

Fatores associados a autopercepção positiva de saúde em idosos durante a pandemia por Covid-19: achados e implicações

Factors associated with the positive self-perception of health in older adults during the Covid-19 pandemic: findings and implications

Factores asociados a la autopercepción positiva de la salud en personas mayores durante la pandemia de Covid-19: hallazgos e implicaciones

Michael Ruberson Ribeiro da Silva  <https://orcid.org/0000-0003-2550-7249>

Patrícia Silva Bazoni  <https://orcid.org/0000-0002-3829-4900>

Ronaldo José Faria  <https://orcid.org/0000-0003-0650-128X>¹

Eduardo Frizzera Meira  <https://orcid.org/0000-0002-0210-4319>

Jéssica Barreto Ribeiro dos Santos  <https://orcid.org/0000-0002-5528-0658>

Resumo

Introdução: A autopercepção de saúde está relacionada a fatores clínicos, econômicos e sociais, sendo um importante indicador de qualidade de vida, morbidade e funcionalidade diminuída em idosos. **Objetivo:** Identificar a prevalência e os fatores associados a autopercepção positiva de saúde em idosos durante a pandemia de Covid-19. **Materiais e Métodos:** Foi realizado um estudo epidemiológico transversal, por meio de inquérito domiciliar, nos meses de novembro e dezembro de 2021 em um município do Espírito Santo. Os fatores associados a autopercepção de saúde positiva foram identificados por regressão de Poisson com variância robusta. **Resultados:** Dos 299 idosos entrevistados, 42,1% relataram uma autopercepção positiva de saúde. A análise revelou que a autopercepção positiva de saúde estava associada a vários fatores sociodemográficos e clínicos. Idosos que residiam na sede do município, tinham maior escolaridade (ensino médio ou superior), não estavam acamados,

¹ Autor correspondente: ronaldofaria@hotmail.com.Universidade Federal do Espírito Santo.

possuíam plano de saúde, não apresentavam doenças diagnosticadas, não estavam em polifarmácia e nem realizavam automedicação apresentaram maior prevalência de autopercepção positiva de saúde. **Conclusão:** A autopercepção positiva de saúde está relacionada a fatores clínicos e sociais que melhoram o bem-estar subjetivo, a função social e o desempenho físico. Isso destaca a importância de implementar estratégias que promovam a saúde e fortaleçam percepções positivas, contribuindo para um envelhecimento mais saudável e sustentável.

Palavras-chave: Saúde do idoso; Epidemiologia; Dados de Saúde Gerados pelo Paciente; Covid-19.

Abstract

Introduction: Self-perceived health is related to clinical, economic, and social factors. It is an important indicator of quality of life, morbidity, and decreased functionality in older adults. **Objective:** To identify the prevalence and factors associated with the positive self-perception of health among older adults during the Covid-19 pandemic. **Materials and Methods:** A cross-sectional epidemiological study was conducted through a household survey in November and December 2021 in a municipality in Espírito Santo. Factors associated with positive self-perception of health were identified using Poisson regression with robust variance. **Results:** Two hundred ninety-nine older adults were interviewed, and 42.1% reported a positive self-perception of health. The analysis revealed that positive self-perception of health was associated with several sociodemographic and clinical factors. Older adults who resided in the municipality's central area were more educated (high school or higher education), were not bedridden, had health insurance, did not have diagnosed diseases, were not on polypharmacy, and did not engage in self-medication had a higher prevalence of positive self-perception of health. **Conclusion:** Positive self-perception of health is related to clinical and social factors that improve subjective well-being, social function, and physical performance, which underscores the relevance of implementing strategies that promote health and reinforce positive perceptions, contributing to healthier and more sustainable aging.

Keywords: Aged; Epidemiology; Patient Generated Health Data; Covid-19.

Resumen

Introducción: La salud autopercebida está relacionada con factores clínicos, económicos y sociales. Es un indicador importante de calidad de vida, morbilidad y disminución de la funcionalidad en el adulto mayor. **Objetivo:** Identificar la prevalencia y los factores asociados a la autopercepción positiva de salud en los adultos mayores durante la pandemia de Covid-19. **Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio transversal epidemiológico mediante una encuesta domiciliaria en los meses de noviembre y diciembre de 2021 en un municipio del Espírito Santo. Los factores asociados a la autopercepción positiva de salud fueron identificados mediante regresión de Poisson con varianza robusta. **Resultados:** Se entrevistaron 299 ancianos entrevistados, y el 42,1% reportó una autopercepción positiva de salud. El análisis reveló que la autopercepción positiva de salud estaba asociada a varios factores sociodemográficos y clínicos. Los adultos mayores que residían en el centro del municipio, tenían mayor nivel

educativo (educación secundaria o nivel superior), no estaban postrados en cama, contaban con seguro de salud, no presentaban enfermedades diagnosticadas, no estaban en polifarmacia y no realizaban automedicación mostraron una mayor prevalencia de autopercepción positiva de salud. **Conclusión:** La autopercepción positiva de salud está relacionada con factores clínicos y sociales que mejoran el bienestar subjetivo, la función social y el rendimiento físico, y esto resalta la relevancia de implementar estrategias que promuevan la salud y refuercen percepciones positivas, contribuyendo a un envejecimiento más saludable y sostenible.

Descriptor: Salud de las personas mayores; Epidemiología; Datos de salud generados por pacientes; Covid-19.

Introdução

Em países com recente desenvolvimento socioeconômico, como o Brasil, o envelhecimento da população está ocorrendo de forma acelerada. Isso se deve à queda na taxa de fecundidade e ao aumento da expectativa de vida, resultando em mudanças significativas na estrutura etária da população¹.

