabagismo, prática de atividade física, demais doenças crônicas e uso de medicamentos. ** Ajuste para sexo, idade, consumo de bebidas alcólicas, tabagismo, prática de atividade física e presença de doenças crônicas.

A Tabela 5 mostra a associação entre a AAS negativa e a procura por serviços de saúde pelos idosos, podendo-se observar na análise bruta que a AAS negativa é 2,10 ($p= 0,001$) vezes maior naqueles idosos que utilizaram de serviços de emergência nos últimos 12 meses e 1,87 ($p= 0,005$) vezes maior na análise ajustada. Além disso, identificou-se que nenhum indivíduo que realizou consultas há mais de um ano autoavaliou negativamente a sua saúde.

Tabela 9. Associação entre autoavaliação de saúde negativa e procura por serviços de saúde em idosos.

Variáveis	%	Autopercepção de saúde	
		RP (IC) p	RP ajustada (IC) p*
Consultas			
Últimas 2 semanas	16,7	1,00	1,00
Últimos 12 meses	17,8	1,06 (0,61-1,85) 0,81	1,05 (0,60-1,83) 0,84
Emergência nos últimos 12 meses			
Não	12,0	1,00	1,00
Sim	25,3	2,10 (1,36-3,24) 0,001	1,87 (1,21-2,90) 0,005

Fonte: O autor, 2021.

*Ajuste para sexo, idade, presença de doenças crônicas, IMC, CC e prática de atividade física. ** Nenhum indivíduo que procurou atendimento há mais de um ano avaliou a saúde de forma negativa.

6 DISCUSSÃO

Este estudo revelou uma importante prevalência de AAS negativa entre idosos no Piauí. No Brasil, um estudo realizado com dados da PNS, mostrou que 56% dos idosos apresentaram AAS negativa (ZANESCO et al, 2018). Outros estudos, realizados no país mostram uma prevalência de AAS negativa em idosos semelhantes ao presente estudo. Em Minas Gerais foi observada uma AAS negativa em 60,5% dos (CARNEIRO et al, 2020) e em São Paulo 47% (SILVA et al, 2020). No Nordeste brasileiro, em estudo realizado por Belém et al (2016), essa prevalência foi de 66,4%.

A existência de desigualdades sociais entre as regiões do Brasil é marcada pela heterogeneidade regional observada de maneira distinta em duas partes, nas regiões Norte/Nordeste e Sul/Sudeste/Centro-Oeste, onde a primeira apresenta maiores desigualdades sociais, dentre elas a distribuição dos serviços de saúde (VIACAVA e BELLIDO, 2016).

Nesse sentido, as chances de uma AAS negativa são maiores nos estados do Norte e Nordeste, onde as pessoas são afetadas pelas questões ambientais e locais de residência, visto a determinação das condições de saúde são decorrentes de associações com o ambiente físico, características socioculturais e históricas dos lugares (SOUSA et al, 2020).

O gênero feminino representou maior parte da população na composição da amostra. Para Santos, Couto e Bastone (2018), a predominância do gênero feminino na população pode estar associada com o fato de homens serem mais expostos aos fatores de risco para mortalidade, a comportamentos de risco para a saúde, à inserção diferenciada desses indivíduos ao mercado de trabalho, à desmotivação e desvalorização a respeito de informações sobre saúde, assim como menor disponibilidade de tempo e de horários (BELÉM et al, 2016).

Foi verificado uma maior associação do gênero feminino com a AAS negativa, assim como observado em estudo Antunes et al. (2017) em que a prevalência de AAS negativa em mulheres foi de 1,43 vezes maior quando comparado aos homens. Embora as mulheres tenham maior expectativa de vida, é mais comum que elas tenham uma maior AAS negativa, podendo esse fato estar relacionado ao papel da mulher na sociedade, com dupla jornada de trabalho, além da remuneração diferenciada em relação aos homens e menor atuação em atividades remuneradas (PAVÃO; WERNECK; CAMPOS, 2013; GONÇALVES et al, 2018).

Em estudos de base populacional, tem-se observado uma associação significativa entre a AAS negativa com a escolaridade e a baixa renda, confirmando a tendência mostrada pelo presente estudo. Borim et al (2014), ao avaliar 1.432 idosos, em um estudo realizado em

Campinas/SP, observaram que idosos com quatro anos de estudo ou menos, que recebiam até três salários mínimos, autoavaliaram a saúde de maneira negativa.

Em um estudo realizado com idosos no Piauí, em 2018, observou-se que 49,5% tinham de 0 a 4 anos de estudo e que 63,4% tinham renda mensal de até cinco salários-mínimos, sendo essa renda, em sua maior parte proveniente de aposentadoria, com principal despesa relacionada à alimentação (FONTENELLE et al, 2018). Ainda segundo os autores, a maioria dos idosos não praticava atividade física, não consumia bebida alcoólica e não fumavam, corroborando com os dados do presente estudo.

A associação entre AAS com a situação financeira demonstra a influência desse fator para a avaliação do estado geral de bem-estar em idosos, demonstrando a importância da renda para a compra de medicamentos, acesso a serviços de saúde e melhor qualidade da alimentação, contribuindo para a manutenção de melhores condições de saúde entre os longevos (NAVARRO et al, 2020).

Segundo Szwarcwald et al (2015) o comportamento saudável constitui-se um fator protetor para a AAS negativa, tais como não fumar, praticar atividade física e consumir adequadamente alimentos saudáveis, como frutas e hortaliças, visto que se associam positivamente com a autopercepção de saúde entre os idosos.

Problemas relacionados ao consumo alimentar insuficiente, prejudicam o estado nutricional, comprometendo a capacidade funcional do idoso, o que afeta diretamente a avaliação de sua própria saúde (GARCIA; MORETTO; GUARIENTO, 2018).

Em um estudo realizado na Nicarágua (PÉREZ et al, 2018), foi observado que 50% dos indivíduos que relataram viver em condições de insegurança alimentar autoavaliaram negativamente a saúde. Para tanto, os autores justificaram tal associação com o desemprego e o baixo nível socioeconômico da população estudada, aspectos que influenciam na compra e acesso a alimentos saudáveis, sendo esses mais caros que os não-saudáveis.

No Piauí, a insegurança alimentar está presente entre os idosos, observando-se uma associação significativa entre renda e estado nutricional, onde aqueles que possuíam menor renda apresentaram maior frequência de baixo peso (FONTENELLE et al, 2018).

No presente estudo, pode-se observar que o hábito de consumir saladas cruas parece influenciar na autoavaliação de saúde em idosos, constituindo-se como importante fator de proteção para AAS negativa nesse grupo etário. Estes achados são relevantes, visto que não há pesquisas que avaliem a associação entre hábito alimentar e AAS negativa em idosos.

Outro diferencial do presente estudo, encontra-se na análise de associação entre a AAS negativa e gordura abdominal, aferida indiretamente pela CC, bem como a associação independente das DCNT (HAS, DCV e hipercolesterolemias) com AAS negativa.

Silva et al (2020), afirmam que idosos com maior número de doenças crônicas apresentaram pior ASS. Do mesmo modo, observa-se, em um estudo de coorte realizado por Feenstra et al (2020), que AAS negativa foi frequente em idosos que apresentavam mais de uma DCNT, com maior probabilidade de associação naqueles idosos que relataram a presença de HAS, DCV e hipercolesterolemia, corroborando os achados do presente estudo.

Dessa forma, a associação entre a CC com o desfecho do estudo explica-se pela sua relação com o risco de desenvolvimento de DCNT, principalmente as DCV. A CC é considerada um importante preditor de gordura visceral em idosos, comparado ao IMC, sendo mais sensível a associação com o elevado risco de mortalidade causado por alguma dessas doenças (SILVEIRA, VEIEIRA e SOUZA, 2018).

A presença de DCNT está amplamente associada com a AAS negativa, permitindo uma obtenção de informações capazes de subsidiar a formulação de políticas públicas voltadas para a prevenção e controle desses agravos (THEME FILHA et al., 2015).

Em um estudo de base populacional, realizado com 1.705 idosos em Florianópolis (SC), foi identificado, na análise ajustada, uma RP de 1,99 (IC95% 1,59 – 2,48) vezes maior de AAS negativa entre os idosos que fazem uso de polifarmácia (PEREIRA et al, 2017), corroborando os resultados do presente estudo, assim como estudos realizados com idosos em São Paulo (CARVALHO et al, 2012) e em Goiânia (SILVEIRA, DALASTRA e PAGGOTO, 2014).

