



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ACRE  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

**RODOLFO ESTEBAN KELCA USNAYO**

**AUTOAVALIAÇÃO DA SAÚDE E FATORES ASSOCIADOS EM  
ADULTOS DE RIO BRANCO, ACRE, 2014**

Rio Branco, Acre  
2020

**RODOLFO ESTEBAN KELCA USNAYO**

**AUTOAVALIAÇÃO DA SAÚDE E FATORES ASSOCIADOS EM ADULTOS DE RIO  
BRANCO, ACRE, 2014**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Acre como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Linha de pesquisa: Doenças e Agravos Não Transmissíveis.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dra. Thatiana Lameira Maciel Amaral

Coorientadora: Prof<sup>a</sup>. Dra. Gina Torres Rego Monteiro

Rio Branco, Acre

2020

## **FOLHA DE APROVAÇÃO**

**RODOLFO ESTEBAN KELCA USNAYO**

### **AUTOAVALIAÇÃO DA SAÚDE E FATORES ASSOCIADOS EM ADULTOS DE RIO BRANCO, ACRE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Acre como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Linha de pesquisa: Doenças e Agravos Não Transmissíveis.

Aprovada em \_\_\_\_/\_\_\_\_/ 2020

#### **Banca Examinadora**

---

Prof<sup>a</sup>. Dra. Elvira Maria Godinho de Seixas Maciel (Membro Externo)  
Fundação Oswaldo Cruz - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca

---

Profa. Dra. Polyana Caroline de Lima Bezerra (Membro Interno)  
Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva. Universidade Federal do Acre

---

Prof<sup>a</sup>. Dra. Gina Torres Rego Monteiro (Coorientadora)  
Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva. Universidade Federal do Acre

---

Prof<sup>a</sup>. Dra. Thatiana Lameira Maciel Amaral (Orientadora)  
Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva. Universidade Federal do Acre

## DEDICATÓRIA

*Dedico essa dissertação a todos que  
sempre me apoiaram e incentivaram,  
em especial aos meus pais e à minha  
orientadora.*

## **AGRADECIMENTOS**

À minha orientadora, Thatiana Lameira Maciel Amaral, por sua capacidade de ensinar para além da ciência, agregando ética e sabedoria nos momentos de orientação, que se tornaram prazerosos e gratificantes. Tudo isso não teria sido tão bom se você não estivesse presente. Obrigado por sua paciência e por estar ao meu lado e por ter confiado em mim.

À professora Gina Torres Monteiro Rego, que colaborou com a coorientação, tirando muitas dúvidas e contribuindo com sua experiência na área da Saúde Coletiva. Agradeço a você pelo apoio, carinho e atenção.

À professora Simone Perufo Optiz, pelo apoio que deu desde o começo do mestrado, foi de muita importância para eu conseguir concluí-lo.

Ao Programa da Pós-Graduação em Saúde Coletiva.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), que me concedeu a bolsa de mestrado.

Aos meus pais, Eulogia e Pedro, que sempre acreditaram em mim e com humildade e dignidade souberam passar os maiores e mais importantes valores da vida e me apoiaram todos os dias.

Às minhas irmãs, pelo amor.

À minha amiga, Melina Copa, que todos os dias do mestrado esteve para me apoiar, apesar da distância, agradeço todas as suas palavras de apoio, nos momentos mais difíceis.

## RESUMO

A autoavaliação da saúde é considerada um indicador importante para determinar o estado de saúde dos indivíduos, podendo ser obtida por diferentes instrumentos amplamente utilizados em inquéritos de saúde. O objetivo do presente estudo foi estimar a prevalência de autoavaliação da saúde e os fatores a ela associados em adultos participantes do Estudo das Doenças Crônicas (EDOC) de Rio Branco, Acre. Para tanto, foram utilizados os dados do referido inquérito de base populacional. A pesquisa foi composta por duas pesquisas domiciliares realizadas com adultos 18 a 59 anos (EDOC-A) e idosos de 60 anos e mais (EDOC-I), das zonas urbana e rural do município de Rio Branco, Acre. As duas pesquisas usaram plano amostral por conglomerado em dois estágios. No primeiro estágio, foram selecionados setores e no segundo, os domicílios. A coleta de dados ocorreu no período de abril a setembro de 2014. Os possíveis fatores associados à autoavaliação negativa da saúde foram verificados por meio de regressão logística múltipla. Na avaliação dos adultos, a prevalência de autoavaliação negativa da saúde foi de 12,1%, estando associada com a idade (OR: 3,18; IC95%:2,02 – 5,02), estresse (OR: 1,87; IC95%:1,04 – 3,38), uso de medicamentos (OR: 2,23; IC95%:1,19-4,20), autorrelato de insônia (OR: 2,33; IC95%:1,20 – 4,53) e depressão (OR: 2,03; IC95%:1,02 – 4,04), mesmo após ajustes. A lipoproteína de baixa densidade, dentre os parâmetros laboratoriais, também esteve associada (OR: 2,85; IC95%:1,24 – 6,54). Na análise da qualidade de vida, indivíduos que autoavaliaram negativamente a própria saúde tiveram maior chance de pertencer ao tercil inferior dos domínios físico e psicológico, controlando por possíveis variáveis confundidoras. Na análise dos idosos, a prevalência de autoavaliação negativa da saúde foi de 15,4%, apresentando associação com sexo feminino (OR:1,72; IC95%:1,17 – 2,51), baixa escolaridade (OR: 2,33; IC95%: 1,37 – 3,97), sedentarismo (OR: 1,84; IC95%: 1,08 – 3,14), uso de medicamentos (OR: 3,01; IC95%: 1,52 – 5,95). Dentre as morbidades presentes, também esteve associado a asma/bronquite (OR: 2,74; IC95%: 1,61 – 4,67), insônia (OR: 1,80; IC95%: 1,25 – 2,58) e problemas cardíacos (OR: 1,77; IC95%: 1,18 – 2,68), além dos sintomas depressivos (OR: 2,55; IC95%: 1,74 – 3,73), presença de multimorbidades (OR: 1,73; IC95%: 1,15 –

2,61), e a dependência nas Atividades instrumentais da vida diária AIVD (Total: OR: 2,42; IC95%: 1,40 – 4,17). Assim, a autoavaliação de saúde nos adultos e idosos refletiu as condições físicas e psicológicas, sendo uma medida do estado global de saúde do indivíduo.

**Descritores:** Avaliação da Situação em Saúde. Saúde do Adulto. Saúde do Idoso. Inquérito Epidemiológico.

## ABSTRACT

The self-rated health is considered a valid and important indicator to determine the health status of individuals and can be obtained by different instruments widely used in health surveys. The aim of the present study was to estimate the prevalence of self-rated health and its associated factors in adults participating the Study of Chronic Diseases (EDOC) from Rio Branco, Acre. For this purpose, data from this population-based survey will be used. The research consisted of two household surveys conducted with adults 18 to 59 years old (EDOC-A) and 60-year olds (EDOC-I), from urban and rural areas of Rio Branco, Acre. Both surveys used a two-stage conglomerate sampling plan. In the first stage, sectors were selected and in the second, the households. Data collection took place from April to September 2014. Possible factors associated with negative self-rated health will be verified by multiple logistic regression. In the evaluation of adults, the prevalence of negative self-rated health was 12.1%, being associated with age (OR: 3.18; 95% CI: 2.02 – 5.02), stress (OR: 1.87; 95% CI: 1.04 - 3.38), medication use (OR: 2.23; 95% CI: 1.19 - 4.20), insomnia self-report (OR: 2.33; 95% CI: 1.20 - 4.53) and depression (OR: 2.03; 95% CI: 1.02 - 4.04), even after settings. Among the laboratory parameters, low density lipoproteins were also associated (OR: 2.85; 95% CI: 1.24 - 6.54). In the analysis of quality of life, individuals who negatively assessed their health were more likely to belong to the lower tertile of the physical and psychological domains, controlling for possible confounding variables. In the analysis of the elderly, the prevalence of negative self-rated health was 15.4%, which was associated with female gender (OR: 1.72; 95% CI: 1.17 - 2.51), low education (OR: 2.33). ; 95% CI: 1.37 - 3.97), physical inactivity (OR: 1.84; 95% CI: 1.08 - 3.14), medication use (OR: 3.01; 95% CI: 1.52 - 5.95). Among the present morbidities, it was also associated with asthma / bronchitis (OR: 2.74; 95% CI: 1.61 - 4.67), insomnia (OR: 1.80; 95% CI: 1.25 - 2.58) and heart problems (OR: 1.77; 95% CI: 1.18 - 2.68), in addition to depressive symptoms (OR: 2.55; 95% CI: 1.74 - 3.73), presence of multimorbidities (OR : 1.73; 95% CI: 1.15 - 2.61), and dependence on instrumental activities of daily living IADL (Total: OR: 2.42; 95% CI: 1.40 - 4.17). Thus, self-rated health



in adults and the elderly reflected physical and psychological conditions, being a measure of the individual's overall health status.

**Descriptors:** Diagnosis of Health Situation. Health of the Adult. Health of the Elderly. Health Surveys.

## LISTA DE TABELAS

### Artigo 1

<b>Tabela 1</b>	Prevalência de autoavaliação negativa da saúde segundo as características sociodemográficas e de hábitos de vida em adultos de Rio Branco, Acre, 2014.....	59
<b>Tabela 2</b>	Prevalência de autoavaliação negativa da saúde segundo condições de saúde, presença de morbidades e domínios da qualidade de vida em adultos de Rio Branco, Acre, 2014.....	60
<b>Tabela 3</b>	Modelo hierárquico da autoavaliação negativa da saúde segundo as variáveis independentes em adultos de Rio Branco, Acre, 2014.....	62
<b>Tabela 4</b>	Parâmetros laboratoriais alterados segundo autoavaliação negativa da saúde ajustado por variáveis potencialmente confundidoras em adultos de Rio Branco, Acre, 2014.....	63
<b>Tabela 5</b>	Análise de regressão logística dos tercis dos domínios da qualidade de vida (WHOQOL) com autoavaliação negativa da saúde em adultos de Rio Branco, Acre, 2014.....	64

### Artigo 2

<b>Tabela 1</b>	Prevalência de autoavaliação negativa da saúde segundo as características sociodemográficas e hábitos de vida em idosos. Rio Branco/Acre, Brasil, 2014.....	82
<b>Tabela 2</b>	Prevalência de autoavaliação negativa da saúde segundo condições de saúde, presença de morbidades, multimorbidade, sintomas depressivos e funcionalidade em idosos. Rio Branco/Acre, Brasil, 2014.....	83
<b>Tabela 3</b>	Modelo hierárquico da autoavaliação negativa da saúde segundo as variáveis independentes em idosos. Rio Branco/Acre, Brasil, 2014.....	85

<b>Tabela 4</b> Análise de regressão logística da presença de multimorbidade, sintomas depressivos e funcionalidade com autoavaliação negativa da saúde em idosos. Rio Branco/Acre, Brasil, 2014.....	86
---	----

## LISTA DE QUADROS E FIGURAS

<b>Figura 1</b>	Modelo conceitual das variáveis independentes sobre autoavaliação de saúde por níveis hierarquizados.....	26
<b>Quadro 1</b>	Prevalência e fatores associados à autoavaliação da saúde em estudos nacionais.....	30
<b>Quadro 2</b>	Prevalência e fatores associados à autoavaliação da saúde em estudos internacionais.....	33

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>14</b>
<b>2 REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>	<b>16</b>
2.1 AUTOAVALIAÇÃO DA SAÚDE: CONCEITO E MEDIDAS.....	16
2.2 AUTOAVALIAÇÃO DA SAÚDE: UMA VISÃO EPIDEMIOLÓGICA.....	18
2.3 FATORES ASSOCIADOS À AUTOAVALIAÇÃO DA SAÚDE.....	21
2.4 AUTOAVALIAÇÃO DE SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA.....	27
<b>3 JUSTIFICATIVA.....</b>	<b>36</b>
<b>4 OBJETIVOS.....</b>	<b>37</b>
4.1 GERAL.....	37
4.2 ESPECÍFICOS.....	37
<b>5 MATERIAIS E MÉTODO.....</b>	<b>38</b>
<b>6 RESULTADOS</b>	<b>40</b>
6.1 ARTIGO 1 - AUTOAVALIAÇÃO NEGATIVA E ESTADO OBJETIVO DA SAÚDE E DA QUALIDADE DE VIDA EM ADULTOS DE RIO BRANCO, ACRE, BRASIL.....	40
<b>Resumo.....</b>	<b>40</b>
<b>Introdução.....</b>	<b>41</b>
<b>Materiais e método.....</b>	<b>42</b>
<b>Resultados.....</b>	<b>45</b>
<b>Discussão.....</b>	<b>46</b>
<b>Conclusão.....</b>	<b>51</b>
<b>Referências.....</b>	<b>52</b>
6.2 ARTIGO 2 - AUTOAVALIAÇÃO NEGATIVA DA SAÚDE, SINTOMAS DEPRESSIVOS E FUNCIONALIDADE EM IDOSOS DE RIO BRANCO, ACRE, BRASIL.....	65
<b>Resumo.....</b>	<b>65</b>
<b>Introdução.....</b>	<b>65</b>
<b>Materiais e método.....</b>	<b>67</b>

<b>Resultados.....</b>	<b>70</b>
<b>Discussão.....</b>	<b>70</b>
<b>Conclusão.....</b>	<b>76</b>
<b>Referências.....</b>	<b>76</b>
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>87</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>88</b>
<b>ANEXO A – FORMULÁRIO DE ENTREVISTA DO ADULTO.....</b>	<b>95</b>
<b>ANEXO B – FORMULÁRIO DE ENTREVISTA DO IDOSO.....</b>	<b>114</b>
<b>ANEXO C – FICHA DE AVALIAÇÃO FÍSICA E EXAMES LABORATORIAIS.....</b>	<b>134</b>
<b>ANEXO D – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO ACRE.....</b>	<b>136</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A autoavaliação da saúde tem sido estudada em diferentes populações ao redor do mundo, tendo alguns sinônimos como autopercepção de saúde, condição de saúde autorreferida, estado subjetivo de saúde ou estado de saúde autoavaliado (DACHS, 2002; FRANKS; GOLD; FISCELLA, 2003; VUORISALMI; LINTONEN; JYLHÄ, 2005; MOLARIUS *et al.*, 2006). O termo autoavaliação da saúde foi utilizado pela primeira vez no Canadá (MOSSEY; SHAPIRO, 1982) em pesquisa realizada com idosos cujo resultado apontou que aqueles que autoavaliaram sua saúde de forma negativa tiveram risco de morte três vezes maior do que os demais (MANTOVANI, 2015). A partir dessa investigação muitos outros estudos foram realizados, centrando-se em determinantes e consequências da autoavaliação da saúde (ALVES; RODRIGUES, 2005, SZWARCWALD *et al.*, 2005), sendo ela reconhecida como um instrumento para medir a qualidade de vida, a presença de morbidades e como preditor de mortalidade (ALVES, 1993). No Brasil, a autoavaliação da saúde foi empregada pela primeira vez, como variável desfecho, no Projeto Bambuí (LIMA-COSTA; FIRMO; UCHÔA, 2004).

Atualmente, a autoavaliação da saúde é considerada como uma medida simples e útil para avaliar a saúde com base em múltiplas dimensões (IDLER; BENYAMINI, 1997). A Organização Mundial de Saúde recomenda a autoavaliação da saúde como uma medida a ser incorporada regularmente em inquéritos de saúde (DE BRUIN *et al.*, 1996).

Trata-se de um conceito multidimensional que resulta da união de fatores biológicos, sociais e psicológicos, contemplando a percepção que os indivíduos possuem de sua própria saúde, ou seja, uma concepção individual e subjetiva (VINGILIS; WADE; SEELEY, 2002) e que está relacionada ao bem-estar geral da saúde e com a satisfação com a vida (MANDERBACKA; UNDBERG; MARTIKAINEN, 1999; JYLHÄ, 2009; VÁZQUEZ; NIÑO; GARCÍA, 2017). Sua estrutura multidimensional possibilita interfaces com a situação socioeconômica, suporte social e de serviços de saúde, sintomas depressivos e condições físicas (LIMA-COSTA; FIRMO; UCHÔA, 2004).

Assim, a saúde percebida é o resultado da avaliação que cada pessoa faz sobre sua saúde física e emocional, sua cognição, sua funcionalidade, seu comportamento

social, e como essas condições influenciam seu bem-estar (NERI *et al.*, 2013). A avaliação da própria saúde pode ser o resultado de distintos sentimentos provocados pela doença, mal-estar, dor ou desconforto, em correlação com os diferentes fatores: sociais, culturais, psicológicos e ambientais, os quais vão modificar a vida da pessoa, e analisar como a mesma pode ser afetada pelo problema (FRANKS; GOLD; FISCELLA, 2003). A análise desses fatores associados à expressão de diferentes níveis de saúde permite ampliar as perspectivas da identificação das necessidades de saúde e avaliação de programas e intervenções direcionados para a população (DACHS *et al.*, 2002).

Estudos mostram que a percepção que o indivíduo tem sobre sua saúde, influencia na sua qualidade de vida e, portanto, no seu estado de saúde geral (LIMA, 2009; SZANTON *et al.*, 2010). Existem muitos fatores que, ao longo do tempo, tornaram a autoavaliação um indicador útil e adequado para conhecer o estado de saúde dos indivíduos em geral, incluindo a saúde mental e a satisfação da vida (FRANCO *et al.*, 2007). Além disso, pode revelar condições desconhecidas, como sinais e sintomas de doenças, quer estejam ou não diagnosticadas (LIMA-COSTA, 2007).

Destarte, a autoavaliação em saúde é importante por possibilitar traduzir de forma prática uma estimativa subjetiva para avaliar uma temática tão complexa como a saúde, cujo conceito e níveis de determinação estão em constante discussão. Um grande número de indicadores enfatiza a presença ou a ausência de doença, negligenciando os aspectos sociais, psicológicos e culturais inerentes à saúde. Pesquisas que envolvam a temática da autoavaliação da saúde e fatores a ela associados devem ser realizadas em diferentes populações com intuito de retratar de forma ampla, multidimensional e individualizada o estado de saúde geral percebido por adultos ao longo da vida.



## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1 AUTOAVALIAÇÃO DA SAÚDE: CONCEITO E MEDIDAS

A complexidade do conceito de saúde deve-se, em parte, ao fato dela ter diferentes percepções e significados, a depender do indivíduo, sendo imprescindível sua análise com base na história e nos relacionamentos cultural, social, político e econômico que cada um está inserido (SCLIAR, 2007). Devido a suas múltiplas dimensões, o conceito de saúde pode ser entendido como “o estado do indivíduo cujas funções orgânicas, físicas e mentais se acham em situação normal; o estado do que é sadio ou são” (FERREIRA, 1986).

Na tentativa de melhores definições para o conceito de saúde, ao longo dos anos, foram sendo desenvolvidos e incorporados mais domínios para a composição do conceito de saúde e não apenas a definição de ausência de doença. Assim, quatro modelos formais foram descritos, que são: 1) Modelo médico: que afirma que saúde é ausência de doença ou deficiência; 2) Modelo da Organização Mundial da Saúde (OMS): que define saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente a ausência de doença ou enfermidade; 3) Modelo de bem-estar: que propõe a promoção da saúde e o progresso em direção à integração de mente, corpo e espírito; 4) Modelo ambiental: que incorpora o conceito de que a saúde é a adaptação ao ambiente físico e social, representando um balanço livre de dor, desconforto ou incapacidade. Desses quatro, a definição mais utilizada na literatura é a abordagem representada pelo modelo da OMS (LARSON, 1999; SCLIAR, 2007).

Além dessa definição, nos últimos anos a OMS afirmou que o ambiente de moradia, tomando em conta as dimensões ligadas ao domicílio, vizinhança e sua relação com a comunidade, tem a capacidade de afetar o estado de saúde individual, por meio de mecanismos físicos, mentais ou sociais (EGAN *et al.*, 2010).

Destarte, é grande o desafio de mensurar o constructo saúde de forma ampla e holística, na população. Atualmente, alguns meios de mensuração são utilizados, como as informações médicas, baseadas em sinais e sintomas patológicos e em exames

diagnósticos, e/ou por meio de avaliações feitas pelos próprios indivíduos, utilizando-se indicadores como a autoavaliação do estado de saúde, as morbidades referidas ou o relato de incapacidade do indivíduo (PAVÃO; WERNECK; CAMPOS, 2013).

A mensuração da saúde precisa levar em conta diversos elementos para sua definição, dependendo do contexto cultural e psicossocial em que o indivíduo está inserido. Em uma ótica multidimensional, medir a saúde deve considerar os aspectos objetivos e subjetivos das pessoas (FRANKS; GOLD; FISCELLA, 2003).

A utilização de instrumentos de fácil entendimento que permitam caracterizar o estado de saúde das populações tem se ampliado nas últimas décadas (THEME FILHA; SZWARCOWALD; SOUZA JUNIOR, 2008). No atendimento individual, uma avaliação objetiva da saúde pode ser obtida mediante a realização de exames clínicos e diagnósticos. Entretanto, em estudos populacionais, devido ao grande número de pessoas e à escassez de recursos financeiros para tal avaliação objetiva, frequentemente se utilizam medidas subjetivas, baseadas nos conhecimentos e crenças pessoais do indivíduo (SADANA *et al.*, 2002), notadamente a autoavaliação de saúde recomendada pela OMS (DE BRUIN; PICAUVET; NOSSIKOV, 1996).

A autoavaliação da saúde é considerada um indicador válido e importante para conhecer o estado de saúde dos indivíduos e de populações (IDLER; BENYAMINI, 1997; BARROS *et al.*, 2009). Ao se associar a medidas objetivas de morbidade e de uso de serviços, ela se torna um preditor muito importante da mortalidade, independentemente de fatores médicos, comportamentais e psicossociais, sendo equivalente a indicadores obtidos por meio de instrumentos mais complexos (IDLER; BENYAMINI, 1997). Portanto, é considerada uma medida que contempla os diferentes determinantes e que tem importância para a predição de óbitos, diferindo nos segmentos sociodemográficos, estando mais fortemente associada naqueles de maior escolaridade (FRANKS; GOLD; FISCELLA, 2003).

A avaliação do próprio estado de saúde pode ser obtida por diferentes instrumentos que contemplam várias questões e que foram amplamente utilizadas em inquéritos de saúde (ERIKSSON; UNDEN; ELOFSSON, 2001; DACHS, 2002; MOLARIUS *et al.*, 2006; SZWARCOWALD *et al.*, 2005). Esse indicador gera uma classificação do indivíduo, que considera sinais e sintomas de doenças diagnosticadas

pelo profissional de saúde ou pelo indivíduo, e também o impacto dessas condições sobre seu bem-estar físico, mental e social. É uma medida complexa, influenciada pelos mesmos elementos que controlam os relatos sobre sinais, sintomas, desempenho funcional e diagnósticos médicos (BORIM *et al.*, 2014). O componente físico parece influenciar mais a autoavaliação que o componente mental (RATNER; JOHNSON; JEFFERY, 1998). No entanto, a depender da idade aspectos socioambientais e comportamentais refletem de forma equivalente aos acometimentos físicos sobre a autoavaliação de saúde (ZULLIG; VALOIS; DRANE, 2005; BOARDMAN, 2006; PAGE; SUWANTEERANGKUL, 2009).

A autoavaliação tem sido utilizada em inquéritos populacionais por sua fácil aplicação (PERES *et al.*, 2010). A avaliação da própria saúde pode ser vista como resultado de sentimentos provocados pelo mal-estar, dor ou desconforto, em interação com os diferentes fatores (sociais, culturais, psicológicos e ambientais) que modificam a maneira como a vida do indivíduo é afetada pelo problema acontecido (FRANKS; GOLD; FISCELLA, 2003), com repercussão sobre sua qualidade de vida. Assim, a percepção do indivíduo de se sentir doente não advém apenas das sensações físicas de dor e desconforto, mas, sobretudo, das consequências sociais e psicológicas da presença da enfermidade (SZWARCOWALD *et al.*, 2005).

Vale destacar, a ausência de padronização na definição de autoavaliação negativa, ora utilizando os estratos ruim e muito ruim (ANTUNES *et al.*, 2018) ou com a inclusão da opção regular (MEIRELES *et al.*, 2015), ou ainda analisando a autoavaliação positiva (BORIM, BARROS, NERI, 2012). As diferenças na definição da variável dependente implicam em prevalências discrepantes entre os estudos (Quadro 1).

## 2.2 AUTOAVALIAÇÃO DA SAÚDE: UMA VISÃO EPIDEMIOLÓGICA

A prevalência da autoavaliação negativa em saúde varia de acordo a população e a região onde está sendo estudada. Na Espanha, um estudo com 1.220 idosos obteve uma prevalência de 14,1% de autoavaliação negativa da saúde (PEREZ-FUENTES *et al.*, 2015). Nesse mesmo país, outro estudo com 21.486 indivíduos de 20 anos ou mais, a prevalência de autoavaliação negativa foi de 36,1% (PEREZ; SOUTO; MOTA, 2016).

Mesmo na Europa, um estudo realizado na Noruega, com 1302 indivíduos maiores de 16 anos que foram atendidos na atenção primária em saúde, detectou uma prevalência de 26% de autoavaliação negativa da saúde (MILDESTVEDT *et al.*, 2018) (Quadro 2).

Pesquisas relativas à prevalência da autoavaliação negativa da saúde também foram desenvolvidas no continente asiático. No Japão, um estudo com idosos de 65 anos e mais, realizado em 30 municípios, com 129.740 indivíduos, a prevalência da autoavaliação em saúde negativa foi de 18,5% (ZAITSU *et al.*, 2017). No mesmo país, outro estudo em 2.898 participantes, maiores de 20 anos, de ambos os sexos observou prevalência da autoavaliação referida como negativa de 12,0% em mulheres e de 14,0% em homens, considerando como avaliação negativa as categorias de regular a ruim (OTA *et al.*, 2018). Na China, foi realizada uma pesquisa de base populacional, onde foi estudada a prevalência da autoavaliação em saúde, com 18.000 indivíduos de 18 a 80 anos, cuja prevalência da autoavaliação referida como negativa (agrupando as categorias ruim e muito ruim) foi de 5,7% (WU *et al.*, 2013).

Em pesquisas realizadas no continente americano, como um estudo transversal com pacientes da atenção primária em saúde, cujos dados foram representativos e obtidos da população da área urbana de seis países: Brasil, Colômbia, El Salvador, Jamaica, México e Panamá, e uma população entre 1.500 e 1.506 participantes maiores de 18 anos, por país, a prevalência geral da autoavaliação negativa da saúde (considerando as categorias regular, ruim e muito ruim) foi de 58,1%. Na análise por país, o Brasil apresentou uma prevalência de autoavaliação negativa de 53,4%, na Colômbia foi de 59,6%, em El Salvador foi de 55,4%, na Jamaica foi de 47,6%, no México foi de 70,5% e, finalmente, no Panamá uma prevalência de 60,2 % dos indivíduos que consideram a sua saúde como insatisfatória. Foi observado que no México houve a maior prevalência de autoavaliação negativa enquanto na Jamaica a mais baixa (GUANAIS *et al.*, 2018).

Também na América Latina, em inquérito nacional de base populacional, realizado no México, com 8.874 indivíduos maiores de 60 anos, a prevalência de autoavaliação negativa de saúde obtida foi de 18,1% (VÁSQUEZ; NIÑO; GARCIA, 2017). Na cidade de Cali, Colômbia, foi realizada uma pesquisa transversal em uma amostra de 314 pessoas com 60 anos e mais, sendo a prevalência de autoavaliação negativa

(considerava a saúde regular ou ruim) 40,1% (OCAMPO-CHAPARRO *et al.*, 2013). Na capital do mesmo país, Bogotá, em pesquisa com 15.326 indivíduos de 16 a 96 anos de idade, segundo os mesmos critérios, foi de 23,2% (CAICEDO, FERNANDEZ, 2015). No ano de 2011, uma pesquisa realizada na cidade de Córdoba, Argentina, com 436 indivíduos de 60 anos e mais, obteve uma prevalência de autoavaliação negativa de 38,8% (PELÁEZ; ACOSTA; CARRIZO, 2015) (Quadro 2).

No Brasil foram realizados estudos em várias regiões. No ano de 2006, foi realizado um inquérito nacional de base populacional, com 54.213 pessoas, com idade igual ou superior aos 18 anos, em que a prevalência de autoavaliação da saúde definida como ruim foi de 5,4%, sendo mais elevada nas capitais da região Norte (SZWARCOWALD *et al.*, 2005; BARROS *et al.*, 2009). Na cidade de Campinas, São Paulo, em pesquisa de base populacional, realizada em 2008 e 2009, foram analisados os dados de 1.432 indivíduos maiores de 60 anos, a prevalência de autoavaliação negativa (ruim e muito ruim) de saúde foi de 10,9% (BORIM *et al.*, 2014).

Uma pesquisa analisou as prevalências de saúde avaliada como negativa em populações do Brasil e Portugal, sendo estudadas 13.894 pessoas no Brasil e 20.579 em Portugal, com idade de 30 ou mais anos em ambas as populações. As prevalências de saúde autoavaliada como ruim e muito ruim, no sexo masculino, para as capitais do Nordeste do Brasil e para Portugal foram de 4,3% e de 15,5%, respectivamente; no sexo feminino, foram de 8,1% no Brasil e 25,1% em Portugal, sendo observada uma considerável diferença (CARVALHO *et al.*, 2015).

Analisando pesquisas nacionais, em um estudo realizado entre os anos de 1998 a 2013 foram examinadas as desigualdades educativas associadas à autoavaliação em saúde. Nesse estudo, foi analisada também a prevalência da autoavaliação em saúde em adultos e idosos brasileiros, com idade entre 18 e 94 anos, dos 27 estados do Brasil, em um total de 52.457 indivíduos. Nessa pesquisa, a saúde foi avaliada em duas categorias: positiva e negativa, dentro da saúde negativa se encontravam os tópicos de saúde ruim e muito ruim. A prevalência da autoavaliação negativa da saúde apresentou ligeira diminuição no período avaliado, variando de 5,7% em 1998, 4,9% em 2003, 5,0% em 2008 a 5,2% em 2013 (ANDRADE; MEHTA, 2018).

Outro estudo, realizado em São Paulo, examinou as desigualdades sociais na autoavaliação de saúde dos idosos que moram naquela cidade. A pesquisa foi realizada em indivíduos de 60 anos e mais, tendo um total de 1.344 participantes, a mesma foi baseada em resultados de três anos diferentes: 2000, 2006 e 2010. Foi considerada como autoavaliação negativa ou insatisfatória os tópicos de ruim e muito ruim, tendo os seguintes resultados: no ano do estudo, 2010, a prevalência de saúde negativa foi de 7,8%, proporção manteve-se um pouco inferior às avaliações anteriores: 8,2% em 2000 e 8,8% em 2006 (ANTUNES *et al.*, 2018).

Em pesquisa local, observou-se que um estudo de base populacional realizado nos anos 2007 e 2008, no Município de Rio Branco, Acre, com 1.516 indivíduos de 18 anos e mais, a prevalência avaliada como insatisfatória que se obteve foi de 43,7%, sendo maior nos idosos em relação aos adultos (BEZERRA *et al.*, 2011).

### 2.3 FATORES ASSOCIADOS À AUTOAVALIAÇÃO DA SAÚDE

Os fatores considerados no indivíduo, ao classificar seu estado de saúde incluem diferentes aspectos, dentre eles os indicadores sociodemográficos, as condições de saúde e a diminuição da funcionalidade entre os idosos (SANTOS, COUTO, BASTONE, 2018).

Em relação aos fatores socioeconômicos e demográficos, a idade é um fator importante em estreita relação com a autoavaliação relatada pelos adultos e idosos. Ao longo da vida a percepção que tem o indivíduo sobre sua saúde vai piorando, tal como refletem os diferentes estudos populacionais. Essa relação foi observada no estudo realizado na Europa com 1.302 indivíduos maiores de 16 anos que foram atendidos na atenção primária em saúde, em que os resultados revelaram que as faixas etárias de 46 a 62 anos e 63 a 100 anos apresentaram maior associação com a saúde insatisfatória, mostrando que os adultos acima de 46 anos são mais propensos a relatar uma saúde insatisfatória, em comparação com os indivíduos com menor idade (MILDESTVEDT *et al.*, 2018).

No estudo realizado na Índia com 6.732 indivíduos, se observou que a faixa etária que tem mais chance de ter uma saúde insatisfatória, são os indivíduos maiores de 80

anos (SELVAMANI; SINGH, 2018). Em estudo que analisou as prevalências de saúde avaliada como negativa em populações do Brasil e Portugal, de 30 anos e mais, em que foram estudadas 13.894 pessoas do Brasil e 20.579 de Portugal, observou-se que nos dois locais de estudo os idosos maiores de 80 anos são os que têm maior associação com a autoavaliação ruim (CARVALHO *et al.*, 2015). Do mesmo modo ocorre em pesquisas nacionais do Brasil, uma delas é o estudo realizado em Minas Gerais com 4.048 adultos maiores de 18 anos, onde, os indivíduos com mais de 60 anos de idade tiveram maior probabilidade de referir uma saúde avaliada como negativa (MEIRELES *et al.*, 2015), assim como refletiu o inquérito de base populacional com 54.213 indivíduos maiores de 18 anos, onde observou-se que os idosos com 70 anos e mais apresentavam maior associação (BARROS *et al.*, 2009). Um estudo mais recente, em São Paulo, com 1.344 idosos de 60 anos e mais, observou-se que a faixa etária de 75 a 84 anos tem maior associação com a autoavaliação negativa (ANTUNES *et al.*, 2018). Tanto em pesquisas nacionais como internacionais observou-se que os idosos são mais propensos a referir uma autoavaliação negativa da saúde, refletindo que com o aumento da idade ocorre a deterioração da saúde.