Com o envelhecimento populacional, torna-se cada vez mais importante compreender os fatores que podem ajudar os idosos a viver bem e por mais tempo, o que possui grande relevância científica e social. A autopercepção da idade e da saúde emergem como fatores fundamentais nesse contexto, as quais refletem o estado atual de saúde dos idosos e se relacionam diretamente com a qualidade de vida e o bem-estar²⁻⁴.

A autopercepção positiva do envelhecimento está consistentemente associada a resultados longitudinais mais saudáveis, incluindo melhor autoavaliação da saúde, maior longevidade, melhor desempenho das atividades diárias, menores índices de obesidade e depressão e melhor funcionamento cognitivo com reduções no declínio cognitivo e na incidência de demência^{2,4}.

Ademais, envelhecer de forma saudável não se limita meramente à ausência de doença ou incapacidade, mas requer saúde física e mental, além de engajamento social contínuo⁵. O interesse científico nos aspectos positivos do envelhecimento e no desenvolvimento do envelhecimento saudável tem crescido, refletindo a necessidade de garantir o bem-estar e a qualidade de vida dos idosos⁶.

A pandemia de Covid-19 trouxe uma ameaça significativa à vida e à qualidade de vida das pessoas idosas^{7,8}. Os indivíduos que, por diversas razões, apresentam redução da força, da

resistência e da função fisiológica, estão em estado de fragilidade e são mais vulneráveis a desenvolver formas graves da doença⁹.

O estudo de Seifert (2021) aborda como o distanciamento físico, adotado globalmente como medida de contenção do vírus, pode evocar sentimentos negativos na autopercepção do envelhecimento entre idosos. Esse fenômeno ainda não foi completamente elucidado, mas sabe-se que o isolamento social e o distanciamento físico aumentam o risco de declínio na saúde mental dos idosos. A solidão resultante dessas medidas é um fator de risco conhecido para a depressão e ansiedade, condições que podem afetar negativamente a autopercepção do envelhecimento¹⁰.

Além disso, a pandemia reduziu a autonomia e independência dos idosos devido às restrições de mobilidade e medidas de segurança. Essa perda de independência pode ser vista como um sinal de fragilidade e declínio, contribuindo para uma autopercepção negativa do envelhecimento. Por fim, a percepção de vulnerabilidade também foi intensificada pela pandemia, destacando o risco elevado de complicações graves da Covid-19 entre os idosos. Essa percepção reforça uma visão negativa do próprio envelhecimento¹⁰.

Nesse sentido, verifica-se a importância de compreender e promover uma autopercepção positiva do envelhecimento e da saúde entre os idosos, visando não apenas aumentar a longevidade, mas também garantir uma vida mais saudável e satisfatória nesse estágio de vida, em especial durante o período de uma crise sanitária como uma pandemia. Assim, o objetivo do estudo foi identificar a prevalência e os fatores associados a autopercepção positiva de saúde em idosos durante a pandemia de Covid-19.

Materiais e métodos

Desenho e área de estudo

Este é um estudo epidemiológico de delineamento transversal realizado por meio de um inquérito domiciliar no município de Alegre, localizado na região sul do Espírito Santo. Em 2022, o município de Alegre tinha uma população estimada de 29.177 habitantes, distribuída entre a sede e os distritos de Anutiba, Araraí, Café, Celina, Rive, Santa Angélica e São João do Norte¹¹.

População do estudo e seleção da amostra

A população do estudo consistiu em indivíduos residentes em Alegre, incluindo a sede e os distritos, com idade mínima de 18 anos, que concordaram em participar da pesquisa por meio da assinatura de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A amostra foi selecionada com base na população urbana de Alegre, que era de 21.512 dos 30.768 habitantes recenseados em 2010¹².

O tamanho amostral foi calculado considerando-se um nível de confiança de 95%, prevalência estimada de 50%, e efeito de desenho de 1,5, resultando em uma amostra mínima de 567 indivíduos, ampliada em 10% para 624 para cobrir possíveis perdas. Utilizou-se amostragem com probabilidades proporcionais ao tamanho, sorteando aleatoriamente 10 dos 37 setores censitários urbanos de Alegre e entrevistando uma quantidade similar de indivíduos em cada setor¹³.

A amostra do estudo foi estimada para representar a população de indivíduos com 18 anos ou mais. Entretanto, a análise dos dados do presente estudo foi realizada para o subgrupo de indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos, classificados como idosos. Isso permitiu uma avaliação detalhada das características e particularidades desse grupo etário dentro da pesquisa.

Coleta de dados

Os dados foram coletados utilizando um questionário estruturado e pré-codificado, dividido nos seguintes blocos: dados sociodemográficos, saúde em geral, Covid-19, uso de serviços de saúde, uso de medicamentos, hábitos de vida e qualidade de vida por meio do questionário padronizado *European Quality of Life 5 Dimensions 3 Levels* (EQ-5D). Esse instrumento foi desenvolvido pelo grupo de pesquisa colaborativo EuroQol e é amplamente reconhecido como um dos mais utilizados para avaliações de qualidade de vida relacionadas à saúde em todo o mundo¹⁴.

Em casos de impedimentos como surdez ou déficit cognitivo, as informações poderiam ser obtidas através de um parente ou cuidador. A coleta de dados ocorreu entre novembro e dezembro de 2021, seguindo todas as medidas de biossegurança vigentes, como o uso de álcool em gel e equipamentos de proteção individual. Além disso, os pesquisadores foram vacinados antes da coleta dos dados.

Variáveis do estudo

A variável dependente foi a autopercepção de saúde, obtida através da pergunta: "Como você classifica seu estado de saúde atual?". As opções de respostas eram "muito boa", "boa", "regular", "ruim" e "muito ruim". As respostas "muito boa" e "boa" foram agrupadas como "autopercepção de saúde positiva", enquanto as variáveis "regular", "ruim" e "muito ruim" foram agrupadas como "autopercepção de saúde negativa"¹⁵.