O uso de medicamentos é uma prática comum entre os idosos, a baixa frequência ou adesão a tratamentos não farmacológicos, a presença de problemas de saúde, bem como o fácil acesso a medicações, são fatores que podem justificar o consumo elevado de medicamentos. Somando-se a isso, pode-se atribuir à prescrição farmacoterápica uma busca por respostas mais rápidas em detrimento de terapias não medicamentosas, podendo haver prescrições impulsivas (SILVEIRA; DALASTRA; PAGOTTO, 2014).

Ainda segundo Silveira, Dalastra e Pagotto (2014), o uso desnecessário e aumentado de medicamentos por idosos geram risco de reações adversas provocadas pelos fármacos, ampliando, assim, a frequência de morbimortalidade nesse grupo etário

A utilização de diferentes tipos de medicamentos está associada a presença mais frequente das DCNT em idosos, sendo essa relação, de certa forma, esperada, uma vez que, esses indivíduos em sua autoavaliação de saúde buscam nos fármacos um alívio para os

sintomas provocados pela situação de saúde em que se encontram (PEREIRA et al, 2017; RAMOS et al, 2016).

Além disso, a prática da automedicação pode justificar a associação da prática de polifarmácia com a AAS negativa referida por aqueles que apresentam multimorbidades (ANDRADE et al, 2020).

Os resultados da Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Uso Racional de Medicamentos (PNAUM) corroboram o presente estudo, pois confirma uma maior associação entre a AAS negativa e utilização de serviços de saúde de emergência. A maior utilização de serviços de saúde por idosos está associada ao aumento da gravidade das doenças mais comuns nesses indivíduos (DO NASCIMENTO et al, 2017, PEREIRA et al, 2017).

A frequência na busca e utilização de serviços de saúde tem associação com a AAS negativa. Essa demanda está intimamente relacionada com a presença de morbidades, em sua maioria as crônicas, degenerativas, além do comprometimento funcional relatado por esses indivíduos, que tendem a utilizar mais os serviços de saúde comparado aqueles que não apresentam essas limitações, mesmo com a presença de doenças (ZANESCO et al, 2018; SILVA et al, 2017).

As limitações deste estudo são comuns a estudos transversais, não sendo possível a observação de causalidade para os achados da pesquisa, embora tenham sido constatadas associações significativas entre a AAS negativa e as condições de saúde dos idosos investigados. Além disso, vale destacar a subjetividade da abrangência da variável desfecho do estudo, dependente de diferentes aspectos biopsicossociais.

Por tratar-se de um estudo de base populacional, a disponibilidade dos participantes pode ser considerada, também, uma limitação, assim como as variáveis que dependiam do autorrelato destes, tais como a presença de DCNT e a compreensão ao questionamento sobre AAS.

A coleta de dados sobre o consumo alimentar pode ser outra limitação, visto que a aplicação do recordatório de 24 horas poderia trazer maiores detalhes sobre a alimentação e possíveis associações com a AAS negativa, apesar do viés de memória dos participantes sobre seu consumo alimentar referente ao dia anterior. No entanto, pesquisas futuras, como esse mesmo grupo etário, podem ser realizadas com maior aprofundamento sobre consumo alimentar, visto que a associação evidente entre o consumo de salada crua e a AAS negativa, reforçam a necessidade de realização de estudos mais detalhados à cerca desse tema.

Outro fator limitante para o estabelecimento de comparativos com a literatura disponível, à cerca do tema, encontra-se nas diferentes formas de composição do

questionamento sobre AAS, bem como as diferentes formas de categorização das respostas, observando-se uma necessidade de padronização desse instrumento.

Contudo, tais limitações não comprometeram a obtenção dos resultados da pesquisa, visto que os procedimentos metodológicos delineados para a mesma foram suficientes para o alcance dos objetivos estabelecidos, visto o detalhamento amostral, a análise por amostragem complexa, que leva em consideração os estratos que compuseram a amostra, abrangendo diferentes aspectos (demográficos, socioeconômicos, estilos de vida e condições de saúde), culminando numa maior acurácia dos fatores que influenciam a AAS em idosos do Piauí.

7 CONCLUSÃO

No presente estudo, idosos do gênero feminino, com idades entre 60 e 69 anos, com a medida de CC elevada, que autorrelataram a presença de DCNT (HAS, DCV e hipercolesterolemia), que utilizava três ou mais medicamentos por dia e que buscaram o serviço de saúde de emergência nos últimos 12 meses, antes da realização da pesquisa, avaliaram negativamente a saúde. Observou-se, ainda, que o consumo de salada crua possui efeito protetor à AAS negativa em idosos.

Esse estudo traz como resultado relevante a análise de maneira isolada da associação do consumo alimentar com o desfecho do estudo, sinalizando para a necessidade de realização de estudos mais abrangentes sobre essa variável, visto que alimentação é classificada como um fator condicionante e determinante indispensável para a manutenção da saúde, estando a AAS relacionada à insegurança alimentar.

Esses achados reforçam a importância de analisar os aspectos que estão envolvidos com a AAS negativa em idosos, em especial em regiões mais remotas do país, em especial no Piauí, diante da escassez de estudos sobre essa temática no estado.

Além disso, visto que essa ferramenta constitui-se como importante indicador de condições de saúde desses indivíduos, principalmente na Atenção Primária à Saúde, podendo ser utilizada pelas equipes de saúde da família no atendimento desses indivíduos de maneira colaborativa na identificação de quais aspectos condicionantes e determinantes de saúde precisam de maior atenção para a promoção da saúde.

Nesse sentido a AAS poderá basilar estratégias de saúde coletiva na atenção à saúde do idoso no país proporcionando melhor qualidade de vida na atenção à saúde desse grupo etário.

REFERÊNCIAS

- ALENCAR, M. do S. S.; et al. Perdas de massa muscular e adiposa após institucionalização: atenção aos mais idosos. **Geriatr Gerontol Aging**, v. 9, n. 4, 2015.
- ALEXANDRINO, A.; et al. Avaliação do índice de vulnerabilidade clínico-funcional em idosos. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, 2019.
- ALVES, M. C. G. P.; et al. Plano de amostragem em inquéritos de saúde, município de São Paulo, 2015. **Rev Saude Publica.**, Rio de Janeiro, v. 52, n. 81, 2018.
- ANTUNES, J. L. F. Desigualdades sociais na autoavaliação de saúde dos idosos da cidade de São Paulo. **Rev Bras Epidemiol.**, Rio de Janeiro, v. 21, suppl, 2018.
- ANDRADE, A. B. de; AZEREDO, C. M.; PERES, M. F. T. Exposure to Community and Family violence and self-rated health in the Brazilian population. **Rev Bras Epidemiol.**, Rio de Janeiro, v. 23, 2020.
- ANDRADE, N. de O. et al. Polimedicação em adultos e idosos cadastrados na Estratégia Saúde da Família: associação com fatores sociodemográficos, estilo de vida, rede de apoio social e saúde. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 42, 2020.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 6023: informação e documentação: referências: elaboração**. Rio de Janeiro, 2018.
- AVEIRO, M. C. et al. Perspectivas da participação do fisioterapeuta no Programa Saúde da Família na atenção à saúde do idoso. **Cien Saude Colet.**, Rio de Janeiro, v.16, 2011.
- BARROS, M. B. DE A. Inquéritos domiciliares de saúde: potencialidades e desafios. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, Rio de Janeiro, v. 11, n. suppl 1, 2008.
- BELÉM, P. L. de O. et al. Self-assessment of health status and associated factors in elderly persons registered with the Family Health Strategy of Campina Grande, Paraíba. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.** Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, 2016.
- BORIM, F. S. A. et al. Dimensions of self-rated health in older adults. **Rev. de Saude Publica**, São Paulo, v. 48, n. 5, 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº466/12**. Conselho Nacional de Pesquisa com Seres Humanos. Diário Oficial da União. Brasília, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **VIGITEL – Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico**. Estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e do Distrito Federal em 2013. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa**. Brasília, Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. 3. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

CAMERON, N. The measurement of human growth. **Croom-Helm**, Austrália, 1984.

CÂNDIDO, A. P. C.; MELO, A. S. T. Avaliação dos aspectos nutricionais, das condições de saúde e do perfil sociodemográfico de idosos atendidos no departamento de saúde do idoso – Juiz de Fora, MG. **Rev. APS**. Juiz de Fora, v. 19, n. 4, 2016.