Outro fator importante é o sexo, pois se observa que o sexo feminino é mais vulnerável a ter uma saúde autoavaliada como negativa do que o masculino, como pode ser visto em diversos estudos internacionais. Um deles é o estudo de base populacional, realizado na China, com 18.000 indivíduos, de 18 a 80 anos, em que se observou que a maioria dos indivíduos que referiam uma saúde autoavaliada como negativa foram do sexo feminino, com 56,0% de prevalência (WU *et al.*, 2013). Em outro estudo, realizado na Noruega, em 1.302 indivíduos maiores de 16 anos, observou-se que do total da população de estudo que referiu uma saúde percebida como insatisfatória, a maioria se apresentou nas mulheres com 64,0% (MILDESTVEDT *et al.*, 2018). Essa associação foi observada também em outro estudo na Índia, com 6.372 idosos, em que o sexo feminino também foi o mais vulnerável (SELVAMANI; SINGH, 2018). Essa associação foi observada igualmente, no estudo da Argentina com 436 idosos onde demonstrou-se que a associação da autopercepção negativa da saúde, foi maior nas mulheres (PELÁEZ *et al.*, 2015). No Brasil, o estudo realizado em Rio Branco, com 1.516 indivíduos maiores de 18 anos, mostrou que as mulheres apresentam 1,38 maior chance de relatar uma

autoavaliação negativa (BEZERRA *et al.*, 2011). Outra pesquisa de base populacional, realizada em Minas Gerais, com 4.048 maiores de 18 anos, o resultado foi semelhante, revelando uma prevalência 4,0% menor de autoavaliação negativa da saúde no sexo masculino (MEIRELES *et al.*, 2015). Vale notar que na maioria dos estudos, as mulheres declararam um estado de saúde pior que os homens e pode ser efeito do fato delas viverem mais e, com o passar do tempo, experimentarem mais doenças.

Nos diferentes estudos, tem sido evidenciado que o nível de escolaridade é também um dos fatores associados à autoavaliação negativa da saúde. Na China, um estudo com 18.000 adultos e idosos mostrou que o baixo nível de escolaridade está associado com a autoavaliação negativa (WU *et al.*, 2013). Na cidade de Córdoba, Argentina, um estudo com 436 idosos, revelou que o nível educacional baixo tem uma estreita relação com a autoavaliação negativa em saúde (PELÁEZ *et al.*, 2015). Em pesquisa comparativa entre Brasil e Portugal, observou-se nos dois locais de estudo, que os indivíduos sem escolaridade, são os que têm associação com a autoavaliação ruim, em relação com os outros indivíduos que receberam algum tipo de educação (CARVALHO *et al.*, 2015).

Em pesquisa nacional, dos anos 1998 a 2013, houve associação entre a autoavaliação insatisfatória e os indivíduos que não frequentaram escola, sendo uma variável constante ao longo dos anos (ANDRADE; MEHTA, 2018), assim como também refletem os outros estudos de Campinas em São Paulo, com 1.432 idosos maiores de 60 anos, que a maior prevalência de autoavaliação de Saúde negativa foi encontrada nos indivíduos que nunca estudaram e em aqueles com menor escolaridade (BORIM *et al.*, 2014). Além do estudo realizado em São Paulo, com 1.344 idosos de 60 anos em que foi demonstrado que os indivíduos com escolaridade de 4 a 7 anos de estudo, têm maior associação com a autoavaliação negativa quando comparado com aqueles com maior nível de escolaridade (ANTUNES *et al.*, 2018).

Quanto ao peso, o estudo de base populacional realizado na China, anteriormente mencionado, reflete que os indivíduos com perda de peso tiveram associação com a percepção de saúde negativa (OR: 2,01; IC95%: 1,62, 2,50) (WU *et al.*, 2013), do mesmo jeito que o estudo desenvolvido na Índia com 6.372 idosos onde observou-se a associação do baixo peso com a autoavaliação de saúde ruim quando comparado com



os eutróficos (OR = 1,60), (SELVAMANI; SINGH, 2018). Na Alemanha, uma pesquisa realizada com 3.189 idosos, de 65 a 85 anos, mostrou que os indivíduos com o IMC alto têm maior associação com a saúde autorreferida como negativa quando comparado com aqueles IMC normal (NÜTZEL *et al.*, 2014). No estudo comparativo entre Brasil e Portugal, observa-se que nos dois locais de estudo os indivíduos com obesidade são os que têm associação positiva com a autoavaliação ruim (CARVALHO *et al.*, 2015). Assim como também revela o estudo de Belo Horizonte com 4.048 indivíduos maiores de 18 anos, onde os indivíduos com obesidade, são 1,47 vezes mais propensos a referir uma autoavaliação negativa (MEIRELES *et al.*, 2015). No Brasil, em estudo com 54.213 indivíduos maiores de 18 anos, o baixo peso tem associação positiva com a autoavaliação negativa nas mulheres e nos homens quando comparado aos eutróficos (BARROS *et al.*, 2009).

Quanto aos hábitos de vida, os indivíduos sedentários e os que fazem atividade física irregular tiveram maior chance de relatar uma autoavaliação de saúde ruim e em relação ao IMC, os indivíduos obesos apresentaram maior chance de ter autoavaliação do estado de saúde ruim, comparados com os outros indivíduos, segundo a pesquisa do inquérito nacional do Brasil em 12.324 adultos e idosos (PAVÃO; WERNECK; CAMPOS, 2013). A falta de realização de atividade física constante também foi apontada como fator associado importante no estudo realizado em Campinas, São Paulo, em estudo realizado em 1.432 idosos maiores de 60 anos (BORIM *et al.*, 2014). Além disso, no estudo realizado em Rio Branco com 1.516 adultos e idosos, a obesidade apresentou-se como categoria de risco, pois os indivíduos obesos têm maior chance de ter uma autoavaliação negativa, bem como os sedentários e tabagistas (BEZERRA *et al.*, 2011). Sendo que o baixo peso e o sobrepeso foram considerados como fatores associados de importância, e que é recomendável que o indivíduo apresente um peso corporal normal, que permita manter um estado de saúde aceitável.

Em relação à presença de doenças crônicas e multimorbidades, diferentes estudos mostraram sua associação com a autoavaliação percebida como negativa. Na pesquisa populacional da Índia com 6.372 idosos observou-se que os participantes que têm doenças crônicas, com destaque para a asma e a insônia, são aqueles com mais chance de apresentar uma autoavaliação negativa em saúde (SELVAMANI; SINGH, 2018).

Outros estudos já previamente descritos, como o realizado na Alemanha e Argentina mostraram que a presença de doenças crônicas, é um dos principais fatores associados à autoavaliação negativa da saúde (PELÁEZ *et al.*, 2015; NÜTZEL *et al.*, 2014). Na Pesquisa Nacional do Brasil, a presença de multimorbidade é considerada um fator predeterminante, sendo a doença do coração tem maior associação com a autoavaliação percebida como negativa, em comparação com as outras doenças crônicas (ANDRADE; MEHTA, 2018).

Ainda em estudo realizado no Brasil, a obesidade, o sedentarismo e a presença de doenças cardiovasculares são fatores que exercem efeito importante na autoavaliação negativa em saúde, assim como o consumo excessivo de cigarros (BARROS *et al.*, 2009). A multimorbidade foi observada também no estudo do Brasil e Portugal, onde os indivíduos que têm hipertensão arterial, diabetes e obesidade, são os que têm associação com a autoavaliação ruim da saúde (CARVALHO *et al.*, 2015). Parece existir uma relação direta entre morbidades e autoavaliação de saúde ruim, pois quanto maior o número de doenças crônicas relatadas, maior a chance de ter uma percepção negativa da saúde (PAVÃO; WERNECK; CAMPOS, 2013).

Diante dos estudos apresentados e com base no estudo de Cremonese e Cols (2010), observa-se um modelo conceitual que representa as diversas dimensões cujos fatores estão associados de maneira hierárquica com a autoavaliação da saúde. O modelo está representado na Figura 1.

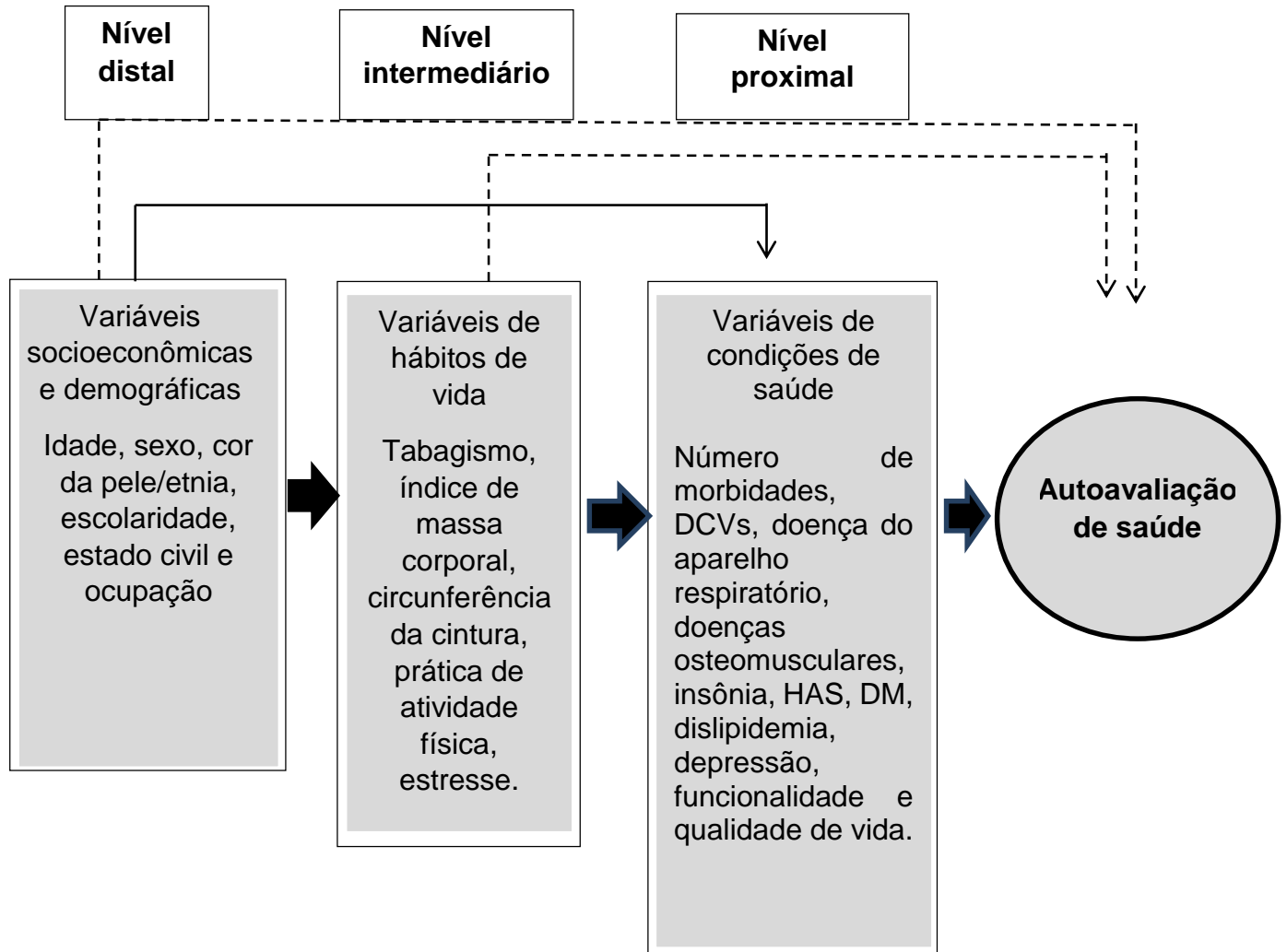


Figura 1. Modelo conceitual das variáveis independentes sobre autoavaliação de saúde por níveis hierarquizados.

## 2.4 AUTOAVALIAÇÃO DE SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA

Na saúde, o termo “Qualidade de vida” foi utilizado pela primeira vez na década de 1930 (COSTA NETO, 2002). No entanto existia muita dúvida quanto ao verdadeiro significado de sua definição (GILL *et al.*, 1994). Baseado no conceito de saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS), a Qualidade de Vida em Saúde é definida como: “a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais ele vive, e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (OMS, 1948), sendo essa definição genérica. Existem outras definições sobre a Qualidade de Vida como “A valoração subjetiva que o paciente faz de diferentes aspectos de sua vida, em relação ao seu estado de Saúde” (GUITERAS; BAYES, 1993), e a considerada como o conceito mais amplo “Refere-se aos vários aspectos da vida de uma pessoa que são afetados por mudanças no seu estado de saúde” (CLEARY; WILSON; FOWLER, 1995).

Qualidade de vida é um tema complexo, abordado em diversos estudos e áreas de interesses afins. Seu conceito enfatiza a satisfação da pessoa com aspectos da vida, saúde, bem-estar e felicidade por meio da percepção do indivíduo sobre sua própria saúde (PEREIRA; NOGUEIRA; SILVA, 2015). Portanto, a qualidade de vida é considerada como indicador capaz de medir a eficácia, eficiência e impacto dos tratamentos, além disso, serve para fazer comparação entre procedimentos para o controle de problemas de saúde (KAPLAN, 1995).

Existem diferentes instrumentos para medir a qualidade de vida em saúde, sendo o mais utilizado o “*World Health Organization Quality Of Life Assessment*” (WHOQOL, 1995). O WHOQOL foi desenvolvido com o objetivo de criar um único instrumento com enfoque transcultural que permitisse que as diferentes culturas pudessem utilizá-lo, visto que participaram da operacionalização dos domínios de avaliação de qualidade de vida, da seleção de questões, da escala de respostas e do teste de campo nos países envolvidos nesta etapa, conseguindo fazer uma equação para uso internacional (FLECK *et al.*, 2000). O WHOQOL-100, consiste em 100 perguntas que abordam seis domínios: físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, meio ambiente e religiosidade/crenças pessoais. Cada um desses domínios é dividido em 24 facetas e

cada faceta é composta por quatro perguntas. Além das 24 facetas específicas, o instrumento tem uma adicional com perguntas gerais sobre qualidade de vida. As respostas estão enquadradas dentro de quatro tipos de escalas, dependendo do conteúdo da pergunta: intensidade, capacidade, frequência e avaliação (FLECK *et al.*, 2000).

Devido ao grande número de questões e dificuldade de operacionalização em pesquisas epidemiológicas, foi construída uma versão resumida do mesmo instrumento, mediante seleção das melhores questões de cada uma das facetas, obtendo-se o WHOQOL-BREF, que produz um perfil de qualidade de vida de quatro áreas: física, psicológica, social e ambiental (SKEVINGTON, 2004). O WHOQOL-BREF tem 26 questões, duas questões gerais sobre qualidade de vida e satisfação com o estado de saúde e 24 questões, onde os escores mais altos indicam melhor qualidade de vida (KALFOSS; LOW; MOLZAHN, 2008). Por fim, sua aplicação oferece medidas confiáveis e estruturalmente válidas em relação ao modelo proposto inicialmente para avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (OMS) (ESPINOZA *et al.*, 2011).

Além do WHOQOL, outros instrumentos genéricos de avaliação da qualidade de vida, de grande utilização em pesquisas e na prática clínica, são o *Medical Outcomes Study SF-36 Health Survey* e o *Sickness Impact Profile*.

O instrumento SF-36 é uma escala genérica que fornece um perfil do estado de saúde e é aplicável a pacientes, bem como à população em geral. Tem sido útil para avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde na população geral e em subgrupos específicos, também para comparar doenças muito diversas e detectar os benefícios para a saúde produzidos por uma ampla gama de diferentes tratamentos e avaliar o estado de saúde de pacientes individuais (WARE, 2000).

O *Sickness Impact Profile* é um questionário desenvolvido para fornecer uma medida do estado de saúde para ser utilizado na avaliação, planejamento e formulação de políticas de saúde. Seu objetivo é medir a disfunção causada pela doença a partir da percepção que o indivíduo tem das mudanças em seu comportamento devido à doença (BERGNER *et al.*, 1976). Não foi desenvolvido para aplicação na população em geral, mas em pacientes com algum tipo de disfunção ou deficiência causada por uma doença

e especialmente indicada em pacientes com disfunção moderada a severa (VARELA *et al.*, 2006).

A utilização desses instrumentos possibilita avaliar o impacto que a qualidade de vida tem sobre a autoavaliação em saúde, sendo reflexo do tipo de vida que o indivíduo adota e como esse afeta a sua saúde (TAVARES *et al.*, 2012), já que, dependendo dos efeitos funcionais de uma doença, pode influenciar o nível de qualidade de vida (CRAMER; SPILKER, 1998).

Em estudo internacional, realizado na Suécia, de 2004 a 2008, com 1.475 indivíduos de 40 a 84 anos, houve associação entre a qualidade de vida e a autoavaliação em saúde: os indivíduos com melhor qualidade de vida tinham maior autopercepção avaliada como positiva (ARNE *et al.*, 2011).

No Ceará, Brasil, em pesquisa desenvolvida com 5.214 idosos, foi estudada a relação da qualidade de vida com diferentes fatores, sendo um deles a autopercepção em saúde. Nele se observou que a relação é análoga, visto que os pacientes com melhor qualidade de vida tinham maior associação com uma autopercepção positiva, assim como também os idosos que percebiam a qualidade de vida ruim estavam associadas com uma autopercepção negativa em saúde (PEREIRA; NOGUEIRA; SILVA, 2015).

Em estudo conduzido em Minas Gerais, Brasil, com 1.129 participantes, adultos e idosos, houve associação entre avaliação negativa da saúde e avaliação negativa da qualidade de vida (VASCONCELLOS, 2017). Em São Paulo, estudo realizado no município de Vinhedo, com 110 idosos, na medida em que a qualidade de vida é percebida como boa, a saúde também é avaliada como boa (GARCÍA *et al.*, 2018).

Quadro 1. Prevalência e fatores associados à autoavaliação negativa da saúde em estudos nacionais.

<b>Autor/ano</b>	<b>Local</b>	<b>População</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Estratos</b>	<b>Prevalência</b>	<b>Fatores associados</b>
ANDRADE; MEHTA, 2018	27 estados do Brasil e o Distrito Federal.	Dados da PNAD: em 1998 entrevistou 217.579 pessoas com idades entre 18 e 94 anos; em 2003, a amostra foi de 254.714; e a de 2008 foi de 271.294 indivíduos.	Analisar as associações entre níveis de escolaridade e baixa autoavaliação da saúde entre adultos no Brasil e avaliar tendências na prevalência de autoavaliação de saúde ruim entre os grupos educacionais entre 1998 e 2013.	Ruim	1998: 5,3% 2003: 4,7% 2008: 5,1% 2013: 5,9%	Idade, cor da pele parda e preta, região norte e nordeste, DM, doença cardíaca, HAS e depressão.
ANTUNES <i>et al.</i> , 2018	Brasil	1.344 idosos de 60 anos e mais.	Descrever a prevalência da autoavaliação de saúde ruim e muito ruim em idosos não asilados vivendo na cidade de São Paulo em 2010 e identificar se persistem as desigualdades sociais anteriormente relatadas para esta condição.	Ruim e muito ruim	2000: 8,2% 2006: 8,8% 2010: 7,8%	Sexo feminino, grupos etários (75 a 84 anos) e categorias de cor da pele parda e preta. Melhor escolaridade e classes de consumo intermediárias foram fatores de proteção.

Continuação Quadro 1.

<b>Autor/ano</b>	<b>Local</b>	<b>População</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Estratos</b>	<b>Prevalência</b>	<b>Fatores associados</b>
BARROS <i>et al.</i> , 2009	Brasil	54.213 pessoas com idade ≥18 anos, dados VIGITEL das capitais brasileiras e Distrito Federal, em 2006.	Avaliar a prevalência de saúde autoavaliada como ruim e fatores associados.	Ruim	5,4% Homens: 4,3% Mulheres: 6,3%	Homens: Desemprego, tabagismo, obesidade, não ativo no lazer, não assistir à TV, HAS, DM, osteoporose, AVC, Dislipidemia e multimorbidade. Mulheres: Idade, baixa escolaridade, desemprego, HAS, DM, osteoporose, AVC, Dislipidemia e multimorbidade.
BEZERRA <i>et al.</i> , 2011	Rio Branco/Acre	1.516 indivíduos adultos e idosos	Verificar a autoavaliação de saúde e os fatores associados em Rio Branco, Acre, Brasil.	Regular e ruim	43,7%	Idade, sexo feminino, baixa escolaridade, cor da pele parda/negra, desemprego, fumo, sedentarismo, obesidade, presença de morbidades autorreferida.
BORIM <i>et al.</i> , 2014	Campinas SP/Brasil	1.432 idosos maiores de 60 anos	Analisar associação entre autoavaliação negativa de saúde e indicadores de saúde, bem-estar e variáveis sociodemográficas em idosos.	Ruim e muito ruim	10,9%	Baixa escolaridade, renda de 1 a 3 salários mínimos e piores indicadores de saúde física e mental.



Continuação quadro 1.

<b>Autor/ano</b>	<b>Local</b>	<b>População</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Estratos</b>	<b>Prevalência</b>	<b>Fatores associados</b>
MEIRELES <i>et al.</i> , 2015	Belo Horizonte/ Minas Gerais	4.048 indivíduos maiores de 18 anos	Avaliar a prevalência de autoavaliação da saúde ruim e investiga sua associação com características individuais e da percepção do ambiente em indivíduos com e sem o relato de morbidades.	Regular, ruim e muito ruim	29,9%	Presença de morbidade: idade, baixa escolaridade, sem ocupação, baixo consumo de frutas e verduras, sedentários, tabagismo, saúde psicológica, obesidade e uso dos serviços de saúde.
PAVÃO; WERNECK; CAMPOS, 2013	Brasil	Inquérito Nacional com 12.324 indivíduos, com idade maior ou igual a 20 anos, de 05 regiões do Brasil.	Investigar a associação entre autoavaliação de saúde e fatores sociodemográficos, hábitos de vida e morbidade na população Brasileira.	Regular ou ruim	39,9%	Idade, baixa escolaridade, tabagismo, sedentarismo, morbidade, obesidade.
PERES <i>et al.</i> , 2010	Lages, SC, Brasil	2.051 adultos de 20 a 59 anos	Analisar fatores associados à autoavaliação da saúde em adultos.	Regular e ruim	25,8%	Baixa renda e escolaridade, sedentarismo, níveis pressóricos elevados, sintomas de chiado no peito e falta de ar e multimorbidade.
TRAEBERT <i>et al.</i> , 2011	Joaçaba/Santa Catarina	707 adultos de 20 a 59 anos	Estimar como a população adulta avalia sua condição de saúde.	Ruim e muito ruim	3,9 %	Idade, escolaridade, renda familiar e estar trabalhando no momento da pesquisa.

Quadro 2. Prevalência e fatores associados à autoavaliação negativa da saúde em estudos internacionais.

<b>Autor/ano</b>	<b>Local</b>	<b>População</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Estratos</b>	<b>Prevalência</b>	<b>Fatores associados</b>
CAICEDO; FERNANDEZ, 2015	Bogotá/ Colômbia	15.326 adultos	Avaliar a influência da desigualdade de acesso e de pobreza das localidades de Bogotá, Colômbia sobre a auto percepção negativa de saúde.	Regular e ruim	Homens: 18,29 % Mulheres: 31,18 % Geral: 3,2%	Homens: Idade, possuir plano de saúde, e nível GINI primário ou menos (desigualdade). Mulheres: idade, baixa escolaridade e desemprego.
CARVALHO <i>et al.</i> , 2015	Brasil Portugal	Adultos de 30 anos e mais: 13.894 Brasil 20.579 Portugal	Analisar a prevalência de saúde autoavaliada como ruim, segundo variáveis sociodemográficas e presença de doença crônica, em populações do Brasil e de Portugal.	Ruim e muito ruim	Homens Brasil: 4,6% Portugal 12,6% Mulheres Brasil: 8,1% Portugal:25,1%	Homens e mulheres: Idade, baixa escolaridade, hipertensão arterial, diabetes e obesidade.
DUBOZ <i>et al.</i> , 2017	Dakar e Tessekere	1.500 adultos maiores de 20 anos	Determinar a autoavaliação em saúde e fatores associados.	Ruim	Dakar: 30,3% Tessekere: 43%	Idade, sexo, estresse, escolaridade, moradia.
GUANAIS <i>et al.</i> , 2018	Brasil Colômbia El Salvador Jamaica, México Panamá	1.500 a 1.506 participantes por país	Testar a associação entre autoavaliação de saúde e os fatores associados.	Regular e ruim	Geral: 8,1% Brasil: 3,4% Colômbia:59,4% El Salvador:55,4% Jamaica:47,6% México: 70,5% Panamá: 60,2%	Idade, sexo feminino, escolaridade e presença de doenças crônicas.

Continuação quadro 2.

<b>Autor/ano</b>	<b>Local</b>	<b>População</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Estratos</b>	<b>Prevalência</b>	<b>Fatores associados</b>
MILDESTVED T <i>et al.</i> , 2018.	Noruega	1.302 indivíduos maiores de 16 anos atendidos na atenção primária à saúde.	Avaliar as associações entre a autoavaliação de saúde dos pacientes e seus problemas de sono, queixas de saúde somática e necessidades não satisfeitas nas relações interpessoais.	Regular ou ruim	26,0%	Idade, sexo feminino, insônia, queixas em saúde e necessidades sociais não atendidas.
OCAMPO <i>et al.</i> , 2013	Cali/ Colômbia	314 idosos maiores de 60 anos	Determinar a prevalência de autoavaliação negativa da saúde e identificar os fatores a ela associados entre idosos residentes em Cali, em 2009.	Regular ou ruim	40,1 %	Diabetes, depressão e síndrome de fragilidade.
OTA <i>et al.</i> , 2018	Japão	2.898 adultos maiores de 20 anos	Avaliar a relação entre fatores socioeconômicos e autoavaliação de saúde em adultos japoneses.	Regular e ruim	Geral: 13,1% Homens: 14,0% Mulheres: 12,0%	Homens: Escolaridade, ocupação e sem companheiro. Mulheres: Escolaridade, baixa renda e piores condições de vida.
PEREZ-FUENTES, 2015	Almeria/ Espanha	1.220 pessoas maiores de 60 anos	Analisar o estado de saúde da população maior de 60 anos e sua associação com a autoavaliação de saúde.	Regular, ruim e muito ruim	58,2%	-

Continuação quadro 2.

<b>Autor/ano</b>	<b>Local</b>	<b>População</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Estratos</b>	<b>Prevalência</b>	<b>Fatores associados</b>
SELVAMANI; SINGH, 2018	Índia	6.372 indivíduos com 60 anos e mais	Examinar as diferenças socioeconômicas e sobrepeso entre indivíduos com 50 anos e mais e sua associação com autoavaliação negativa de saúde, alteração de cognição e qualidade de vida.	Ruim e muito ruim	Baixo peso: 29,6% Sobrepeso e obeso: 37,8%	Sobrepeso e obeso, idade, hipertensão arterial, artrite, insônia, asma e dor nas costas.
WU <i>et al.</i> , 2013	China	16.074 indivíduos de 18 a 80 anos	Avaliar a relação entre autoavaliação de saúde e estado de saúde objetivo na população.	Regular, ruim e muito ruim	42,7% Regular: 13,2% Ruim/ muito ruim: 29,5%	Ruim/muito ruim: Baixo peso, aumento de peso nos últimos 5 anos, baixa escolaridade, menopausa precoce, sem companheiro, renda familiar baixa, sedentarismo, estresse, estresse no trabalho, estado espiritual e baixa qualidade das relações interpessoais.

### 3 JUSTIFICATIVA

No Brasil, a transição epidemiológica vivenciada em decorrência do envelhecimento populacional, ocasionado em parte pelo maior acesso a serviços e tecnologias em saúde, tem resultado em maior interesse da comunidade científica pela avaliação da autopercepção de saúde da população. Estudos de base populacional permitem uma avaliação holística do tema com possibilidade de retratar a atual situação da população, nesse caso de adultos e idosos.

Um destaque deve ser dado aos estudos realizados em amostra representativa de adultos e idosos, fato que permite a avaliação do efeito da idade sobre a percepção em saúde, além de abordar outros pontos relevantes para o entendimento desse tema nesses grupos populacionais.

Pesquisas que exploram o assunto, realizadas em diferentes realidades, contribuem para a elucidação das diferenças existentes em um país com dimensões continentais como o Brasil. Estudar a autoavaliação de saúde na Amazônia é conhecer limitações regionais impostas pelo distanciamento dos grandes centros que resultam em menor acesso à saúde.

Os estudos com dados objetivos e subjetivos das condições de saúde desempenham um papel relevante para o desenvolvimento de políticas de proteção à saúde, porém, não são capazes isoladamente de explicar totalmente as reais condições de saúde da população. Assim, estudo com ambos os dados são capazes de fornecer uma visão multidimensional, necessária na avaliação de saúde.

## 4 OBJETIVOS

### 4.1 OBJETIVO GERAL

Estimar a prevalência de autoavaliação negativa da saúde e fatores a ela associados em maiores de 18 anos, em Rio Branco, Acre, 2014.

### 4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Determinar a prevalência de autopercepção negativa da saúde em adultos e idosos de Rio Branco, Acre, 2014;
- Identificar os fatores associados à autoavaliação negativa da saúde na amostra.

## 5 MATERIAIS E MÉTODO

Essa dissertação utilizou os dados de um estudo transversal de base populacional denominado “Estudo das Doenças Crônicas (EDOC)” composto por duas pesquisas domiciliares realizadas com adultos 18 a 59 anos (EDOC-A) e idosos de 60 anos e mais (EDOC-I), das zonas urbana e rural do município de Rio Branco, Acre.

Foram incluídos no estudo todos os indivíduos que residiam no domicílio sorteado com 18 anos ou mais, tendo como critérios de exclusão estar grávida ou apresentar comprometimentos cognitivos que inviabilizassem a comunicação ou o entendimento das perguntas.

As duas pesquisas usaram plano amostral conglomerado em dois estágios. No primeiro, foram selecionados setores com probabilidade proporcional ao número de domicílios observado no Censo Demográfico de 2010 (CD2010). No segundo estágio foi feita a seleção de domicílios de forma independente para cada pesquisa, usando seleção sistemática com equiprobabilidade.

O tamanho da amostra do EDOC-A foi determinado pressupondo uma prevalência de alteração na função renal de 15% entre adultos (18 a 59 anos), com grau de confiança de 95% e erro absoluto de 3%. A aplicação desses parâmetros conduziu a uma amostra de 543 adultos. O tamanho da amostra do EDOC-I foi calculado usando uma prevalência de alteração na função renal de 40% em idosos, mantendo os demais parâmetros. Os tamanhos das amostras efetivas ficaram com 685 adultos e 1.016 idosos entrevistados. Maiores informações sobre o plano amostral podem ser encontradas no artigo metodológico (AMARAL *et al.*, 2019).

A coleta de dados ocorreu de abril a setembro de 2014. Foram realizadas entrevistas com questionários sobre condições socioeconômicas e demográficas, hábitos de vida e condições de saúde. As entrevistas foram realizadas nos domicílios, ao término era realizado agendamento para a coleta de sangue e urina e realização da avaliação física, dando as orientações para esses procedimentos. Para a coleta das amostras biológicas, sangue e urina, era solicitado jejum de 12 horas.

O estudo matriz atendeu aos dispositivos da Resolução CNS 466/2012 que trata da ética em pesquisas envolvendo seres humanos. Tendo sido aprovado pelo Comitê de

Ética em Pesquisas (CEP) da Universidade Federal do Acre sob o CAAE: 17543013.0.0000.5010. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

O presente trabalho está estruturado em dois artigos: artigo 1 - Autoavaliação negativa e estado objetivo da saúde e da qualidade de vida em adultos de Rio Branco, Acre, Brasil; e artigo 2 - Autoavaliação negativa da saúde, sintomas depressivos e funcionalidade em idosos de Rio Branco, Acre, Brasil. A metodologia de cada um está descrita nos referidos artigos apresentados a seguir.