As variáveis independentes incluíram idade, sexo, raça, região de residência, estado civil, escolaridade, renda, qualidade de vida (EQ-5D), Índice de Massa Corporal (IMC), estar acamado, consultas médicas no último ano, prática de atividade física, horas de sono, uso de bebida alcoólica, plano de saúde privado, usar cinco ou mais medicamentos (polifarmácia), fazer uso de medicamentos por conta própria (automedicação), problemas com o uso de medicamentos (adesão), uso de plantas medicinais e presença de comorbidades.

Análise dos Dados

A análise descritiva foi realizada por distribuição de frequências para variáveis categóricas e por mediana e Intervalo Interquartil (IIQ) para variáveis contínuas. A comparação entre os grupos foi realizada por meio do teste de qui-quadrado de *Pearson* ou exato de *Fisher*, para variáveis categóricas, e pelo teste U de *Mann Withney* para variáveis contínuas, com nível de significância de 5% (valor-p $\leq 0,05$). A análise dos fatores associados à autopercepção de saúde foi feita por análise bivariada e multivariada. Variáveis com valor-p $\leq 0,20$ na análise bivariada foram incluídas na análise multivariada, utilizando regressão de Poisson com variância robusta. Permaneceram no modelo final apenas variáveis com valor-p $\leq 0,05$. Os dados foram analisados com os softwares Jamovi versão 2.2.5 e Stata versão 16.1.

Considerações Éticas

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Espírito Santo, *campus* Alegre, sob parecer consubstanciado número 4.732.878.



Resultados

Foram entrevistadas um total de 694 pessoas, das quais 299 eram idosas, representando aproximadamente 43,1% da amostra. Dentre os idosos, 18 (6,0%) relataram uma autopercepção de saúde muito boa, 108 (36,1%) boa, 151 (50,5%) regular, 18 (6,0%) ruim e 4 (1,3%) muito ruim. Após a reclassificação, 126 idosos (42,1%) foram categorizados com autopercepção de saúde positiva, enquanto 173 (57,9%) foram classificados com autopercepção de saúde negativa.

A mediana da idade encontrada foi de 69 anos, com um IIQ de 65 a 76 anos. Cerca de 67% dos idosos eram do sexo feminino, enquanto a maioria dos entrevistados se identificaram como brancos (56,2%), seguidos por pardos (28,4%) e pretos (15,4%).

Uma diferença significativa foi observada na variável região de residência (valor-p = 0,008), com idosos residentes na sede do município reportando uma autopercepção de saúde positiva. O estado civil também apresentou diferença estatisticamente significativa (valor-p = 0,048), com uma autopercepção de saúde positiva entre os casados. No grupo com autopercepção de saúde positiva, 55,6% eram casados, enquanto entre aqueles com autopercepção de saúde negativa, 46,2% eram casados.

A escolaridade apresentou uma diferença significativa, onde a maior escolaridade esteve associada a autopercepção de saúde positiva (valor-p = 0,003). Dos idosos com autopercepção de saúde positiva, 31,0% tinham ensino médio ou superior, comparado a 16,2% no grupo com autopercepção de saúde negativa. A maioria dos entrevistados em ambos os grupos tinha até o ensino fundamental completo (77,6% no total).

Não houve diferença estatisticamente significativa na renda (valor-p = 0,181), com 30,5% dos entrevistados recebendo até um salário-mínimo e 69,5% recebendo mais de um salário-mínimo (Tabela 1).

Tabela 1. Características sociodemográficas dos idosos de acordo com a autopercepção de saúde.

Variáveis	Autopercepção de saúde positiva N = 126	Autopercepção de saúde negativa N = 173	Total N = 299	Valor-p
<i>Idade em anos (mediana - IIQ)</i>	69,0 (64,0-74,8)	69,0 (65,0-77,0)	69,0 (65,0-76,0)	0,154
<i>Sexo</i>				
Feminino (n, %)	78 (62,7)	120 (69,4)	199 (66,6)	0,228
Masculino (n, %)	47 (37,3)	53 (30,6)	100 (33,4)	
<i>Raça ou cor</i>				0,670

Branco (n, %)	68 (54,0)	100 (57,8)	168 (56,2)	
Pardo (n, %)	36 (28,6)	49 (28,3)	85 (28,4)	
Preto (n, %)	22 (17,5)	24 (13,9)	46 (15,4)	
Região de residência				0,008
Distrito (n, %)	33 (26,2)	71 (41,0)	104 (34,8)	
Sede (n, %)	93 (73,8)	102 (59,0)	195 (65,2)	
Estado civil				0,048
Solteiro (n, %)	4 (3,2)	20 (11,6)	24 (8,0)	
Casado (n, %)	70 (55,6)	80 (46,2)	150 (50,2)	
Viúvo (n, %)	32 (25,4)	48 (27,7)	80 (26,8)	
Outros (n, %)	20 (15,9)	73 (41,5)	45 (15,1)	
Escolaridade				0,003
Até fundamental completo (n, %)	87 (69,0)	145 (83,8)	232 (77,6)	
Médio ou Superior (n, %)	39 (31,0)	28 (16,2)	67 (22,4)	
Renda				0,181
≤ 1 Salário-mínimo (n, %)	32 (26,2)	57 (33,5)	89 (30,5)	
> 1 Salário-mínimo (n, %)	90 (73,8)	113 (66,5)	203 (69,5)	

Fonte: Elaboração própria.

Legenda: IIQ= Intervalo Interquartil.

O nível de significância adotado foi de 5% (valor- $p \leq 0,05$) para determinar a diferença entre os grupos.

Quanto às características clínicas da amostra, a mediana da qualidade de vida dos idosos foi de 0,879 (IIQ: 0,766-1,000), com uma diferença estatisticamente significativa entre os grupos com autopercepção de saúde positiva e negativa (valor- $p < 0,001$). O IMC mediano foi de 26,0 (IIQ: 23,0-29,0), sem diferença significativa entre os grupos (valor- $p = 0,531$).