CARNEIRO, J. A.; et al. Autopercepção negativa da saúde: prevalência e fatores associados entre idosos assistidos em centro de referência. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n.3, 2020.

CARVALHO, M. F. C.; et al. Polifarmácia entre idosos do Município de São Paulo - Estudo SABE. **Rev Bras Epidemiol**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, 2012.

CHIREH, B.; D'ARCY, C. Pain and self-rated health among middle-aged and older Canadians: an analysis of the Canadian community health survey—healthy aging. **BMC Public Health**, Canadá, v. 18, n.1006, 2018.

CIOLA, G. **Dor crônica, variáveis sociodemográficas, psicossociais e de saúde e a autoavaliação de saúde**. 2020. Dissertação (Mestrado em Gerontologia) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, 2020.

CONFORTIN, S. C.; et al. Autopercepção positiva de saúde em idosos: estudo populacional no Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 5, 2015.

DO NASCIMENTO, R. C. R. M. et al. Polypharmacy: A challenge for the primary health care of the Brazilian Unified Health System. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, 2017.

FEENSTRA, M.; et al. Trajectories of self-rated health in an older general population and their determinants: the Lifelines Cohort Study. **BMJ Open.**, v. 10, 2020.

FERREIRA, C. C. D.; MONTEIRO, G. T. R.; SIMÕES, T. C. Estado nutricional e fatores associados em idosos: evidências com base em inquérito telefônico. **Rev Bras Promoç Saúde**, Fortaleza, v. 31, n. 1, 2017.

FISBERG, R.M.; MARCHIONI, D.M.L. **Manual de Avaliação do Consumo Alimentar em estudos populacionais: a experiência do inquérito de saúde em São Paulo (ISA)**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 2012.

FONSECA, M. das G. U. P. **Um estudo antropológico da auto-avaliação da saúde de idosos**. 2010. Tese (Doutorado) – Centro de Pesquisas René Rachou, Fundação Oswaldo Cruz, Belo Horizonte, 2010.

FONTENELLE, L. C.; et al. Estado nutricional e condições socioeconômicas e de saúde em idosos. **Revista Brasileira de Nutrição Esportiva**, São Paulo, v. 12, n. 71, 2018.

GARCIA, C. D. A. M.; MORETTO, M. C.; GUARIENTO, M. E. Associação entre

autopercepção de saúde, estado nutricional e qualidade de vida de idosos. **Revista de Ciências Médicas**, v. 27, n. 1, 2018.

KÜCHEMANN, B. A. Envelhecimento populacional, cuidado e cidadania: velhos dilemas e novos desafios. **Revista Sociedade e Estado**, Brasília, v. 27, n. 1, 2012.

KUCZMARSKI, M. F.; KUCZMARSKI, R. J.; NAJJAR M. Descriptive anthropometric reference data for older Americans. **J Am Diet Assoc**, v. 100, 2000.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico 2010**. Rio de Janeiro: IBGE 2010.

INQUÉRITO DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO: ISA. São Paulo, 2015.

JELLIFFE, D. B.; JELLIFFE, E. F. P. **Anthropometry: major measurements**. In: JELLIFFE, D. B.; JELLIFFE, E. F. P. Community nutritional assessment with special reference to less technically developed countries, 2nd ed. London: Oxford University Press; 1989.

JEREZ-ROIG, J.; et al. Self-perceived health in institutionalized elderly. **Cien Saude Colet**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 11, 2016.

LIU, Z.; et al. Self-Rated Healthy Life Expectancy Changes in Jiangxi Province of China by Gender and Urban–Rural Differences, 2013–2018. **Frontiers in Public Health**., v. 8, 2021.

MAIA, L. C.; et al. Idosos robustos na atenção primária: fatores associados ao envelhecimento bem-sucedido. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, n. 54, n. 35, 2020.

MALTA, D. C.; SZWARCOWALD, C. L. Pesquisas de base populacional e o monitoramento das doenças crônicas não transmissíveis. **Rev Saude Publica**., Rio de Janeiro, v. 51, Supl, 1:2s, 2017.

MANTOVANI, E. P.; LUCCA, S. R. de; NERI, A. L. Autoavaliação negativa de saúde em idosos de cidades com diferentes níveis de bem-estar econômico: dados do Estudo FIBRA. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 20, n. 12, 2015.

MEDEIROS, S. M.; et al. Fatores associados à autopercepção negativa da saúde entre idosos não institucionalizados de Montes Claros, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 11, 2016.

MELO, L. A.; et al. Socioeconomic, regional and demographic factors related to population ageing. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, 2017.

MELO, D. M. de; FALSARELLA, G. R.; NERI, A. L. Autoavaliação de saúde, envolvimento social e fragilidade em idosos ambulatoriais. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, 2014.

MIRANDA, G. M. D; MENDES, A. da C. G; SILVA, A. L. A. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, 2016.

MORENO X.; et al. The role of gender in the association between self-rated health and mortality among older adults in Santiago, Chile: A cohort study. **PLoS One**, v. 12, n. 7, 2017.

NAVARRO, R. M.; et al. Autopercepción de salud en adultos mayores: moderación por género de la situación financiera, el apoyo social de amigos y la edad. **Rev Med Chile**, v. 148, 2020.

NÜTZEL, A. et al. Self-rated health in multimorbid older general practice patients: A cross-sectional study in Germany. **BMC Family Practice**, v. 15, n. 1, 2014.

OLIVEIRA, D. V. de.; et al. Does multimorbidity interfere with the functionality of the physically active elderly? **Fisioter. Mov.**, Curitiba, v. 33, 2020.

OLIVEIRA, L. A. P. de; SIMÕES, C. C. da S. O IBGE e as pesquisas populacionais. **R. bras. Est. Pop.**, São Paulo, v. 22, n. 2, 2005.

OLIVEIRA, N. G. N; TAVARES, D. M. dos S. Envelhecimento ativo entre idosos comunitários: análise de modelagem de equações estruturais. **Rev Bras Enferm.**, v. 73, Suppl 3, 2020.

PAGOTTO, V.; BACHION, M. M.; SILVEIRA, E. A. da. Autoavaliação da saúde por idosos brasileiros: revisão sistemática da literatura. **Rev Panam Salud Publica.**, v. 33, n. 4, 2013.

PAIVA M. M.; TAVARES, D. M. S. Physical and psychological violence against the elderly: prevalence and associated factors. **Rev Bras Enferm.** Brasília, v. 68, n.6, 2015.

PAVÃO, A. L. B.; WERNECK, G. L.; CAMPOS, M. R. Autoavaliação do estado de saúde e a associação com fatores sociodemográficos, hábitos de vida e morbidade na população: um inquérito nacional. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, n. 4, p. 723–734, 2013.

PÉREZ, W.; et al. Food insecurity and self-rated health in rural Nicaraguan women of reproductive age: a cross-sectional study. **International Journal for Equity in Health.**, v. 17, n.146, 2018.

PINTO, L. F.; FREITAS, M. P. S. de; FIGUEIREDO, A. W. S. de. Sistemas Nacionais de Informação e levantamentos populacionais: algumas contribuições do Ministério da Saúde e do IBGE para a análise das capitais brasileiras nos últimos 30 anos. **Ciência & Saúde Coletiva.**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, 2018.

PILEWSKA-KOZAK, A. B.; et al. Perception of health, health behaviours and the use of prophylactic examinations in postmenopausal women. **BMC Women's Health.**, v. 20, n. 71, 2020.

OLIVEIRA, L. A. P. DE; SIMÕES, C. C. DA S. O IBGE e as pesquisas populacionais. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v. 22, n. 2, p. 291–302, 2005.

PEREIRA, K. G. et al. Polifarmácia em idosos: Um estudo de base populacional. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 20, n. 2, p. 335–344, 2017.

RAMOS, L. R. et al. Polypharmacy and polymorbidity in older adults in Brazil: A public health challenge. **Revista de Saude Publica**, v. 50, n. supl 2, p. 1–13, 2016.

SANDER, M.; et al. The challenges of human population ageing. **Age and Ageing**, v. 44, 2015.

SANTOS, E. C. dos; COUTO, B. de M.; BASTONE, A. de C. Fatores associados à autoavaliação negativa da saúde em idosos cadastrados nas Unidades Básicas de Saúde. **ABCS Health Sciences**. São Paulo, v. 43, 2018.