## 6 RESULTADOS

### 6.1 ARTIGO 1

#### **Autoavaliação negativa da saúde associada ao estado objetivo da saúde e à qualidade de vida em adultos de Rio Branco, Acre, Brasil**

##### **Resumo**

A autoavaliação da saúde é considerada um indicador válido e importante para determinar o estado de saúde dos indivíduos, podendo ser obtida por diferentes instrumentos amplamente utilizados em inquéritos de saúde. O objetivo do presente estudo é estimar a prevalência de autoavaliação negativa da saúde e os fatores a ela associados em adultos participantes do Estudo das Doenças Crônicas (EDOC) de Rio Branco, Acre, no ano de 2014. Para tanto, foram utilizados os dados do referido inquérito de base populacional dos adultos de 18 a 59 anos (EDOC-A), das zonas urbana e rural do município de Rio Branco, Acre. A autoavaliação negativa da saúde foi definida pelas respostas “ruim” e “muito ruim”. Os possíveis fatores a ela associados foram verificados por regressão logística múltipla. A prevalência de autoavaliação negativa da saúde foi de 12,1%, estando associada com a idade (OR: 3,18; IC95%:2,02 – 5,02), estresse (OR: 1,87; IC95%:1,04 – 3,38), uso de medicamentos (OR: 2,23; IC95%:1,19-4,20) e autorrelato de insônia (OR: 2,33; IC95%:1,20 – 4,53) ou depressão (OR: 2,03; IC95%:1,02 – 4,04), mesmo após ajustes. A lipoproteína de baixa densidade, dentre os parâmetros laboratoriais, também esteve associada (OR: 2,85; IC95%:1,24-6,54). Na análise da qualidade de vida, indivíduos que autoavaliaram negativamente a saúde tiveram maior chance de pertencer ao tercil inferior dos domínios físico e psicológico, controlando por possíveis variáveis confundidoras. Conclusão: Assim, a autoavaliação de saúde refletiu as condições físicas e psicológicas, sendo uma medida do estado global de saúde do indivíduo.

**Descritores:** Saúde do Adulto. Autoavaliação. Inquéritos de Saúde.

## Introdução

A autoavaliação da saúde tem sido estudada em diferentes populações ao redor do mundo, tendo alguns sinônimos como: autopercepção em saúde, condição de saúde autorreferida, estado subjetivo de saúde ou estado de saúde autoavaliado (FRANKS; GOLD; FISCELLA, 2003; DACHS *et al.*, 2006; MOLARIUS *et al.*, 2006; VUORISALMI *et al.*, 2005). Trata-se de um conceito multidimensional que resulta da união de fatores biológicos, sociais e psicológicos, contemplando a percepção que os indivíduos possuem de sua própria saúde, ou seja, uma concepção individual e subjetiva (VINGILIS *et al.*, 2002). Portanto, é o resultado da avaliação que cada pessoa faz sobre sua saúde física e emocional, sua cognição, sua funcionalidade, seu comportamento social, e como essas condições influenciam seu bem-estar geral e sua satisfação com a vida (MANDERBACKA *et al.*, 1999; JYLHÄ, 2009; VÁSQUEZ *et al.*, 2017).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda a autoavaliação da saúde como uma medida a ser incorporada regularmente em inquéritos de saúde (DE BRUIN *et al.*, 1996). A autoavaliação é considerada para medição da qualidade de vida, presença de morbidades e como preditor de mortalidade (ALVES, 1993).

A prevalência da autoavaliação negativa em saúde depende da população que está sendo estudada e da classificação adotada. Para estudos que consideraram as categorias ruim e muito ruim as prevalências variaram de 4,3% no Brasil (CARVALHO *et al.*, 2015) a 29,5% na China (WU *et al.*, 2013). Dados do Vigitel de 2006 apontaram uma autoavaliação ruim e muito ruim de 5,4% (BARROS *et al.*, 2009) e no PNAD em 2013, a prevalência Nacional foi de 5,9% (ANDRADE; MEHTA, 2018).

Os fatores considerados pelos indivíduos para classificar seu estado de saúde incluem diferentes aspectos, dentre eles os indicadores sociodemográficos, os hábitos de vida, as condições de saúde e a qualidade de vida (SANTOS, COUTO, BASTONE, 2018; MEIRELES *et al.*, 2015; ARNE *et al.*, 2011).

Pesquisas que exploram a temática, realizadas em diversas realidades, contribuem para a elucidação das diferenças existentes em um país com dimensões continentais como o Brasil. Estudar a autoavaliação de saúde na Amazônia possibilita conhecer limitações regionais impostas pelo distanciamento dos grandes centros que

resultam em menor acesso à saúde. Vale mencionar, ainda, a importância de estudos com dados objetivos e subjetivos das condições de saúde, pois consideram os aspectos biológico e psicossocial do indivíduo. Assim, o objetivo do presente estudo é estimar a prevalência de autoavaliação negativa da saúde e verificar os fatores a ela associados em adultos de Rio Branco, Acre.

## **Materiais e método**

Trata-se de um estudo transversal de base populacional, realizado com dados do Estudo das Doenças Crônicas (EDOC). A pesquisa matriz baseia-se em duas pesquisas domiciliares, sendo utilizada neste estudo a realizada com adultos de 18 a 59 anos (EDOC-A), residentes nas zonas urbana e rural do município de Rio Branco, Acre (AMARAL *et al.*, 2019).

Foram incluídos no estudo todos os indivíduos que residiam no domicílio, tendo como critérios de exclusão estar grávida ou apresentar comprometimentos cognitivos que inviabilizassem a comunicação ou o entendimento das perguntas. A pesquisa utilizou plano amostral por conglomerado em dois estágios. No primeiro, foram selecionados setores com probabilidade proporcional ao número de domicílios observado no CD2010. No segundo estágio foi feita a seleção de domicílios. O tamanho da amostra do EDOC-A foi determinado pressupondo uma prevalência de alteração na função renal de 15% entre adultos (18 a 59 anos), com grau de confiança de 95% e erro absoluto de 3%. Maiores informações sobre o plano amostral podem ser encontradas no artigo metodológico (AMARAL *et al.*, 2019).

A coleta de dados ocorreu de abril a setembro de 2014. Foram realizadas entrevistas com questionários sobre condições socioeconômicas e demográficas, hábitos de vida e condições de saúde. As entrevistas foram realizadas nos domicílios e ao seu término era realizado agendamento para a coleta de sangue e realização da avaliação física, dando as orientações para esses procedimentos. Para a coleta das amostras biológicas era solicitado jejum de 12 horas. Mensurações antropométricas centraram-se em medidas de estatura, massa e perímetros corporais.

As amostras de sangue foram obtidas por meio da coleta de sangue periférico, com antisepsia prévia da fossa antecubital dos participantes. O soro extraído foi acondicionado para dosagem bioquímica de triglicérides, colesterol total e frações (HDL - lipoproteína de alta densidade e LDL - lipoproteína de baixa densidade). O colesterol total foi dosado pelo método enzimático colorimétrico COD/PAD, da mesma forma que as frações (HDL, LDL e VLDL) e os triglicérides GPO/PAP (Labtest diagnóstica). A creatinina sérica foi dosada pelo método enzimático rastreável de espectrometria de massa de diluição com isótopos IDMS em um analisador automático (Labmax 240 Premium).

Para a análise da glicemia sérica foi utilizada amostra de 04 ml de sangue acondicionada em tubo a vácuo contendo 2mg/ml de fluoreto de sódio centrifugados antes das análises. A glicemia sérica foi dosada por meio método glicose oxidase (Labtest Diagnostica).

A presença de hipertensão arterial foi definida como pressão arterial diastólica (PAD)  $\geq 90$  mmHg e/ou pressão arterial sistólica (PAS)  $\geq 140$  mmHg e/ou uso atual de medicação anti-hipertensiva (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010). O diabetes mellitus, usou os critérios da American Diabetes Association (ADA) como sendo glicose no plasma em jejum  $\geq 126$  mg/dl, bem como a utilização de hipoglicemiante oral ou de insulina (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2014).

Para efeito de diagnóstico de Síndrome Metabólica, os dados foram interpretados segundo a Diretriz Brasileira de Diagnóstico e Tratamento da Síndrome Metabólica, que adotou a íntegra do estabelecido pelo *National Cholesterol Education Program's Adult Treatment Panel III*, cujos critérios requerem o achado de três ou mais dos seguintes componentes: i) diâmetro de cintura  $> 102$  cm para homens e  $> 88$  cm para mulheres; ii) triglicérides  $\geq 150$  mg/dL; iii) HDL-colesterol  $< 40$  mg/dL para homens e  $< 50$  mg/dL para mulheres; iv) PAS  $\geq 130$  mmHg, PAD  $\geq 85$  mmHg, ou uso de antihipertensivo; v) glicemia de jejum  $\geq 110$  mg/dL ou uso de hipoglicemiante (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2005).

A variável dependente da presente investigação foi obtida pelas respostas à pergunta “Em geral, diria que sua saúde é: muito boa, boa, regular, ruim ou muito ruim?”.

Para análise da autoavaliação negativa da saúde, utilizada como desfecho, foram considerados os estratos “ruim” e “muito ruim”.

As variáveis independentes incluíram variáveis sociodemográficas, de hábitos de vida, de condições de saúde autopercebidas e avaliadas. A qualidade de vida foi obtida por meio do Questionário de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (OMS), versão abreviada WHOQOL-Bref (The World Health Organization Quality of Life Assesment) (FLECK *et al.*, 2000). Os escores dos domínios físico, psicológico, social e ambiental da qualidade de vida e a qualidade de vida total foram analisados em tercís.

A amostragem complexa adotada na pesquisa implica na necessidade de utilizar a estimação da variância entre as médias obtidas por unidades primárias de amostragem dentro de cada estágio. As análises dos dados utilizaram as rotinas do Complex samples do programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 20.0, para Windows.

Os dados foram analisados de forma descritiva e exploratória para avaliar a distribuição e caracterizar a população estudada. As variáveis qualitativas foram descritas mediante números absolutos e proporções e as variáveis quantitativas por meio da média e desvio padrão. Para análise das diferenças entre as variáveis categóricas foram empregados o teste de qui-quadrado de Pearson e para as variáveis contínuas o teste t de Student.

A análise bivariada foi realizada com objetivo de explorar a associação das diferentes variáveis e o objeto de estudo. Modelos de regressão logística estimaram a magnitude de associação, em *odds ratio* (OR), entre a variável dependente, autoavaliação negativa da saúde, e as variáveis independentes. Na qualidade de vida, o tercil superior foi utilizado como referência, sendo o indicativo de melhor qualidade de vida.

Na análise múltipla foram selecionadas para inclusão aquelas variáveis que apresentaram valor de p menor que 0,20 na análise bruta, sendo avaliada a magnitude das variáveis ajustadas pelas demais variáveis significativas. Utilizou-se o modelo hierárquico, no qual no primeiro nível entraram as variáveis demográficas e socioeconômicas, no segundo os hábitos de vida e condições de saúde; e no terceiro as morbidades e fatores relacionados às doenças. As variáveis significativas em uma etapa

permaneciam no modelo nas etapas seguintes. O nível de significância considerado foi de  $\alpha = 0,05$ . Todas as análises levaram em conta o efeito do desenho amostral e os pesos calibrados das observações, sendo os resultados das observações demonstrados por 'n' e os resultados considerando os pesos calibrados para extrapolação para a população pelo 'n expandido (N)'.

O estudo matriz atendeu aos dispositivos da Resolução CNS 466/2012 que trata da ética em pesquisas envolvendo seres humanos e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisas (CEP) da Universidade Federal do Acre sob o CAAE: 17543013.0.0000.5010.

## **Resultados**

A prevalência de autoavaliação negativa foi de 12,1%. Nas demais categorias avaliadas a prevalência de autorrelato da saúde como regular foi de 45,0% e a prevalência de autoavaliação positiva (muito boa e boa) foi de 42,9% entre os 685 adultos que participaram da presente pesquisa. As maiores prevalências em relação com a autoavaliação negativa, foram observadas nos indivíduos com 40 a 59 anos e com relato anterior ou atual de tabagismo ( $p < 0,005$ ). A escolaridade foi limítrofe na análise de diferenças entre grupos (Tabela 1).

A prevalência negativa também foi significativamente maior ( $p < 0,005$ ) naqueles que utilizam medicamentos, nos obesos, nos que sempre ou quase sempre se sentem estressados, naqueles classificados com obesidade central segundo medida da circunferência da cintura (CC), nos hipertensos, naqueles que autorreferiram insônia ou depressão, nos com problemas cardíacos ou portadores da síndrome metabólica (Tabela 2).

Os domínios físico, psicológico e ambiental da qualidade de vida apresentaram menores médias entre os indivíduos com autoavaliação negativa de saúde quando comparados aos com autoavaliação positiva ( $p < 0,001$ ), não tendo diferença estatisticamente significativa, para o domínio ambiental (Tabela 2).

Na análise multivariada ajustada por nível hierárquico, mantiveram a significância estatística a idade, no nível distal, e o estresse, no nível intermediário ( $p < 0,05$ ). No

modelo 03 (modelo proximal) foram significativas o uso de medicação e a presença de insônia e depressão (Tabela 3).

Na avaliação dos parâmetros laboratoriais objetivos, obtidos por meio de exames laboratoriais, houve diferença de médias entre os que autoavaliaram sua saúde negativamente para o colesterol total e fração do colesterol LDL. Na análise por controle de variáveis potencialmente confundidoras, os indivíduos com LDL maior ou igual a 160mg/dl tiveram quase três vezes maior chance de autoavaliarem sua saúde como negativa (Tabela 4).

A autoavaliação negativa de saúde esteve associada aos menores escores dos domínios físico e psicológico da qualidade de vida. Após ajuste por variáveis independentes distais, intermediárias e proximais, acrescida a variável sexo, as magnitudes das associações foram 8 vezes maior a chance de pertencer aos tercís inferiores da qualidade de vida no domínio físico e 7 vezes maior no domínio psicológico, dado que o indivíduo autoavalia negativamente sua saúde (Tabela 5).

## **Discussão**

A prevalência de autoavaliação negativa da saúde, composta pelos estratos ruim e muito ruim, foi alta entre os adultos (12,1%), estando associada com a idade (40 a 59 anos), o estresse, o uso de medicamentos e o autorrelato de insônia ou depressão, mesmo após ajustes. Na análise da qualidade de vida, indivíduos que autoavaliaram negativamente a saúde tiveram maior chance de pertencer ao tercil inferior dos domínios físico e psicológico, controlando por possíveis variáveis confundidoras.

Na comparação com estudos nacionais, a prevalência de autoavaliação negativa da saúde foi muito superior no presente estudo, visto que dados do PNAD de 2013 apontaram uma prevalência de 5,9% na população brasileira, com base em indivíduos de 18 anos e mais residentes nos 27 estados do Brasil e no Distrito Federal (ANDRADE; MEHTA, 2018). Também em estudo anterior, com 54.213 pessoas com idade  $\geq 18$  anos, segundo dados do VIGITEL obtidos nas capitais brasileiras e Distrito Federal, em 2006, a prevalência no país foi de 5,4% e em Rio Branco de 6,8% (BARROS *et al.*, 2009).

Manteve-se elevada a prevalência mesmo em comparação com estudos por regiões, como observado na comparação com dados de 13.894 pessoas residentes nas capitais da Região Nordeste (Aracaju, Fortaleza, João Pessoa, Maceió, Natal, Recife, Salvador, São Luís e Teresina), em 2011, que obteve uma prevalência de 4,6% nos homens e de 8,1% nas mulheres (CARVALHO *et al.*, 2015). Na cidade de Maringá, Paraná, a prevalência entre indivíduos de 20 a 59 anos, entre 2010 e 2011, foi de 8,7% (ARRUDA *et al.*, 2015); em Joaçaba, Santa Catarina, em pessoas na mesma faixa etária, a prevalência foi de 3,9% (TRAEBERT *et al.*, 2011), valores bem menores que a encontrada no presente estudo.

Os valores de prevalência flutuam entre os estudos em virtude da população e local, também pela classificação adotada como autoavaliação negativa da saúde, visto que alguns autores incluem a categoria intermediária (regular). O presente estudo não incluiu a categoria intermediária por acreditar que a autoavaliação negativa da saúde compreende as afirmativas que demonstram claramente a opção dos indivíduos em relatar sua saúde como ruim ou muito ruim, com respaldo de outras pesquisas. Em estudo realizado em Maringá, Paraná, na análise das associações nos diferentes estratos, a categoria regular diferiu totalmente da ruim, visto que, a regular se associou somente a hipertensão arterial enquanto a ruim não se associou a essa morbidade mas a insuficiência cardíaca, ao acidente vascular cerebral e ao infarto agudo do miocárdio (ARRUDA *et al.*, 2015). Outro estudo também apontou problemas na dicotomização da autoavaliação de saúde com inclusão do estrato regular na avaliação negativa (HAYS *et al.*, 2015). Vale notar que alguns trabalhos que analisam os fatores associados a autoavaliação positiva da saúde não incluem o estrato regular ou o avaliam separadamente (LIU *et al.*, 2017; Wu *et al.*, 2013; CONFORTIN *et al.*, 2015).

A autoavaliação negativa da saúde esteve associada com a idade no presente estudo. O progredir da idade resulta em maior efeito sobre a saúde física e mental, visto que a maioria das doenças e as limitações aparecem com o avançar da idade. Um estudo de coorte realizado na Albânia, por três anos consecutivos, apontou a idade como fator importante para a autoavaliação de saúde ruim, independente do sexo (VAILLANT; WOLFF, 2012). Em estudo realizado em Maringá, Paraná, a chance de autoavaliação



negativa da saúde aumentou em quase 8 vezes nos indivíduos na faixa etária de 50 a 59 anos comparado com os indivíduos das outras faixas etárias (ARRUDA *et al.*, 2015).

Um destaque no presente estudo é o efeito das condições psíquicas na autoavaliação de saúde, revelada pela associação com estresse, insônia, depressão e no domínio psicológico da qualidade de vida. Nos dias atuais, a sociedade tem sofrido de forma com os problemas psíquicos, explicado em parte, pelas pressões relacionadas à vida ativa (HÄMMIG; BAUER, 2014).

O estresse nos dias atuais tem assumido condição de morbidade (SADIR *et al.*, 2010). Em estudo conduzido na China, a autoavaliação negativa da saúde foi quase sete vezes maior nos indivíduos com alto nível de estresse (WU *et al.*, 2013), mais elevado que o obtido nesse estudo no modelo intermediário. Um estudo de revisão sobre os efeitos do estresse na saúde aponta para uma distinção entre o estresse de curto prazo, importante para melhora das respostas imunoprotetoras, e o estresse crônico que atua suprimindo as respostas imunes protetoras e/ou exacerbando as respostas imunes patológicas, o que resulta em aumento de doenças como o câncer (DHABHAR, 2014). Assim, o estresse tem efeito direto na saúde, como no aumento do fibrinogênio (STEPTOE *et al.*, 2003), e também indireto, sobre os comportamentos em saúde (BIDULESCU *et al.*, 2010).

Além do estresse, o sono inadequado está associado à ocorrência de morbidades e à autoavaliação negativa da saúde (PAINÉ *et al.*, 2019), corroborando o observado no presente estudo. Em estudo conduzido com 377.160 pessoas com 18 anos e mais, representativo da população dos Estados Unidos da América (EUA), houve associação positiva entre categorias crescentes de sono insuficiente e autoavaliação negativa da saúde, controlado por variáveis potencialmente confundidoras (GEIGER *et al.*, 2012). A Pesquisa Nacional de Saúde realizada no Brasil, em 2013, com 60.202 adultos ( $\geq 18$  anos), obteve uma prevalência de distúrbio de sono de 14,9% e este esteve associado com a presença de morbidades mesmo após ajuste (WENDT *et al.*, 2019). A insônia com curta duração do sono está associada com hiperexcitação fisiológica, morbidades cardiometabólicas, comprometimento neurocognitivo e dificuldade de tratamento, constituindo uma prioridade o tratamento dessa condição devido seu efeito nocivo à saúde (FERNANDEZ-MENDOZA *et al.*, 2013). Outro ponto importante do efeito da

insônia é o impacto sobre a saúde psicológica, como apontado em estudo caso-controle com 1.741 indivíduos ( $\geq 20$  anos), que relatou associação com depressão, fadiga, ansiedade e autoavaliação negativa da saúde com insônia (FERNANDEZ-MENDOZA *et al.*, 2011).

A depressão responde por 4,3% da carga mundial de morbidade e se encontra entre as principais causas de incapacidade (11,0% do total mundial de anos vividos com incapacidade) (WHO, 2013). Entre 2013 e 2016, 8,1% dos adultos americanos ( $\geq 20$  anos) tiveram depressão (BRODY *et al.*, 2018). No Brasil, um estudo detectou uma prevalência de 9,7% entre os adultos de depressão (BARROS *et al.*, 2017). No presente estudo houve associação entre depressão e autoavaliação negativa da saúde, fato corroborado por outro estudo (JOO *et al.*, 2016), embora, essa associação não seja unânime (ONADJA *et al.*, 2013; UCHINO *et al.*, 2019).

Evidências sugerem que a depressão pode estimular diretamente a produção de citocinas pró-inflamatórias (YOUNG *et al.*, 2014) com efeito bidirecional sobre as doenças cardiovasculares e metabólicas (HALARIS, 2013; MOULTON *et al.*, 2015). Além disso, a depressão pode desregular a resposta imune celular alimentando a produção sustentada de citocinas pró-inflamatórias (KIECOLT-GLASER *et al.*, 2002).

O componente físico parecia influenciar mais a autoavaliação do que o componente mental (RATNER *et al.*, 1998). No entanto, a depender da idade, aspectos psicossociais refletem de forma equivalente aos acometimentos físicos sobre a autoavaliação negativa da saúde (BOARDMAN, 2006; ZULLIG *et al.*, 2005; PAGE, SUWANTEERANGKUL, 2009; MEIRELES *et al.*, 2015). Fato corroborado no presente estudo, visto que as condições psicológicas obtiveram associação com autoavaliação negativa da saúde, assim como os aspectos relacionados aos componentes objetivos de saúde como a utilização de medicamentos e alteração no colesterol lipoproteína de baixa densidade (LDL-C).

A presença de morbidades culmina com a necessidade de utilização de medicamentos, fator esse associado à autoavaliação negativa de saúde no presente estudo. Em pesquisas conduzidas na Austrália, no ano de 1997 com 10.641 pessoas e em 2007 com 8.841 entrevistados ( $\geq 18$  anos), o uso de medicamentos foi 3 vezes maior entre os indivíduos que autoavaliaram negativamente sua saúde quando comparado aos

que avaliaram de forma positiva (MEWTOM *et al.*, 2013). Também em estudo realizado na Itália, com 20.814 pessoas em 2015, houve associação entre uso de medicamentos e autoavaliação negativa da saúde (CISLAGHI *et al.*, 2019). A presente associação desvela o poder preditor da autoavaliação negativa da saúde, visto que o uso de medicamentos resulta da piora das condições de saúde. Também deve-se salientar a influência dos medicamentos sobre a percepção da saúde devido as reações adversas (EGUALE *et al.*, 2016).

Dentre os biomarcadores, o LDL-c esteve associado à autoavaliação negativa em saúde nesse estudo, porém não sendo uma condição encontrada em todos os estudos (LIU *et al.*, 2017; SAUDNY *et al.*, 2012). Uma pesquisa conduzida na Noruega, com 18.770 indivíduos entre 2000 e 2001, apontou o colesterol de lipoproteína de alta densidade (HDL-c) como associado positivamente à autoavaliação positiva de saúde (TOMTEN *et al.*, 2007), refletindo a mesma ideia da presente pesquisa, porém olhando os complementos de ambos. O LDL-c atua na ocorrência da doença cardiovascular aterosclerótica, visto que esse é o principal transportador de colesterol na circulação para os tecidos periféricos, sendo um importante alvo terapêutico para reduzir os riscos de doenças cardiovasculares (UPADHYAY *et al.*, 2015).

No presente estudo, os aspectos físicos e psicológicos da qualidade de vida impactaram sobremaneira na autoavaliação de saúde, estando oito vezes maior no primeiro e sete vezes maior no segundo aspecto, respectivamente, a chance de o indivíduo avaliar negativamente sua saúde. Em estudo internacional realizado na Suécia, entre os anos 2004 a 2008, com 1.475 indivíduos de 40 a 84 anos, houve associação entre a qualidade de vida e a autoavaliação negativa em saúde (ARNE *et al.*, 2011). Em estudo conduzido em Minas Gerais, Brasil, com 1.129 participantes, adultos e idosos, houve associação entre avaliação negativa da saúde e avaliação negativa da qualidade de vida (VASCONCELLOS, 2017).

Os resultados aqui apresentados e discutidos devem ser interpretados dentro do contexto das suas limitações. O tipo de estudo não permitiu a avaliação de causalidade entre as variáveis independentes e a autoavaliação negativa da saúde. Além disso, algumas informações sobre morbidades, tais como insônia e depressão, foram consideradas segundo o autorrelato. No entanto, para a maioria das morbidades foram

consideradas as medições clínicas e laboratoriais. Outro ponto a ser abordado refere-se ao potencial efeito da causalidade reversa observada em variáveis comportamentais e psicossociais, assim, os resultados devem ser analisados com cautela. Também se ressalta a possível ocorrência do viés de sobrevivência seletiva comum em estudos transversais, devido à sobrevivência dos indivíduos saudáveis por mais tempo, enquanto aqueles com piores condições de saúde morrem antes, fato que pode subestimar os resultados aqui apresentados.

Como pontos fortes deste estudo cita-se a utilização de uma amostra representativa da população de adultos de 18 a 59 anos de Rio Branco e a medição de parâmetros clínicos e laboratoriais importantes para avaliação da saúde objetiva. Além disso, o presente estudo avaliou a associação entre autoavaliação negativa da saúde e os domínios da qualidade de vida, evidenciando a influência das condições físicas e psicológicas sobre a saúde da população.

## **Conclusão**

A prevalência de autoavaliação negativa da saúde foi de 12,1% entre os adultos de Rio Branco, estando associada com a idade, o estresse, o uso de medicamentos e o autorrelato de insônia ou depressão. Os indivíduos que autoavaliaram negativamente a saúde tiveram maior chance de pertencer ao tercil inferior dos domínios físico e psicológico da qualidade de vida.

Assim, os resultados apontaram que a autoavaliação de saúde refletiu não somente as condições físicas, mas também psicológicas, sendo, portanto, uma medida do estado global de saúde do indivíduo, representando de maneira abrangente o estado de saúde individual. A maioria dos fatores apontados nesse estudo podem ser alterados com a melhora da saúde da população, mediante o tratamento efetivo das morbidades, adoção de comportamentos saudáveis e melhora do bem-estar mental, resultando impacto positivo na qualidade de vida da população. Estudos que avaliam as condições subjetivas e objetivas da saúde devem ser incentivados em todo o país, especialmente em locais distantes como na Amazônia.

## Referências

- ALVES, L.C.; RODRIGUES, R.N. Determinantes da autopercepção de saúde entre idosos do Município de São Paulo, Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Minas Gerais, v.17, n (5/6), p. 333-341, 2005.
- ALVES, P.C. A Experiência da Enfermidade: Considerações Teóricas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 263-271, 1993.
- AMARAL, T.L.M.; AMARAL C.A.; PORTELA M.C.; MONTEIRO G.T.R.; VASCONCELLOS M.T.L. Estudo das Doenças Crônicas (Edoc): aspectos metodológicos. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 53, n. 8, 2019.
- ANDRADE, F.C.D.; MEHTA, J. Deepak Increasing educational inequalities in self-rated health in Brazil, 1998-2013. **Plos One**, v. 13, n. 4, 2018.
- ARNE, M.; LUNDIN F.; BOMAN G.; JANSON C.; JANSON S. EMTNER M. Factors associated with good self-rated health and quality of life in subjects with self-reported COPD. **International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease**, n. 6, p. 511-551, 2011.
- ARRUDA, G.O.; SANTOS, A.L.; TESTON, E.F.; CECILIO, H.P.M.; RADOVANOVIC, C.A.T.; MARCON, S.S. Association between self-reported health and sociodemographic characteristics with cardiovascular diseases in adults. **Revista da escola de enfermagem da USP**, São Paulo, v. 49, n. 1, p. 61-68, 2015.
- BARROS, M.B.A.; LIMA, M.G.; AZEVEDO, R.C.S.; MEDINA, L.B.P.; LOPES, C.S.; MENEZES, P.R. *et al.* Depressão e comportamentos de saúde em adultos brasileiros – PNS 2013. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, supl. 1, 8 s, 2017.
- BARROS, M.B.A.; ZANCHETTA, L.M.; MOURA E.C.; MALTA D.C. Auto-avaliação da saúde e fatores associados, Brasil, 2006. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, supl. 2, p. 27-37, 2009.
- BIDULESCU, A.; DIN-DZIETHAM, R.; COVERSON, D.L.; CHEN, Z.; MENG, Y.X.; BUXBAUM, S.G. *et al.* Interaction of sleep quality and psychosocial stress on obesity in African Americans: the Cardiovascular Health Epidemiology Study (CHES). **BMC Public Health**, v.10, n. 581, 2010.
- BOARDMAN, J. D. Self-rated health among U.S. adolescents. **Journal of Adolescent Health**, v.38, n. 4, p. 401- 448, 2006.

BRODY D.J.; PRATT L.A.; HUGHES J. Prevalence of depression among adults aged 20 and over: United States, 2013–2016. **NCHS Data Brief**, n. 303, 2018.

CARVALHO, A.T.; MALTA, D.C.; BARROS, M.B.A.; OLIVEIRA, P.N.F.P.; MENDONÇA, D.M.M.V.; BARROS, H. Desigualdades na autoavaliação de saúde: uma análise para populações do Brasil e de Portugal. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 11, p. 2449-2461, 2015.

CHONDROS P.; DAVIDSON, S.; WOLFE R.; GILCHRIST, G.; DOWRICK, C.; GRIFFITHS, F. *et al.* Development of a prognostic model for predicting depression severity in adult primary patients with depressive symptoms using the diamond longitudinal study. *Journal of Affective Disorders*, v.227, p. 854-60, 2018.

CISLAGHI, B.; CISLAGHI, C. Self-rated health as a valid indicator for health-equity analyses: evidence from the Italian health interview survey. **BMC Public Health**, v.19, n. 1, 2019.

COLLEY, CHRISTIDIS T.; MICHAUD I.; TJEPKEMA M.; ROSS N.A. An examination of the associations between walkable neighbourhoods and obesity and self-rated health in Canadians. **Health Reports**, v. 30, n. 9, p. 14-24, 2019.

CONFORTIN, S.C.; GIEHL M.W.C.; ANTES D.L.; SCHNEIDER I.J.C.; ORSI, E. Positive self-rated health in the elderly: a population-based study in the South of Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 5, p. 1049-1060, 2015.

DACHS, J. N. W.; SANTOS, A.P.R. Auto-avaliação do estado de saúde no Brasil: análise dos dados da PNAD/2003. **Ciência & Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 887-894, 2006.

DE BRUIN, A.; PICAVET, H.S.J.; NOSSIKOV, A. Health interview surveys. **Towards international harmonization of methods and instruments**. Geneve: WHO, Regional Publications European Series No 58; 1996.

DHABHAR, F. S. Effects of stress on immune function: the good, the bad, and the beautiful. **Immunologic Research**, v. 58, n. 2-3, p. 193-210, 2014.

EGUALE, T.; BUCKERIDGE, D.L.; VERMA, A.; WINSLADE, N.E.; BENEDETTI, A.; HANLEY, J.A. *et al.* Association of Off-label Drug Use and Adverse Drug Events in an Adult Population. **JAMA Internal Medicine**, v. 176, n. 1, p. 55-63, 2016.

FERNANDEZ-MENDOZA, J.; CALHOUN, S.L.; BIXLER, E.O.; KARATARAKI, M.; LIAO, D.; VELA-BUENO, A. *et al.* Sleep misperception and chronic insomnia in the general population: role of objective sleep duration and psychological profiles. **Psychosomatic Medicine**, v. 73, n. 1, p. 88-97, 2011.

FERNANDEZ-MENDOZA, J.; VGONTZAS A.N. Insomnia and its impact on physical and mental health. **Current Psychiatry Reports**, v. 15, n. 12, p. 418, 2013.

FLECK, M.P.; LOUZADA, S.; XAVIER, M.; CHACHAMOVICH, E.; VIEIRA, G.; SANTOS, L. *et al.* Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". **Rev Saude Publica**. Vol. 34, n.2, p.178-83, 2000.

FRANKS, P.; GOLD, M. R.; FISCELLA, K. Sociodemographics, self-rated health and mortality in US. **Social Science & Medicine**, v. 56, n. 12, p. 2505-2514, 2003.

GEIGER, S.D.; SABANAYAGAM, C.; SHANKAR, A. The relationship between insufficient sleep and self-rated health in a nationally representative sample. **Journal of Environmental and Public Health**, v. 2012, n. 518263, p. 1-8, 2012.

HALARIS, A. Inflammation, Heart Disease, and Depression. **Current psychiatry reports**, v. 15, n. 10, p. 400, Oct 2013.

HÄMMIG, O.; BAUER G.F. Work, work-life conflict and health in an industrial work environment. **Occupational Medicine**, London, v. 64, n. 1, p. 34-38, 2014.

HAYS, R.D.; SPRITZER, K.L.; THOMPSON W.W.; CELLA D. U.S. General Population Estimate for "Excellent" to "Poor" Self-Rated Health. **Journal of General Internal Medicine**, v. 30, n. 10, p. 1511-1516, 2015.