A maioria dos idosos (93,6%) não estava acamada, mas houve uma diferença significativa: apenas 0,8% dos idosos com autopercepção de saúde positiva estavam acamados, em comparação a 10,4% daqueles com autopercepção de saúde negativa (valor- $p < 0,001$).

No último ano, 81,1% dos idosos passaram por consultas médicas, 32,6% praticavam atividade física regularmente e 52,4% dormiam sete horas ou mais por noite. Para estas variáveis não houve diferença significativa entre os grupos com autopercepção de saúde positiva e negativa (valor- $p = 0,096$; valor- $p = 0,280$; valor- $p = 0,352$, respectivamente).

O consumo de bebida alcoólica foi relatado por 12,1% dos idosos, com uma diferença significativa: 18,5% no grupo com autopercepção de saúde positiva contra 7,5% no grupo com autopercepção de saúde negativa (valor- $p = 0,004$).

O uso de plano de saúde privado foi registrado por 26,1% dos idosos, com uma diferença significativa: 32,5% no grupo com autopercepção de saúde positiva contra 21,4% no grupo com autopercepção de saúde negativa (valor- $p = 0,030$). A polifarmácia foi observada em 29,1% dos idosos, sendo significativamente menor no grupo com autopercepção de saúde positiva (17,5% contra 37,6%, valor- $p < 0,001$).

Problemas de adesão ao tratamento foram relatados por 22,5% dos idosos, com uma diferença significativa: 16,3% no grupo com autopercepção de saúde positiva contra 27,1% no

grupo com autopercepção de saúde negativa (valor-p = 0,029). A automedicação foi comum entre os idosos, sendo praticada por 61,7% destes, sem diferença significativa entre os grupos (valor-p = 0,153).

O uso de plantas medicinais foi relatado por 43,5% dos idosos, sem diferença significativa entre os grupos (valor-p = 0,118). A presença de doenças diagnosticadas mostrou uma diferença significativa: 74,9% dos idosos tinham duas ou mais doenças, sendo essa proporção maior no grupo com autopercepção de saúde negativa (82,1% contra 65,1% no grupo com autopercepção de saúde positiva, valor-p < 0,001) (Tabela 2).

Tabela 2. Características clínicas dos idosos de acordo com a autopercepção de saúde.

Variáveis	Autopercepção de saúde positiva N = 126	Autopercepção de saúde negativa N = 173	Total N = 299	Valor-p
<i>Qualidade de vida (mediana - IIQ)</i>	1,000 (0,844-1,00)	0,879 (0,722-1,00)	0,879 (0,766-1,00)	<0,001
<i>IMC (mediana - IIQ)</i>	27,0 (23,0-30,5)	26,0 (23,0-29,0)	26,0 (23,0-29,0)	0,531
<i>Acamado</i>				<0,001
Sim (n, %)	1 (0,8)	18 (10,4)	18 (6,4)	
Não (n, %)	125 (99,2)	155 (89,6)	280 (93,6)	
<i>Consultas médicas no último ano</i>				0,096
Sim (n, %)	95 (76,6)	145 (84,3)	240 (81,1)	
Não (n, %)	29 (23,4)	27 (15,7)	56 (18,9)	
<i>Atividade física</i>				0,280
Sim (n, %)	45 (36,0)	52 (30,1)	97 (32,6)	
Não (n, %)	80 (64,0)	121 (69,9)	201 (67,4)	
<i>Sono</i>				0,352
< 7 horas (n, %)	56 (44,8)	85 (49,7)	141 (47,6)	
≥ 7 horas (n, %)	69 (55,2)	86 (50,3)	155 (52,4)	
<i>Bebida alcoólica</i>				0,004
Sim (n, %)	23 (18,5)	13 (7,5)	36 (12,1)	
Não (n, %)	101 (81,5)	160 (92,5)	261 (87,9)	
<i>Plano de saúde privado</i>				0,030
Sim (n, %)	41 (32,5)	37 (21,4)	78 (26,1)	
Não (n, %)	85 (67,5)	136 (78,6)	136 (73,9)	
<i>Polifarmácia</i>				<0,001
Sim (n, %)	22 (17,5)	65 (37,6)	87 (29,1)	
Não (n, %)	104 (82,5)	108 (62,4)	212 (70,9)	
<i>Automedicação</i>				0,153
Sim (n, %)	70 (56,9)	112 (65,1)	182 (61,7)	
Não (n, %)	53 (43,1)	60 (34,9)	113 (38,3)	
<i>Problemas de adesão</i>				0,029
Sim (n, %)	20 (16,3)	46 (27,1)	66 (22,5)	
Não (n, %)	103 (83,7)	124 (72,9)	227 (77,5)	
<i>Uso de plantas medicinais</i>				0,118
Sim (n, %)	47 (38,2)	81 (47,4)	128 (43,5)	
Não (n, %)	76 (61,8)	90 (52,6)	166 (52,6)	

<i>Doenças diagnosticadas</i>				<0,001
Nenhuma (n, %)	21 (16,7)	4 (2,3)	25 (8,4)	
Uma (n, %)	23 (18,3)	27 (15,6)	50 (16,7)	
Duas ou mais (n, %)	82 (65,1)	142 (82,1)	224 (74,9)	

Fonte: Elaboração própria.

Legenda: IIQ = Intervalo Interquartil; IMC = Índice de Massa Corporal.

O nível de significância adotado foi de 5% (valor-p \leq 0,05) para determinar a diferença entre os grupos.