SEGRI, N. J.; et al. Práticas preventivas de detecção de câncer em mulheres: comparação das estimativas dos inquéritos de saúde (ISA – Capital) e vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico (VIGITEL – São Paulo). **Rev Bras Epidemiol.**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, 2011.

SILVA, A. M. de M.; et al. Uso de serviços de saúde por idosos brasileiros com e sem limitação funcional. **Rev Saude Publica.**, Rio de Janeiro, v. 51, Supl 1, 2017.

SILVA, F. S. et al. Morbidades e associações com autoavaliação de saúde e capacidade funcional em idosos. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.** Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, 2020.

SILVA, I. T. da; PINTO JÚNIOR, E. P.; VILELA, A. B. A. Autopercepção de saúde de idosos que vivem em estado de coresidência. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, 2014.

SILVA, K. C. V. da; PIMENTEL, B. N.; SANTOS FILHA, V. A. V. dos. Avaliação quantitativa e qualitativa do equilíbrio corporal em idosas ativas e sua relação com a saúde no geral. **CoDAS.**, v. 32, n. 6, 2020.

SILVA, V. S. T. M; PINTO, L.F. Inquéritos domiciliares nacionais de base populacional em saúde: uma revisão narrativa. **Cien Saude Colet** [periódico na internet], 2020.

SILVEIRA, E. A.; DALASTRA, L.; PAGOTTO, V. Polifarmácia, doenças crônicas e marcadores nutricionais em idosos. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 17, n. 4, 2014.

SILVEIRA, E. A.; VIEIRA, L. L.; SOUZA, J. D. de. Elevada prevalência de obesidade abdominal em idosos e associação com diabetes, hipertensão e doenças respiratórias. **Cien e Saude Colet.**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, 2018.

SOUSA, J. L. et al. Marcadores de desigualdade na autoavaliação de saúde de adultos no Brasil, segundo o sexo. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 5, 2020.

SOUZA, L. S. P. L. de; et al. Tendências da autoavaliação de saúde em relação ao excesso de peso na população adulta residente nas capitais do Centro-Oeste do Brasil. **Rev Bras Epidemiol.** Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, 2017.

SZWARCWALD, C. L. et al. Pesquisa nacional de saúde no Brasil: Concepção e metodologia de aplicação. **Cien e Saude Colet**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, 2014.

TAVARES, D. M. dos S.; OLIVEIRA, N. G. N.; FERREIRA, P. C. dos S. Apoio social e condições de saúde de idosos brasileiros da comunidade. **Ciencia y Enfermeria**, v. 26, n. 9, 2020.

THEME FILHA, M. M.; et al. Prevalência de doenças crônicas não transmissíveis e associação com autoavaliação de saúde: Pesquisa nacional de saúde, 2013. **Rev Bras de Epidemiol**, v. 18, 2015.

TRIACA, L. M.; et al. Estilos de vida saudável e autoavaliação de saúde como boa: uma análise dos dados da PNS/2013. **J Bras Econ Saúde**. São Paulo, v. 9, n. 3, 2017.

VIACAVA, F.; BELLIDO, J. G. Condições de saúde, acesso a serviços e fontes de pagamento, segundo inquéritos domiciliares. **Ciênc Saúde Colet**, Rio de Janeiro, v. 21, 2016.

WHO. World Health Organization. **Health interview surveys: towards international harmonization of methods and instruments**. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe, 1996.

WHO. World Health Organization. **Waist Circumference and Waist-Hip Ratio: Report of a WHO Expert Consultation**. Geneva, Dec., 2008.

WHO. World Health Organization. **Global recommendations on physical activity for health**. Geneva: WHO; 2010.

ZANESCO, C.; et al. Fatores que determinam a percepção negativa da saúde de idosos brasileiros. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, 2018.

ANEXOS

ANEXO A – QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO, ECONÔMICO, DE HÁBITOS ALIMENTARES, CONDIÇÕES DE SAÚDE, USO DE MEDICAMENTOS, UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE E ANTROPOMETRIA

PARTE 1 - QUESTIONAMENTOS AO CHEFE DA FAMÍLIA

Identificação do questionário: _____

Unidade da Federação: _____

Município: _____

Bairro: _____

CEP: _____

Endereço: _____

Data: _____

Número do setor: _____

Número de ordem do domicílio: _____

Nome/Código do entrevistador: _____

Visita	Data	Hora	Nome do Entrevistador	Observações	Resultado da Visita

Resultado da visita:

1. Preencher bloco A
2. Não é domicílio
3. Domicílio vago
4. Domicílio fechado
5. Não conseguiu localizar o morador
6. Recusa
7. Outro
8. Encerrar definitivamente
9. Não pertence a população de estudo
10. Realizada- tem domínio

Relação com o Responsável pela família:

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

Observação: quando houver mais de uma família no domicílio, comece listando no mesmo quadro com “Responsável 2”

MÓDULO A - INFORMAÇÕES DO DOMICÍLIO**A1. Este domicílio é do tipo:**

1. Casa
2. Apartamento
3. Habitação em casa de cômodos, cortiço.
99. NS/NR

A2. Qual o material que predomina na construção das paredes externas deste domicílio?

1. Alvenaria com revestimento
2. Alvenaria sem revestimento
3. Madeira apropriada para construção
4. Taipa não revestida
5. Madeira aproveitada
6. Palha
7. Outro material (Especifique: _____)
99. NS/NR

A3. Este domicílio em que o(a) Sr.(a) mora é próprio ou alugado?

1. Próprio – quitado
2. Próprio – pagando
3. Alugado
4. Cedido
5. Invadido
6. Outra condição
- 99- NS/NR

A4. Quantos cômodos existem neste domicílio, incluindo cozinha e banheiro? _____**A5. Quantos banheiros existem neste domicílio? _____****A6. Quantas pessoas moram neste domicílio? _____****A7. Algum morador deste domicílio necessita de cuidado especial?**

99- Sim 2 – Não 99 – NS/NR

“Os Moradores deste domicílio contam com os seguintes equipamentos/bens?”**A8. Filtro de água?**

99- Sim 2 – Não 99 – NS/NR

A9. Televisão?

99- Sim 2 – Não 99 – NS/NR

A9a. Quantas? _____**A10. Geladeira?**

99- Sim 2 – Não 99 – NS/NR

A11. Freezer?

1.Sim 2. Não 99. NS/NR

A12. Máquina de lavar roupa? (não considerar tanquinho)

99- Sim 2 – Não 99 – NS/NR

A13. Forno de micro-ondas?

99- Sim 2 – Não 99 – NS/NR

A14. DVD/BluRay?

99- Sim 2 – Não 99 – NS/NR

A15. Máquina de lavar louça?

99- Sim 2 – Não 99 – NS/NR

A16. Aparelho de ar condicionado?

99- Sim 2 – Não 99 – NS/NR

A16a. Quantos? _____**A17. Aspirador de pó?**

99- Sim 2 – Não 99 – NS/NR

A18. Telefone fixo? (linha telefônica residencial)

99- Sim 2 – Não 99 – NS/NR

A18a. Quantos? _____**A19. Telefone celular?**

99- Sim 2 – Não 99 – NS/NR

A19a. Quantos? _____**A20. Máquina fotográfica/câmera digital?**

99- Sim 2 – Não 99 – NS/NR

A21. Computador?

99- Sim 2 – Não 99 – NS/NR

A21a. Quantos? _____**A22. Laptop ou tablet?**

99- Sim 2 – Não 99 – NS/NR

A23. Motocicleta?

99- Sim 2 – Não 99 – NS/NR

A23a. Quantas? _____**A24. Bicicleta?**

99- Sim 2 – Não 99 – NS/NR

A24a. Quantas? _____**A25. Carro?**

99- Sim 2 – Não 99 – NS/NR

A25a. Quantos? _____

A26. Os moradores do domicílio tem acesso à internet em casa?

99- Sim 2 – Não 99 – NS/NR

A27. Este domicílio conta com o serviço de empregada doméstica 3 ou mais vezes por semana?

99- Sim 2 – Não 99 – NS/NR

A28. Qual é a principal forma de abastecimento de água deste domicílio?

1. Rede geral de distribuição
2. Poço ou nascente na propriedade
3. Poço ou nascente fora da propriedade
4. Carro-pipa
5. Água da chuva armazenada em cisterna
6. Água da chuva armazenada de outro modo
7. Rios, lagos e igarapés.
8. Outro material (Especifique: _____)
99. NS/NR

A29. A água utilizada para beber neste domicílio é:

1. Filtrada
2. Fervida
3. Tratada de outra forma no domicílio (Especifique: _____)
4. Mineral industrializada.
5. Sem tratamento no domicílio
99. NS/NR

A30. De que forma é feito o escoadouro dos banheiros ou sanitários?