JOO, Y.; ROH, S. Risk factors associated with depression and suicidal ideation in a rural population. **Environ Health Toxicology** , v. 31, 2016.

JYLHA, M. What is self-rated health and why does it predict mortality? Towards a unified conceptual model. **Social Science & Medicine**, v. 69, n.3, p. 307-316, 2009.

KIECOLT-GLASER, J.; GLASER. R. Depression and immune function: Central pathways to morbidity and mortality. **Journal of Psychosomatic Research**, v. 53, n. 4, p. 873-876, 2002.

LIU, F.; ZHANG, C.; LIANG, Y.; DENG, Q.; HANG, D.; PAN, Y. *et al.* Epidemiology of self-rated health in rural China: a population-based cross-sectional study. **Scientific Reports**, v. 7, n. 4459, 2017.

MANDERBACKA, K.; LUNDBERG, O.; MARTIKAINEN, P. Do risk factors and health behaviours contribute to self-ratings of health? **Social Science & Medicine**, v. 48, n. 12, p. 1713-1720, 1999.

MEIRELES, A.L.; XAVIER C.C.; ANDRADE A.C.S.; FRICHE A.A.L.; PROIETTI F.A.; CAIAFFA W.T. Self-rated health in urban adults, perceptions of the physical and social

environment, and reported comorbidities: The BH Health Study. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, supl. 1, p. 120-135, 2015.

MELDRUM, D.R.; MORRIS, M. A.; GAMBONE, J.C. Obesity pandemic: causes, consequences, and solutions-but do we have the will?. **Fertil Steril.**, v. 107, n. 4, p. 833-839, 2017.

MEWTON, L.; ANDREWS, G. Poor self-rated health and its associations with somatisation in two Australian national surveys. **BMJ Open**, v. 3, n. 6, 2013

MOLARIUS, A.; BERGLUND, K.; ERIKSSON, C.; LAMBE, M.; NORDSTROM, E.; ERIKSSON, H.G. *et al.* Socioeconomic conditions, lifestyle factors, and self-rated health among men and women in Sweden. **European Journal of Public Health**, v. 17, n. 2, p. 125-133, 2007.

MOULTON, C.; PICKUB, J.; ISMAIL, K. The link between depression and diabetes: the search for shared mechanisms. **Lancet Diabetes Endocrinology**, v.3, n. 6, p. 461-471, 2013,

OLIVEIRA, A.A.A.; RESSTEL, C.C.F.P.; JUSTO, J.S.D. Psíquico Na Contemporaneidade. **Revista de Psicologia da UNESP**, v. 13, n. 1, p. 21-32, 2014.

ONADIA, Y.; BIGNAMI, S.; CLÉMENTINE, R.; ZUNZUNEGUI, M.V. The components of self-rated health among adults in Ouagadougou, Burkina Faso. **Population Health Metrics.**, v. 11, n. 15, 2013.

PAGE, R. M.; SUWANTEERANGKUL, J. Self-rated health, psychosocial functioning, and health related behavior among Thai adolescents. **Pediatrics International**, v. 51, n. 1, p. 120-125, 2009.

PAINE, S.J.; HARRIS, R.; CORMACK, D.; STANLEY, J. Self-reported sleep complaints are associated with adverse health outcomes: cross-sectional analysis of the 2002/03 New Zealand Health Survey. **Ethnicity & Health**, v. 24, n. 1, p. 44-56, 2019.

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

PERES, M.A.; MASIERO, A.V.; LONGO, G.Z.; ROCHA, G.C.; MATOS, I.B.; NAJNIE, K. *et al.* Self-rated health among adults in Southern Brazil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 5, p. 901-911, 2010.



RATNER, P. A.; JOHNSON, J. L.; JEFFERY, B. Examining emotional physical, social and spiritual health as determinants of self-rated health status. **American Journal of Health Promotion**, v. 12, n. 4, p. 275-282, 1998.

SADIR, M.A.; BIGNOTTO, M.M.; LIPP, M.E.N. Stress e qualidade de vida: influência de algumas variáveis pessoais. **Paidéia (Ribeirão Preto)**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 45, p. 73-81, 2010.

SANTOS, E.C.; COUTO, B.M.; BASTONE, A.C. Fatores associados à autoavaliação negativa da saúde em idosos cadastrados nas Unidades Básicas de Saúde. **ABCS Health Sciences**, v. 43, n. 1, p. 47-54, 2018.

SAUDNY, H.; CAO, Z.; EGELAND, G. Poor self-reported health and its association with biomarkers among Canadian Inuit. **International Journal of Circumpolar Health**, n. 71, 2012.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. VI Diretrizes brasileiras de hipertensão. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 95, n. 1, p. 1-51, 2010.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes: 2013-2014. Organizadores: José Egidio Paulo de Oliveira, Sergio Vencio, São Paulo, **AC Farmacêutica**, 2014.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO. V Diretrizes brasileiras de hipertensão. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, [s.l.], [s.n.], 2005.

STEPTOE, A.; MARMOT, M. Burden of psychosocial adversity and vulnerability in middle age: associations with biobehavioral risk factors and quality of life. **Psychosomatic Medicine**, v. 65, n. 6, p. 1029-1037, 2003.

TOMTEN, S.E.; HØSTMARK, A. T. Self-rated health showed a consistent association with serum HDL-cholesterol in the cross-sectional Oslo Health Study. **International Journal of Medical Sciences**, v. 4, n. 5, p. 278-287, 2007.

TRAEBERT, J.; BORTOLUZZI, M.C.; KEHRIG, R.T.. Self-rated health conditions of the adult population, Southern Brazil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 4, p. 789-793, 2011.

UCHINO, B.; LANDVATTER, J.; CRONAN, S.; SCOTT, E.; PAPADAKIS, M.; SMITH, T.W. *et al.* Self-Rated Health and Inflammation: A Test of Depression and Sleep Quality as Mediators. **Psychosomatic Medicine**, v. 81, n.4, p. 328-332, 2019.

UPADHYAY, R.K.. Emerging Risk Biomarkers in Cardiovascular Diseases and Disorders. **Journal of Lipids**, v. 2015, 2015.

VAILLANT, G.; WOLF, F. Retirement intentions of older migrant workers: does health matter?, **International Journal of Manpower**, v. 33, n. 4, p. 441-460, 2012.

VASCONCELLOS, L.J. **Autopercepção de saúde e qualidade de vida em adultos e idosos: associação com os determinantes sociais**. Dissertação (Mestrado), Universidade Federal de Minas Gerais, Jul, 2017.

VÁZQUEZ, E.B.; NIÑO, J.A.F.; GARCÍA, C.I.A. Autopercepción de la salud, presencia de comorbilidades y depresión en adultos mayores mexicanos: propuesta y validación de un marco conceptual simple. Escuela de Salud Pública de México, Cuernavaca, México, *Biomédica*. vol. 37, Supl.1, p. 92-113, 2017.

VINGILIS, E.; WADE, T.J.; SEELEY, J. Predictors of adolescent self-rated health. Analysis of the National Population Health Survey. **Canadian Journal of Public Health**, v. 93, n. 3, p. 193-197, 2002.

VUORISALMI, M.; LINTONEN, T.; JYLHÄ, M. Global self-rated health data from a longitudinal study predicted mortality better than comparative self-rated health in old age. **Journal of Clinlic Epidemiology**, v. 58, n. 7, p. 680-687, 2005.

WENDT, A.; COSTA, C.S.; MACHADO, A.K.F.; COSTA, F.S.; NEVES, R.G.; FLORES, T.R. *et al.* Sleep disturbances and daytime fatigue: data from the Brazilian National Health Survey, 2013. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 3, e00086918, 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Haemoglobin concentrations for the diagnosis of anemia and assessment of severity. Vitamin and Mineral Nutrition Information System. Geneva, World Health Organization, 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Mental health action plan 2013 – 2020. **n. 48**, 2013.

WU, S.; WANG, R.; ZHAO, Y.; MA, X.; WU, M.; YAN, X. *et al.* The relationship between self-rated health and objective health status: a population-based study. **BMC Public Health**, v. 13, n. 320, p. 2-9, 2013.

XAVIER, H. T.; IZAR, M.C.; FARIA NETO, J.R.; ASSAD, M.H.; ROCHA, V.Z.; SPOSITO, A.C. *et al.* V Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. São Paulo, v. 101, n. 4, supl. 1, p.1-20, 2013.

YOUNG, J.J.; BRUNO, D.; POMARA, N. A review of the relationship between proinflammatory cytokines and major depressive disorder. **Journal of Affective Disorders**, n. 169, p. 15-20, 2014.

ZACK M. M. Health-related quality of life - United States, 2006 and 2010. **Centers for Disease Control and Prevention (CDC)**, v. 62, n. 3, p. 105-111, 2013.

ZULLIG, K. J.; VALOIS, R. F.; DRANE, J.W. Adolescent distinctions between quality of life and self rated health in quality of life research. **Health and Quality of Life Outcomes**, v. 3, n. 64, p. 1-9, 2005.

Tabela 1. Prevalência de autoavaliação negativa da saúde segundo as características sociodemográficas e de hábitos de vida em adultos de Rio Branco, Acre, 2014.

Variáveis	Total		Autoavaliação Negativa da Saúde		p-valor <sup>a</sup>	OR <sub>Bruta</sub> (IC 95%)
	N	n	N	%		
<b>Idade (anos)</b>					<0,001	
18 - 39 anos	146.447	376	11.598	7,9		1
40 - 59 anos	65.455	309	13.988	21,4		3,16 (2,03 - 4,93)
<b>Sexo</b>					0,530	
Masculino	101.133	212	11.301	11,2		
Feminino	110.769	473	14.285	12,9		
<b>Estado civil*</b>					0,737	
Com companheiro	94.979	316	10.883	11,5		
Sem companheiro	115.800	365	14.493	12,5		
<b>Cor da pele</b>					0,684	
Branca	39.856	129	5.266	13,2		
Não Branca	172.046	556	20.320	11,8		
<b>Escolaridade*</b>					0,051	
Ensino médio e superior	95.832	292	9.529	9,9		1
Até o ensino fundamental	112.246	379	15.756	14,0		1,48 (1,00 - 2,20)
<b>Atividade física*</b>					0,102	
Sim	70.513	180	6.367	9,0		1
Não	140.210	502	19.219	13,7		1,60 (0,90 - 2,84)
<b>Tabagismo*</b>					0,012	
Não fumante	119.579	368	11.352	9,5		1
Fumante e ex-fumante	91.022	312	13.933	15,3		1,72 (1,13 - 2,63)
<b>Consumo abusivo de álcool*</b>					0,211	
Não	177.019	594	21.699	12,3		
Sim	26.795	65	1.840	6,9		
<b>Total</b>	<b>211902</b>	<b>685</b>	<b>25.586</b>	<b>12,1</b>		

\*Perda de de informação; <sup>a</sup>Qui-quadrado de Pearson; OR= Odds Ratio; N= amostra expandida.

Tabela 2. Prevalência de autoavaliação negativa da saúde segundo condições de saúde, presença de morbidades e domínios da qualidade de vida em adultos de Rio Branco, Acre, 2014.

Variáveis	Total		Autoavaliação Negativa da Saúde		p-valor <sup>a</sup>	OR <sub>Bruta</sub> (IC 95%)
	N	n	N	%		
<b>Uso de medicação</b>					<0,001	
Não	148.550	435	10.129	6,8		1
Sim	63.352	250	15.457	24,4		4,41 (2,54-7,67)
<b>IMC (kg/m<sup>2</sup>)*</b>					0,013	
<25	84.520	255	9.058	10,7		1
25 – 29,9	71.808	241	7.390	10,3		0,96 (0,51-1,79)
≥ 30	37.467	141	8.477	22,6		2,44 (1,22-4,88)
<b>Obesidade central (CC)*</b>					0,002	
CC≤102M ou ≤88F	158.881	484	16.924	10,7		1
CC>102M ou >88F	38.001	161	8.331	21,9		2,36 (1,38-4,03)
<b>Estresse*</b>					0,020	
Nunca, às vezes	154.389	494	15.848	10,3		1
Sempre, quase sempre	50.637	170	9.005	17,8		1,89 (1,11-3,23)
<b>Internação*</b>					0,062	
Não	176.454	560	19.021	10,8		1
Sim	25.120	97	4.518	18,0		1,82 (0,96-3,42)
<b>Hipertensão arterial*</b>					0,001	
Não	156.041	477	16.266	10,4		1
Sim	39.534	167	9.037	22,9		2,53 (1,46-4,45)
<b>Diabetes*</b>					0,631	
Não	188.349	617	23.125	12,3		
Sim	10.372	34	1.534	14,8		
<b>Insônia*</b>					<0,001	
Não	161.849	508	13.668	8,4		1
Sim	48.855	174	11.427	23,4		3,31 (2,00-5,49)
<b>Depressão</b>					<0,001	
Não	192.251	611	19.343	10,1		1
Sim	18.293	70	5.451	29,8		3,79 (2,05-7,01)
<b>Síndrome metabólica*</b>					0,003	
Não	171.05	540	18.635	10,9		1
Sim	24.758	102	5.903	23,8		2,56 (1,39-4,70)

Continuação Tabela 2.

Variáveis	Total		Autoavaliação Negativa da Saúde		p-valor <sup>a</sup>	OR <sub>Bruta</sub> (IC 95%)
	N	n	N	%		
<b>Qualidade de Vida</b>	<b>média ± EP</b>		<b>média ± EP</b>		<b>p-valor<sup>b</sup></b>	
Físico	71,6 ± 0,77		56,6 ± 2,59		<0,001	
Psicológico	67,7 ± 0,72		56,7 ± 1,50		<0,001	
Social	71,9 ± 0,66		66,9 ± 1,25		0,001	
Ambiental	58,3 ± 0,79		57,8 ± 1,55		0,690	

\* Perda de informação; <sup>a</sup>Qui-quadrado de Pearson; <sup>b</sup>Teste t de Student; OR= Odds Ratio; N= amostra expandida. OR bruta da qualidade avaliada para o tercil inferior de cada domínio.

Tabela 3. Modelo hierárquico da autoavaliação negativa da saúde segundo as variáveis independentes em adultos de Rio Branco, Acre, 2014.

Variáveis	OR <sub>Ajust</sub> (IC95%) Modelo 01	OR <sub>Ajust</sub> (IC95%) Modelo 02	OR <sub>Ajust</sub> (IC95%) Modelo 03
<b>Idade</b>			
18-39	1		
40-59	3,18 (2,02-5,02)		
<b>Escolaridade</b>			
Médio e superior	1		
Até ensino fundamental	1,18 (0,78-1,78)		
<b>Atividade física*</b>			
Sim	1		
Não	1,08 (0,61-1,93)		
<b>Tabagismo*</b>			
Não fumante	1		
Fumante e ex-fumante	1,50 (0,97-2,33)		
<b>IMC (kg/m<sup>2</sup>)*</b>			
<25		1	
25 – 29,9		0,78 (0,40-1,50)	
≥ 30		1,94 (0,91-4,12)	
<b>Obesidade central (CC)</b>			
CC≤102M ou ≤88F		1	
CC>102M ou >88F		1,80 (0,99-3,24)	
<b>Estresse*</b>			
Nunca, às vezes		1	
Sempre, quase sempre		1,87 (1,04-3,38)	
<b>Uso de medicação</b>			
Não			1
Sim			2,23 (1,19-4,20)
<b>Morbidades</b>			
Hipertensão arterial			1,32 (0,72-2,43)
Insônia			2,33 (1,20-4,53)
Depressão			2,03 (1,02-4,04)
Síndrome metabólica			1,75 (0,90-3,40)
<b>Internação nos últimos 12 meses</b>			
Não			1
Sim			1,61 (0,87-2,96)

IMC= Índice de Massa Corporal; OR= Odds Ratio; IC = intervalo de confiança. Modelo 1 - Variáveis distais, ajustadas entre si; Modelo 2 - Variáveis intermediárias, ajustadas entre si e pelas variáveis do bloco de variáveis significativas do modelo 1, exceto para Obesidade central (CC) que foi rodado sem o IMC; Modelo 3 - Variáveis proximais, ajustadas entre si e pelas variáveis significativas dos modelos 1 e 2.

Tabela 4. Parâmetros laboratoriais alterados segundo autoavaliação negativa da saúde ajustado por variáveis potencialmente confundidoras em adultos de Rio Branco, Acre, 2014.

Parâmetros laboratoriais	Total	Autoavaliação negativa da saúde	p-valor <sup>a</sup>	Pontos de corte	OR <sub>Ajust</sub> (IC95%)
	média ± EP	média ± EP			
Hemoglobina (g/dl)	13,6 ± 1,36	13,6 ± 0,11	0,741	≤12g/dl	-
Colesterol total (mg/dl)	185 ± 1,89	202 ± 4,18	<0,001	<240mg/dl	1,00 (0,59-1,68)
Triglicerídeos (mg/dl)	142 ± 5,24	169 ± 15,6	0,063	<150mg/dl	1,29 (0,66-2,53)
LDL (mg/dl)	110 ± 1,36	122 ± 4,03	0,004	<160mg/dl	2,85 (1,24-6,54)
Glicose (mg/dl)	89 ± 1,67	92 ± 5,42	0,601	≤126mg/dl	-
Creatinina sérica (mg/dl)	0,8 ± 0,35	0,8 ± 0,24	0,882	<1,3mg/dl	-
Albuminúria (mg/g)	17 ± 2,50	21 ± 7,00	0,509	<30mg/dl	-

<sup>a</sup> Teste t de Student; OR= Odds Ratio; IC = intervalo de confiança; Modelo ajustado por idade, escolaridade, tabagismo e atividade física.



Tabela 5. Análise de regressão logística dos tercis dos domínios da qualidade de vida (WHOQOL) com autoavaliação negativa da saúde em adultos de Rio Branco, Acre, 2014.

<b>Domínios da Qualidade de Vida</b>	<b>OR (IC95%) (modelo 1)*</b>	<b>OR (IC95%) (modelo 2)**</b>
<b>Físico</b>		
Tercil superior	1	1
Tercil intermediário	6,25 (3,09 – 12,69)	6,23 (2,92 – 13,30)
Tercil inferior	11,06 (3,77 – 32,45)	8,33 (2,43 – 28,50)
p tendência	<0,001	<0,001
<b>Psicológico</b>		
Tercil superior	1	1
Tercil intermediário	3,95 (2,17 – 7,20)	3,47 (1,81 – 6,67)
Tercil inferior	8,96 (2,20 – 36,47)	7,01 (1,78 – 27,51)
p tendência	<0,001	0,002
<b>Social</b>		
Tercil superior	1	1
Tercil intermediário	1,28 (0,60 – 2,70)	1,19 (0,51 – 2,76)
Tercil inferior	1,72 (0,66 – 4,46)	1,93 (0,66 – 5,62)
p tendência	0,406	0,429
<b>Ambiental</b>		
Tercil superior	1	1
Tercil intermediário	0,70 (0,40 – 1,22)	0,69 (0,40 – 1,21)
Tercil inferior	0,86 (0,32 – 2,28)	0,85 (0,30 – 2,39)
p tendência	0,399	0,371

OR= Odds Ratio; IC = intervalo de confiança; \*Modelo 1: ajustado por sexo, idade, escolaridade, tabagismo, atividade física, índice de massa corporal e estresse; \*\*Modelo 2: ajustado por ajustado por sexo, idade, escolaridade, tabagismo, atividade física, índice de massa corporal, estresse, uso de medicação, internação nos últimos 12 meses, depressão, insônia e hipertensão arterial.

## 5.2 ARTIGO 2

### **Autoavaliação negativa da saúde associado a sintomas depressivos e funcionalidade em idosos de Rio Branco, Acre, Brasil**

#### **Resumo**

O avançar da idade resulta em mudanças que influenciam a autoavaliação da saúde. O objetivo do presente estudo é estimar a prevalência de autoavaliação negativa da saúde e a associação desta com sintomas depressivos e funcionalidade em idosos de Rio Branco, Acre. Trata-se de uma pesquisa realizada com dados do Estudo das Doenças Crônicas em Idosos (EDOC-I), um inquérito domiciliar realizado com idosos a partir de 60 anos residentes em Rio Branco, Acre em 2014 (n=1.016). A autoavaliação negativa da saúde foi definida pelos estratos “ruim” e “muito ruim”. Como medida de associação da autoavaliação negativa da saúde com variáveis de interesse foi empregada a técnica de regressão logística múltipla. A prevalência de autoavaliação negativa da saúde foi de 15,4%, apresentando associação com sexo feminino (OR: 1,72; IC95%: 1,17–2,51), baixa escolaridade (OR: 2,33; IC95%: 1,37–3,97), sedentarismo (OR: 1,84; IC95%: 1,08–3,14) e uso de medicamentos (OR: 3,01; IC95%: 1,52–5,95). Dentre as morbidades que apresentaram associação com percepção negativa da saúde foram: asma/bronquite (OR: 2,74; IC95%: 1,61–4,67), insônia (OR: 1,80; IC95%: 1,25–2,58) e problemas cardíacos (OR: 1,77; IC95%: 1,18–2,68), além dos sintomas depressivos (OR: 2,55; IC95%: 1,74–3,73), presença de multimorbidades (OR: 1,73; IC95%: 1,15–2,61), e dependência total nas atividades instrumentais da vida diária (OR: 2,42; IC95%: 1,40–4,17). Assim, a autoavaliação da saúde entre os idosos sofre influência negativa devido a presença de sintomas depressivos, multimorbidade e ausência total ou parcial da funcionalidade.

**Descritores:** Idoso. Autoavaliação. Depressão. Idoso com Deficiência Funcional. Inquéritos. Medidas de Associação.

#### **Introdução**

O envelhecimento populacional é uma realidade também no Brasil e resulta em alteração no padrão de morbimortalidade (OLIVEIRA, 2019; OLIVERA; MEDEIROS;

LIMA, 2015). O avançar da idade é inevitável e progressivo assim como os fenômenos que os acompanham, que são desgaste orgânico, alterações nos aspectos culturais, sociais e emocionais (CIOSAK *et al.*, 2011). Essas mudanças influenciam a autoavaliação da saúde, uma vez que a ideia de envelhecimento, saúde e doença se perpassam e sofrem ação do momento sócio-histórico construído por uma variedade de componentes físicos, culturais e afetivos, possibilitando o confundimento de condições clínicas e não-clínicas (FONSECA *et al.*, 2010).

Os fatores considerados no indivíduo, ao classificar seu estado de saúde ainda não são totalmente definidos, mas incluem diferentes aspectos com indicadores sociodemográficos, condições de saúde e diminuição da funcionalidade entre os idosos (SANTOS, COUTO, BASTONE, 2018). Deve-se mencionar que a correlação entre a saúde objetiva e a subjetiva tende a diminuir com o avançar da idade (LATHAM; PEEK, 2013). No entanto, diante de condições de incapacidade, presença de morbidades e depressão ocorre o aumento da prevalência de autoavaliação negativa da saúde (MACHÓN *et al.*, 2016).

Em uma revisão sistemática, com estudos de 1999 a 2011, a prevalência de autoavaliação negativa da saúde entre os idosos variou de 12,6 a 51,9%. Associação foi observada quando da presença de doenças, uso de medicamentos, renda familiar, internações, consultas médicas, dependência nas atividades da vida diária, presença de sintomas depressivos e ansiosos e queixa de insônia (PAGOTTO; BACHIÓN; SILVEIRA, 2013).

O entendimento dos fatores associados à autoavaliação negativa da saúde em idosos possibilita identificar as condições gerais de saúde dessa população visando acompanhar e comparar os resultados com o de outras regiões do país, uma vez que estudos na Amazônia sobre essa temática ainda são escassos. Assim, o objetivo do presente estudo foi estimar a prevalência de autoavaliação negativa da saúde e a associação desta com sintomas depressivos e funcionalidade em idosos de Rio Branco, Acre.

## **Materiais e método**

Trata-se de uma pesquisa realizada com dados do Estudo das Doenças Crônicas em Idosos (EDOC-I), inquérito domiciliar realizado com idosos (a partir de 60 anos) residentes em Rio Branco, Acre em 2014. Com plano amostral por conglomerados em dois estágios (setor censitário e domicílio), sendo incluído todos os idosos residentes nos domicílios sorteados de cada um dos 40 setores censitários investigados. Foram excluídos da pesquisa os idosos com comprometimentos cognitivos que inviabilizassem a comunicação ou o entendimento das perguntas.

O tamanho da amostra do EDOC-I foi determinado pressupondo uma prevalência de 40% de alterações da função renal, com grau de confiança de 95% e erro absoluto de 3%. A amostra final abrangeu 1.016 idosos que com base nos pesos calibrados das observações permitiram estimativas inferenciais para a população de 23.416 idosos residentes em 1º de julho de 2014 em Rio Branco. Maiores informações sobre o plano amostral, instrumentos e protocolos para coletas de dados verificar no artigo metodológico previamente publicado por Amaral cols. (2019).

A coleta de dados ocorreu de abril a setembro de 2014. Foram realizadas entrevistas domiciliares onde foram investigadas as condições socioeconômicas e demográficas, hábitos de vida e condições de saúde. Também foram realizadas avaliações físicas com medidas antropométricas, de frequência cardíaca e de pressão arterial, além de coleta de amostras de sangue e urina para análises clínicas.

O índice de massa corporal (IMC) foi avaliado segundo os pontos de corte específicos para população idosa em que os indivíduos são classificados como: baixo-peso ( $IMC < 22\text{kg/m}^2$ ), eutrófico ( $IMC$  entre  $22\text{kg/m}^2$  e  $27\text{kg/m}^2$ ) e sobrepeso ( $IMC > 27\text{kg/m}^2$ ) (LIPSCHITZ, 1994).

A presença de hipertensão arterial foi definida como pressão arterial diastólica (PAD)  $\geq 90$  mmHg e/ou pressão arterial sistólica (PAS)  $\geq 140$  mmHg e/ou uso atual de medicação anti-hipertensiva (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010). Para o diabetes mellitus, foram usados os critérios da *American Diabetes Association*

(ADA): glicose no plasma em jejum  $\geq 126$  mg/dl, bem como a utilização de hipoglicemiante oral ou de insulina (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2014).

A dislipidemia foi definida pela presença de níveis anormais de um ou mais dos seguintes componentes lipídicos do sangue: colesterol total  $\geq 200$  mg/dl; LDL-C  $\geq 160$  mg/dl; triglicerídeos  $\geq 150$  mg/dl; e HDL-C em homens  $< 40$  mg/dl e mulheres  $< 50$  mg/dl, além do relato de uso de medicamentos para redução desses valores. Para indivíduos com idade inferior a 20 anos, os pontos de corte foram: colesterol total  $\geq 170$  mg/dl, LDL-C  $\geq 130$  mg/dl; triglicerídeos  $\geq 130$  mg/dl e/ou HDL-C  $\leq 45$  mg/dl (XAVIER *et al.*, 2013).

A multimorbidade foi considerada a partir de dois pontos de corte, um considerou a presença de 2 ou mais doenças crônicas e outro a partir de 3 (FORTIN *et al.*, 2012; MELO *et al.*, 2019).

Para a presença de sintomas de depressão foi utilizada a Escala de Depressão Geriátrica Reduzida (EDG). Essa escala apresenta pontuação que varia de 0 a 15, sendo considerado como caso sugestivo da doença aqueles a partir de 6 pontos (ALMEIDA; ALMEIDA, 1999).

Para avaliar a capacidade funcional foi utilizado Índice de Katz (KATZ *et al.*, 1976) para as Atividades da Vida Diária (AVD) e a escala de Lawton e Brody (LAWTON; BRODY, 1969) para as Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD). A escala de Katz já foi validada para o Brasil (LINO *et al.*, 2007) e avalia o nível de autonomia dos idosos no desempenho de seis atividades cotidianas: vestir-se; banhar-se; ir ao banheiro; sentar-se, deitar-se e levantar-se da cama ou cadeira; continência; e alimentar-se. O escore varia entre 0 e 6 pontos, sendo 1 ponto atribuído a cada resposta 'Sim'. Com base na escala de Katz, os idosos foram classificados como independentes (6 a 5 pontos), dependentes parciais (4 a 3 pontos) ou dependentes totais (menos de 3 pontos).

A escala de Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD) é composta por oito atividades: cuidar da casa, lavar a roupa, preparação da comida, ir às compras, utilização do telefone, utilização de transporte, gestão do dinheiro e gestão da medicação. Para essa escala, aqueles idosos que atingiram 27 pontos foram classificados como independentes, entre 26-18 pontos com dependência parcial e menos de 18 pontos, como dependentes (LAWTON; BRODY, 1969).

A variável dependente da presente investigação foi obtida pelas respostas à pergunta “Em geral, diria que sua saúde é: muito boa, boa, regular, ruim ou muito ruim?”. Foi definido como autoavaliação negativa da saúde aqueles que indicaram os estratos “ruim” e “muito ruim”.

Os dados foram analisados de forma descritiva e exploratória para avaliar a distribuição e caracterizar a população estudada. As variáveis foram descritas por frequências absolutas e proporções, sendo as diferenças entre proporções estimadas pelo teste de qui-quadrado de Pearson.

A análise bivariada foi realizada com objetivo de explorar a associação das diferentes variáveis e o objeto de estudo. Modelos de regressão logística estimaram a magnitude de associação, em *odds ratio* (OR), entre a variável dependente autoavaliação negativa da saúde e as variáveis independentes.

Na análise múltipla, foram incluídas as variáveis que apresentaram  $p < 0,20$  na análise bruta, sendo analisada a magnitude de associação das variáveis ajustadas pelas demais variáveis significativas. Utilizou-se o modelo hierárquico, no qual no primeiro nível entraram as variáveis demográficas e socioeconômicas; no segundo os hábitos de vida e condições de saúde; e no terceiro as morbidades e fatores relacionados às doenças. As variáveis significativas em uma etapa permaneceram no modelo nas etapas seguintes. Adicionalmente realizou-se, análise de regressão múltipla para a presença de multimorbidade, sintomas depressivos e capacidade funcional. O nível de significância considerado foi de  $\alpha = 0,05$ .

Todas as análises levaram em conta o efeito do desenho amostral e os pesos calibrados das observações, sendo as frequências expressas por ‘n’, correspondente às observações na amostra, e ‘N’, relativo às inferências populacionais, a partir dos quais foram definidas as proporções. As análises dos dados utilizaram as rotinas *Complex Samples* do programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 20.0, para Windows.

O EDOC atendeu aos dispositivos da Resolução CNS 466/2012 que trata da ética em pesquisas envolvendo seres humanos e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas (CEP) da Universidade Federal do Acre sob o CAAE: 17543013.0.0000.5010.

## Resultados

A prevalência de autoavaliação negativa entre idosos de Rio Branco em 2014 foi de 15,4%, a prevalência no estrato regular foi de 47,9% e a prevalência de autoavaliação positiva foi de 36,7%. Na análise da autoavaliação negativa, maiores prevalências foram observadas nos indivíduos do sexo feminino, escolaridade até o ensino fundamental e sedentários ( $p < 0,05$ ) (Tabela 1).

Maiores prevalências de percepção negativa da saúde também foram observadas entre os idosos que utilizam medicamentos, com histórico de internação nos 12 meses anteriores à entrevista e entre aqueles que referiram sofrer de asma/bronquite, insônia, má circulação, problemas cardíacos e osteoporose (todos com  $p < 0,05$ ) (Tabela 2).

Na presença de sintomas depressivos e dependência nas AIVD a prevalência de autoavaliação negativa da saúde foi superior a 25%. A autoavaliação negativa também obteve maior prevalência entre os idosos com multimorbidade avaliada para 2 ou mais morbidades crônicas e para 3 ou mais ( $p < 0,05$ ) (Tabela 2).

Na análise multivariada ajustada por nível hierárquico no nível distal observaram-se associações estatisticamente significativas com autoavaliação negativa da saúde sexo e escolaridade; no nível intermediário, o sedentarismo; e no nível proximal, o uso de medicação, presença de asma/bronquite, insônia e problemas cardíacos (ICC, arritmias, infarto agudo do miocárdio) (Tabela 3).

A presença de sintomas depressivos, multimorbidades (para  $\geq 2$  e  $\geq 3$  morbidades crônicas) e na dependência parcial ou total segundo classificação AIVD, houve aumento na chance do indivíduo autoavaliar negativamente sua saúde após ajuste por variáveis potencialmente confundidoras (Tabela 4).

## Discussão

Foi identificada uma prevalência moderada de autoavaliação negativa da saúde (15,4%) entre os idosos de Rio Branco, Acre em 2014, os quais consideraram sua saúde ruim ou muito ruim. A percepção negativa da própria saúde foi associada à sintomas depressivos e à dependência nas atividades instrumentais da vida diária. Adicionalmente

foram observadas associações com o sexo feminino, baixa escolaridade, sedentarismo e uso de medicamentos, além de associação com o autorrelato de asma/bronquite, insônia, problemas cardíacos e multimorbidades.