A análise das principais doenças identificadas na amostra revelou que 14,2% dos idosos relataram ter tido Covid-19, sem diferença significativa entre os grupos com autopercepção de saúde positiva e negativa (valor-p = 0,609). Entre as doenças crônicas não transmissíveis, 64,9% dos idosos tinham Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), com uma diferença significativa entre os grupos: 57,9% no grupo com autopercepção de saúde positiva contra 69,9% no grupo com autopercepção de saúde negativa (valor-p = 0,032). Ansiedade foi relatada por 42,5% dos idosos, sendo mais frequente no grupo com autopercepção de saúde negativa (53,2%) em comparação ao grupo com autopercepção de saúde positiva (27,8%) (valor-p <0,001). Dislipidemia foi observada em 32,7% dos idosos, também com diferença significativa entre os grupos: 22,2% no grupo com autopercepção de saúde positiva contra 33,7% no grupo com autopercepção de saúde negativa (valor-p < 0,001).

Outras condições, como artrites (24,4%), diabetes *mellitus* (21,4%), depressão (17,4%), doenças cardíacas (16,7%), doença do refluxo gastroesofágico (16,7%), obesidade (13,4%), hipotireoidismo (10,1%), doenças renais (9,4%), asma (7,0%) e câncer (4,4%) não apresentaram diferenças significativas entre os grupos (Tabela 3).

Tabela 3. Principais doenças identificadas entre os idosos de acordo com a autopercepção de saúde.

Variáveis	Autopercepção de saúde positiva N = 126	Autopercepção de saúde negativa N = 173	Total N = 299	Valor-p
<i>Teve Covid-19</i>				0,609
Sim (n, %)	16 (13,0)	26 (15,1)	42 (14,2)	
Não (n, %)	107 (87,0)	146 (84,9)	253 (85,8)	
<i>Doenças crônicas não transmissíveis</i>				
Hipertensão (n, %)	73 (57,9)	121 (69,9)	194 (64,9)	0,032
Ansiedade (n, %)	35 (27,8)	92 (53,2)	127 (42,5)	<0,001
Dislipidemia (n, %)	28 (22,2)	71 (33,7)	96 (32,7)	<0,001
Artrites (n, %)	19 (15,1)	54 (41,0)	73 (24,4)	0,858
Diabetes (n, %)	23 (18,3)	41 (23,7)	64 (21,4)	0,257
Depressão (n, %)	18 (14,3)	34 (19,7)	52 (17,4)	0,227

Doenças cardíacas (n, %)	18 (14,4)	32 (18,5)	50 (16,7)	0,350
Doença do refluxo gastroesofágico (n, %)	16 (12,7)	34 (19,7)	50 (16,7)	0,112
Obesidade (n, %)	19 (15,1)	21 (12,1)	40 (13,4)	0,461
Hipotireoidismo (n, %)	11 (8,8)	19 (11,0)	30 (10,1)	0,537
Doenças renais (n, %)	9 (7,1)	19 (11,0)	28 (9,4)	0,260
Asma (n, %)	7 (5,6)	14 (8,1)	21 (7,0)	0,397
Câncer (n, %)	3 (2,4)	10 (5,8)	13 (4,4)	0,250

Fonte: Elaboração própria.

O nível de significância adotado foi de 5% (valor-p \leq 0,05) para determinar a diferença entre os grupos.

A análise multivariada dos fatores associados à autopercepção de saúde positiva entre os idosos revelou os seguintes resultados: os idosos residentes na sede do município apresentaram uma prevalência 1,50 vezes maior de relatar uma autopercepção de saúde positiva em comparação aos residentes do distrito (valor-p = 0,008). Aqueles com ensino médio ou superior (maior escolaridade) tiveram uma prevalência 1,36 vezes maior de autopercepção de saúde positiva em comparação aos que tinham até o ensino fundamental completo (valor-p = 0,012).

Os idosos não acamados apresentaram uma prevalência 7,21 vezes maior de possuir uma autopercepção de saúde positiva em comparação aos acamados (valor-p < 0,001). Possuir plano de saúde aumentou a prevalência de autopercepção de saúde positiva em 1,36 vezes em comparação àqueles sem plano de saúde (valor-p = 0,013). A ausência de doenças diagnosticadas foi associada a uma prevalência 1,74 vezes maior de possuir uma autopercepção de saúde positiva em comparação com aqueles que tinham duas ou mais doenças (valor-p < 0,001).

Os idosos sem polifarmácia apresentaram uma prevalência 1,60 vezes maior de relatar uma autopercepção de saúde positiva em comparação aos que estavam em polifarmácia (valor-p = 0,018). Não praticar automedicação aumentou a prevalência de autopercepção de saúde positiva em 1,29 vezes em comparação aos que usavam medicamentos por conta própria (valor-p = 0,037) (Tabela 4).

Tabela 4. Fatores associados a autopercepção de saúde positiva entre os idosos durante a pandemia.

Variáveis	RP	IC 95%	Valor-p
Região de residência			
Distrito	1,00		
Sede	1,50	1,11 – 2,03	0,008
Escolaridade			
Até fundamental completo	1,00		
Médio ou superior	1,36	1,07 – 1,72	0,012

<i>Acamado</i>			
Sim	1,00		
Não	7,21	1,04 – 49,86	<0,001
<i>Plano de Saúde</i>			
Não	1,00		
Sim	1,36	1,07 – 1,74	0,013
<i>Doenças</i>			
Duas ou mais	1,00		
Uma	1,04	0,76 – 1,43	0,786*
Nenhuma	1,74	1,36 – 2,22	<0,001
<i>Polifarmácia</i>			
Sim	1,00		
Não	1,60	1,08 – 2,37	0,018
<i>Automedicação</i>			
Sim	1,00		
Não	1,29	1,01 – 1,65	0,037

Fonte: Elaboração própria.

Legenda: RP = Razão de Prevalências; IC = Intervalo de Confiança.

O nível de significância adotado foi de 5% (valor-p \leq 0,05) para identificar os fatores associados à autopercepção positiva de saúde (análise multivariada).