1. Rede geral de esgoto ou pluvial
2. Fossa séptica
3. Fossa rudimentar
4. Vala
5. Direto para rio, lago ou mar
6. Outra (Especifique: _____)
99. NS/NR

A31. Qual o destino dado ao lixo?

1. Coletado diretamente por serviço de limpeza
2. Coletado em caçamba de serviço de limpeza
3. É queimado na propriedade
4. É enterrado na propriedade
5. Jogado em terreno baldio ou logradouro
6. Jogado em rio, lago ou mar
7. Outro (Especifique: _____)
99. NS/NR

A32. Quantas pessoas na família trabalharam e tiveram rendimentos no mês passado?

_____|_____| (se a renda for igual a zero = pular [próxima questão]. Caso resposta seja NS/NR = pular)

A33. Fazendo um cálculo aproximado o(a) Sr.(a) diria que a renda média líquida global, incluindo a renda de todos os membros da família, no mês passado se situa:

1. Inferior a 1 salário mínimo
2. Entre 1 e 2 salários mínimos
3. Entre 3 e 4 salários mínimos
4. Entre 5 e 9 salários mínimos
5. Entre 10 e 20 salários mínimos
6. Acima de 20 salários mínimos
99. NS/NR

MÓDULO C – CARACTERÍSTICAS GERAIS DOS MORADORES

C5. Qual é o sua situação conjugal?

1. Casado no civil ou religioso
2. Vive em união conjugal estável ou vive junto
3. Solteiro
4. Separado
5. Desquitado ou divorciado
6. Viúvo
88. Não se aplica
99. NS/NR

C6. Até que ano da escola o(a) Sr.(a) completou?

1. nunca frequentou, não sabe ler e escrever
2. nunca frequentou, sabe ler e escrever
3. 1º ano do Ensino Fundamental (1º grau ou Primário) - antigo pré
4. 2º ano do Ensino Fundamental (1º grau ou Primário) – antiga 1ª série
5. 3º ano do Ensino Fundamental (1º grau ou Primário) – antiga 2ª.série
6. 4º ano do Ensino Fundamental (1º grau ou Primário) – antiga 3ª.série
7. 5º ano do Ensino Fundamental ou 1º grau (1ª série do Ginásio) – antiga 4ª.série
8. 6º. ano do Ensino Fundamental ou 1º grau (2ª série do Ginásio) – antiga 5ª.série
9. 7º. ano do Ensino Fundamental ou 1º grau (3ª série do Ginásio) – antiga 6ª.série
10. 8º.ano do Ensino Fundamental ou 1º grau (4ª série do Ginásio) – antiga 7ª.série
11. 9º.ano do Ensino Fundamental ou 1º grau (4ª série do Ginásio) – antiga 8ª.Série
12. 1ª série do Ensino Médio (2º grauouColegial)
13. 2ª série do Ensino Médio (2º grauouColegial)
14. 3ª série do Ensino Médio (2º grauouColegial)
15. cursos técnicos de nível médio incompletos
16. cursos técnicos de nível médio completos
17. curso superior incompleto
18. curso superior completo
19. pós-graduação incompleto
20. pós-graduação completo
88. Não se aplica
99. NS/NR

C7. Atualmente o(a) Sr.(a) exerce alguma atividade seja ela remunerada ou não remunerada de trabalho?

1. Sim, em atividade
2. Sim, mas afastado por motivo de doença

3. Sim, e também aposentado
4. Não, desempregado
5. Não, aposentado
6. Não, dona de casa
7. Não, pensionista
8. Não, só estudante
9. Outros
88. Não se aplica
99. NS/NR

MÓDULO D - UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

D2. O(a) Sr.(a) já utilizou os serviços oferecidos pelo Programa Saúde da Família/Estratégia Saúde da Família (PSF/ESF)?

1- Sim 2 - Não 99 - NS/NR

D3. Como o(a) Sr.(a) avalia os serviços que utiliza ou utilizou do Programa Saúde da Família/Estratégia Saúde da Família (PSF/ESF)?

1. Muito bom
2. Bom
3. Regular
4. Ruim
5. Muito ruim
- 99 NS/NR

D5. Nos últimos 12 meses consultou o médico e/ou, outro profissional de saúde?

1- Sim 2 - Não 99 - NS/NR

D5.b Qual(is) profissional(is)? _____

D6. Nos últimos 12 meses, por que motivo não procurou serviço de saúde?

1. Não houve necessidade
2. Não tinha dinheiro
3. O local de atendimento era distante ou de difícil acesso
4. Horário incompatível
5. O atendimento é muito demorado
6. O estabelecimento não possuía especialista compatível com suas necessidades
7. Achou que não tinha direito
8. Não tinha quem o(a) acompanhasse
9. Não gostava dos profissionais do estabelecimento
10. Greve nos serviços de saúde
11. Dificuldade de transporte
12. Outro motivo (Especifique: _____)
- 99 - NS/NR

D7. Quando consultou um médico/ profissional de saúde pela última vez?

1. Nas últimas duas semanas
2. Nos doze últimos meses
3. De 1 ano a menos de 2 anos
4. De 2 anos a menos de 3 anos

5. 3 anos ou mais
 6. Nunca foi ao médico
- 99 - NS/NR

D8. Qual foi o motivo principal pelo qual procurou atendimento relacionado à saúde na última vez?

1. Acidente ou lesão
 2. Doença
 3. Problema odontológico
 4. Reabilitação ou terapia
 5. Continuação de tratamento
 6. Pré-natal
 7. Puericultura
 8. Parto
 9. Exame complementar de diagnóstico
 10. Vacinação
 11. Outro atendimento preventivo
 12. Solicitação de atestado de saúde
 13. Outro (Especifique: _____)
- 99 - NS/NR

D10. Nos últimos 12 meses, _____ ficou internado(a) em hospital por 24 horas ou mais?

1. Sim 2. Não 99 - NS/NR

D11. Nos últimos 12 meses, quantas vezes esteve internado(a)? _____ vezes

99 - NS/NR

D12. Quanto tempo ficou internado(a) na última vez?

1. Morador ficou internado ____ meses ____ dias ____ horas
 2. Morador ainda está internado
- 99 - NS/NR

D13. Qual foi o principal atendimento de saúde que recebeu quando esteve internado(a) (pela última vez) nos doze últimos meses?

1. Parto normal
 2. Parto cesáreo
 3. Tratamento clínico
 4. Tratamento psiquiátrico
 5. Cirurgia
 6. Exames complementares de diagnóstico
 7. Outro (Especifique: _____)
- 99 - NS/NR

D14. Na última vez que foi internado(a), como foi o atendimento recebido?

1. Muito bom
 2. Bom
 3. Regular
 4. Ruim
 5. Muito ruim
- 99 - NS/NR

D15. Nos últimos 12 meses, teve atendimento de emergência no domicílio?

1. Sim 2. Não 99 - NS/NR

D16. Na última vez que teve atendimento de urgência no domicílio, como foi o atendimento recebido?

1. Muito bom
 2. Bom
 3. Regular
 4. Ruim
 5. Muito ruim
- 99 - NS/NR

D17. Nos últimos 12 meses, utilizou alguma prática integrativa e complementar, isto é, tratamento como acupuntura, homeopatia, plantas medicinais e fitoterapia etc.?

1. Sim 2. Não 99 - NS/NR

D18. Qual tratamento fez uso?

1. Acupuntura
 2. Homeopatia
 3. Plantas medicinais e fitoterapia
 4. Outro (Especifique: _____)
- 99 - NS/NR

MÓDULO E - PERCEPÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE

“As perguntas deste módulo são sobre sua saúde em geral, tanto sobre sua saúde física como sua saúde mental.”

E1. Em geral, como o(a) sr(a) avalia a sua saúde?

1. Muito boa
 2. Boa
 3. Regular
 4. Ruim
 5. Muito ruim
99. NS/NR

MÓDULO G - ESTILOS DE VIDA

“Neste módulo, vou lhe fazer perguntas sobre o seu estilo de vida, como hábitos de alimentação, prática de atividade física, uso de bebidas alcoólicas e fumo”

“Agora vou lhe fazer perguntas sobre sua alimentação”

G4. Com que frequência o(a) sr(a) teve (tem) problemas na alimentação, como ter falta de apetite ou comer muito mais do que de costume?