Em comparação com resultados de alguns estudos internacionais a prevalência de autoavaliação negativa da saúde de idosos de Rio Branco se assemelha ao encontrado na Espanha, mas é muito maior que o observado na Argentina e inferior que o apresentado no México. Em Córdoba, Argentina, no ano de 2011, estudo com 436 idosos revelou uma prevalência de 8,3% (PELAEZ; ACOSTA; CARRIZO, 2015). Na província de Almería, na Espanha, estudo com 1.220 indivíduos com 60 anos e mais, a prevalência de autoavaliação negativa da saúde foi de 14,1% (PEREZ-FUENTES *et al.*, 2015). No entanto, no México, em 2012, um estudo com 8.874 idosos de 60 anos e mais detectou uma prevalência de 18,1% (VÁSQUEZ; NIÑO; GARCIA, 2017).

Idosos de Rio Branco apresentam maiores prevalências de percepção de negativa da saúde na comparação com resultados de estudos nacionais. Dados de 1.344 pessoas com 60 anos ou mais da cidade de São Paulo, em 2010, a prevalência de autoavaliação negativa da saúde foi de 7,8% (ANTUNES *et al.*, 2018). Na cidade de Campinas, São Paulo, a prevalência entre indivíduos da mesma faixa etária, entre 2008 e 2009, foi de 10,9% (BORIM *et al.*, 2014). Em Minas Gerais, com 686 idosos, a prevalência foi de 13,5% (MEDEIROS *et al.*, 2016).

A comparação de estudos sobre autoavaliação de saúde deve ser feita com cautela, visto que muitos estudos incluem a categoria regular como avaliação negativa, superestimando os valores de prevalência e, conseqüentemente, comprometendo as estimativas de associações, diferentemente do recomendado que utiliza exclusivamente as categorias ruim e muito ruim na definição de percepção negativa da saúde (PAGOTTO; BACHIÓN; SILVEIRA, 2013).

Dentre as condições associadas a autoavaliação negativa da saúde, as mulheres idosas apresentaram pior avaliação da própria saúde. Elas aparecem como maioria nos estudos (CARDOSO *et al.*, 2014; BORGES *et al.*, 2014), fenômeno de feminização do envelhecimento, decorrente de expectativa de vida superior à dos homens, e também representam a maior frequência de autoavaliação negativa da saúde em relação aos homens (CONFORTIN *et al.*, 2015).



Em estudo realizado em São Paulo, a chance de autoavaliação negativa da saúde aumentou em quase 2 vezes nas pessoas do sexo feminino (ANTUNES et al., 2018), corroborando os achados do presente estudo. O que implica na existência de um paradoxo a ser enfrentado pelas mulheres ao viver mais, porém em piores condições de saúde, que em parte pode ser explicada por menores níveis de escolaridade e de tempo para atividades de lazer (ADJEI; BRAND; ZEEB, 2017), além das razões de ordem biológica, à exemplo da função reprodutiva, uma vez que as mulheres vivenciam uma fase pós-menopáusia delicada, embora com baixo risco de morte (ASSARI, 2016).

As desigualdades não se restringem à variável sexo, dados da Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF 2008 – 2009) revelam que o acesso aos serviços básicos é pior entre aqueles de baixa renda e menor escolaridade (MELO *et al.*, 2014), sendo no presente estudo observada associação de menor escolaridade com a autoavaliação negativa da saúde entre os idosos. Em nível global, as desigualdades sociais em saúde são problemas que afetam todos, visto que, independente do país em que residem, os indivíduos que convivem com piores condições socioeconômicas são os mais susceptíveis à ocorrência de diversos problemas de saúde e, portanto, pior avaliação dela (BARRETO, 2017).

Dados de um estudo nacional de 1998 a 2013 apontaram que entre brasileiros com baixos níveis educacionais as chances de autoavaliação negativa da saúde são de 7 a 9 vezes maior quando comparado aos indivíduos com nível superior de escolaridade. Vale destacar que apesar do progresso dos níveis educacionais nesse período, não houve redução na prevalência da percepção negativa da própria saúde, apontando a necessidade de melhoria das condições crônicas e da saúde mental das pessoas de modo a repercutir positivamente na autopercepção da saúde do brasileiro (ANDRADE; MEHTA, 2018).

Em relação ao uso de medicamentos observado associado à percepção negativa da saúde, duas perspectivas devem ser consideradas: a primeira é que uso de medicamentos indica a presença de morbidades, o que explica pior autoavaliação de saúde; outra importante consideração é que os efeitos adversos decorrentes de medicação podem repercutir em pior percepção da mesma (LENANDER *et al.*, 2018).

Dados de um inquérito postal nacional, com 3.000 idosos, detectou a prevalência de uso de medicamentos de 83%, sendo a média de 3,8 medicamentos por idoso (SILVA *et al.*, 2012). Estudo realizado em Florianópolis, em 2009, com 1.705 idosos revelou a prevalência de polifarmácia de 32%, sendo os grupos de medicamentos mais utilizados aqueles indicados para o sistema cardiovascular, trato alimentar e metabolismo e sistema nervoso (PEREIRA *et al.*, 2017). Vale destacar que em Pelotas, em 2014, cerca de 42% dos idosos usavam ao menos um medicamento potencialmente inapropriado (LUTZ *et al.*, 2017). Fato que reforça a necessidade de maiores cuidados sobre a utilização de medicamentos em pessoas idosas de modo a assegurar a adesão e evitar complicações (GOLCHIN *et al.*, 2015).

A prevalência de doenças cardiovasculares (DCV) tem aumentado na população idosa em parte devido ao aumento da expectativa de vida e à maior exposição aos fatores de risco (MASSA *et al.*, 2019). Nos Estados Unidos, cerca de 82% de todas as mortes em idosos ( $\geq 65$  anos) são atribuídas às DCV e estas doenças possuem importante peso na ocorrência de incapacidades, declínio funcional, custos em saúde e declínio da percepção da saúde, confirmando os achados da presente investigação, o que impõe a necessidade de garantia de uma expectativa de vida ativa e não apenas de sobrevivência das pessoas idosas (YAZDANYAR; NEWMAN, 2009).

Na presente pesquisa, a asma/bronquite apresentou-se associada à autoavaliação negativa da saúde, à exemplo do observado em estudo realizado em Montes Claros, Minas Gerais, em que o autorrelato de asma foi três vezes maior nos indivíduos com autoavaliação negativa da saúde (MEDEIROS *et al.*, 2016).

Se a presença de uma única morbidade pode resultar em alteração na percepção da própria saúde, a ocorrência de multimorbidade é ainda mais impactante, visto que o maior número de doenças gera complicações físicas, sociais e mentais nos idosos, resultando em piora da autoavaliação da saúde (HUNTLEY *et al.*, 2012). Dados de um estudo de revisão identificou que a prevalência de multimorbidade em idosos no Brasil varia de 30,7% a 57%, estando associada às condições socioeconômicas, demográficas, estilo de vida e estrutura familiar (MELO *et al.*, 2019). Em estudo com idosos dos municípios ao norte do Rio Grande do Sul, a presença de multimorbidade aumentou em 29% a autopercepção negativa da saúde (CAVALCANTI *et al.*, 2017).

A associação entre sintomas de depressão e autoavaliação negativa da saúde identificada entre os idosos do presente estudo também foi observada em outros trabalhos (BORIM *et al.*, 2014; OCAMPO-CHAPARRO *et al.*, 2013). Sabe-se que além das próprias condições de saúde física as condições psíquicas têm importante efeito na percepção da saúde. Dados da Organização Mundial de Saúde revelam que a população idosa alcançará 22% da população mundial em 2050, sendo importante a saúde mental e o bem-estar nesse momento da vida, visto que 15% dos idosos ( $\geq 60$  anos) sofrem de algum distúrbio mental, e destes, 7% em decorrência de depressão (WHO, 2017). A depressão é um transtorno comum em idosos e afeta sua capacidade funcional, associando-se às doenças somáticas que conduzem ao isolamento social e repercutindo em pior qualidade de vida (FLORIANO; DALGALARRONDO, 2007).

Em Montes Claros, Minas Gerais, a presença de depressão esteve associada ao aumento em duas vezes da autoavaliação negativa da saúde (RAMOS *et al.*, 2015). Dados do inquérito EpiFloripa Idoso, com 1.656 idosos, associou a autoavaliação ruim da saúde com sintomas de depressão (RP = 2,64; IC95% 1,82-3,83) e de dependência funcional (RP = 1,83; IC95% 1,43- 2,33) (BORGES *et al.*, 2013). À medida que a população envelhece, a prevalência das doenças crônicas e incapacitantes aumenta, levando a alterações nas habilidades da pessoa que podem provocar mudanças consideráveis no desempenho das atividades diárias (PINTO *et al.*, 2016).

O envelhecimento pode resultar em perda da independência devido a restrições de mobilidade, fragilidade e diminuição da aptidão funcional e habilidades cognitivas, tendo importância programas e políticas próprias para manutenção dos idosos saudáveis e independentes por toda a vida (TOMÁS *et al.*, 2018). Segundo Campos e cols. (2016), a prevalência de incapacidade funcional no Brasil varia de 13,2% a 85,0%. Estudo realizado com 310 idosos residentes na zona urbana da cidade de Santa Cruz (RN), demonstrou associação entre atividades da vida diária e má percepção de saúde (OR = 3,64), diferindo do presente estudo em que não foram identificadas associações estatisticamente significativas entre estas variáveis, contudo, corrobora os achados de Rio Branco quando das análises das atividades instrumentais da vida diária com má percepção de saúde (OR = 4,47) (MACIEL; GUERRA, 2007).

Em meio à transição demográfica, pesquisadores e profissionais de saúde devem se concentrar nas interações entre capacidade funcional, envelhecimento e morbidade e sua relevância para as metas centradas no paciente. Vale destacar que os processos que contribuem para a suscetibilidade à doença e ao declínio no status funcional são inerentes à idade, sendo que dentre os componentes sistêmicos e celulares mais importantes para a capacidade funcional estão a disfunção mitocondrial, estresse oxidativo, manuseio anormal de cálcio, inflamação crônica, senescência celular, produção de matriz extracelular, perda de estruturas teloméricas e pouca capacidade de reparo do DNA (FORMAN *et al.*, 2017).

Vale considerar que o presente estudo apresenta limitações pontuais e, também, pontos fortes que devem ser considerados. Uma limitante foi o viés de sobrevivência, inerente aos estudos transversais especialmente com idosos, contudo, ressalta-se o caráter exploratório das análises ora apresentadas e a não pretensão de realizar inferência causal. Por outro lado, mostra-se como ponto forte do estudo a amostragem probabilística cujas estimativas são inferenciais para a população idosa do município de Rio Branco. Além disso, a exclusão de indivíduos com capacidade cognitiva comprometida poderia levar a erros nas estimativas de funcionalidade, uma vez que estes têm maior probabilidade de dependência funcional. Outro ponto, que se deve reconhecer como limitador dos achados é o uso de medidas autorreferidas para algumas condições de saúde que pode subestimar ou superestimar a prevalência. No entanto, já foi descrita concordância razoável entre o autorrelato pelo paciente de condições de saúde diagnosticadas pelo médico e as fontes de dados dos registros médicos (OKURA *et al.*, 2004). Ademais, a definição de algumas morbidades se deu por meio de critérios clínicos e laboratoriais, portanto, trata-se de um estudo com dados objetivos e subjetivos das condições de saúde para avaliação da autoavaliação negativa de saúde, depressão e incapacidade funcional em idosos. Essa tríade perigosa repercute na qualidade de vida e no bem-estar da pessoa idosa.

## Conclusão

A população idosa de Rio Branco apresenta elevada prevalência de avaliação negativa da própria saúde e essa autoavaliação está associada à depressão e à dependência nas atividades instrumentais da vida diária, assim como ao autorrelato de asma/bronquite, insônia, problemas cardíacos e multimorbidades. Também foram observadas associações com o sexo feminino, baixa escolaridade, sedentarismo e uso de medicamentos.

Ações de monitoramento das condições físicas e psicológicas devem ser uma constante no acompanhamento dos idosos na atenção à saúde, sendo medidas de avaliação da capacidade funcional, de sintomas de depressão e da autoavaliação de saúde devem ser utilizados para nortear medidas preventivas. A autoavaliação da saúde é um indicador importante do status de saúde físico e mental e pode ser usado em estudos e no monitoramento da saúde da população idosa.

A utilização do presente achado pode ser útil para o delineamento de estratégias em saúde que favoreçam o envelhecimento com independência e bem-estar físico e emocional. Outras pesquisas devem ser realizadas com métodos que permitam a verificação de causalidade.

## Referências

- ADJEI N.K.; BRAND T.; ZEEB, H. Gender inequality in self-reported health among the elderly in contemporary welfare countries: A cross-country analysis of time use activities, socioeconomic positions and family characteristics. **Plos One**, v.12, n.9, 2017.
- ALMEIDA, O.P.; ALMEIDA, S.A. Short versions of the geriatric depression scale: a study of their validity for the diagnosis of a major depressive episode according to ICD-10 and DSM-IV. **International journal of geriatric psychiatry**, v. 14, n. 10, p. 858-865, 1999.
- AMARAL, T.L.M.; AMARAL C.A.; PORTELA M.C.; MONTEIRO G.T.R.; VASCONCELLOS M.T.L. Estudo das Doenças Crônicas (Edoc): aspectos metodológicos. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 53, n. 8, 2019.
- ANDRADE, F.C.D.; MEHTA, J. Deepak Increasing educational inequalities in self-rated health in Brazil, 1998-2013. **Plos One**, v. 13, n. 4, 2018.

ANTUNES, J.L.F.; FILHO, A.D.P.C.; DUARTE, Y.A.O.; LEBRÃO, M.L. Desigualdades sociais na autoavaliação de saúde dos idosos da cidade de São Paulo. **Revista brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 21, supl. 2, e180010, 2018.

ASSARI S. Gender differences in the predictive role of self-rated health on short-term risk of mortality among older adults. **SAGE Open Medicine**, v. 9, n. 4, 2016.

BARRETO, M.L. Desigualdades em Saúde: uma perspectiva global. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 7, p. 2097-2108, 2017.

BORGES, A.M.; SANTOS, G.; KUMMER, J.A.; FIOR, L.; MOLIN, V.D.; WIBELINGER, L.M. Autopercepção de saúde em idosos residentes em um município do interior do Rio Grande do Sul. **Revista brasileira de geriatria e gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 79-86, 2014.

BORGES, L.J.; BENEDETTI, T.R.B.; XAVIER, A.J.; D'ORSI, E. Fatores associados aos sintomas depressivos em idosos: estudo EpiFloripa. **Revista de Saúde Pública**, v.47, n.4, p. 701-710, 2013.

BORIM, F.S.A.; NERI, A.L.; FRANCISCO, P.M.S.B.; BARROS, M.B.A. Dimensões da autoavaliação de saúde em idosos. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 48, n. 5, p. 714-722, 2014.

CAMPOS, A.C.V.; ALMEIDA, M.H.M, CAMPOS, G.V.; BOGUTCHI, T.F. Prevalence of functional incapacity by gender in elderly people in Brazil: a systematic review with meta-analysis. **Revista brasileira de geriatria e gerontologia**, v. 19, n. 3, p. 545-559, 2016.

CARDOSO, J.D.C.; AZEVEDO, R.C.S.; REINERS, A.A.O.; LOUZADA, C.V.; ESPINOSA, M.M. Autoavaliação de saúde ruim e fatores associados em idosos residentes em zona urbana. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 35, n. 4, p. 35-41, 2014.

CAVALCANTI, G.; DORING, M.; PORTELLA, M.R.; BORTOLUZZI, E.C.; MASCARELO, A.; DELLANI, M.P. Multimorbidity associated with polypharmacy and negative self-perception of health. **Revista brasileira de geriatria e gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 634-642, 2017.

CIOSAK, S.I.; BRAZ, E.; COSTA, M.F.B.N.; NAKANO, NG.R.; RODRIGUES, J.; ALENCAR, R.A. et al. Senescência e senilidade: novo paradigma na atenção básica de saúde. **Revista da escola de enfermagem da USP**, São Paulo, v. 45, n. spe2, p. 1763-1768, Dec. 2011.

CONFORTIN, S.C.; GIEHL, M.W.C.; ANTES, D.L.; SCHNEIDER, I.J.C.; ORSI, E. Autopercepção positiva de saúde em idosos: estudo populacional no Sul do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 5, p. 1049-1060, 2015.

FLORIANO, P.J.; DALGALARRONDO, P. Saúde mental, qualidade de vida e religião em idosos de um Programa de Saúde da Família. **Jornal brasileiro de psiquiatria**, Rio de Janeiro, v.56, n.3, p. 162-170, 2007.

FONSECA, M.G.U.P.; FIRMO, J.O.A.; FILHO, A.I.L.; UCHOA, E. Papel da autonomia na auto-avaliação da saúde do idoso. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 1, p. 159-165, fev. 2010.

FORMAN, D.E.; ARENA, R.; BOXER, R.; DOLANSKY, M.A.; ENG, J.J.; FLEG, J.L. et al. Prioritizing Functional Capacity as a Principal End Point for Therapies Oriented to Older Adults With Cardiovascular Disease: A Scientific Statement for Healthcare Professionals From the American Heart Association. **Circulation**, v.135, n.16, p. e894–e918, 2017.

FORTIN, M.; STEWART, M. POITRAS, M.E.; ALMIRALL, J.; MADDOCKS, H. A Systematic Review of Prevalence Studies on Multimorbidity: Toward a More Uniform Methodology. **Journal List Annals of Family Medicine**, v. 10, n. 2, p. 142-151, Mar 2012.

GOLCHIN, N; FRANK, S.H.; VINCE, A.; ISHAM, L.; MEROPOL, S.B. Polifarmácia em idosos. **Journal of Research in Pharmacy Practice**, v.4, n.2, p. 85-88, 2015.

HUNTLEY, A.L.; JOGNSON, R.; PURDY, S.; VALDERAS, J.M.; SALISBURY, C. Measures of multimorbidity and morbidity burden for use in primary care and community settings: a systematic review and guide. **Annals of Family Medicine**, v. 10, n. 2, p. 134-141, 2012.

KATZ, S.; AKPOM, C. A. A measure of primary sociobiological functions. **International Journal of Health Services**, v. 6, n.3, p. 493-508, 1976.

LATHAM, K.; PEEK, C.W. Self-rated health and morbidity onset among late midlife U.S. adults *The Journals of Gerontology*, v. 68, n. 1, p. 107-116.

LAWTON, M.P.; BRODY, E.M. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. **The Gerontologist**, v. 9, n. 3, p. 179-186, 1969.

LENANDER, C. ; BONDESSON, Å. ; VIBERG, N. ; BECKMAN, A. ; MIDLOV, P. Effects of medication reviews on use of potentially inappropriate medications in elderly patients ; a cross-sectional study in Swedish primary care. **BMC Health Services Research**, v. 18, n. 616, 2018.

- LINO, V.T.S.; PEREIRA, S.R.M.; CAMACHO, L.A.B.; FILHO, S.T.R.; BUKSMAN, S. Adaptação transcultural da Escala de Independência em Atividades da Vida Diária (Escala de Katz). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 103-112, Jan 2008.
- LIPSCHITZ, D.A. Screening for nutritional status in the elderly. **Prim Care**. 1994; 21:55-67.
- LUTZ, B.H.; MIRANDA, V.I.A.; BERTOLDI, A.D. Inadequação do uso de medicamentos entre idosos em Pelotas, RS. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, n. 52, 2017.
- MACHÓN, M.; VERGARA, I.; DORRONSORO, M.; VROTSOU, K.; LARRAÑAGA, I. Self-perceived health in functionally independent older people: associated factors, **BMC Geriatrics**, v. 16, n. 66, Mar 2016.
- MACIEL, A.C.C.; GUERRA, R.O. Influência dos fatores biopsicossociais sobre a capacidade funcional de idosos residentes no nordeste do Brasil. **Revista brasileira de epidemiologia**, v.10, n. 2, p. 178-189, 2007.
- MASSA, K.H.C.; DUARTE, Y.A.O.; CHIAVEGATTO FILHO, A.D.P. Análise da prevalência de doenças cardiovasculares e fatores associados em idosos, 2000-2010. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n.1, p. 105-114, 2019.
- MEDEIROS, S.M.; SILVA, L.S.R.; CARNEIRO, J.A.; RAMOS, G.C.F.; BARBOSA, A.T.F.; CALDEIRA, A.P. Fatores associados à autopercepção negativa da saúde entre idosos não institucionalizados de Montes Claros, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 21, n.11, p.3377-3386, 2016. 13.
- MELO, L.A.; BRAGA, L.C.; LEITE, F.P.P.; BITTAR, B.F.; OSÉAS, J.M.F.; LIMA, K.C. Fatores associados à multimorbidade em idosos: uma revisão integrativa da literatura. **Revista brasileira de geriatria e gerontologia**, Rio de Janeiro, v.22, n.1, e180154, 2019.
- MELO, N.C.V.; FERREIRA, M.A.M.; TEIXEIRA, K.M.D. Condições de vida dos idosos no brasil: uma análise a partir da renda e nível de escolaridade life conditions of the elderly people in brazil: an analysis based on the income and education level. **Revista Brasileira de Economia Doméstica**, Viçosa, v. 25, n.1, p. 004-019, 2014.
- OCAMPO-CHAPARRO, J.M.; ZAPATA-OSSA H.D.E.; CUBIDES -MUNÉVAR, A.M.; CURCIO, C.L.; VILLEGAS, J.D.; REYES-ORTIZ, C.A. Prevalence of poor self-rated health and associated risk factors among older adults in Cali, Colombia. **Revista Colombiana de Medicina**, v. 44, n. 4, p. 224-231, 2013.



OKURA, Y.; URBAN, L.H.; MAHONEY, D.W.; JACOBSEN, S.J.; RODEHEFFER, R.J. Agreement between self-report questionnaires and medical record data was substantial for diabetes, hypertension, myocardial infarction and stroke but not for heart failure. **Journal of Clinical Epidemiology**, v.57, n. 10, p. 1096-1103, 2004.

OLIVEIRA, A.S. Transição demográfica, transição epidemiológica e envelhecimento Populacional no Brasil. **Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, v. 15, n. 31, p. 69-79, Jun 2019.

OLIVEIRA, T.C.; MEDEIROS, W.R.; LIMA, K.C. Diferenciais de mortalidade por causas nas faixas etárias limítrofes de idosos. **Revista Brasileira de geriatria e gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 85-94, Mar. 2015.

PAGOTTO, V.; BACHIÓ, M.M.; SILVEIRA, E.A. Autoavaliação da saúde por idosos brasileiros: revisão sistemática da literatura. **Revista Panamericana de Salud Publica**, v.33, n. 4, p. 302-310, 2013.

PELAEZ, E.; ACOSTA, L.D.; CARRIZO, E.D. Factores asociados a la autopercepción de salud en adultos mayores, **Revista Cubana de Salud Pública**, v. 41, n. 4, p. 638-648, 2015.

PEREIRA, K.G.; PERES, M.A.; IOP, D.; BOING, A.C.; BOING, A.F.; AZIZ, M. *et al.* Polifarmácia em idosos: um estudo de base populacional. **Revista brasileira de epidemiologia**, São Paulo, v.20, n. 2, p. 335-344, 2017.

PEREZ-FUENTES, M.C.; MOLERO, M.M.; MERCADER, I.; SOLER FLORES, F.J.; BARRAGÁN, A.; CALZADILLA, Y. *et al.* Salud percibida y salud real: prevalencia en las personas mayores de 60 años. **Enfermería universitaria**, México, v. 12, n.2, p. 56-62, jun. 2015.

PINTO, A.H.; LANGE, C.; PASTORE, C.A.; LLANO, P.M.P.; CASTRO, D.P.; SANTOS, F. Capacidade funcional para atividades da vida diária de idosos da Estratégia de Saúde da Família da zona rural. **Ciência e saúde coletiva**, v.21, n.11, p. 3545-3555, 2016.

RAMOS, G.C.F.; CARNEIRO, J.A.; BARBOSA, A.T.F.; MENDONÇA, J.M.G.; CALDEIRA, A.P. Prevalência de sintomas depressivos e fatores associados em idosos no norte de Minas Gerais: um estudo de base populacional. **Jornal brasileiro de psiquiatria**, v. 64, n. 2, p. 122-131, 2015.

SANTOS, E.C.; COUTO, B.M.; BASTONE, A.C. Fatores associados à autoavaliação negativa da saúde em idosos cadastrados nas Unidades Básicas de Saúde. **ABCS Health Sciences**, v. 43, n. 1, p. 47-54, 2018.

SILVA, A.L.; RIBEIRO, A.Q.; KLEIN, C.H.; ACURCIO, F.A. Utilização de medicamentos por idosos brasileiros, de acordo com a faixa etária: um inquérito postal. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 6, p. 1033-1045, 2012.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. VI Diretrizes brasileiras de hipertensão. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia.**, v. 95, n. 1, p. 1-51, 2010.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes: 2013-2014. Organizadores: José Egidio Paulo de Oliveira, Sergio Vencio, São Paulo, **AC Farmacêutica**, 2014.

TOMÁS, M.T.; GALÁN-MERCANT, A.; CARNERO, E.A.; FERNANDES, B. Functional Capacity and Levels of Physical Activity in Aging: A 3-Year Follow-up. **Frontiers in Medicine (Lausanne)**, v. 9, n.4, p. 244, 2018.

VÁZQUEZ, E.B.; NIÑO, J.A.F; GARCIA, C.I.A. Autopercepción de la salud, presencia de comorbilidades y depresión en adultos mayores mexicanos: propuesta y validación de un marco conceptual simple. **Biomédica**, Bogotá, v. 37, supl. 1, p. 92-103, 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Mental health of older adults. 12 December 2017. Acesso: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults>.

XAVIER, H. T.; IZAR, M.C.; FARIA NETO, J.R.; ASSAD, M.H.; ROCHA, V.Z.; SPOSITO, A.C. et al. V Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. São Paulo, v. 101, n. 4, supl. 1, p. 1-20, 2013.

YAZDANYAR, A.; NEWMAN, A.B. The burden of cardiovascular disease in the elderly: morbidity, mortality, and costs. **Clinics in Geriatric Medicine**, v. 25, n. 4, p. 563-577, 2009.

Tabela 1. Prevalência de autoavaliação negativa da saúde segundo as características sociodemográficas e hábitos de vida em idosos. Rio Branco/Acre, Brasil. 2014.

Variáveis	Total		Autoavaliação Negativa da Saúde		p-valor <sup>a</sup>
	N	n	N	%	
<b>Total</b>	<b>23.416</b>	<b>1.016</b>	<b>3.610</b>	<b>15,4</b>	
<b>Idade (anos)</b>					0,081
60-79 anos	20.081	842	2.905	14,5	
80 anos e mais	3.335	174	705	21,2	
<b>Sexo</b>					0,009
Masculino	10.896	418	1.283	11,8	
Feminino	12.520	598	2.327	18,6	
<b>Situação Conjugal*</b>					0,453
Vive em união	9.086	376	1.271	14,0	
Não vive em união	14.172	633	2.277	16,1	
<b>Cor da pele</b>					0,591
Branca	5.614	250	931	16,6	
Não Branca	17.802	766	2.679	15,0	
<b>Escolaridade*</b>					0,001
Ensino médio e superior	3.789	156	299	7,9	
Até o ensino fundamental	19.434	852	3.287	16,9	
<b>Atividade física*</b>					0,003
Sim	3.577	151	293	8,2	
Não	19.839	865	3.317	16,7	
<b>Tabagismo*</b>					0,882
Não fumante	6.763	294	1.020	15,1	
Fumante/ Ex-fumante	16.653	722	2.590	15,6	

\*Perda de informação; <sup>a</sup>Qui-quadrado de Pearson; N = inferência populacional com base no delineamento amostral.

Tabela 2. Prevalência de autoavaliação negativa da saúde segundo condições de saúde, presença de morbidades, multimorbidade, sintomas depressivos e funcionalidade em idosos. Rio Branco/Acre, Brasil, 2014.

Variáveis	Total	Autoavaliação Negativa da Saúde		p-valor <sup>a</sup>
	N	N	%	
<b>Uso de medicação</b>				<0,001
Não	5.871	237	332	5,7
Sim	17.545	779	3.278	18,7
<b>IMC (kg/m<sup>2</sup>)*</b>				0,100
<22	2.789	128	583	20,9
22 a 27	10.042	432	1.292	12,9
>27	9.204	397	1.568	17,0
<b>Obesidade central (CC)*</b>				0,410
CC≤102M ou ≤88F	14.381	610	2.120	14,7
CC>102M ou >88F	7.871	357	1.364	17,3
<b>Internação nos últimos 12 meses*</b>				0,003
Não	18.868	818	2.614	13,9
Sim	3.746	162	823	22,0
<b>Hipertensão arterial*</b>				0,251
Não	5.458	235	1.002	18,4
Sim	17.385	759	2.584	14,9
<b>Diabetes*</b>				0,226
Não	18.843	820	2.740	14,5
Sim	3.834	166	705	18,4
<b>Dislipidemia*</b>				0,930
Não	4.585	198	696	15,2
Sim	18.031	785	2.782	15,4
<b>Morbidades autorreferidas</b>				
<b>Asma/Bronquite</b>				<0,001
Não	21.067	913	2.853	13,5
Sim	2.275	100	725	31,9
<b>Insônia*</b>				0,001
Não	15.333	658	1.904	12,4
Sim	8.039	356	1.706	21,2
<b>Má circulação</b>				0,047
Não	2.018	632	2.018	13,6
Sim	8.437	379	1.518	18,0
<b>Problemas cardíacos*</b>				<0,001
Não	19.843	858	2.547	12,8
Sim	3.245	144	880	27,1
<b>Acidente Vascular Encefálico*</b>				0,513
Não	22.313	967	3.480	15,6
Sim	1.026	46	130	12,7

Continuação tabela 2.

Variáveis	Total	Autoavaliação Negativa da Saúde		p-valor <sup>a</sup>	
	N	N	N		%
<b>Osteoporose*</b>					0,007
Não	19.473	829	2.703	13,9	
Sim	3.453	164	775	22,4	
<b>Depressão (EDG)*</b>					<0,001
Não	15.666	671	1.658	10,6	
Sim	7.558	337	1.908	25,2	
<b>Multimorbidade*</b>					
Não	10.019	419	1.112	11,1	0,002
Sim (≥2)	13.398	597	2.498	18,6	
Não	14.786	627	1.708	11,6	<0,001
Sim (≥3)	8.630	389	1.902	22,0	
<b>AVD*</b>					0,898
Independente	17.539	760	2.684	15,3	
Dependência parcial	4.000	176	584	14,6	
Dependência total	1.771	75	299	16,9	
<b>AIVD</b>					< 0,001
Independente	11.908	490	1.309	11,0	
Dependência parcial	9.079	412	1.657	18,3	

\*Perda de informação; <sup>a</sup>Qui-quadrado de Pearson; N = inferência populacional com base no delineamento amostral.

Tabela 3. Modelo hierárquico da autoavaliação negativa da saúde segundo as variáveis independentes em idosos. Rio Branco/Acre, Brasil, 2014.

Variáveis	OR <sub>Bruta</sub> (IC95%)	OR <sub>Ajust</sub> (IC95%)
<b>Nível distal</b>		
Idade (≥80 vs. 60-79)	1,59 (0,94 – 2,68)	1,47 (0,86 – 2,51)
Sexo (feminino vs. masculino)	1,71 (1,15 - 2,55)	1,72 (1,17 – 2,51)
Escolaridade (até ens. fundamental vs. ≥ ens. médio)	2,37 (1,40 – 4,01)	2,33 (1,37 – 3,97)
<b>Nível Intermediário</b>		
Atividade física (sedentário vs. ativo)	2,25 (1,33 – 3,78)	1,84 (1,08 – 3,14)
IMC (kg/m <sup>2</sup> )		
< 22 vs. 22 – 27	1,79 (1,15 – 2,79)	1,58 (0,99 – 2,52)
> 27 vs. 22 – 27	1,39 (0,87 – 2,22)	1,31 (0,82 – 2,10)
<b>Nível Proximal</b>		
Uso de medicação (sim vs. não)	3,84 (2,11 – 6,98)	3,01 (1,52 – 5,95)
Internação (sim vs. não)	1,75 (1,22 – 2,51)	1,31 (0,83 – 2,09)
Asma/Bronquite (sim vs. não)	2,98 (1,82 – 4,89)	2,74 (1,61 – 4,67)
Insônia (sim vs. não)	1,90 (1,30 – 2,78)	1,80 (1,25 – 2,58)
Má circulação (sim vs. não)	1,39 (1,00 – 1,94)	1,05 (0,76 – 1,45)
Problemas cardíacos (sim vs. não)	2,53 (1,73 – 3,70)	1,77 (1,18 – 2,68)
Osteoporose (sim vs. não)	1,79 (1,18 – 2,74)	1,19 (0,73 – 1,96)

OR = *Odds Ratio*; IC = intervalo de confiança. OR<sub>ajust</sub> = *Odds Ratio* ajustada. Nível distal ajustado pelas variáveis distais entre si; Nível intermediário ajustado pelas variáveis intermediárias entre si e pelas variáveis significativas do nível distal; Nível proximal, ajustado pelas variáveis proximais e pelas variáveis significativas dos níveis distal e intermediário.

Até ens. fundamental = escolaridade até ensino fundamental; ≥ ens. médio = escolaridade maior ou igual ao ensino médio; IMC = Índice de Massa Corporal.