Discussão

Este estudo identificou que 42,1% dos idosos avaliados relataram uma autopercepção positiva de saúde, enquanto 57,9% indicaram uma autopercepção negativa. Na literatura, antes da pandemia de Covid-19, encontram-se variadas prevalências de autopercepção de saúde entre os idosos. Em Florianópolis, Santa Catarina, foi estimada uma prevalência de autopercepção positiva de saúde em idosos de 51,2%¹⁵. Em Montes Claros, Minas Gerais, a prevalência da autopercepção positiva de saúde entre idosos da comunidade foi de 42,4%¹⁶. Essas diferenças podem ser atribuídas a fatores sociais, econômicos, culturais, demográficos e de saúde específicos de cada região, além dos diferentes critérios utilizados para avaliar a autopercepção de saúde¹⁷.

Um estudo na Suíça revelou que, após as recomendações de distanciamento físico e isolamento social decorrentes da pandemia por Covid-19, houve um aumento na percepção negativa sobre o envelhecimento e uma diminuição na percepção positiva, o que demonstra o impacto da pandemia na percepção de saúde desses indivíduos. Além disso, fatores como idade, renda e viver sozinho também influenciaram a percepção do envelhecimento¹⁰.

Em nosso estudo, as variáveis associadas à autopercepção positiva de saúde entre os idosos foram: residência na sede do município, maior escolaridade (ensino médio ou superior),

não estar acamado, possuir plano de saúde, ausência de doenças diagnosticadas, ausência de polifarmácia e não praticar automedicação. Por fim, a Covid-19 não apresentou associação com a autopercepção de saúde.

Na literatura é possível identificar variações na autopercepção de saúde entre homens e mulheres. Kretschmer e Loch¹⁸ encontraram uma prevalência de autopercepção positiva de 38,8% nos homens e 34,8% nas mulheres, com menores prevalências entre mulheres pretas ou pardas e maiores prevalências entre solteiras, com maior renda, participação em associações e atividades religiosas, consultas médicas frequentes, atividade física e consumo regular de frutas e hortaliças. Entre os homens, a menor prevalência foi observada em pretos ou pardos e viúvos, enquanto a maior prevalência esteve associada à participação em atividades religiosas e consultas médicas frequentes.

Em nosso estudo, a autopercepção de saúde positiva entre os idosos esteve associada com maior escolaridade (ensino médio ou superior) e ter plano de saúde privado. A escolaridade é frequentemente vista como um indicador de renda e tem sido considerada um fator determinante para o acesso aos serviços de saúde. Sabe-se que um nível educacional mais elevado facilita o acesso à informação e, pode se relacionar fortemente à posse de um plano de saúde. Além disso, ter um plano de saúde pode facilitar o acesso aos serviços de saúde e às ações preventivas, melhorar a qualidade de vida e, conseqüentemente, aprimorar a percepção do próprio estado de saúde^{19,20}.

A ausência de doenças crônicas esteve associada à autopercepção de saúde positiva dos idosos, confirmando a relação entre a pior avaliação de saúde e presença de comorbidades, que tem sido descrita em outros estudos^{21,22}. As doenças crônicas em idosos podem causar limitações ou incapacidades na realização das atividades diárias, exigir um controle rigoroso e prolongado do uso de medicamentos e aumentar a frequência de consultas médicas, fatores que podem impactar a qualidade de vida e, conseqüentemente, a percepção de saúde^{23,24}.

Os achados de nosso estudo mostram que a ausência de polifarmácia também esteve associada a uma autopercepção positiva de saúde. Estudos reportam que a presença de comorbidades contribui para o aumento do consumo de medicamentos (polifarmácia) e impacta negativamente na autopercepção de saúde dos idosos²⁵. Além disso, observou-se um grande consumo de medicamentos analgésicos e antitérmicos por automedicação durante a pandemia por Covid-19, o que contribui para a ocorrência de polifarmácia²⁶. Nesse sentido, a redução racional do número de medicamentos em uso, quando apropriado, pode contribuir para melhorar a autopercepção de saúde entre os idosos²⁷.



No estudo de Confortin et al.¹⁵, a autopercepção de saúde positiva esteve associada a fatores como ser do sexo masculino, ter mais de cinco anos de estudo (escolaridade), consumo moderado ou alto de álcool, atividade de lazer, uso de internet, menor número de morbidades, dependência leve ou nenhuma, ausência de quedas e não uso de polifarmácia. Esses achados indicam que determinantes sociais e comportamentais têm papel significativo na percepção positiva de saúde.

Brasil et al.¹⁷ observaram que 71,9% dos idosos não longevos e 67,8% dos longevos relataram autopercepção positiva associada a fatores como: escolaridade, renda, visão preservada, boa mastigação, sono de qualidade, ausência de comorbidades e diabetes, ausência de quedas e prática de atividades físicas.

Finalmente, entre idosos institucionalizados, a prevalência de autopercepção negativa foi de 63,19%, associada à perda de peso, doenças reumáticas e instituições sem fins lucrativos. Esses estudos ressaltam a complexidade e os múltiplos fatores que influenciam a autopercepção de saúde entre idosos, destacando a importância de abordagens integradas para promover uma melhor qualidade de vida nessa população²⁸.

Portanto, é possível identificar variações nos fatores relacionados à autopercepção de saúde, os quais podem ser atribuídos a aspectos demográficos, socioeconômicos e à oferta de serviços de saúde em cada região. Isso reflete diversos aspectos das condições de saúde, do acesso aos cuidados e da utilização desses serviços¹⁶.