1. Nenhum dia
 2. Menos da metade dos dias
 3. Mais da metade dos dias
 4. Quase todos os dias
99. NS/NR

G5. Em quantos dias da semana o(a) costuma comer feijão? _____ Dias

Nunca ou menos de uma vez por semana

G6. Em quantos dias da semana, o(a) sr(a) costuma comer salada de alface etomate ou salada de qualquer outra verdura ou legume cru? _____ Dias

Nunca ou menos de uma vez por semana

G7. Em geral, quantas vezes por dia o(a) sr(a) come este tipo de salada?

1. 1 vez por dia (no almoço ou no jantar)
2. 2 vezes por dia (no almoço e no jantar)
3. 3 vezes ou mais por dia
4. Não come

G8. Em quantos dias da semana, o(a) sr(a) costuma comer verdura ou legume cozido, como couve, cenoura, chuchu, berinjela, abobrinha? (sem contar batata, mandioca ou inhame) _____ Dias

Nunca ou menos de uma vez por semana

G9. Em geral, quantas vezes por dia o(a) sr(a) come verdura ou legume cozido?

1. 1 vez por dia (no almoço ou no jantar)
2. 2 vezes por dia (no almoço e no jantar)
3. 3 vezes ou mais por dia

G10. Em quantos dias da semana o(a) sr(a) costuma comer carne vermelha (boi, porco, cabrito)? _____ Dias

Nunca ou menos de uma vez por semana

G11. Quando o(a) sr(a) come carne vermelha, o(a) sr(a) costuma:

1. Tirar o excesso de gordura visível
2. Comer com a gordura

G12. Em quantos dias da semana o(a) sr(a) costuma comer frango/galinha? _____ Dias

Nunca ou menos de uma vez por semana

G13. Quando o(a) sr(a) come frango/galinha, o(a) sr(a) costuma:

1. Tirar a pele
2. Comer com a pele

G14. Em quantos dias da semana o(a) sr(a) costuma comer peixe? _____ Dias

Nunca ou menos de uma vez por semana

G15. Em quantos dias da semana o(a) sr(a) costuma tomar suco de frutas natural? _____ Dias

Nunca ou menos de uma vez por semana

G16. Em geral, quantos copos por dia o(a) sr(a) toma de suco de frutas natural?

1. 1 copo
2. 2 copos
3. 3 copos ou mais

99. NS/NR

G17. Em quantos dias da semana o(a) sr(a) costuma comer frutas? _____ Dias Nunca ou menos de uma vez por semana

G18. Em geral, quantas vezes por dia o(a) sr(a) come frutas?

1. 1 vez por dia
2. 2 vezes por dia
3. 3 vezes ou mais por dia

G19. Em quantos dias da semana o(a) sr(a) costuma tomar refrigerante (ou suco artificial)? _____ Dias

Nunca ou menos de uma vez por semana.

G20. Que tipo de refrigerante ou suco artificial o(a) sr(a) costuma tomar?

1. Normal
2. Diet/Light/Zero
3. Ambos

G21. Em geral, quantos copos de refrigerante ou suco artificial o(a) sr(a) costuma tomar por dia?

1. 1 copo
2. 2 copos
3. 3 copos ou mais

G22. Em quantos dias da semana o(a) sr(a) costuma tomar leite? (*desconsiderar leite de soja*) _____ Dias

Nunca ou menos de uma vez por semana

G23. Quando o(a) sr(a) toma leite, que tipo de leite costuma tomar?

1. Integral
2. Desnatado ou semidesnatado
3. Os dois tipos

G24. Em quantos dias da semana o(a) sr(a) come alimentos doces, tais como pedaços de bolo ou torta, doces, chocolates, balas, biscoitos ou bolachas doces? _____ Dias

Nunca ou menos de uma vez por semana

G25. Em quantos dias da semana o(a) sr(a) substitui a refeição do almoço ou jantar por sanduiches, salgados ou pizzas? _____ Dias

Nunca ou menos de uma vez por semana

G26. Considerando a comida preparada na hora e os alimentos industrializados, o(a) Sr(a) acha que o seu consumo de sal é:

1. Muito alto
2. Alto
3. Adequado
4. Baixo
5. Muito baixo

Consumo de bebida alcoólica

G36. O(a) Sr.(a) tem ou já teve o costume de ingerir bebida alcoólica com alguma frequência ou mesmo ocasionalmente?

1. não, nunca teve o hábito de beber (encerrar o Bloco)
2. sim, teve mas não bebe mais
3. sim, têm o hábito de ingerir bebida alcoólica
99. NS/NR (encerrar o bloco)

“Sobre o uso de tabaco: Vou perguntar a seguir sobre o hábito de fumar cigarros de tabaco.”

G50 O(a) Sr.(a) fuma atualmente?

1. não
2. sim, diariamente
3. sim, mas não diariamente
99. NS/NR

MÓDULO H – DOENÇAS CRÔNICAS

As perguntas deste módulo são sobre doenças crônicas. Vamos fazer perguntas sobre diagnóstico de doenças, uso dos serviços de saúde e tratamento dos problemas.

H62. O (a) Sr (a) tem doença(s) diagnosticada(s) por médicos?

1. Sim 2. Não

H62a. Se SIM, quais?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Hipertensão Arterial | <input type="checkbox"/> Diabetes <i>mellitus</i> |
| <input type="checkbox"/> Doença cardiovascular | <input type="checkbox"/> Dislipidemia |
| <input type="checkbox"/> Osteoporose | <input type="checkbox"/> Osteopenia |
| <input type="checkbox"/> Osteoartrose | <input type="checkbox"/> Osteoartrite |
| <input type="checkbox"/> Osteomalácia | <input type="checkbox"/> Hiperparatireoidismo secundário |
| <input type="checkbox"/> Outros | |

H63. O (a) Sr (a) utiliza medicamento(s) no momento?

1. Sim 2. Não

Quais? _____

H64. Quantos medicamentos o (a) sr. (a) utiliza no momento?

1. Dosagem:
2. Um
3. Dois
4. Três
5. Mais de três

Câncer

H61. Algum médico já lhe deu algum diagnóstico de câncer?

1. Sim 2. Não

PARTE 7: ATIVIDADE FÍSICA
QUESTIONÁRIO INTERNACIONAL DE ATIVIDADE FÍSICA – IPAQ (VERSÃO CURTA)

“Agora vou lhe perguntar sobre prática de atividade física.”

“As questões que se seguem estão relacionadas ao tempo que o(a) Sr.(a) utiliza fazendo atividade física em uma semana NORMAL, USUAL ou HABITUAL. As perguntas incluem as atividades que o(a) Sr.(a) faz no trabalho, para ir de um lugar a outro, por lazer, por esporte, por exercício ou como parte das suas atividades em casa ou no jardim.

Para responder as questões, lembre-se que: Atividades físicas VIGOROSAS são aquelas que precisam de um grande esforço físico e que fazem respirar MUITO mais forte que o normal. Atividades físicas MODERADAS são aquelas que precisam de algum esforço físico e que fazem respirar UM POUCO mais forte que o normal.”

“As próximas questões são em relação a toda a atividade física que o(a) Sr.(a) faz em uma semana USUAL ou NORMAL. Pense unicamente nas atividades que o(a) Sr.(a) faz por pelo menos 10 minutos contínuos.”