Tabela 4. Análise de regressão logística da presença de multimorbidade, sintomas depressivos e funcionalidade com autoavaliação negativa da saúde em idosos. Rio Branco/Acre, Brasil, 2014.

<b>Variáveis</b>	<b>OR<sub>Bruto</sub> (IC95%) (modelo 1)*</b>	<b>OR<sub>Ajust</sub> (IC95%) (modelo 2)**</b>	<b>OR<sub>Ajust</sub> (IC95%) (modelo 3)***</b>
<b>Depressão (EDG)</b>			
Sim vs. Não	2,85 (1,91 – 4,26)	2,69 (1,85 – 3,93)	2,55 (1,74 – 3,73)
<b>AIVD</b>			
Dependente parcial vs. Independente	1,81 (1,23 – 2,65)	1,71 (1,12 – 2,60)	1,63 (1,06 – 2,51)
Dependente total vs. Independente	2,82 (1,71 – 4,65)	2,64 (1,51 – 4,62)	2,42 (1,40 – 4,17)
<b>Multimorbidade (≥2)</b>			
Sim vs. Não	1,84 (1,26 – 2,68)	1,69 (1,14 – 2,51)	1,73 (1,15 – 2,61)
<b>Multimorbidade (≥3)</b>			
Sim vs. Não	2,16 (1,63 – 2,87)	1,97 (1,44 – 2,72)	1,93 (1,37 – 2,72)

\*modelo 1: bruto; \*\*modelo 2: ajustado por sexo e idade. \*\*\*modelo 3: ajustado por sexo, idade, escolaridade e prática de atividade física.

EDG = escala de depressão geriátrica; AIVD = atividades instrumentais de vida diária.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Nos adultos e idosos de Rio Branco, Acre, os resultados da autoavaliação de saúde refletiram as condições físicas e psicológicas dos indivíduos, sendo uma medida do estado global de saúde capaz de abranger o estado de saúde individual. Medidas de monitoramento das condições físicas e psicológicas devem ser uma constante na atenção à saúde pessoal nos diversos serviços de saúde sendo a autoavaliação da saúde uma importante ferramenta de triagem.

Estratégias precisam ser traçadas afim de favorecer a melhora da percepção das condições de saúde em adultos e idosos, não devendo prender-se a ações voltadas somente para o controle de doenças, mas também para a prevenção de problemas psíquicos. As unidades de saúde devem estar preparadas para os desafios atuais que envolvem muito além de medidas pontuais de avaliação, devem ser holísticas e abrangentes, capazes de perceber a grandiosidade dos seres humanos.

Outros estudos que avaliam as condições subjetivas e objetivas da saúde devem ser incentivados para conhecer as diferenças regionais e melhor problematizar o tema contribuindo, assim para a construção de informações fidedignas sobre como reduzir ou eliminar os fatores associados a autoavaliação negativa da saúde.



## REFERÊNCIAS

ALVES, L.C.; RODRIGUES, R.N. Determinantes da autopercepção de saúde entre idosos do Município de São Paulo, Brasil. **Rev Panam Salud Publica** 2005;17(5/6):333-41.

ALVES, P.C. A experiência da enfermidade: considerações teóricas. **Cad. Saúde Pública**.1993;9(3): 263-71.

AMARAL, T.L.M.; AMARAL C.A.; PORTELA M.C.; MONTEIRO G.T.R.; VASCONCELLOS M.T.L. Estudo das Doenças Crônicas (Edoc): aspectos metodológicos. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 53, n. 8, 2019.

ANDRADE, F.C.D.; MEHTA, J.D. Increasing educational inequalities in self-rated health in Brazil, 1998-2013. **PLoS ONE**. 2018; 13(4): e0196494.<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0196494>

ANTUNES, J.L.F.; PORTO, A.D.; FILHO, I.C.; DUARTEI, Y.A.O.; LEBRÃO, M.L. Desigualdades sociais na autoavaliação de saúde dos idosos da cidade de São Paulo, **Rev. Bras Epidemiol** 2018; 21(suppl2): e180010. supl.2.

ARNE, M.; LUNDIN, F.; BOMAN, G.; JANSON, C.; JANSON, S.; EMTNER, M. Factors associated with good self-rated health and quality of life in subjects with self-reported COPD. **International Journal of COPD** 2011;6 511–51

BARROS, M.B.A.; ZANCHETTA, L.M.; MOURA, E.C.; MALTA, D.C. Auto-avaliação da saúde e fatores associados, Brasil, 2006. **Rev Saude Publica**. 2009 43(supl.2):27-37.

BERGNER, M.; BOBBITT, R.A.; POLLARD, W.E.; MARTIN, D.P.; GILSON, B.S. The sickness impact profile: validation of a health status measure. **Med Care**. 1976 Jan;14(1):57-67.

BEZERRA, P.C.L.; OPITZ, S.P.; KOIFMAN, R.J.; MUNIZ, P.T. Percepção de saúde e fatores associados em adultos: inquérito populacional em Rio Branco, Acre, Brasil, 2007-2008. **Cad. Saúde Pública**. 2011;27(12):2441-2451.

BOARDMAN, J.D. Self-rated health among U.S. adolescents. **J Adolesc Health**. 2006; 38:401-48.

BORIM, F.S.A.; BARROS, M.B.A.; NERI, A.L. Autoavaliação da saúde em idosos: pesquisa de base populacional no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 28(4):769-780, abr, 2012.

BORIM, F.S.A; NERI, A.L.; STOLSES, P.M.; BERGAMO, F.; BARROS, M.B.A. Dimensões da autoavaliação de saúde em idosos **Rev Saúde Pública** 2014;48(5):714-722.

CAICEDO, B.; FERNÁNDEZ, D.B. Salud autorreferida: influencia de la pobreza y la desigualdad del área de residência. **Gac Sanit.** 2015;29(2):97–104.

CARVALHO, A.T.; MALTA, D.C.; BARROS, M.B.A, DE OLIVEIRA, P.N.F.P. Mendonça DMMV, Barros H. Desigualdades na autoavaliação de saúde: uma análise para populações do Brasil e de Portugal. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro; 2015, 31(11):2449-2461.

CLEARY, P.D.; WILSON, P.D.; FOWLER, F.J. **Health – related quality of life in HIV-infected persons: a conceptual model.** In: Dimsdale JE, Baum A, editors. Quality of life in behavioral medicine research. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates; 1995.p. 191-204

COSTA NETO, S.B. **Qualidade de vida dos portadores de câncer de cabeça e pescoço** [Tese de Doutorado]. Brasília: Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília; 2002.

CRAMER, J.A.; SPILKER, B. **Quality of Life and Pharmacoeconomics: An Introduction.** Philadelphia: Lippincott-Raven, 1998.

CREMONESE, C.; BACKES, V.; OLINTO, M.T.A.; DIAS-DA-COSTA, J.S.; PATTUSSI, M.P. Neighborhood sociodemographic and environmental contexts and self-rated health among Brazilian adults: a multilevel study. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 12, p. 2368-2378, 2010.

DACHS, J.; NORBERTO, W.; SANTOS, A.P.R. Auto-avaliação do estado de saúde no Brasil: análise dos dados da PNAD/2003. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 887-894, 2006.

DACHS, J.N.; FERRER, M.; FLOREZ, C.E.; BARROS, A.J.; NARVÁEZ, R.; VALDIVIA, M. Inequalities in health in Latin American and the Caribbean: descriptive and exploratory results for self-reported health problems and health care in twelve countries. **Rev Panam Salud Pública** 2002;11(5-6):335-55.

DACHS, J.N.W. Determinantes das desigualdades na auto-avaliação do estado de saúde no Brasil: análise dos dados da PNAD/1998. **Cienc Saude Coletiva.** 2002;7(4):641-57.

DE BRUIN, A.; PICAIVET, H.S.J.; NOSSIKOV, A. Health interview surveys. **Towards international harmonization of methods and instruments.** Geneve: WHO, Regional Publications European Series No 58; 1996.

DUBOZ, P.; BOËTSCH, G.; GUEYE, L.; MACIA, E. Self-rated health in Senegal: A comparison between urban and rural areas. *PLoS ONE* 12(9):e0184416.

EGAN, M.; KEARNS, A.; MASON, P.; TANNAHILL, C.; BOND, L.; COYLE, J. et al. Protocol for a mixed methods study investigating the impact of investment in housing, regeneration and neighbourhood renewal on the health and wellbeing of residents: the GoWellprogramme. *BMC Medical Research Methodology* 2010, 10:41.

ERIKSSON, I.; UNDEN, A.L.; ELOFSSON, S. Self-rated health. Comparisons between three different measures. Results from a populationstudy. *Int J Epidemiol.* 2001; 30:326–33.

ESPINOZA, I.; OSORIO, P.; TORREJÓN, M.J.; CARRASCO, R.L.; BUNOUT, D. Validación del cuestionario de calidad de vida (WHOQOL-BREF) en adultos mayores chilenos. *Rev Med Chile* 2011; 139: 579-586.

FERREIRA, A.B.H. **Novo Dicionário do Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.

FLECK, M.P.; LOUZADA, S.; XAVIER, M.; CACHAMOVICH, E.; VIEIRA, G.; SANTOS, L. et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida W H O Q O L - b ref. *Rev Saúde Pública* 2000; 34:350-6.

FRANCO, O.H.; KIRKWOOD, T.B.L.; POWELL, J.R.; CATT, M.; GOODWIN, J.; ORDOVAS, J.M. et al. Ten commandments for the future of ageing research in the UK: a vision for action. *BMC geriatrics*. 2007.

FRANKS, P.; GOLD, M.R.; FISCELLA, K. Sociodemographics, self-rated health and mortality in US. *Soc Sci Med*. 2003; 56(12):2505-14.

GARCÍA, C.A.M.S.; MORETTO, M.C.; GUARIENTO, M.E. Associação entre autopercepção de saúde, estado nutricional e qualidade de vida de idosos. *Rev. Ciênc. Méd.* 2018;27(1):11-22.

GILL, T.M.; ALVAN, M.D.; FEINSTEIN, M.D. A critical appraisal of the quality of quality-of-life measurements. *JAMA* 1994; 272:619-26.

GUANAIS, F.; DOUBOVA, S.V.; LESLIE, H.H.; PEREZ- CUEVAS, R.; GARCÕA-ELORRIO, E.; KRUK, M.E. Patient-centered primary care and self-rated health in 6 Latin American and Caribbean countries: Analysis of a public opinion cross-sectional survey. *PLoS Med*; 2018, 15(10): e1002673.

GUI TERAS, A.F.; BAYÉS, R. Desarrollo de un instrumento para la medida de la calidad de vida en enfermedades crónicas. In: Forn M, Anguera MT, organizadores.

Aportaciones recientes a la evaluación psicológica. Barcelona: Universitas; 1993. p. 175-95.

IDLER, E.L.; BENYAMINI, Y. Self-rated health and mortality: A review of twenty-seven community studies. **J Health Soc Behav.** 1997; 38:21-37.

JYLHÄ, M. What is self-rated health and why does it predict mortality? Towards a unified conceptual model. **Soc. Sci Med.** 2009; 69:307-16.

KALFOSS, M.H.; LOW, G.; MOLZAHN, A.E. The suitability of the WHOQOL-BREF for Canadian and Norwegian older adults. **Eur J Ageing** 2008; 5:77-89.

KAPLAN, R.M. Quality of life, resource allocation, and the U.S. Health - care crisis. In: Dimsdale JE, Baum A, editors. Quality of life in behavioral medicine research. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates; 1995. p. 3-30.

LARSON, J.S. The Conceptualization of Health. **Medical Care Research and Review.** 1999; 56(2):123-136.

LIMA-COSTA, M.F. Tendências nas condições de saúde e uso de serviços de saúde entre idosos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (1998, 2003). **Cad. Saúde Pública**, v.23, n.10, p. 2467-2478, 2007.

LIMA-COSTA, M.F.; FIRMO, J.O.A.; UCHÔA, E. A estrutura da auto-avaliação da saúde entre idosos: projeto Bambuí. **Rev Saúde Pública.** 2004; 38: 827-34.

MANDERBACKA, K.; LUNDBERG, O.; MARTIKAINEN, P. Do risk factors and health behaviours contribute to self-ratings of health? **Soc Sci Med.** 1999; 48:1713-20).

MANTOVANI, E.P. **Satisfação com a vida, condições e autoavaliação da saúde entre idosos residentes na comunidade.** Campinas, 2015.

MEIRELES, A.L.; XAVIER, C.C.; ANDRADE, A.C.S.; FRICHE, A.A.L.; PROIETTI, F.A.; CAIAFFA, W.T. Autoavaliação da saúde em adultos urbanos, percepção do ambiente físico e social e relato de comorbidades: Estudo Saúde em Beagá. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 31 Sup:S1-S17, 2015.

MILDESTVEDT, T.; HERIKSTAD, V.V.I.; UNDHEIM, B.; BJORVATN, MELAND, E. Factors associated with self-rated health in primary care. **Scandinavian journal of primary health care** 2018, vol. 36, no. 3, 317–322.

MOLARIUS, A.; BERGLUND, K.; ERIKSSON, C.; LAMBE, M.; NORDSTRÖM, E.; ERIKSSON, H.G. et al. Socioeconomic conditions, lifestyle factors, and self-rated health among men and women in Sweden. **Eur J Public Health.** 2006;17(2):125-33.

MOSSEY, J.M.; SHAPIRO, E. Self-rated health: A predictor of mortality among the elderly. **Am J Public Health**. 1982;72: 800-8.

NERI, A.L.; YASSUDA, M.S.; ARAÚJO, L.F.; EULÁLIO, M.C.; CABRAL, B.E.; SIQUEIRA, M.E.C. et al. Metodologia e perfil sociodemográfico, cognitivo e de fragilidade de idosos comunitários de sete cidades brasileiras: Estudo FIBRA. **Cad Saúde Pública**. 2013; 29(4): 778-792.

NÜTZEL, A.; DAHLHAUS, A.; FUCHS, A.; GENSICHEN, J.; KÖNIG, H.H.; RIEDEL-HELLER, S. et al. Self-rated health in multimorbid older general practice patients: a cross-sectional study in Germany. **BMC Family Practice** 2014, 15:1.

OCAMPO-CHAPARRO, J.M.; ZAPATA-OSSA, H.J.; CUBIDES-MUNÉVAR, A.M.; CURCIO, C.L.; VILLEGAS, J.D.; REYES-ORTIZ, C.A. Prevalence of poor self-rated health and associated risk factors among older adults in Cali, Colombia. **Colomb Med**. 2013; 44(4): 224-231.

OTA, A.; YATSUYA, H.; NISHI, N.; OKUDA, N.; OHKUBO, T.; HAYAKAWA, T. et al. Relationships among Socioeconomic Factors and Self-rated Health in Japanese Adults: NIPPON DATA2010. **J Epidemiol** 2018;28(Suppl 3):S66-S72.

PAGE, R.M.; SUWANTEERANGKUL, J. Self-rated health, psychosocial functioning, and healthrelated behavior among Thai adolescents. **Pediatr Int**. 2009; 51:120–5

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. **Cad. Saúde Pública**. 2013; 29(4):723-734.

PELÁEZ, E.; ACOSTA, L.D.; CARRIZO, E.D. Factores asociados a la autopercepción de salud en adultos mayores. **Revista Cubana de Salud Pública**. 2015;41(4):638-648.

PEREIRA, D.S.; NOGUEIRA, J.A.D.; SILVA, C.A.B. Qualidade de vida e situação de saúde de idosos: um estudo de base Populacional no Sertão Central do Ceará. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, 2015; 18(4):893-908.

PERES, M.A.; MASIERO, A.V.; LONGO, G.Z.; ROCHA, G.; MATOS, I.B.; NAJNIE, K. et al. Self-rated health among adults in Southern Brazil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 5, p. 901-911, 2010.

PEREZ, V.R.; SOUTO, D.; MOTA, J. Walking, body mass index, and self-rated health in a representative sample of Spanish adults. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 32(1):e00166414, jan, 2016.

PÉREZ-FUENTES, M.C.; MOLERO, M.M.; MERCADER, I.; FLORES, F.J.S.; BARRAGÁN, A.; CALZADILLA, Y. et al. Salud percibida y salud real: prevalencia en las personas mayores de 60 años, **Enfermería Universitaria**. 2015;12(2):56---62

RATNER, P.A.; JOHNSON, J.L.; JEFFERY, B. Examining emotional physical, social and spiritual health as determinants of self-rated health status. **Am J Health Promot**. 1998;12(4):275-82.

SADANA, R.; MATHERS, C.D.; LOPEZ, A.D.; MURRAY, C.J.L.; IBURG, K.M. Comparative analyses of more than 50 household surveys on health status. In: Murray CJL, Salomon JA, Mathers CD, Lopez AD. Summary measures of population health: concepts, ethics, measurement and applications. Geneva: WHO; 2002. p.369-86.

SCLIAR, M. História do Conceito de Saúde. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**. 2007;17(1):29-41.

SELVAMANI, Y.; SINGH, P. Socioeconomic patterns of underweight and its association with self-rated health, cognition and quality of life among older adults in India. **PLoS ONE**, 2018; 13(3): e0193979.

SKEVINGTON, S.M. Advancing cross-cultural research on quality of life: observations drawn from the WHOQOL development. **Quality of Life research** 11:135-144, 2002.

SZANTON, S.L.; THORPE, R.J.; BOYD, C. et al. Community aging in place, advancing better living for elders: a bio-behavioral-environmental intervention to improve function and health-related quality of life in disabled older adults. **J Am Geriatr Soc**. 2011;59(12):2314–2320.

SZWARCWALD, C.L.; SOUZA-JÚNIOR, P.R.B.; ESTEVES, M.A.P.; DAMACENA, G.N.; VIACAVAL, F. Socio-demographic determinants of self-rated health in Brazil. **Cad Saúde Pública**. 2005;21(Supl 1):S54-64.

TAVARES, D.M.S.; GOMES, N.C.; DIAS, F.A.; SANTOS, N.M.F. Fatores associados a qualidade de vida de idosos com osteoporose residentes na zona rural. **Esc Anna Nery Rev Enferm** [Internet]. 2012;16(2):371-8.

TRAEBERT, J.; BORTOLUZZI, M.C.; KEHRIG, R.T.. Self-rated health conditions of the adult population, Southern Brazil. *Revista de Saúde Pública, São Paulo*, v. 45, n. 4, p. 789-793, Aug. 2011.

THEME FILHA, M.M.; SZWARCOWALD, C.L.; SOUZA JUNIOR, P.R.B. Medidas de morbidade referida e interrelações com dimensões de saúde. *Rev Saúde Pública* 2008;42(1):73-81.

VARELA, L.; OCAMPO, D.C.; RAMÍREZ, M.C.; RESTREPO, S.L.; LÓPEZ, M.V.; CAÑAVERAL, M.I. Perfil de algunas condiciones psicosociales de un grupo de adultos mayores. **Rev Fac Nac Salud Pública**. 2006; 24(2):37-50.

VASCONCELLOS, L.J. **Autopercepção de saúde e qualidade de vida em adultos e idosos: associação com os determinantes sociais**. Dissertação (Mestrado), Universidade Federal de Minas Gerais, Jul, 2017.

VÁZQUEZ, E.B.; NIÑO, J.A.F.; GARCÍA, C.I.A. Autopercepción de la salud, presencia de comorbilidades y depresión en adultos mayores mexicanos: propuesta y validación de un marco conceptual simple. Escuela de Salud Pública de México, Cuernavaca, México, **Biomédica**, 2017; 37 (Supl.1): 92-113.

VINGILIS, E.R.; WADE, T.J.; SEELEY, J.S. Predictors of adolescent self-rated health. Analysis of the National Population Health Survey. **Can J Public Health**. 2002; 30:193–7.

VUORISALMI, M.; LINTONEN, T.; JYLHÄ, M. Global self-rated health data from a longitudinal study predicted mortality better than comparative self-rated health in old age. 2005. **J Clin Epidemiol**. 2005; 58(7):680-7.

WARE JE. SF-36 Health Survey Update. **Spine**, v. 25, n. 24, 2000.

WHOQOL The group. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. **Soc Sci Med** 1995; 41:1403-10.

WU, S.; WANG, R.; ZHAO, Y.; MA, X.; WU, M.; YAN, X.; HE, J. The relationship between self-rated health and objective health status: a population-based study. **BMC Public Health** 2013, 13:320.

ZAITSU, M.; KAWACHI, I.; ASHIDA, T.; KONDO, K.; KONDO, N. Participation in Community Group Activities Among Older Adults: Is Diversity of Group Membership Associated With Better Self-rated Health?. **J Epidemiol** 2018;28(11):452-457.

ZULLIG, K.J.; VALOIS, R.F.; DRANE, J.W. Adolescent distinctions between quality of life and self-rated health in quality of life research. **Health Qual Life Outcomes**. 2005; 3:64.

## ANEXO A – FORMULÁRIO DE ENTREVISTA DO ADULTO

CODIFICAÇÃO:

A – DADOS SOCIOECONÔMICOS E DEMOGRÁFICOS		Tabulação
1. Nome:		
2. Data de nascimento: ____/____/____	2.1. Qual é a sua idade? ____ anos	
3. Onde você nasceu? Cidade: _____		4. Estado: _____ 5. País: (1) Brasil (2) Outro
6. Em relação a sua cor/raça, o sr(a) se considera...	(1) Branca (4) Indígena (2) Negra (5) Amarela (oriental) (3) Parda (99)NR/NS	
7. Qual seu estado civil atual?	(1) Casado (2) Solteiro (3) Separado/divorciado (4) Viúvo	
7.1 Se viúvo, há quanto tempo? _____(meses)		
8. O sr(a) estudou na escola?	(0) Não (1) Não, mas sabe ler e escrever (2) Ensino fundamental incompleto (3) Ensino fundamental completo (4) Ensino médio incompleto (5) Ensino médio completo (6) Nível superior incompleto (7) Nível superior completo (8) Pós-graduação	
9. Atualmente, o(a) sr(a) está frequentando algum curso/escola ou leva alguém a algum curso/escola? (1) Sim (2) Não ( <i>pule para a questão 10</i> )		
9.1. Para ir ou voltar a este curso ou escola, faz algum trajeto a pé ou de bicicleta? (1) sim, todo o trajeto (2) sim, parte do trajeto (3) não ( <i>pule para a questão 10</i> )		
9.2. Quanto tempo o(a) sr(a) gasta para ir e voltar neste trajeto (a pé ou de bicicleta)? _____		
(1) menos que 10 minutos (2) entre 10 e 19 minutos (3) entre 20 e 29 minutos	(4) entre 30 e 39 minutos (5) entre 40 e 49 minutos (6) entre 50 e 59 minutos (7) 60 minutos ou mais	
10. Nos últimos três meses, o(a) sr(a) trabalhou?	(1) Sim ( <i>pule para a questão 10.2</i> ) (2) Não	
10.1. Se não, por que? ( <i>pule para a questão 11</i> ) (1) Aposentado (2) Pensionista (3) Desempregado (4) Estudante (5) Do lar (6) Não trabalha por problemas de saúde, especificar: _____ (7) Outros: _____		
10.2. Se sim, quantas horas por semana? _____		
10.3. No seu trabalho, o(a) sr.(a) anda bastante a pé? (1) Sim (2) Não (99) NR/NS		



<b>10.4. No seu trabalho, o(a) sr.(a) carrega peso ou faz outra atividade pesada?</b> (1) Sim (2) Não (99) NR/NS		
<b>10.5. Para ir ou voltar ao seu trabalho, faz algum trajeto a pé ou de bicicleta?</b>		
(1) sim, todo o trajeto	(2) sim, parte do trajeto	(3) não (Se não, pule para a questão 11)
<b>10.6. Quanto tempo o(a) sr.(a) gasta para ir e voltar neste trajeto (a pé ou de bicicleta)?</b> _____		
(1) menos que 10 minutos	(4) entre 30 e 39 minutos	
(2) entre 10 e 19 minutos	(5) entre 40 e 49 minutos	
(3) entre 20 e 29 minutos	(6) entre 50 e 59 minutos	
	(7) 60 minutos ou mais	

**11. Sr (a) quais foram suas ocupações ao longo da vida?**

Função	Total em meses ou anos
11.1.	
11.2.	
11.3.	
11.4.	
11.5.	
11.6.	
11.7.	
11.8.	
11.9.	

\* Entrevistador explicar que agentes físicos são: ruídos, temperaturas excessivas, vibrações, pressões anormais, radiações, umidade. Agentes químicos são: substâncias, compostos ou produtos que possam penetrar no organismo pelas vias respiratórias, em forma de poeiras, fumos, névoas, neblinas, gases ou vapores nocivos à saúde. E que os agentes biológicos são: microrganismos capazes de provocar dano à saúde humana.

**12. Durante suas atividades de trabalho ou em casa já teve contato com alguma dessas substâncias ou metal pesado...**

Substância	Tipo de contato	Tempo de exposição (dias por mês por quantos anos)
<b>11.1. Poeira de madeira</b> (ex. madeireira, fabricação de móveis)	(1) Pele (2) Inalação (3) Roupas (4) Ingestão (5) Nunca (99) NR/NS	____ dias por mês por ____ anos.
<b>11.2. Poeira de cerâmica</b> (ex. cerâmicas estruturais, louças, refratários)	(1) Pele (2) Inalação (3) Roupas (4) Ingestão (5) Nunca (99) NR/NS	____ dias por mês por ____ anos.
<b>11.3. Poeira de vidro</b> (ex. vidraçaria)	(1) Pele (2) Inalação (3) Roupas	____ dias por mês por ____ anos.

	(4) Ingestão (5)Nunca (99) NR/NS	
<b>11.4. Tintas</b> (ex. pintor)	(1) Pele (2) Inalação (3) Roupa (4) Ingestão (5)Nunca (99) NR/NS	___ dias por mês por ___ anos.
<b>11.5. Resinas</b> (ex. pedreiro, dentista)	(1) Pele (2) Inalação (3) Roupa (4) Ingestão (5)Nunca (99) NR/NS	___ dias por mês por ___ anos.
<b>11.6. Solvente</b> (ex. pintor, manicure, trabalho com indústria de plásticos, borrachas, limpeza a seco)	(1) Pele (2) Inalação (3) Roupa (4) Ingestão (5)Nunca (99) NR/NS	___ dias por mês por ___ anos.
<b>11.7. Combustíveis/Lubrificante</b> (ex. frentista, mecânicos)	(1) Pele (2) Inalação (3) Roupa (4) Ingestão (5)Nunca (99) NR/NS	___ dias por mês por ___ anos.
<b>11.8. Inseticidas, pesticidas e herbicidas</b> (ex. agricultores, pecuaristas, agrônomos)	(1) Pele (2) Inalação (3) Roupa (4) Ingestão (5)Nunca (99) NR/NS	___ dias por mês por ___ anos.
<b>11.9. Cádmi</b> o (ex. pintores, trabalhos em galvanoplastia, fábrica de baterias, mecânica, artesanato)	(1) Pele (2) Inalação (3) Roupa (4) Ingestão (5)Nunca (99) NR/NS	___ dias por mês por ___ anos.
<b>11.10. Mercúrio</b> (ex. mineradores, extração de ouro)	(1) Pele (2) Inalação (3) Roupa (4) Ingestão (5)Nunca (99) NR/NS	___ dias por mês por ___ anos.
<b>11.11. Chumbo</b> (ex. pintores, fundição, frentista)	(1) Pele (2) Inalação (3) Roupa (4) Ingestão (5)Nunca (99) NR/NS	___ dias por mês por ___ anos.

B – HÁBITOS DE VIDA			
ATIVIDADE FÍSICA			Tabulação
<b>12. Nos últimos três meses, o(a) sr(a) praticou algum tipo de exercício físico ou esporte?</b> (1) Sim (2) Não <i>(pule para a questão 17)</i> <i>*Entrevistador não deve ser considerado fisioterapia como prática de exercício físico ou esporte.</i>			
<b>13. Qual o tipo principal de exercício físico ou esporte que o(a) sr(a) praticou nos últimos três meses?</b>			
(1) Caminhada <i>(não considerar o deslocamento para trabalho)</i> (2) Caminhada em esteira	(7) Hidroginástica (8) Ginástica em geral (alongamento, pilates, ioga)	(11) Bicicleta (12) Futebol (13) Basquetebol	

(3) Corrida (4) Corrida em esteira (5) Musculação (6) Ginástica aeróbica (spinning, step, jump)	(9) Natação (10) Artes marciais e luta (jiu-jitsu, caratê, judô)	(14) Voleibol (15) Tênis (16) Outros. Qual? _____ –	
<b>14. O(A) sr(a) pratica o exercício pelo menos uma vez por semana?</b> (1) Sim (2) Não ( <i>pule para a questão 17</i> )			
<b>15. Em quantos dias por semana o(a) sr(a) costuma praticar exercício físico ou esporte?</b> _____			
(1) 1 a 2 dias por semana (2) 3 a 4 dias por semana	(3) 5 a 6 dias por semana (4) todos os dias da semana		
<b>16. No dia em que o(a) sr(a) pratica exercício ou esporte, quanto tempo dura essa atividade?</b> _____			
(1) menos que 10 minutos (2) entre 10 e 19 minutos (3) entre 20 e 29 minutos	(4) entre 30 e 39 minutos (5) entre 40 e 49 minutos (6) entre 50 e 59 minutos (7) 60 minutos ou mais		
<b>17. Quem costuma fazer a faxina da sua casa?</b> (1) eu sozinho ( <i>pule para a questão 18</i> )      (2) eu e outra pessoa      (3) outra pessoa ( <i>pule para a questão 18</i> )			
<b>17.1. A parte mais pesada da faxina fica com:</b> (1) o(a) sr.(a) ou      (2) outra pessoa      (3) ambos			
<b>18. Em média, quantas horas por dia o(a) sr(a) costuma ficar assistindo à televisão?</b>			
(1) menos de 1 hora (2) entre 1 e 2 horas (3) entre 2 e 3 horas (4) entre 3 e 4 horas	(5) entre 4 e 5 horas (6) entre 5 e 6 horas (7) mais de 6 horas (8) não assiste à televisão		

TABAGISMO		Tabulação
<b>19. Atualmente, o(a) sr(a) fuma?</b> (1) sim, diariamente ( <i>pule para a questão 20</i> ) (2) sim, mas não diariamente ( <i>pule para a questão 20.A</i> )      (3) não ( <i>pule para a questão 23</i> )		
<b>20. Quantos cigarros o(a) sr(a) fuma por dia?</b> _____		
(1) 1–4 (2) 5–9 (3) 10–14	(4) 15–19 (5) 20–29 (6) 30–39 (7) 40 ou +	

<b>20.A. Quantos cigarros o(a) sr(a) fuma por semana?</b> _____ <i>(apenas para os que marcaram a opção 2 da questão 19)</i>		
(1) 1–4 (2) 5–9 (3) 10–14	(4) 15–19 (5) 20–29 (6) 30–39 (7) 40 ou +	
<b>21. Que idade o(a) sr(a) tinha quando começou a fumar regularmente?</b> <i>(Só aceita ≥5 anos de idade e menor ou igual a idade atual)</i> _____ anos (99) NR/NS		
<b>22. O(A) sr(a) já tentou parar de fumar?</b> (1) sim <i>(pule para a questão 27)</i> (2) não <i>(pule para a questão 27)</i>		
<b>23. No passado, o(a) sr(a) já fumou?</b> (1) sim, diariamente (2) sim, mas não diariamente (3) não <i>(pule para a questão 25) *(ou pule para a questão 27 se mora sozinho e não trabalha) (ou pule para a questão 26 se mora sozinho e trabalha)</i>		
<b>24. Que idade o(a) sr(a) tinha quando parou de fumar?</b> <i>(Só aceita se for entre os anos que começou a fumar e a idade atual)</i> _____ anos (99) NR/NS		
<b>25. Alguma das pessoas que moram com o(a) sr(a) costuma fumar dentro de casa?</b> (1) sim (2) não (3) NR/NS		
<i>Entrevistador somente fazer essa pergunta para quem trabalha</i>		
<b>26. Algum colega do trabalho costuma fumar no mesmo ambiente onde o(a) sr(a) trabalha?</b> (1) sim (2) não (99) NR/NS		

ETILISMO		Fabulação
<b>27. Atualmente, o(a) sr(a) costuma consumir bebida alcoólica?</b> (1) sim (2) não <i>(pule para a questão 32)</i> (99) NR/NS <i>(pule para a questão 31)</i>		
<b>28. Com que frequência o(a) sr(a) costuma consumir bebida alcoólica?</b>		
(1) 1 a 2 dias por semana (2) 3 a 4 dias por semana (3) 5 a 6 dias por semana	(4) todos os dias (inclusive sábado e domingo) (5) menos de 1 dia por semana (6) menos de 1 dia por mês <i>(pule para a questão 31)</i>	
<i>Entrevistador somente fazer essa pergunta para homens</i>		
<b>29.A. Nos últimos 30 dias, o sr(a) chegou a consumir 5 ou mais doses de bebida alcoólica em uma única ocasião?</b> <i>(5 doses de bebida alcoólica seriam 5 latas de cerveja, 5 taças de vinho ou 5 doses de cachaça, whisky ou qualquer outra bebida alcoólica destilada)</i> (1) sim <i>(pule para questão 30)</i> (2) não <i>(pule para a questão 31)</i>		
<i>Entrevistador somente fazer essa pergunta para mulheres</i>		
<b>29.B. Nos últimos 30 dias, a sr(a) chegou a consumir 4 ou mais doses de bebida alcoólica em uma única ocasião?</b> <i>(4 doses de bebida alcoólica seriam 4 latas de cerveja, 4 taças de vinho ou 4 doses de cachaça, whisky ou qualquer outra bebida alcoólica destilada)</i> (1) sim (2) não <i>(pule para a questão 31)</i>		