O período de coleta de dados do presente estudo ocorreu durante a pandemia de Covid-19. Sabe-se que esta emergência sanitária teve um impacto significativo na autopercepção de saúde dos idosos, com diminuição da autopercepção positiva após as recomendações para o distanciamento físico e isolamento social. Assim, após o período de lockdown houve maior probabilidade de os idosos relatarem níveis mais baixos de autopercepção de saúde positiva. Esses resultados sugerem que a pandemia afetou profundamente as visões subjetivas dos idosos sobre seu próprio envelhecimento¹⁰.

O aumento na autopercepção negativa pode ser atribuído ao isolamento social, ao medo da doença e às mudanças nas rotinas diárias. Por outro lado, a sutil recuperação na autopercepção positiva após o relaxamento das medidas de distanciamento indica que a retomada de atividades sociais e a redução do isolamento podem ter um efeito benéfico na percepção de saúde dos idosos¹⁰.

Durante a pandemia, a autopercepção positiva do envelhecimento esteve fortemente ligada a um maior bem-estar entre os idosos, sendo influenciada pela resiliência psicológica.

Percepções positivas também foram associadas a uma melhor função social. Profissionais de saúde podem focar em intervenções que melhorem essa autopercepção para promover um envelhecimento mais saudável. A pandemia impactou não apenas a saúde física dos idosos, mas também suas percepções sobre o próprio envelhecimento, destacando a necessidade de políticas que promovam uma visão positiva da saúde em crises sanitárias^{10,29-30}.

O estudo apresenta algumas limitações. A principal é sua natureza transversal, que não permite estabelecer relações de causa e efeito entre as variáveis analisadas. Além disso, considerando as profundas desigualdades regionais do Brasil, a pesquisa foi realizada no interior da região sudeste do país. Portanto, os resultados devem ser generalizados com cautela, especialmente quando se considera uma população com características sociodemográficas diferentes da amostra do estudo, e em período distinto da pandemia.

Entre os pontos fortes do estudo, destaca-se a avaliação da autopercepção de saúde dos idosos durante a pandemia de Covid-19 no Brasil. Este foi um período desafiador para muitos países, e compreender a autopercepção de saúde das pessoas durante esse tempo é fundamental para direcionar e fortalecer as ações de saúde e melhorar a prevenção e respostas em momentos de crises sanitárias.

Conclusão

Durante a pandemia por Covid-19, 42,1% dos idosos apresentaram uma autopercepção positiva de saúde positiva. No Brasil, a prevalência de autopercepção positiva de saúde em idosos varia significativamente, com valores reportados de 34,8% a 71,3%. Esta variação percentual indica a influência de diferentes contextos e metodologias nos resultados. A autopercepção positiva de saúde está relacionada a fatores clínicos e sociais que melhoram o bem-estar subjetivo, a função social e o desempenho físico. Isso destaca a importância de implementar estratégias que promovam a saúde e fortaleçam percepções positivas, contribuindo para um envelhecimento mais saudável e sustentável.

Contribuições dos autores

MRRS trabalhou na concepção do estudo, coleta de dados, análise dos dados e escrita do artigo. PSB, RJF e JBRS trabalharam na concepção do estudo, coleta de dados e revisão final. EFM contribuiu na concepção do estudo e revisão final.



Financiamento

Este estudo foi financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa e Inovação do Espírito Santo (FAPES), processo nº 2021-85T7B, termo de outorga nº 156/2021.

Recebido em 31/05/2024
Aprovado em 27/09/2024

Referências

1. De Jesus SR, Aguiar HJR. Autopercepção positiva de saúde entre idosos na região Nordeste do Brasil / Positive self-perceived health among the elderly in the Northeast Brazil. *Braz. J. Health Rev.*, [S. l.], v. 4, n. 5, p. 20025–20041, 2021. DOI: 10.34119/bjhrv4n5-124.
2. Tully-Wilson C, Bojack R, Millear PM, Stallman HM, Allen A, Mason J. Self-perceptions of aging: a systematic review of longitudinal studies. *Psychol Aging*. 2021 Nov;36(7):773-789. DOI: 10.1037/pag0000638.
3. Benyamini Y, Burns E. Views on aging: older adults' self-perceptions of age and of health. *Eur J Ageing*. 2019 Nov 16;17(4):477-487. DOI: 10.1007/s10433-019-00528-8.
4. Velaithan V, Tan MM, Yu TF, Liem A, Teh PL, Su TT. The association of self-perception of aging and quality of life in older adults: a systematic review. *Gerontologist*. 2024 Apr 1;64(4). DOI: 10.1093/geront/gnad041.
5. Olivari BS, Baumgart M, Lock SL, Whiting CG, Taylor CA, Iskander J, et al. CDC grand rounds: promoting well-being and independence in older adults. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2018 Sep 21;67(37):1036-1039. DOI: 10.15585/mmwr.mm6737a4.
6. Farriol-Baroni V, González-García L, Luque-García A, Postigo-Zegarra S, Pérez-Ruiz S. Influence of social support and subjective well-being on the perceived overall health of the elderly. *Int J Environ Res Public Health*. 2021 May 19;18(10):5438. DOI: 10.3390/ijerph18105438.
7. Barbosa IR, Galvão MHR, Souza TA de, Gomes SM, Medeiros A de A, Lima KC de. Incidence of and mortality from Covid-19 in the older Brazilian population and its relationship with contextual indicators: an ecological study. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.* [Internet]. 2020;23(1).
8. Romero DE, Muzy J, Damacena GN, Souza NA de, Almeida W da S de, Szwarcwald CL, et al. Idosos no contexto da pandemia da Covid-19 no Brasil: efeitos nas condições de saúde, renda e trabalho. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2021;37(3). Disponível em: <https://scielosp.org/pdf/csp/2021.v37n3/e00216620/pt>. Acesso em: 29 mai. 2024.
9. Hewitt J, Carter B, Vilches-Moraga A, Quinn TJ, Braude P, Verduri A, et al. The effect