L81b. Em quantos dias de uma semana normal o(a) Sr.(a) gasta fazendo atividades VIGOROSAS, por pelo menos 10 minutos contínuos, como trabalho de construção pesada, carregar grandes pesos, trabalhar com enxada, escavar ou subir escadas como parte do seu trabalho: _____ dias por SEMANA (se colocar o número zero, pular para L81d)
 99. NS/NR

L81d. Em quantos dias de uma semana normal o(a) Sr.(a) faz atividades MODERADAS, por pelo menos 10 minutos contínuos, como carregar pesos leves como parte do seu trabalho? _____ dias por SEMANA
 99. NS/NR

L81e. Quanto tempo no total o(a) Sr.(a) usualmente gasta POR DIA fazendo atividades moderadas como parte do seu trabalho? _____ horas _____ minutos
 99. NS/NR

L81f. Em quantos dias de uma semana normal o(a) Sr.(a) anda, durante pelo menos 10 minutos contínuos, como parte do seu trabalho? Por favor, NÃO inclua o andar como forma de transporte para ir ou voltar do trabalho. _____ dias por SEMANA (se colocar o número zero (0), pular para seção 2)
 99. NS/NR

L81g. Quanto tempo no total o(a) Sr.(a) usualmente gasta POR DIA caminhando como parte do seu trabalho? _____ horas _____ minutos
 99. NS/NR

PARTE 7: PRESSÃO ARTERIAL E ANTROPOMETRIA

LEGENDA:

CPB: comprimento do braço

CB: circunferência do braço

CC: circunferência da cintura

CP: circunferência da panturrilha

PCT: Prega Cutânea Tricipital

PRESSÃO ARTERIAL

Pressão Arterial Sistólica	Pressão Arterial Diastólica
1ª medida:	1ª medida:
2ª medida:	2ª medida:

ANTROPOMETRIA

Peso 1(kg):	Peso 2(kg):
Altura 1(m):	Altura 2(m):
CPB 1(cm):	CPB 2(cm):
CB 1(cm):	CB 2(cm):
CC 1(cm):	CC 2(cm):
CP 1(cm):	CP 2(cm):
PCT 1(mm):	PCT 2(cm):

ANEXO B – PARECER COSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



UFPI - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PIAUÍ - CAMPUS
MINISTRO PETRÔNIO



PARECER COSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: INQUÉRITO DE SAÚDE DE BASE POPULACIONAL EM MUNICÍPIOS DO PIAUÍ

Pesquisador: Karoline da Macêdo Gonçalves Freta

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 84527418.7.0000.5214

Instituição Proponente: FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.552.426

Apresentação do Projeto:

Nos últimos anos, as Doenças Crônicas Não Transmissíveis têm se tornado objeto de preocupação global, não apenas do setor saúde, mas de vários setores da sociedade, em função da sua magnitude e custo social. Neste contexto, os inquéritos populacionais de saúde vêm sendo utilizados de forma crescente e são essenciais para conhecer o perfil de saúde, a distribuição dos fatores de risco e suas tendências, além de informações sobre a morbidade referida e os estilos de vida saudáveis. Embora as fontes de dados secundários dos sistemas de informação sejam fundamentais, estas não conseguem responder às necessidades de informação em saúde. Sendo assim, os inquéritos de base populacional apresentam crescente importância, pois possibilitam o conhecimento do perfil de saúde da população e da distribuição dos fatores de risco para o desenvolvimento das doenças, assim como daqueles que influenciam o estado de saúde das pessoas. Desta forma, o presente estudo objetiva analisar o perfil de saúde, condições de vida e aspectos atuais da situação de saúde da população residente nas cidades de Teresina e Picos (PI). Para tal, serão coletados dados demográficos (idade, sexo, cor da pele autorreferida), socioeconômicos (escolaridade, situação conjugal, renda familiar per capita), de estilo de vida (atividade física, tabagismo e etilismo), de consumo alimentar, de condições de saúde (história familiar de doenças, morbidade referida, uso de serviços de saúde, hospitalização), dados antropométricos, bioquímicos e de pressão arterial, bem como o uso de suplementos e medicamentos da população, incluindo indivíduos residentes em área urbana e em domicílios

Endereço: Campus Universitário Ministro Petrônio Portella - Pró-Reitoria de Pesquisa

Bairro: Ininga

CEP: 64.069-000

UF: PI

Município: TERESINA

Telefone: (88)3237-2332

Fax: (88)3237-2332

E-mail: cep.ufpi@ufpi.edu.br



UFPI - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PIAUÍ - CAMPUS
MINISTRO PETRÔNIO



Continuação do Protocolo: 2.052.420

particulares permanentes nas cidades de Teresina e Picos(PI). Os domínios amostrais fixados para o estudo serão: crianças de 0 a 2 anos; crianças de 2 a 9 anos; adolescentes de 10 a 19 anos de ambos os sexos; adultos de 20 a 59 anos de ambos os sexos; idosos de 60 anos ou mais de ambos os sexos e mulheres gestantes. Serão incluídos neste estudo indivíduos residentes em área urbana e em domicílios particulares permanentes nas cidades de Teresina e Picos(PI) e que aceitem participar da pesquisa mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Serão excluídos da pesquisa os indivíduos residentes em áreas rurais da cidade, bem como aqueles residentes em domicílios coletivos. Também serão excluídos aqueles que apresentarem quaisquer deficiências ou incapacidades que dificulte a aplicação dos questionários ou a avaliação antropométrica.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

- Analisar o perfil de saúde, condições de vida e aspectos atuais da situação de saúde da população residente nas cidades de Teresina e Picos (PI).

Objetivos Secundários:

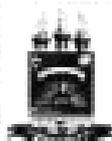
- Estimar a prevalência das principais DCNT(doenças crônicas não transmissíveis) segundo os indicadores tradicionais na área de Epidemiologia no Brasil;
- Estimar a frequência dos principais fatores de risco para DCNT na população estudada;
- Analisar os efeitos dos principais fatores de risco sobre as DCNT e apontar os principais grupos populacionais vulneráveis e as desigualdades vinculadas ao risco;
- Investigar o acesso à serviços de saúde nas cidades de Teresina e Picos e os determinantes de sua estratificação social;
- Investigar os estilos de vida da população residente em Teresina e Picos relativamente aos hábitos de alimentação, consumo de bebidas alcoólicas, tabagismo e prática de atividade física, e os fatores associados aos comportamentos não saudáveis;
- Analisar as associações entre indicadores do estilo de vida, tais como consumo alimentar e atividade física, e alguns desfechos ligados DCNT na população residente;
- Estimar indicadores do empoderamento feminino em Teresina e Picos (PI).

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos

Existe um desconforto e risco mínimo para o participante em relação à coleta de sangue, quando o

Endereço: Campus Universitário Ministro Petrônio Portella - Pró-Reitoria de Pesquisa
 Bairro: Ininga CEP: 64.049-550
 UF: PI Município: TERESINA
 Telefone: (86)3237-2332 Fax: (86)3237-2332 E-mail: cep.ufpi@ufpi.edu.br



UFPI - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PIAUÍ - CAMPUS
MINISTRO PETRÔNIO



Continuação do Parecer: 2.682.426

participante poderá sentir dor no local da "picada" da agulha, ou a possibilidade de algum constrangimento durante o preenchimento dos questionários como as questões referentes à renda e consumo alimentar ou durante a aferição das medidas antropométricas. Para controlar esses riscos o procedimento será realizado por profissional treinado e capacitado e seguindo todas as normas de biossegurança, incluindo o uso de seringas e agulhas estéreis e descartáveis.

Benefícios

Os participantes do estudo terão como benefício os resultados da avaliação antropométrica e dos exames bioquímicos. Além disso, terão a possibilidade de contribuir para o levantamento de informações importantes acerca da situação de saúde da população dos municípios de Teresina e Picos (PI), que servirão de subsídio para a implementação de políticas públicas na área da saúde.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termos de apresentação obrigatória anexados na plataforma.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto de pesquisa com parecer APROVADO e apto para início da coleta de dados.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_1084249.pdf	02/03/2018 19:27:22		Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracao.pdf	02/03/2018 17:24:28	LAYANNE CRISTINA DE CARVALHO LAVOR	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto.pdf	02/03/2018 16:07:21	LAYANNE CRISTINA DE CARVALHO LAVOR	Aceito
Outros	curriculo.pdf	02/03/2018 16:06:31	LAYANNE CRISTINA DE CARVALHO LAVOR	Aceito
Outros	questionario.pdf	02/03/2018 16:04:29	LAYANNE CRISTINA DE CARVALHO LAVOR	Aceito

Endereço: Campus Universitário Ministro Petrônio Portella - Pró-Reitoria de Pesquisa
Bairro: Ininga CEP: 64.049-690
UF: PI Município: TERESINA
Telefone: (86)3337-2332 Fax: (86)3337-2332 E-mail: cep.upi@ufpi.edu.br



UFPI - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PIAUÍ - CAMPUS
MINISTRO PETRÔNIO