30. Em quantos dias do mês isto ocorreu?		
(1) em um único dia no mês	(5) em 5 dias	
(2) em 2 dias	(6) em 6 dias	
(3) em 3 dias	(7) em 7 ou mais dias	
(4) em 4 dias	(99) NR/NS	

QUESTIONÁRIO DE FREQUÊNCIA ALIMENTAR		Tabulação
31. O(A) sr(a) mudou seus hábitos alimentares recentemente ou está fazendo dieta para emagrecer ou por qualquer outro motivo?		
(1) Não	(5) Sim, para redução de sal	
(2) Sim, para perda de peso	(6) Sim, para redução de colesterol	
(3) Sim, por orientação médica	(7) Sim, para ganho de peso	
(4) Sim, para dieta vegetariana ou redução do consumo de carne	(8) Outro motivo. Especificar: _____	
32. O(A) sr(a) está tomando algo para suplementar sua dieta (vitaminas, minerais e outros produtos)?		
(1) não	(2) sim, regularmente	(3) sim, mas não regularmente
<p><i>Entrevistador leia para o entrevistado as seguintes orientações:</i></p> <p><i>As questões seguintes relacionam-se ao seu hábito alimentar usual no PERÍODO DE UM ANO.</i></p> <p><i>Entrevistador explique que para cada resposta, deverá ser descrita a frequência que melhor descreva QUANTAS VEZES o(a) sr(a) costuma comer cada item e a respectiva UNIDADE DE TEMPO (se por dia, por semana, por mês ou no ano). Depois responda qual a sua PORÇÃO INDIVIDUAL USUAL em relação à porção média indicada.</i></p> <p><i>ENTREVISTADOR MARQUE SOMENTE UM CÍRCULO PARA CADA COLUNA. Muitos grupos de alimentos incluem exemplos. Eles são sugestões e você pode consumir todos os itens indicados. Se você não come ou raramente come um determinado ítem, preencha o círculo da primeira coluna (N=nunca come).</i></p> <p><b>ENTREVISTADOR NÃO DEIXE ITENS EM BRANCO.</b></p>		
Grupo de alimentos	33. Com que frequência você costuma comer?	34. Qual o tamanho de sua porção em relação à porção média?
	33.A. Quantas vezes você come:	33.B. Unidade
	Número de vezes: 1, 2, 3, etc. (N = nunca ou raramente comeu no último ano)	D=por dia S=por semana M=por mês A=por ano
Alimentos e preparação		34.A. Porção média (M) Porção média (M) de referência
		34.B. Sua porção P =menor que M M =igual à M G =maior que a M E =bem maior que a M
<b>SOPAS E MASSAS</b>		

Sopas (de legumes, canja, creme, etc)	(N) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)	(D) (S) (M) (A)	1 concha média (150g)	(P) (M) (G) (E)	
Salgados fritos (pastel, coxinha, rissólis, bolinho)	(N) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)	(D) (S) (M) (A)	1 unidade grande (80g)	(P) (M) (G) (E)	
Salgados assados (esfiha, bauruzinho, torta)	(N) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)	(D) (S) (M) (A)	2 unidades ou 2 pedaços médios (140g)	(P) (M) (G) (E)	
Macarrão com molho sem carne	(N) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)	(D) (S) (M) (A)	1 prato raso (200g)	(P) (M) (G) (E)	
Macarrão com molho com carne, lasanha, nhoque	(N) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)	(D) (S) (M) (A)	1 escumadeira ou um pedaço pequeno (110g)	(P) (M) (G) (E)	
Pizza, panqueca	(N) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)	(D) (S) (M) (A)	2 fatias pequenas ou duas unidades (180g)	(P) (M) (G) (E)	
Polenta cozida ou frita	(N) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)	(D) (S) (M) (A)	2 colheres de sopa ou 2 fatias pequenas (70g)	(P) (M) (G) (E)	
<b>CARNES E PEIXES</b>					
Carne de boi (bife, cozida, assada), miúdos, vísceras	(N) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)	(D) (S) (M) (A)	1 bife médio ou 2 pedaços (100g)	(P) (M) (G) (E)	
Carne de porco (lombo, bisteca)	(N) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)	(D) (S) (M) (A)	1 fatia média (100g)	(P) (M) (G) (E)	
Carne seca, carne de sol, bacon	(N) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)	(D) (S) (M) (A)	2 pedaços pequenos (40g)	(P) (M) (G) (E)	
Linguiça	(N) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)	(D) (S) (M) (A)	1 gomo médio (60g)	(P) (M) (G) (E)	
Embutidos (presunto, mortadela, salsicha)	(N) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)	(D) (S) (M) (A)	2 fatias médias (30g)	(P) (M) (G) (E)	
Frango (cozido, frito, grelhado, assado)	(N) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)	(D) (S) (M) (A)	1 pedaço ou 1 filé pequeno (60g)	(P) (M) (G) (E)	
Hambúrguer, nuggets, almôndega	(N) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)	(D) (S) (M) (A)	1 unidade média (60g)	(P) (M) (G) (E)	
Peixe (cozido, frito, assado) e frutos do mar	(N) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)	(D) (S) (M) (A)	1 filé pequeno ou 1 posta pequena (100g)	(P) (M) (G) (E)	

<b>LEITE E DERIVADOS</b>				
Leite – tipo: (1) integral (2) desnatado (3) semidesnatado	(N) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)	(D) (S) (M) (A)	1/2 copo requeijão (125 ml)	(P) (M) (G) (E)
logurte - tipo: (1) natural (2) com frutas	(N) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)	(D) (S) (M) (A)	1 unidade pequena (140g)	(P) (M) (G) (E)
Queijo muçarela, prato, parmesão, provolone	(N) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)	(D) (S) (M) (A)	1 1/2 fatias grossas (30g)	(P) (M) (G) (E)
Queijo minas, ricota	(N) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)	(D) (S) (M) (A)	1 fatia média (30g)	(P) (M) (G) (E)
<b>LEGUMINOSAS E OVOS</b>				
Ovo (cozido, frito)	(N) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)	(D) (S) (M) (A)	1 unidade (50g)	(P) (M) (G) (E)
Feijão (carioca, roxo, preto, verde)	(N) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)	(D) (S) (M) (A)	1 concha média (86g)	(P) (M) (G) (E)
Lentilha, ervilha seca, grão de bico, soja	(N) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)	(D) (S) (M) (A)	1 colher de servir (35g)	(P) (M) (G) (E)
Feijoada, feijão tropeiro	(N) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)	(D) (S) (M) (A)	1 concha média (210g)	(P) (M) (G) (E)
<b>ARROZ E TUBÉRCULOS</b>				
Arroz branco ou integral cozido com óleo e temperos	(N) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)	(D) (S) (M) (A)	2 escumadeiras médias (120g)	(P) (M) (G) (E)
Batata frita ou mandioca frita	(N) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)	(D) (S) (M) (A)	2 colheres de servir cheias (100g)	(P) (M) (G) (E)
Batata, mandioca, inhame (cozida ou assada), purê	(N) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)	(D) (S) (M) (A)	1 escumadeira cheia (90g)	(P) (M) (G) (E)
Salada de maionese com legumes	(N) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)	(D) (S) (M) (A)	3 colheres de sopa (90g)	(P) (M) (G) (E)
Farinha de mandioca, farofa,	(N) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)	(D) (S) (M) (A)	3 colheres de sopa (40g)	(P) (M) (G) (E)

cuscuz, aveia, tapioca					
<b>VERDURAS E LEGUMES</b>					
Alface	(N) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)	(D) (S) (M) (A)	3 folhas médias (30g)	(P) (M) (G) (E)	
Tomate	(N) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)	(D) (S) (M) (A)	3 fatias médias (40g)	(P) (M) (G) (E)	
Cenoura	(N) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)	(D) (S) (M) (A)	1 colher de sopa (25g)	(P) (M) (G) (E)	
Outros legumes (abobrinha, berinjela, chuchu, pepino)	(N) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)	(D) (S) (M) (A)	1 colher de sopa cheia (30g)	(P) (M) (G) (E)	
Outras verduras cruas (acelga, rúcula, agrião)	(N) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)	(D) (S) (M) (A)	1 prato de sobremesa (38g)	(P) (M) (G) (E)	
Outras verduras cozidas (acelga, espinafre, escarola, couve)	(N) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)	(D) (S) (M) (A)	1 colher de servir (30g)	(P) (M) (G) (E)	
Brócolis, couve-flor, repolho	(N) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)	(D) (S) (M) (A)	1 ramo ou 2 colheres de sopa (30g)	(P) (M) (G) (E)	
<b>MOLHOS E TEMPEROS</b>					
Óleo, azeite ou vinagrete para tempero de salada	(N) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)	(D) (S) (M) (A)	1 fio (5ml)	(P) (M) (G) (E)	
Maionese, molho para salada, patê, chantilly	(N) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)	(D) (S) (M) (A)	1 colher de chá (4g)	(P) (M) (G) (E)	
Sal para tempero de salada	(N) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)	(D) (S) (M) (A)	1 pitada (0,35g)	(P) (M) (G) (E)	
Condimentos	(N) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)	(D) (S) (M) (A)	1 pitada (0,35g)	(P) (M) (G) (E)	
<b>FRUTAS</b>					
Laranja, tangerina, abacaxi	(N) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)	(D) (S) (M) (A)	1 unidade média ou 1 fatia grande (180g)	(P) (M) (G) (E)	
Banana	(N) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)	(D) (S) (M) (A)	1 unidade média (86g)	(P) (M) (G) (E)	



Maçã, pêra	(N) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)	(D) (S) (M) (A)	1 unidade média (110g)	(P) (M) (G) (E)	
Melão, melancia	(N) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)	(D) (S) (M) (A)	1 fatia média (150g)	(P) (M) (G) (E)	
Mamão	(N) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)	(D) (S) (M) (A)	1 fatia média ou ½ unidade média (160g)	(P) (M) (G) (E)	
Goiaba	(N) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)	(D) (S) (M) (A)	1 unidade grande (225g)	(P) (M) (G) (E)	
Abacate	(N) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)	(D) (S) (M) (A)	2 colheres de sopa cheias (90g)	(P) (M) (G) (E)	
<b>BEBIDAS</b>					
Suco natural	(N) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)	(D) (S) (M) (A)	1/2 copo americano (80ml)	(P) (M) (G) (E)	
Suco industrializado	(N) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)	(D) (S) (M) (A)	1 copo de requeijão (240ml)	(P) (M) (G) (E)	
Café ou chá sem açúcar	(N) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)	(D) (S) (M) (A)	2 xícaras de café (90ml)	(P) (M) (G) (E)	
Café ou chá com açúcar	(N) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)	(D) (S) (M) (A)	2 xícaras de café (90ml)	(P) (M) (G) (E)	
Refrigerante (1) comum (2) diet/light	(N) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)	(D) (S) (M) (A)	1 copo de requeijão (240ml)	(P) (M) (G) (E)	
Cerveja	(N) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)	(D) (S) (M) (A)	2 latas	(P) (M) (G) (E)	
<b>PÃES E BISCOITOS</b>					
Pão francês, pão de forma, integral, pão doce, torrada	(N) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)	(D) (S) (M) (A)	1 unidade ou 2 fatias (50g)	(P) (M) (G) (E)	
Biscoito sem recheio (doce, salgado)	(N) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)	(D) (S) (M) (A)	4 unidades (24g)	(P) (M) (G) (E)	
Biscoito recheado, waffer, amanteigado	(N) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)	(D) (S) (M) (A)	3 unidades (41g)	(P) (M) (G) (E)	
Bolo (simples, recheado)	(N) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)	(D) (S) (M) (A)	1 fatia média (60g)	(P) (M) (G) (E)	
Manteiga ou margarina passada no pão (1) comum	(N) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)	(D) (S) (M) (A)	3 pontas de faca (15g)	(P) (M) (G) (E)	

(2) light					
Sanduíche (cachorro-quente, hambúrguer)	(N) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)	(D) (S) (M) (A)	2 unidades simples (220g)	(P) (M) (G) (E)	
<b>DOCES E SOBREMESA</b>					
Chocolate, bombom, brigadeiro	(N) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)	(D) (S) (M) (A)	1 barra pequena (25g)	(P) (M) (G) (E)	
Achocolatado em pó (adicionado leite)	(N) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)	(D) (S) (M) (A)	2 colheres de sopa (25g)	(P) (M) (G) (E)	
Sobremesas, doces, tortas e pudins	(N) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)	(D) (S) (M) (A)	1 pedaço ou 1 fatia média (60g)	(P) (M) (G) (E)	
Açúcar, mel, geléia	(N) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)	(D) (S) (M) (A)	1/2 colher de sopa (6g)	(P) (M) (G) (E)	

<b>C – ANTECEDENTES FAMILIARES DE PRIMEIRO GRAU</b>		Tabulação
<i>* Entrevistador explicar que parentes de primeiro grau são os pais, irmãos, filhos e cônjuge)</i>		
<b>35. Existe alguém na sua família com diagnóstico médico de hipertensão (pressão alta)?</b>	(1) Sim (2) Não (99) NR/NS	
<b>36. Existe alguém na sua família com diagnóstico médico de diabetes (açúcar no sangue)?</b>	(1) Sim (2) Não (99) NR/NS	
<b>37. Existe alguém na sua família com diagnóstico médico de doença renal crônica (que faz ou fez hemodiálise)?</b>	(1) Sim (2) Não (99) NR/NS	
<b>38. Existe alguém na sua família com excesso de peso?</b>	(1) Sim (2) Não (99) NR/NS	
<b>39. Existe alguém na sua família que teve diagnóstico médico de derrame cerebral (Acidente Vascular Encefálico)?</b>	(1) Sim (2) Não (99) NR/NS	
<b>40. Existe alguém na sua família com diagnóstico médico de gordura no sangue (dislipidemia, colesterol alto)?</b>	(1) Sim (2) Não (99) NR/NS	
<b>41. Alguém na sua família teve diagnóstico médico de ataque do coração (Infarto ou Angina)?</b>	(1) Sim (2) Não (99) NR/NS	

<b>D– CONDIÇÃO DE SAÚDE</b>		Tabulação
<b>42. Em geral, diria que sua saúde é:</b>	(1)Muito boa (2)Boa (3)Regular (4)Ruim (5)Muito ruim	
<b>43. Comparando sua saúde de hoje com a de 12 meses atrás, diria que sua saúde está:</b>	(1)Melhor (2)Igual (3)Pior (99)NR/NS	

44. Comparando a sua saúde com a de outras pessoas da sua idade, você diria que sua saúde é:	(1)Melhor (2)Igual (3)Pior (99)NR/NS					
<b>DORES FÍSICASE ESTADO FÍSICO (GBB-24)</b>						<b>Tabulação</b>
<i>Entrevistador leia essa instrução ao entrevistado: “As perguntas que se seguem dizem respeito a um conjunto de diferentes tipos de sinais e sintomas. Por favor, considere cada um destes sinais ou sintomas e diga quanto desconforto lhe causam.”</i>						
45. Sofre de alguma destas dores ou queixas?	<b>Absolutamente nada</b>	<b>Pouco</b>	<b>Moderado</b>	<b>Bastante</b>	<b>Muitíssimo</b>	
45.1. Fraqueza/debilidade física	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	
45.2. Batimentos de coração fortes, rápidos ou irregulares	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	
45.3. Pressão ou peso no estômago	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	
45.4. Muita necessidade de dormir	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	
45.5. Dores nas articulações ou membros	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	
45.6. Tonturas	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	
45.7. Dores nas costas	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	
45.8. Dores no pescoço ou nos ombros	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	
45.9. Vômitos	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	
45.10. Náusea/Enjoo	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	
45.11. Sensação de aperto, asfixia, ou inchaço na garganta	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	
45.12. Arrotos	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	
45.13. Azia	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	
45.14. Dores de cabeça	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	
45.15. Tendência a cansar-se rapidamente	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	
45.16. Fadiga	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	
45.17. Sensação de dormência	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	
45.18. Peso ou cansaço nas pernas	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	
45.19. Cansaço	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	
45.20. Pontadas, dores contínuas no peito	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	
45.21. Dores de estômago	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	
45.22. Ataques de falta de ar	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	

<b>45.23. Pressão na cabeça</b>	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	
<b>45.24. Palpitações súbitas no coração</b>	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	
<b>HISTÓRIA PATOLÓGICA</b>						<b>Tabulação</b>
<b>46. Alguma vez o(a) senhor(a) já foi diagnosticado por algum médico com:</b>	a) Bronquite ou chiadeira no peito	(1) Sim (2) Não (3) Já teve (99) NS/NS				
	b) Asma	(1) Sim (2) Não (3) Já teve (99) NS/NS				
	c) Psoríase	(1) Sim (2) Não (3) Já teve (99) NS/NS				
	d) Hipertensão (Pressão alta)	(1) Sim (2) Não (3) Já teve (99) NS/NS				
	e) Má circulação (varizes)	(1) Sim (2) Não (3) Já teve (99) NS/NS				
	f) Diabetes (açúcar alto no sangue)	(1) Sim (2) Não (3) Já teve (99) NS/NS				
	g) Obesidade (acima do peso)	(1) Sim (2) Não (3) Já teve (99) NS/NS				
	h) AVC (derrame)	(1) Sim (2) Não (3) Já teve (99) NS/NS				
	i) Infecção Urinária	(1) Sim (2) Não (3) Já teve (99) NS/NS				
	j) Urolitíase (pedra nos rins)	(1) Sim (2) Não (3) Já teve (99) NS/NS				
	k) Cálculo biliar (pedra na vesícula)	(1) Sim (2) Não (3) Já teve (99) NS/NS				
	l) Amigdalite (infecção de garganta)	(1) Sim (2) Não (3) Já teve (99) NS/NS				
	m) Insônia (problema para dormir)	(1) Sim (2) Não (3) Já teve (99) NS/NS				
	n) Infarto/Angina (ataque do coração)	(1) Sim (2) Não (3) Já teve (99) NS/NS				
o) Artrite / artrose	(1) Sim (2) Não (3) Já teve (99) NS/NS					
p) Osteoporose	(1) Sim (2) Não (3) Já teve (99) NS/NS					
q) Tendinite/LER	(1) Sim (2) Não (3) Já teve (99) NS/NS					

	r) Doença renal crônica (faz hemodiálise)	(1) Sim (2) Não (3) Já teve (99) NS/NS	
	s) ICC (insuficiência cardíaca, coração grande ou fraco)	(1) Sim (2) Não (3) Já teve (99) NS/NS	
	t) Problemas cardíacos (arritmias, fibrilação)	(1) Sim (2) Não (3) Já teve (99) NS/NS	
	u) Anemia. Qual tipo? _____	(1) Sim (2) Não (3) Já teve (99) NS/NS	
	v) Doença autoimune (Lúpus, artrite reumatoide)	(1) Sim (2) Não (3) Já teve (99) NS/NS	
	w) Hepatite. Qual tipo? _____	(1) Sim (2) Não (3) Já teve (99) NS/NS	
	x) Cirrose/Hepatocarcinoma	(1) Sim (2) Não (3) Já teve (99) NS/NS	
	y) Dislipidemia (gordura no sangue)	(1) Sim (2) Não (3) Já teve (99) NS/NS	
	<i>Somente para mulheres</i> z) Ovário policístico	(1) Sim (2) Não (3) Já teve (99) NS/NS	
	z.1) Depressão	(1) Sim (2) Não (3) Já teve (99) NS/NS	
	z.2) Câncer	(1) Sim (2) Não (3) Já teve (99) NS/NS	
47.1. Em caso de câncer, qual?		_____	
48. O(A) sr(sra) possui alguma outra doença que não mencionei?		(1) Sim. Qual? _____ (2) Não	
49. Utiliza alguma medicação:	(1) Sim (2) Não (pule para a questão 50)	49.1. Se sim, para qual (is) doença (s): _____ _____ _____	
Entrevistador, se possível, pedir para ver a receita ou a embalagem do medicamento.			
49.2. Se sim, quais os medicamentos, dose e frequência?			
Medicamento (princípio ativo)		Dose (ex. 2cp de 25 mg)	Frequência
1.			(1) 1/dia(2) 2 /dia

		(3) 3 /dia (4) mais de 3/dia
2.		(1) 1/dia(2) 2 /dia (3) 3 /dia (4) mais de 3/dia
3.		(1) 1/dia(2) 2 /dia (3) 3 /dia (4) mais de 3/dia
4.		(1) 1/dia(2) 2 /dia (3) 3 /dia (4) mais de 3/dia
5.		(1) 1/dia(2) 2 /dia (3) 3 /dia (4) mais de 3/dia
6.		(1) 1/dia(2) 2 /dia (3) 3 /dia (4) mais de 3/dia
7.		(1) 1/dia(2) 2 /dia (3) 3 /dia (4) mais de 3/dia
8.		(1) 1/dia(2) 2 /dia (3) 3 /dia (4) mais de 3/dia
9.		(1) 1/dia(2) 2 /dia (3) 3 /dia (4) mais de 3/dia
10.		(1) 1/dia(2) 2 /dia (3) 3 /dia (4) mais de 3/dia
11.		(1) 1/dia(2) 2 /dia (3) 3 /dia (4) mais de 3/dia
12.		(1) 1/dia(2) 2 /dia (3) 3 /dia (4) mais de 3/dia
<b>Entrevistador em caso de mais medicamentos escreva na mesma sequência ao final do formulário.</b>		

**50. O(A) sr(a) já usou algum dos medicamentos que vou citar de forma contínua por um período de um mês ou mais?**

<b>Medicamento (princípio ativo)</b>	<b>Por quanto tempo tomou este medicamento (meses ou anos)?</b>	<b>Por qual motivo (doença) utilizou esse medicamento?</b>
<b>50.1. Antibióticos (aminoglicosídeos, sulfonamidas, anfotericina B, polimixina, bacitracina, rifampina, cefaloridina, metilicina, ácido aminossalicílico, pentamidina)</b>	_____ meses _____ anos	

50.2. Indutores de imunocomplexos (penicilamina, captopril, sais de ouro)	_____ meses _____ anos		
50.3. Imunossupressores e drogas antineoplásicas (ciclosporina, cisplatina, metotrexate, nitrosuréias), usados no tratamento de câncer	_____ meses _____ anos		
50.4. Anti-inflamatórios não-esteróides (aspirina, diclofenaco, Piroxicam, fenilbutazona, dipirona, paracetamol, nimesulida e ibuprofeno)	_____ meses _____ anos		
50.5. Bloqueador de H2 (ranitidina)	_____ meses _____ anos		
50.6. Anticonvulsivante (remédio para convulsão, ataque, epilepsia)	_____ meses _____ anos		
50.7. Antidepressivos/ansiolíticos (medicamentos para ansiedade e/ou depressão)	_____ meses _____ anos		
51. O(A) Sr(a) utilizou algum serviço de saúde nos últimos seis meses:	(1) Sim (2) Não (pule para a questão 52)		
<i>Entrevistador pode assinalar mais de um item.</i> 51.1. Se precisou procurar um serviço de saúde, utilizou:	(1) Hospital (2) Emergência (3) Clínica/ambulatório (4) Unidade de saúde, centro de saúde/PSF (5) Outros, especificar: _____		
51.2. Como o sr(a) avalia o serviço de saúde onde foi atendido?	(1) Muito ruim (2) Ruim (3) Nem ruim nem bom (4) Bom (5) Muito bom		
52. O sr(a) foi internado em algum hospital nos últimos doze meses?	(1) Sim, uma vez (2) Sim, duas vezes (3) Sim, três vezes (4) Sim, mais de três vezes (5) Não (99) NR/NS		
52.1 Se sim, qual o motivo da internação?	_____		

<b>Entrevistador informe que agora vamos falar como o(a) sr(sra) se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. Assim o(a) sr(a) deve escolher a opção que melhor representa seus sentimentos.</b>						
	<b>Muito ruim</b>	<b>Ruim</b>	<b>Nem ruim nem boa</b>	<b>Boa</b>	<b>Muito boa</b>	
<b>53.1. Como você avalia a sua qualidade de vida?</b>	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	
	<b>Muito insatisfeito</b>	<b>Insatisfeito</b>	<b>Nem satisfeito nem insatisfeito</b>	<b>Satisfeito</b>	<b>Muito satisfeito</b>	
<b>53.2. Quão satisfeito (a) você está com a sua saúde?</b>	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	
<i>Entrevistador leia: As questões seguintes são sobre <u>o quanto</u> você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.</i>						
	<b>Nada</b>	<b>Muito pouco</b>	<b>Mais ou menos</b>	<b>Bastante</b>	<b>Extremamente</b>	
<b>53.3. Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?</b>	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	
<b>53.4. O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?</b>	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	
<b>53.5. O quanto você aproveita a vida?</b>	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	
<b>53.6. Em que medida você acha que sua vida tem sentido?</b>	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	
<b>53.7. O quanto você consegue se concentrar?</b>	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	
<b>53.8. Quão seguro (a) você se sente em sua vida diária?</b>	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	
<b>53.9. Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulhos, poluição, atrativos)</b>	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	
<i>Entrevistador leia: As questões seguintes perguntam sobre <u>quão completamente</u> você tem se sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.</i>						
	<b>Nada</b>	<b>Muito pouco</b>	<b>Médio</b>	<b>Muito</b>	<b>Completamente</b>	



53.10. Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	
53.11. Você é capaz de aceitar sua aparência física?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	
53.12. Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	
53.13. Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	
53.14. Em que medida você tem oportunidades de atividades de lazer?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	
<i>Entrevistador leia: As questões seguintes perguntam sobre <u>quão bem ou satisfeito</u> você se sentiu a respeito de vários aspectos na sua vida nas últimas duas semanas.</i>						
	<b>Muito ruim</b>	<b>Ruim</b>	<b>Nem ruim nem bom</b>	<b>Bom</b>	<b>Muito bom</b>	
53.15. Quão bem você é capaz de se locomover?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	
	<b>Muito insatisfeito</b> o	<b>Insatisfeito</b> o	<b>Nem satisfeito nem insatisfeito</b>	<b>Satisfeito</b> o	<b>Muito satisfeito</b> o	
53.16. Quão satisfeito (a) você está com o seu sono?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	
53.17. Quão satisfeito (a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	
53.18. Quão satisfeito (a) você está com sua capacidade para o trabalho?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	
53.19. Quão satisfeito (a) você está consigo mesmo?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	
53.20. Quão satisfeito (a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	
53.21. Quão satisfeito (a) você está com sua vida sexual?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	
53.22. Quão satisfeito (a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	

<b>53.23. Quão satisfeito (a) você está com as condições do local onde mora?</b>	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	
<b>53.24. Quão satisfeito (a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?</b>	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	
<b>53.25. Quão satisfeito (a) você está com o seu meio de transporte?</b>	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	
<i>Entrevistador leia: A questão seguinte refere-se <u>acom que frequência</u> você sentiu ou experimentou certa coisa nas últimas duas semanas</i>						
	<b>Nunca</b>	<b>Algumas vezes</b>	<b>Frequent e-mente</b>	<b>Muito frequente -mente</b>	<b>Sempre</b>	
<b>53.26. Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?</b>	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	

**Observações:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## ANEXO B – FORMULÁRIO DE ENTREVISTA DO IDOSO

CODIFICAÇÃO:

A – DADOS SOCIOECONÔMICOS E DEMOGRÁFICOS		Tabulação
<b>Nome:</b>		
<b>1. Data de nascimento:</b> ____/____/____	<b>2. Qual é a sua idade?</b> ____ anos	
<b>3. Onde você nasceu?</b> Cidade:	<b>4. Estado:</b>	<b>5. País:</b>
<b>6. Em relação a sua cor/raça, o sr(a) se considera...</b>	(1) Branca (2) Negra (3) Parda	(4) Indígena (5) Amarela (oriental) (99)NR/NS
<b>7. Qual seu estado civil atual?</b>	(1) Casado (2) Solteiro (3) Separado/divorciado (4) Viúvo	
<b>7.1 Se viúvo, há quanto tempo?</b> ____ (meses)		
<b>8. O sr(a) estudou na escola?</b>	(0) Não (1) Não, mas sabe ler e escrever (2) Ensino fundamental incompleto (3) Ensino fundamental completo	(4) Ensino médio incompleto (5) Ensino médio completo (6) Nível superior incompleto (7) Nível superior completo (8) Pós-graduação
<b>9. Atualmente, o(a) sr(a) está frequentando algum curso/escola ou leva alguém a algum curso/escola?</b> (1) Sim (2) Não ( <i>pule para a questão 10</i> )		
<b>9.1. Para ir ou voltar a este curso ou escola, faz algum trajeto a pé ou de bicicleta?</b> (1) sim, todo o trajeto (2) sim, parte do trajeto (3) não ( <i>pule para a questão 10</i> )		
<b>9.2. Quanto tempo o(a) sr(a) gasta para ir e voltar neste trajeto (a pé ou de bicicleta)?</b> _____		
(1) menos que 10 minutos (2) entre 10 e 19 minutos (3) entre 20 e 29 minutos	(4) entre 30 e 39 minutos (5) entre 40 e 49 minutos (6) entre 50 e 59 minutos (7) 60 minutos ou mais	
<b>10. Nos últimos três meses, o(a) sr(a) trabalhou?</b>	(1) Sim ( <i>pule para a questão 10.2</i> ) (2) Não	
<b>10.1. Se não, por que?</b> ( <i>pule para a questão 11</i> ) (1) Aposentado (2) Pensionista (3) Desempregado (4) Estudante (5) Do lar (6) Não trabalha por problemas de saúde, especificar: _____ (7) Outros: _____		
<b>10.2. Se sim, quantas horas por semana?</b> _____		
<b>10.3. No seu trabalho, o(a) sr.(a) anda bastante a pé?</b> (1) Sim (2) Não (99) NR/NS		

<b>10.4. No seu trabalho, o(a) sr.(a) carrega peso ou faz outra atividade pesada?</b> (1) Sim (2) Não (99) NR/NS		
<b>10.5. Para ir ou voltar ao seu trabalho, faz algum trajeto a pé ou de bicicleta?</b> (1) sim, todo o trajeto (2) sim, parte do trajeto (3) não (Se não, pule para a questão 11)		
<b>10.6. Quanto tempo o(a) sr.(a) gasta para ir e voltar neste trajeto (a pé ou de bicicleta)?</b> _____		
(1) menos que 10 minutos (2) entre 10 e 19 minutos (3) entre 20 e 29 minutos	(4) entre 30 e 39 minutos (5) entre 40 e 49 minutos (6) entre 50 e 59 minutos (7) 60 minutos ou mais	
<b>11. Sr (a) quais foram suas ocupações ao longo da vida?</b>		
<b>Função</b>	<b>Total em meses ou anos</b>	
11.1.		
11.2.		
11.3.		
11.4.		
11.5.		
11.6.		
11.7.		
11.8.		
11.9.		
11.10.		
<b>12. Durante suas atividades de trabalho ou em casa já teve contato com alguma dessas substâncias ou metal pesado...</b>		
<b>Substância</b>	<b>Tipo de contato</b>	<b>Tempo de exposição (dias por mês por quantos anos)</b>
11.1. <b>Poeira de madeira</b> (ex. madeireira, fabricação de móveis)	(1) Pele (2) Inalação (3) Roupa (4) Ingestão (5)Nunca (99) NR/NS	____ dias por mês por ____ anos.
11.2. <b>Poeira de cerâmica</b> (ex. cerâmicas estruturais, louças, refratários)	(1) Pele (2) Inalação (3) Roupa (4) Ingestão (5)Nunca (99) NR/NS	____ dias por mês por ____ anos.
11.3. <b>Poeira de vidro</b> (ex. vidraçaria)	(1) Pele (2) Inalação (3) Roupa (4) Ingestão (5)Nunca (99) NR/NS	____ dias por mês por ____ anos.