- of frailty on survival in patients with Covid-19 (COPE): a multicentre, European, observational cohort study. *Lancet Public Health*. 2020 Jun;5(8).
10. Seifert A. Impact of the Covid-19 pandemic on self-perception of aging among older adults. *Gerontol Geriatr Med*. 2021. Jan; 7:2333721421999320. DOI: 10.1177/2333721421999320.
 11. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Panorama da cidade de Alegre [Internet], 2022. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/es/alegre/panorama>. Acesso em: 15 mar 2023.
 12. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2010. 2010. Disponível em: <https://censo2010.ibge.gov.br/sinopse/index.php?-dados=29&uf=32>. Acesso em: 03 nov. 2021.
 13. U.S. Centers for Disease Control and Prevention. The Micronutrient Survey Manual & Toolkit. Module 6 – selecting clusters – methods for selecting clusters. 2022. Disponível em: <https://mnsurvey.nutritionintl.org/categories/16>. Acesso em: 29 mai. 2024.
 14. Reenen MV, Oppe M, Boye KS, Herdman M, Kennedy-Martin M, Kennedy-Martin T, et al. EQ-5D-3L user guide [Internet]. Rotterdam. EuroQol Research Foundation, 2018. Disponível em: <https://euroqol.org/publications/user-guides>. Acesso em: 12 out 2024.
 15. Confortin SC, Giehl MWC, Antes DL, Schneider IJC, d’Orsi E. Autopercepção positiva de saúde em idosos: estudo populacional no Sul do Brasil. *Cad Saúd Públ*. 2015 May;31(5):1049-60. DOI: 10.1590/0102-311X00132014.
 16. Medeiros SM, Silva LSR, Carneiro JA, Ramos GCF, Barbosa ATF, Caldeira AP. Fatores associados à autopercepção negativa da saúde entre idosos não institucionalizados de Montes Claros, Brasil. *Cien Saude Colet*. 2016; 21(11):3377-3386.
 17. Brasil CHG, Maia LC, Caldeira AP, Brito MFSF, Pinho L de. Autopercepção positiva de saúde entre idosos não longevos e longevos e fatores associados. *Cien Saude Colet*. 2021 Oct;26(suppl 3):5157-70.
 18. Kretschmer AC, Loch MR. Autopercepção de saúde em idosos de baixa escolaridade: fatores demográficos, sociais e de comportamentos em saúde relacionados. *Rev bras geriatr gerontol*. 2022;25(1). DOI: 10.1590/1981-22562022025.220102.pt
 19. Malta DC, Jorge AO. Modelos assistenciais na saúde suplementar: o caso de uma operadora de autogestão. *Cien Saude Colet* 2008; 13(5):1535-1542.
 20. Malta DC, Bernal RTI, Andrade SSCA, Silva MMA, Velasquez-Melendez G. Prevalência e fatores associados com hipertensão arterial autorreferida em adultos brasileiros. *Rev Saude Publica*. 2017; 51 Supl 1:11s.
 21. Pavão ALB, Werneck GL, Campos MR. Autoavaliação do estado de saúde e a associação com fatores sociodemográficos, hábitos de vida e morbidade na população: um inquérito nacional. *Cad Saude Publica* 2013; 29(4):723-734.



22. Gomes MM, Paixão LA, Faustino AM, Cruz RC, Moura LB. Marcadores da autopercepção positiva de saúde de pessoas idosas no Brasil. *Acta Paul Enferm.* 2021;34:eAPE02851.
23. Pagotto V, Bachion MM, Silveira EA. Autoavaliação da saúde por idosos brasileiros: revisão sistemática da literatura. *Rev Panam Salud Publica.* 2013;33(4):302–10.
24. Szwarcwald CL, Damacena GN, Souza Júnior PRB de, Almeida W da S de, Lima LTM de, Malta DC, et al. Determinantes da autoavaliação de saúde no Brasil e a influência dos comportamentos saudáveis: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Rev. bras. epidemiol.* [Internet]. 2015 Dec 1;18:33–44.
25. Cavalcanti G, Doring M, Portella MR, Bortoluzzi EC, Mascarello A, Dellani MP. Multimorbidity associated with polypharmacy and negative self-perception of health. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2017 Sep;20(5):634–42. DOI: 10.1590/1981-22562017020.170059.
26. Bazoni PS, Faria RJ, Cordeiro FJR, Timóteo ES, da Silva AM, Horsth AL, et al. Self-medication during the Covid-19 pandemic in Brazil: findings and implications to promote the rational use of medicines. *Int J Environ Res Public Health.* 2023 Jun 16;20(12):6143. DOI: 10.3390/ijerph20126143.
27. Barghouth MH, Schaeffner E, Ebert N, Bothe T, Schneider A, Mielke N. Polypharmacy and the change of self-rated health in community-dwelling older adults. *Int J Environ Res Public Health.* 2023 Feb 25;20(5):4159. DOI: 10.3390/ijerph20054159.
28. Jerez-Roig J, Souza DL, Andrade FL, Lima BF Filho, Medeiros RJ, Oliveira NP, et al. Self-perceived health in institutionalized elderly. *Cien Saúd Colet.* 2016;21(11):3367-3375. DOI: 10.1590/1413-812320152111.15562015.
29. Chen JJ, Liu LF, Shea JL. The impact of positive self-perceptions of aging on subjective well-being through the mediation of psychological resilience among community-dwelling older adults during covid-19 in Taiwan. *Health Soc Care Community.* 2024;4755146:13 pages. DOI: 10.1155/2024/4755146.
30. Cai Y, Ren X, Wang J, Hou Y, Zhang M, Chen O. Associations between self-perceptions of aging and social functioning in older adults: An analysis based on health and retirement study data. *Arch Gerontol Geriatr.* 2024 Apr;119:105307. DOI: 10.1016/j.archger.2023.105307.