Continuação do Parecer: 2.553.436

Outros	termo_confidencialidade.pdf	02/03/2018 16:00:26	LAYANNE CRISTINA DE CARVALHO LAVOR	Aceito
Outros	autorizacao_institucional.pdf	02/03/2018 15:59:50	LAYANNE CRISTINA DE CARVALHO LAVOR	Aceito
Outros	carta_de_encaminhamento.pdf	02/03/2018 15:58:59	LAYANNE CRISTINA DE CARVALHO LAVOR	Aceito
Folha de Rosto	folha_rosto.pdf	02/03/2018 15:58:08	LAYANNE CRISTINA DE CARVALHO LAVOR	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TALE.pdf	02/03/2018 15:53:32	LAYANNE CRISTINA DE CARVALHO LAVOR	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_participante.pdf	02/03/2018 15:53:21	LAYANNE CRISTINA DE CARVALHO LAVOR	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_responsavel.pdf	02/03/2018 15:53:07	LAYANNE CRISTINA DE CARVALHO LAVOR	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

TERESINA, 20 de Março de 2018

Herbert de Sousa Barbosa
Assinado por

Herbert de Sousa Barbosa
(Coordenador)

Prof. Dr. Herbert de Sousa Barbosa
Coordenador CEP - UFPI
Bateria PROPESSO Nº 012017

Endereço: Campus Universitário Ministro Petrônio Portella - Pró-Reitoria de Pesquisa

Bairro: Ininga

CEP: 64.042-550

UF: PI

Município: TERESINA

Telefone: (86)3237-2332

Fax: (86)3237-2332

E-mail: cep.ufpi@ufpi.edu.br

ANEXO C – DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE – FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE



DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE

Declaro estar ciente dos objetivos do Projeto de Pesquisa "INQUÉRITO DE SAÚDE DE BASE POPULACIONAL NO MUNICÍPIO DE TERESINA - PI" e concordo em autorizar a execução da mesma nesta instituição. Esta instituição está ciente de suas corresponsabilidades como instituição coparticipante do presente Protocolo de Pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos participantes da pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança.

Conforme Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, a pesquisa só terá início nesta instituição após apresentação do Parecer de Aprovação por um Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP). Autorizo os pesquisadores: KAROLINE DE MACÉDO GONÇALVES FROTA, WOLNEY LISBOA CONDE, CECÍLIA MARIA RESENDE GONÇALVES DE CARVALHO, ADRIANA DE AZEVEDO PAIVA, ROSANA RODRIGUES DE SOUSA, LAYANNE CRISTINA DE CARVALHO LAVÔR, DENISE MARIA NUNES LOPES, THIANA MAGALHÃES VILAR, NAYARA VIEIRA DO NASCIMENTO MONTEIRO, LAYS ARNAUD ROSAL LOPES, LUCIANA MELO DE FARIAS, GILVO DE FARIAS JÚNIOR, ARTEMIZIA FRANCISCA DE SOUSA, LAURA MARIA FEITOSA FORMIGA, EDNA ARAÚJO RODRIGUES OLIVEIRA, DANILLA MICHELLE COSTA E SILVA E RUMÃO BATISTA NUNES DE CARVALHO acesso ao endereço de usuários de UBS da zona urbana para coleta de dados em domicílio.

Teresina, 26 de abril de 2018.

Ayla Maria Calixto de Carvalho

 Ayla Maria Calixto de Carvalho
 Comissão de Ética em Pesquisa de
 Fundação Municipal de Saúde

Aylana Calixto
 Jansen de Aguiar
 GAB: FMS



ANEXO D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

SETOR: _____ DOMICÍLIO: _____
--

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da pesquisa: Inquérito de Saúde de base populacional nos municípios de Teresina e Picos (PI).

Pesquisador responsável: Prof^ª. Dr^ª. Karoline de Macêdo Gonçalves Frota.

Instituição/Departamento: UFPI/ Departamento de Nutrição.

Pesquisadores participantes: Prof. Dr. Wolney Lisboa Conde (USP-SP), Prof^ª. Dr^ª. Cecília Maria Resende Gonçalves de Carvalho, Prof^ª. Dr^ª. Adriana de Azevedo Paiva, mestrandos Rosana Rodrigues de Sousa, Layanne Cristina de Carvalho Lavôr, Denise Maria Nunes Lopes, Thiana Magalhães Vilar, Nayara Vieira do Nascimento Monteiro, Cyntia Regina Lúcio de Sousa Ibiapina, Edna Maria Silva Araújo, Jany de Moura Crisóstomo, Michelly da Silva Pinheiro e doutorandos Lays Arnaud Rosal Lopes, Luciana Melo de Farias, Gilvo de Farias Júnior, Ana Paula de Melo Simplício, Carlos Henrique Ribeiro Lima.

Telefone para contato: (86) 3215-5864.

Prezado (a) participante, você está sendo convidado (a) para participar da pesquisa intitulada “Inquérito de Saúde de base populacional nos municípios de Teresina-PI e Picos-PI”. Durante a realização da mesma você poderá desistir, retirando o seu consentimento, a qualquer momento, sem ser penalizado (a).

ESCLARECIMENTOS SOBRE A PESQUISA

Justificativa: A elevada prevalência de doenças crônicas não transmissíveis (Diabetes hipertensão, doenças cardiovasculares, etc.) na população é responsável por altos índices de morbidade e mortalidade, gerando altos custos para as famílias, sociedade e governo. Assim, é importante a realização de pesquisas que analisem aspectos da saúde da população, visando contribuir para a implementação de políticas públicas que melhorem as ações em saúde.

Objetivo: Analisar o perfil de saúde, estilo de vida e hábitos alimentares da população residente nas cidades de Teresina-PI e Picos-PI.

Procedimentos: Você participará de uma entrevista em seu domicílio, realizada por um pesquisador, na qual serão aplicados questionários para obter dados socioeconômicos, demográficos, de saúde geral, estilo de vida e consumo alimentar. Você **não** terá sua voz gravada nem será filmado. Também será realizada uma avaliação antropométrica obtendo-se dados de peso, estatura, dobras cutâneas tricípital e subescapular, circunferências da cintura e

braquial. Para os idosos, além destas medidas, também será aferida a circunferência da panturrilha. Para as crianças menores de 2 anos, serão coletados os dados registrados na caderneta de saúde da criança. Para crianças de 2 a 9 anos e gestantes, serão aferidos o peso, estatura, circunferências braquial e da cintura, bem como também serão coletados dados da caderneta de acompanhamento da gestação. Para a realização de exames bioquímicos como glicemia em jejum e lipidograma, será necessária a coleta de sangue, após um período de jejum adequado.

Riscos: Existe um desconforto mínimo para você inerente à coleta de sangue ou a possibilidade de algum constrangimento durante o preenchimento dos questionários, ou durante a aferição das medidas antropométricas. Para controlar esses riscos o procedimento será realizado por profissional treinado e capacitado e seguindo todas as normas de biossegurança.

Benefícios: Os participantes do estudo receberão os resultados da avaliação antropométrica e dos exames bioquímicos. Além disso, terão a possibilidade de contribuir para o levantamento de informações importantes acerca da situação de saúde da população, que servirão de subsídio para a implementação de políticas públicas no âmbito da saúde.

Custos: Participar do estudo não acarretará nenhum custo financeiro para você. A participação é voluntária, ou seja, não será oferecida nenhuma compensação financeira. Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. Se você concordar em participar do estudo, seu nome e identidade serão mantidos em sigilo. A menos que requerido por lei ou por sua solicitação, somente o pesquisador, a equipe do estudo, Comitê de Ética independente e inspetores de agências regulamentadoras do governo (quando necessário) terão acesso a suas informações para verificar as informações do estudo. Diante do exposto, aceito participar das seguintes etapas da pesquisa:

Assinatura do(s) participante(s):

	<input type="checkbox"/> Aplicação dos questionários <input type="checkbox"/> Avaliação Antropométrica <input type="checkbox"/> Coleta de sangue
	<input type="checkbox"/> Aplicação dos questionários <input type="checkbox"/> Avaliação Antropométrica <input type="checkbox"/> Coleta de sangue
	<input type="checkbox"/> Aplicação dos questionários

	<input type="checkbox"/> Avaliação Antropométrica <input type="checkbox"/> Coleta de sangue
	<input type="checkbox"/> Aplicação dos questionários <input type="checkbox"/> Avaliação Antropométrica <input type="checkbox"/> Coleta de sangue

Pesquisador(a) responsável

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato:
TERESINA (PI): Comitê de Ética em Pesquisa – UFPI - Campus Universitário Ministro
Petrônio Portella - Bairro Ininga- Prédio da Pró-reitoria de Ensino de Pós-Graduação CEP:
64.049-550 - Teresina – PI, tel.: (86) 3237-2332 - email: cep.ufpi@ufpi.edu.br. web:
www.ufpi.br/cep.

Teresina, _____, _____ de 2019.