<b>11.4. Tintas</b> (ex. pintor)	(1) Pele (2) Inalação (3) Roupa (4) Ingestão (5)Nunca (99) NR/NS	___dias por mês por___anos.
<b>11.5. Resinas</b> (ex. pedreiro, dentista)	(1) Pele (2) Inalação (3) Roupa (4) Ingestão (5)Nunca (99) NR/NS	___dias por mês por___anos.
<b>11.6. Solvente</b> (ex. pintor, manicure, trabalho com indústria de plásticos, borrachas, limpeza a seco)	(1) Pele (2) Inalação (3) Roupa (4) Ingestão (5)Nunca (99) NR/NS	___dias por mês por___anos.
<b>11.7. Combustíveis/Lubrificante</b> (ex. frentista, mecânicos)	(1) Pele (2) Inalação (3) Roupa (4) Ingestão (5)Nunca (99) NR/NS	___dias por mês por___anos.
<b>11.8. Inseticidas, pesticidas e herbicidas</b> (ex. agricultores, pecuaristas, agrônomos)	(1) Pele (2) Inalação (3) Roupa (4) Ingestão (5)Nunca (99) NR/NS	___dias por mês por___anos.
<b>11.9. Cádmi</b> o (ex. pintores, trabalhos em galvanoplastia, fábrica de baterias, mecânica, artesanato)	(1) Pele (2) Inalação (3) Roupa (4) Ingestão (5)Nunca (99) NR/NS	___dias por mês por___anos.
<b>11.10. Mercúrio</b> (ex. mineradores, extração de ouro)	(1) Pele (2) Inalação (3) Roupa (4) Ingestão (5)Nunca (99) NR/NS	___dias por mês por___anos.
<b>11.11. Chumbo</b> (ex. pintores, fundição, frentista)	(1) Pele (2) Inalação (3) Roupa (4) Ingestão (5)Nunca (99) NR/NS	___dias por mês por___anos.

### B – HÁBITOS DE VIDA

B – HÁBITOS DE VIDA			Tabulação
<b>ATIVIDADE FÍSICA</b>			
<b>12. Nos últimos três meses, o(a) sr(a) praticou algum tipo de exercício físico ou esporte?</b> (1) Sim (2) Não <i>(pule para a questão 17)</i> <i>*Entrevistador não deve ser considerado fisioterapia como prática de exercício físico ou esporte.</i>			
<b>13. Qual o tipo principal de exercício físico ou esporte que o(a) sr(a) praticou nos últimos três meses?</b>			
(1) Caminhada <i>(não considerar o deslocamento para trabalho)</i> (2) Caminhada em esteira (3) Corrida (4) Corrida em esteira	(7) Hidroginástica (8) Ginástica em geral (alongamento, pilates, ioga) (9) Natação	(11) Bicicleta (12) Futebol (13) Basquetebol (14) Voleibol (15) Tênis	

(5) Musculação (6) Ginástica aeróbica (spinning, step, jump)	(10) Artes marciais e luta (jiu-jitsu, caratê, judô)	(16) Outros. Qual? _____ –	
<b>14. O(A) sr(a) pratica o exercício pelo menos uma vez por semana?</b> (1) Sim (2) Não <i>(pule para a questão 17)</i>			
<b>15. Em quantos dias por semana o(a) sr(a) costuma praticar exercício físico ou esporte?</b> _____			
(1) 1 a 2 dias por semana (2) 3 a 4 dias por semana	(3) 5 a 6 dias por semana (4) todos os dias da semana		
<b>16. No dia em que o(a) sr(a) pratica exercício ou esporte, quanto tempo dura essa atividade?</b> _____			
(1) menos que 10 minutos (2) entre 10 e 19 minutos (3) entre 20 e 29 minutos	(4) entre 30 e 39 minutos (5) entre 40 e 49 minutos (6) entre 50 e 59 minutos (7) 60 minutos ou mais		
<b>17. Quem costuma fazer a faxina da sua casa?</b> (1) eu sozinho <i>(pule para a questão 18)</i> (2) eu e outra pessoa      (3) outra pessoa <i>(pule para a questão 18)</i>			
<b>17.1. A parte mais pesada da faxina fica com:</b> (1) o(a) sr.(a) ou      (2) outra pessoa      (3) ambos			
<b>18. Em média, quantas horas por dia o(a) sr(a) costuma ficar assistindo à televisão?</b>			
(1) menos de 1 hora (2) entre 1 e 2 horas (3) entre 2 e 3 horas (4) entre 3 e 4 horas	(5) entre 4 e 5 horas (6) entre 5 e 6 horas (7) mais de 6 horas (8) não assiste à televisão		

<b>18.A. ESCALA DE AVD – ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA – MODIFICADO DE KATZ</b>			Tabulação
<i>Entrevistador peça para o entrevistado julgar as afirmativas em sim e não.</i>			
Atividade	Independente	Resposta	
1. Banho	Não recebe ajuda ou somente recebe ajuda para uma parte do corpo	(1) Sim (2) Não	
2. Vestir-se	Pega as roupas e se veste sem qualquer ajuda, exceto para amarrar os sapatos.	(1) Sim (2) Não	
3. Higiene Pessoal	Vai ao banheiro, usa o banheiro, veste-se e retorna sem qualquer ajuda (pode usar o andador ou bengala)	(1) Sim (2) Não	
4. Transferência	Consegue deitar na cama, sentar na cadeira e levantar sem ajuda (pode usar andador ou bengala)	(1) Sim (2) Não	
5. Continência	Controla completamente urina e fezes	(1) Sim (2) Não	

6. Alimentação	Coma sem ajuda(exceto para cortar carne ou passar manteiga no pão)	(1) Sim (2) Não	
<b>18.B. ESCALA AIVD - ATIVIDADES INSTRUMENTAIS DA VIDA DIÁRIA</b>			
1. O(A) sr(a) consegue usar o telefone?	(1) sem ajuda(2) com ajuda parcial (3) não consegue		
2. O(A) sr(a) consegue ir a locais distantes, usando algum transporte, sem necessidade de planejamentos especiais ?	(1) sem ajuda(2) com ajuda parcial (3) não consegue		
3. O(A) sr(a) consegue fazer compras?	(1) sem ajuda(2) com ajuda parcial (3) não consegue		
4. O(A) sr(a) consegue preparar suas próprias refeições?	(1) sem ajuda(2) com ajuda parcial (3) não consegue		
5. O(A) sr(a) consegue arrumar a casa?	(1) sem ajuda(2) com ajuda parcial (3) não consegue		
6. O(A) sr(a) consegue fazer os trabalhos manuais domésticos, como pequenos reparos?	(1) sem ajuda(2) com ajuda parcial (3) não consegue		
7. O(A) sr(a) consegue lavar e passar a sua própria roupa?	(1) sem ajuda(2) com ajuda parcial (3) não consegue		
8. O(A) sr(a) consegue tomar seus remédios na dose certa horário certo?	(1) sem ajuda(2) com ajuda parcial (3) não consegue		
9. O(A) sr(a) consegue cuidar de suas finanças?	(1) sem ajuda(2) com ajuda parcial (3) não consegue		

<b>TABAGISMO</b>		<b>Tabulação</b>
<b>19. Atualmente, o(a) sr(a) fuma?</b> (1) sim, diariamente ( <i>pule para a questão 20</i> ) (2) sim, mas não diariamente ( <i>pule para a questão 20.A</i> ) (3) não ( <i>pule para a questão 23</i> )		
<b>20. Quantos cigarros o(a) sr(a) fuma por dia?</b> _____		
(1) 1-4 (2) 5-9 (3) 10-14	(4) 15-19 (5) 20-29 (6) 30-39 (7) 40 ou +	
<b>20.A. Quantos cigarros o(a) sr(a) fuma por semana?</b> _____ ( <i>apenas para os que marcaram a opção 2 da questão 19</i> )		
(1) 1-4 (2) 5-9 (3) 10-14	(4) 15-19 (5) 20-29 (6) 30-39 (7) 40 ou +	

<b>21. Que idade o(a) sr(a) tinha quando começou a fumar regularmente? (Só aceita <math>\geq 5</math> anos de idade e menor ou igual a idade atual) _____ anos</b> (99) NR/NS	
<b>22. O(A) sr(a) já tentou parar de fumar?</b> (1) sim (pule para a questão 27)(2) não (pule para a questão 27)	
<b>23. No passado, o(a) sr(a) já fumou?</b> (1) sim, diariamente (2) sim, mas não diariamente (3) não (pule para a questão 25) *(ou pule para a questão 27 se mora sozinho e não trabalha) (ou pule para a questão 26 se mora sozinho e trabalha)	
<b>24. Que idade o(a) sr(a) tinha quando parou de fumar? (Só aceita se for entre os anos que começou a fumar e a idade atual) _____ anos</b> (99) NR/NS	
<b>25. Alguma das pessoas que moram com o(a) sr(a) costuma fumar dentro de casa?</b> (1) sim (2) não (3) NR/NS	
<i>Entrevistador somente fazer essa pergunta para quem trabalha</i>	
<b>26. Algum colega do trabalho costuma fumar no mesmo ambiente onde o(a) sr(a) trabalha?</b> (1) sim (2) não (99) NR/NS	

<b>ETILISMO</b>	<b>Tabulação</b>
<b>27. Atualmente, o(a) sr(a) costuma consumir bebida alcoólica?</b> (1) sim (2) não (pule para a questão 31) (99) NR/NS (pule para a questão 31)	
<b>28. Com que frequência o(a) sr(a) costuma consumir bebida alcoólica?</b>	
(1) 1 a 2 dias por semana (2) 3 a 4 dias por semana (3) 5 a 6 dias por semana (4) todos os dias (inclusive sábado e domingo) (5) menos de 1 dia por semana (6) menos de 1 dia por mês (pule para a questão 31)	
<i>Entrevistador somente fazer essa pergunta para homens</i>	
<b>29.A. Nos últimos 30 dias, o sr(a) chegou a consumir 5 ou mais doses de bebida alcoólica em uma única ocasião? (5 doses de bebida alcoólica seriam 5 latas de cerveja, 5 taças de vinho ou 5 doses de cachaça, whisky ou qualquer outra bebida alcoólica destilada)</b> (1) sim (pule para questão 30) (2) não (pule para a questão 31)	
<i>Entrevistador somente fazer essa pergunta para mulheres</i>	
<b>29.B. Nos últimos 30 dias, a sr(a) chegou a consumir 4 ou mais doses de bebida alcoólica em uma única ocasião? (4 doses de bebida alcoólica seriam 4 latas de cerveja, 4 taças de vinho ou 4 doses de cachaça, whisky ou qualquer outra bebida alcoólica destilada)</b> (1) sim (2) não (pule para a questão 31)	
<b>30. Em quantos dias do mês isto ocorreu?</b>	
(1) em um único dia no mês (2) em 2 dias (3) em 3 dias (4) em 4 dias (5) em 5 dias (6) em 6 dias (7) em 7 ou mais dias (99) NR/NS	





Salgados assados (esfiha, bauruzinho, torta)	(N) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)	(D) (S) (M) (A)	2 unidades ou 2 pedaços médios (140g)	(P) (M) (G) (E)	
Macarrão com molho sem carne	(N) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)	(D) (S) (M) (A)	1 prato raso (200g)	(P) (M) (G) (E)	
Macarrão com molho com carne, lasanha, nhoque	(N) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)	(D) (S) (M) (A)	1 escumadeira ou um pedaço pequeno (110g)	(P) (M) (G) (E)	
Pizza, panqueca	(N) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)	(D) (S) (M) (A)	2 fatias pequenas ou duas unidades (180g)	(P) (M) (G) (E)	
Polenta cozida ou frita	(N) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)	(D) (S) (M) (A)	2 colheres de sopa ou 2 fatias pequenas (70g)	(P) (M) (G) (E)	
<b>CARNES E PEIXES</b>					
Carne de boi (bife, cozida, assada), miúdos, vísceras	(N) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)	(D) (S) (M) (A)	1 bife médio ou 2 pedaços (100g)	(P) (M) (G) (E)	
Carne de porco (lombo, bisteca)	(N) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)	(D) (S) (M) (A)	1 fatia média (100g)	(P) (M) (G) (E)	
Carne seca, carne de sol, bacon	(N) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)	(D) (S) (M) (A)	2 pedaços pequenos (40g)	(P) (M) (G) (E)	
Linguiça	(N) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)	(D) (S) (M) (A)	1 gomo médio (60g)	(P) (M) (G) (E)	
Embutidos (presunto, mortadela, salsicha)	(N) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)	(D) (S) (M) (A)	2 fatias médias (30g)	(P) (M) (G) (E)	
Frango (cozido, frito, grelhado, assado)	(N) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)	(D) (S) (M) (A)	1 pedaço ou 1 filé pequeno (60g)	(P) (M) (G) (E)	
Hambúrguer, nuggets, almôndega	(N) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)	(D) (S) (M) (A)	1 unidade média (60g)	(P) (M) (G) (E)	
Peixe (cozido, frito, assado) e frutos do mar	(N) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)	(D) (S) (M) (A)	1 filé pequeno ou 1 posta pequena (100g)	(P) (M) (G) (E)	
<b>LEITE E DERIVADOS</b>					
Leite – tipo: (1) integral (2) desnatado (3) semidesnatado	(N) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)	(D) (S) (M) (A)	1/2 copo requeijão (125ml)	(P) (M) (G) (E)	

logurte - tipo: (1) natural (2) com frutas	(N) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)	(D) (S) (M) (A)	1 unidade pequena (140g)	(P) (M) (G) (E)	
Queijo muçarela, prato, parmesão, provolone	(N) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)	(D) (S) (M) (A)	1 1/2 fatias grossas (30g)	(P) (M) (G) (E)	
Queijo minas, ricota	(N) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)	(D) (S) (M) (A)	1 fatia média (30g)	(P) (M) (G) (E)	
<b>LEGUMINOSAS E OVOS</b>					
Ovo (cozido, frito)	(N) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)	(D) (S) (M) (A)	1 unidade (50g)	(P) (M) (G) (E)	
Feijão (carioca, roxo, preto, verde)	(N) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)	(D) (S) (M) (A)	1 concha média (86g)	(P) (M) (G) (E)	
Lentilha, ervilha seca, grão de bico, soja	(N) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)	(D) (S) (M) (A)	1 colher de servir (35g)	(P) (M) (G) (E)	
Feijoada, feijão tropeiro	(N) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)	(D) (S) (M) (A)	1 concha média (210g)	(P) (M) (G) (E)	
<b>ARROZ E TUBÉRCULOS</b>					
Arroz branco ou integral cozido com óleo e temperos	(N) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)	(D) (S) (M) (A)	2 escumadeiras médias (120g)	(P) (M) (G) (E)	
Batata frita ou mandioca frita	(N) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)	(D) (S) (M) (A)	2 colheres de servir cheias (100g)	(P) (M) (G) (E)	
Batata, mandioca, inhame (cozida ou assada), purê	(N) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)	(D) (S) (M) (A)	1 escumadeira cheia (90g)	(P) (M) (G) (E)	
Salada de maionese com legumes	(N) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)	(D) (S) (M) (A)	3 colheres de sopa (90g)	(P) (M) (G) (E)	
Farinha de mandioca, farofa, cuscuz, aveia, tapioca	(N) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)	(D) (S) (M) (A)	3 colheres de sopa (40g)	(P) (M) (G) (E)	
<b>VERDURAS E LEGUMES</b>					
Alface	(N) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)	(D) (S) (M) (A)	3 folhas médias (30g)	(P) (M) (G) (E)	
Tomate	(N) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)	(D) (S) (M) (A)	3 fatias médias (40g)	(P) (M) (G) (E)	
Cenoura	(N) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)	(D) (S) (M) (A)	1 colher de sopa (25g)	(P) (M) (G) (E)	

Outros legumes (abobrinha, berinjela, chuchu, pepino)	(N) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)	(D) (S) (M) (A)	1 colher de sopa cheia (30g)	(P) (M) (G) (E)	
Outras verduras cruas (acelga, rúcula, agrião)	(N) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)	(D) (S) (M) (A)	1 prato de sobremesa (38g)	(P) (M) (G) (E)	
Outras verduras cozidas (acelga, espinafre, escarola, couve)	(N) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)	(D) (S) (M) (A)	1 colher de servir (30g)	(P) (M) (G) (E)	
Brócolis, couve-flor, repolho	(N) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)	(D) (S) (M) (A)	1 ramo ou 2 colheres de sopa (30g)	(P) (M) (G) (E)	
<b>MOLHOS E TEMPEROS</b>					
Óleo, azeite ou vinagre para tempero de salada	(N) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)	(D) (S) (M) (A)	1 fio (5ml)	(P) (M) (G) (E)	
Maionese, molho para salada, patê, chantilly	(N) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)	(D) (S) (M) (A)	1 colher de chá (4g)	(P) (M) (G) (E)	
Sal para tempero de salada	(N) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)	(D) (S) (M) (A)	1 pitada (0,35g)	(P) (M) (G) (E)	
Condimentos	(N) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)	(D) (S) (M) (A)	1 pitada (0,35g)	(P) (M) (G) (E)	
<b>FRUTAS</b>					
Laranja, tangerina, abacaxi	(N) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)	(D) (S) (M) (A)	1 unidade média ou 1 fatia grande (180g)	(P) (M) (G) (E)	
Banana	(N) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)	(D) (S) (M) (A)	1 unidade média (86g)	(P) (M) (G) (E)	
Maçã, pêra	(N) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)	(D) (S) (M) (A)	1 unidade média (110g)	(P) (M) (G) (E)	
Melão, melancia	(N) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)	(D) (S) (M) (A)	1 fatia média (150g)	(P) (M) (G) (E)	
Mamão	(N) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)	(D) (S) (M) (A)	1 fatia média ou ½ unidade média (160g)	(P) (M) (G) (E)	
Goiaba	(N) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)	(D) (S) (M) (A)	1 unidade grande (225g)	(P) (M) (G) (E)	
Abacate	(N) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)	(D) (S) (M) (A)	2 colheres de sopa cheias (90g)	(P) (M) (G) (E)	
<b>BEBIDAS</b>					

Suco natural	(N) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)	(D) (S) (M) (A)	1/2 copo americano (80ml)	(P) (M) (G) (E)	
Suco industrializado	(N) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)	(D) (S) (M) (A)	1 copo de requeijão (240ml)	(P) (M) (G) (E)	
Café ou chá sem açúcar	(N) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)	(D) (S) (M) (A)	2 xícaras de café (90ml)	(P) (M) (G) (E)	
Café ou chá com açúcar	(N) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)	(D) (S) (M) (A)	2 xícaras de café (90ml)	(P) (M) (G) (E)	
Refrigerante (1) comum (2) diet/light	(N) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)	(D) (S) (M) (A)	1 copo de requeijão (240ml)	(P) (M) (G) (E)	
Cerveja	(N) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)	(D) (S) (M) (A)	2 latas	(P) (M) (G) (E)	
<b>PÃES E BISCOITOS</b>					
Pão francês, pão de forma, integral, pão doce, torrada	(N) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)	(D) (S) (M) (A)	1 unidade ou 2 fatias (50g)	(P) (M) (G) (E)	
Biscoito sem recheio (doce, salgado)	(N) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)	(D) (S) (M) (A)	4 unidades (24g)	(P) (M) (G) (E)	
Biscoito recheado, waffer, amanteigado	(N) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)	(D) (S) (M) (A)	3 unidades (41g)	(P) (M) (G) (E)	
Bolo (simples ou recheado)	(N) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)	(D) (S) (M) (A)	1 fatia média (60g)	(P) (M) (G) (E)	
Manteiga ou margarina passada no pão (1) comum (2) light	(N) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)	(D) (S) (M) (A)	3 pontas de faca (15g)	(P) (M) (G) (E)	
Sanduíche (cachorro-quente, hambúrguer)	(N) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)	(D) (S) (M) (A)	2 unidades simples (220g)	(P) (M) (G) (E)	
<b>DOCES E SOBREMESA</b>					
Chocolate, bombom, brigadeiro	(N) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)	(D) (S) (M) (A)	1 barra pequena (25g)	(P) (M) (G) (E)	
Achocolatado em pó (adicionado leite)	(N) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)	(D) (S) (M) (A)	2 colheres de sopa (25g)	(P) (M) (G) (E)	
Sobremesas, doces, tortas e pudins	(N) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)	(D) (S) (M) (A)	1 pedaço ou 1 fatia média (60g)	(P) (M) (G) (E)	

Açúcar, mel, geleia	(N) (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)	(D) (S) (M) (A)	1/2 colher de sopa (6g)	(P) (M) (G) (E)	
---------------------	---	-----------------	-------------------------	-----------------	--

<b>C – ANTECEDENTES FAMILIARES DE PRIMEIRO GRAU</b>		Tabulação
<i>Entrevistador explicar que parentes de primeiro grau são os pais, irmãos, filhos e cônjuge.</i>		
35. Existe alguém na sua família com diagnóstico médico de hipertensão (pressão alta)?	(1) Sim (2) Não (99) NR/NS	
36. Existe alguém na sua família com diagnóstico médico de diabetes (açúcar no sangue)?	(1) Sim (2) Não (99) NR/NS	
37. Existe alguém na sua família com diagnóstico médico de doença renal crônica (que faz ou fez hemodiálise)?	(1) Sim (2) Não (99) NR/NS	
38. Existe alguém na sua família com excesso de peso?	(1) Sim (2) Não (99) NR/NS	
39. Existe alguém na sua família que teve diagnóstico médico de derrame cerebral (Acidente Vascular Encefálico)?	(1) Sim (2) Não (99) NR/NS	
40. Existe alguém na sua família com diagnóstico médico de gordura no sangue (dislipidemia, colesterol alto)?	(1) Sim (2) Não (99) NR/NS	
41. Alguém na sua família teve diagnóstico médico de ataque do coração (Infarto ou Angina)?	(1) Sim (2) Não (99) NR/NS	

<b>D– CONDIÇÃO DE SAÚDE</b>		Tabulação				
42. Como o(a) senhor(a) avalia sua própria saúde atual: diria que sua saúde é:	(1)Muito boa (2)Boa (3)Regular (4)Ruim (5)Muito ruim					
43. Comparando sua saúde de hoje com a de 12 meses atrás, diria que sua saúde está:	(1)Melhor (2)Igual (3)Pior (99)NR/NS					
44. Comparando a sua saúde com a de outras pessoas da sua idade, você diria que sua saúde é:	(1)Melhor (2)Igual (3)Pior (99)NR/NS					
<b>DORES FÍSICAS E ESTADO FÍSICO (GBB-24)</b>						
<i>Entrevistador leia essa instrução ao entrevistado: “As perguntas que se seguem dizem respeito a um conjunto de diferentes tipos de sinais e sintomas. Por favor, considere cada um destes sinais ou sintomas e diga quanto desconforto lhe causam”</i>						
45. Sofre de alguma destas dores ou queixas?	Absolutamente nada	Pouco	Moderado	Bastante	Muitíssimo	
45.1. Fraqueza/debilidade física	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	
45.2. Batimentos de coração fortes, rápidos ou irregulares	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	

45.3. Pressão ou peso no estômago	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	
45.4. Muita necessidade de dormir	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	
45.5. Dores nas articulações ou membros	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	
45.6. Tonturas	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	
45.7. Dores nas costas	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	
45.8. Dores no pescoço ou nos ombros	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	
45.9. Vômitos	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	
45.10. Náusea/Enjoo	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	
45.11. Sensação de aperto, asfixia, ou inchaço na garganta	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	
45.12. Arrotos	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	
45.13. Azia	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	
45.14. Dores de cabeça	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	
45.15. Tendência a cansar-se rapidamente	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	
45.16. Fadiga	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	
45.17. Sensação de dormência	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	
45.18. Peso ou cansaço nas pernas	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	
45.19. Cansaço	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	
45.20. Pontadas, dores contínuas no peito	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	
45.21. Dores de estômago	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	
45.22. Ataques de falta de ar	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	
45.23. Pressão na cabeça	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	
45.24. Palpitações súbitas no coração	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	

HISTÓRIA PATOLÓGICA			Tabulação
46. Alguma vez o(a) senhor(a) já foi diagnosticado por algum médico com:	a) Bronquite ou chiadeira no peito	(1) Sim (2) Não (3) Já teve (99) NS/NS	
	b) Asma	(1) Sim (2) Não (3) Já teve (99) NS/NS	
	c) Psoríase	(1) Sim (2) Não (3) Já teve (99) NS/NS	
	d) Hipertensão (Pressão alta)	(1) Sim (2) Não (3) Já teve (99) NS/NS	
	e) Má circulação (varizes)	(1) Sim (2) Não (3) Já teve (99) NS/NS	

f) Diabetes (açúcar alto no sangue)	(1) Sim (2) Não (3) Já teve (99) NS/NS	
g) Obesidade (acima do peso)	(1) Sim (2) Não (3) Já teve (99) NS/NS	
h) AVC (derrame)	(1) Sim (2) Não (3) Já teve (99) NS/NS	
i) Infecção Urinária	(1) Sim (2) Não (3) Já teve (99) NS/NS	
j) Urolitíase (pedra nos rins)	(1) Sim (2) Não (3) Já teve (99) NS/NS	
k) Cálculo biliar (pedra na vesícula)	(1) Sim (2) Não (3) Já teve (99) NS/NS	
l) Amigdalite (infecção de garganta)	(1) Sim (2) Não (3) Já teve (99) NS/NS	
m) Insônia (problema para dormir)	(1) Sim (2) Não (3) Já teve (99) NS/NS	
n) Infarto/Angina (ataque do coração)	(1) Sim (2) Não (3) Já teve (99) NS/NS	
o) Artrite / artrose	(1) Sim (2) Não (3) Já teve (99) NS/NS	
p) Osteoporose	(1) Sim (2) Não (3) Já teve (99) NS/NS	
q) Tendinite/LER	(1) Sim (2) Não (3) Já teve (99) NS/NS	
r) Doença renal crônica (faz hemodiálise)	(1) Sim (2) Não (3) Já teve (99) NS/NS	
s) ICC (insuficiência cardíaca, coração grande ou fraco)	(1) Sim (2) Não (3) Já teve (99) NS/NS	
t) Problemas cardíacos (arritmias, fibrilação)	(1) Sim (2) Não (3) Já teve (99) NS/NS	
u) Anemia Qual tipo? _____	(1) Sim (2) Não (3) Já teve (99) NS/NS	
v) Doença autoimune (Lúpus, artrite reumatoide)	(1) Sim (2) Não (3) Já teve (99) NS/NS	
w) Hepatite Qual tipo? _____	(1) Sim (2) Não (3) Já teve (99) NS/NS	



	x) Cirrose/Hepatocarcinoma	(1) Sim (2) Não (3) Já teve (99) NS/NS	
	y) Dislipidemia (gordura no sangue)	(1) Sim (2) Não (3) Já teve (99) NS/NS	
	<i>Somente para mulheres</i> z) Ovário policístico	(1) Sim (2) Não (3) Já teve (99) NS/NS	
	z.1) Depressão	(1) Sim (2) Não (3) Já teve (99) NS/NS	
	z.2) Câncer	(1) Sim (2) Não (3) Já teve (99) NS/NS	

47.1. Em caso de câncer, qual? \_\_\_\_\_

48. O(A) sr(sra) possui alguma outra doença que não mencionei? (1) Sim. Qual? \_\_\_\_\_ (2) Não

49. Utiliza alguma medicação:	(1) Sim (2) Não (pule para a questão 50)	49.1. Se sim, para qual (is) doença (s): _____ _____ _____
-------------------------------	---	---

Entrevistador, se possível, pedir para ver a receita ou a embalagem do medicamento.

49.2. Se sim, quais os medicamentos, dose e frequência?

Medicamento (princípio ativo)	Dose (ex. 2cp de 25 mg)	Frequência
1.		(1) 1/dia(2) 2 /dia (3) 3 /dia (4) mais de 3/dia
2.		(1) 1/dia(2) 2 /dia (3) 3 /dia (4) mais de 3/dia
3.		(1) 1/dia(2) 2 /dia (3) 3 /dia (4) mais de 3/dia
4.		(1) 1/dia(2) 2 /dia (3) 3 /dia (4) mais de 3/dia
5.		(1) 1/dia(2) 2 /dia (3) 3 /dia (4) mais de 3/dia
6.		(1) 1/dia(2) 2 /dia (3) 3 /dia (4) mais de 3/dia
7		(1) 1/dia(2) 2 /dia (3) 3 /dia (4) mais de 3/dia

8.		(1) 1/dia(2) 2 /dia (3) 3 /dia (4) mais de 3/dia
9.		(1) 1/dia(2) 2 /dia (3) 3 /dia (4) mais de 3/dia
10.		(1) 1/dia(2) 2 /dia (3) 3 /dia (4) mais de 3/dia
<b>Entrevistador em caso de mais medicamentos escreva na mesma sequência ao final do formulário.</b>		
<b>50. O(A) sr(a) já usou algum dos medicamentos que vou citar de forma contínua por um período de um mês ou mais?</b>		
<b>Medicamento (princípio ativo)</b>	<b>Por quanto tempo tomou este medicamento (meses ou anos)?</b>	<b>Por qual motivo (doença) utilizou esse medicamento?</b>
50.1. Antibióticos (aminoglicosídeos, sulfonamidas, anfotericina B, polimixina, bacitracina, rifampina, cefaloridina, meticilina, ácido aminossalicílico, pentamidina)	_____ meses _____ anos	
50.2. Indutores de imunocomplexos (penicilamina, captopril, sais de ouro)	_____ meses _____ anos	
50.3. Imunossupressores e drogas antineoplásicas (ciclosporina, cisplatina, metotrexate, nitrosuréias), usados no tratamento de câncer	_____ meses _____ anos	
50.4. Antiinflamatórios não-esteróides (aspirina, diclofenaco, Piroxicam, fenilbutazona, dipirona, paracetamol, nimesulida e ibuprofeno)	_____ meses _____ anos	
50.5. Bloqueador de H2 (ranitidina)	_____ meses _____ anos	
50.6. Anticonvulsivante (remédio para convulsão, ataque, epilepsia)	_____ meses _____ anos	
50.7. Antidepressivos/ ansiolíticos (medicamentos para ansiedade e/ou depressão)	_____ meses _____ anos	
51. O(A) Sr(a) utilizou algum serviço de saúde nos últimos seis meses:	(1) Sim (2) Não (pule para a questão 52)	

<i>Entrevistador pode assinalar mais de um item.</i>	(5) Hospital (6) Emergência (7) Clínica/ambulatório (8) Unidade de saúde, centro de saúde/PSF (5) Outros, especificar: _____	
<b>51.1. Se precisou procurar um serviço de saúde, utilizou:</b>		
<b>51.2. Como o sr(a) avalia o serviço de saúde onde foi atendido?</b> (1)Muito ruim (2)Ruim (3)Nem ruim nem bom (4)Bom (5)Muito bom		
<b>52. O sr(a) foi internado em algum hospital nos últimos doze meses?</b>	(1) Sim, uma vez (2) Sim, duas vezes (3) Sim, três vezes (4) Sim, mais de três vezes (5) Não (99) NR/NS	
<b>52.1 Se sim, qual o motivo da internação?</b> _____		

<b>E – QUALIDADE DE VIDA - WHOQOL-Bref</b>						<b>Tabulação</b>
<i>Entrevistador informe que agora vamos falar como o(a) sr(sra) se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. Assim o(a) sr(a) deve escolher a opção que melhor representa seus sentimentos.</i>						
	<b>Muito ruim</b>	<b>Ruim</b>	<b>Nem ruim nem boa</b>	<b>Boa</b>	<b>Muito boa</b>	
<b>53.1. Como você avalia a sua qualidade de vida?</b>	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	
	<b>Muito insatisfeito</b>	<b>Insatisfeito</b>	<b>Nem satisfeito nem insatisfeito</b>	<b>Satisfeito</b>	<b>Muito satisfeito</b>	
<b>53.2. Quão satisfeito (a) você está com a sua saúde?</b>	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	
<i>Entrevistador leia: As questões seguintes são sobre <u>o quanto</u> você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.</i>						
	<b>Nada</b>	<b>Muito pouco</b>	<b>Mais ou menos</b>	<b>Bastante</b>	<b>Extremamente</b>	

53.3. Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	
53.4. O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	
53.5. O quanto você aproveita a vida?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	
53.6. Em que medida você acha que sua vida tem sentido?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	
53.7. O quanto você consegue se concentrar?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	
53.8. Quão seguro (a) você se sente em sua vida diária?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	
53.9. Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulhos, poluição, atrativos)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	

*Entrevistador leia: As questões seguintes perguntam sobre quão completamente você tem se sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.*

	Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente	
53.10. Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	
53.11. Você é capaz de aceitar sua aparência física?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	
53.12. Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	
53.13. Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	
53.14. Em que medida você tem oportunidades de atividades de lazer?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	

*Entrevistador leia: As questões seguintes perguntam sobre quão bem ou satisfeito você se sentiu a respeito de vários aspectos na sua vida nas últimas duas semanas.*

	Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem bom	Bom	Muito bom	
53.15. Quão bem você é capaz de se locomover?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	

	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito	
53.16. Quão satisfeito (a) você está com o seu sono?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	
53.17. Quão satisfeito (a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	
53.18. Quão satisfeito (a) você está com sua capacidade para o trabalho?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	
53.19. Quão satisfeito (a) você está consigo mesmo?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	
53.20. Quão satisfeito (a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	
53.21. Quão satisfeito (a) você está com sua vida sexual?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	
53.22. Quão satisfeito (a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	
53.23. Quão satisfeito (a) você está com as condições do local onde mora?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	
53.24. Quão satisfeito (a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	
53.25. Quão satisfeito (a) você está com o seu meio de transporte?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	
<i>Entrevistador leia: A questão seguinte refere-se a <u>com que frequência</u> você sentiu ou experimentou certa coisa nas últimas duas semanas</i>						
	Nunca	Algumas vezes	Frequentemente	Muito frequentemente	Sempre	
53.26. Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	

<b>54. Escala de Depressão Geriátrica – EDG</b>		
<i>Entrevistador explique que agora faremos perguntas que devem ser respondidas com sim ou não.</i>		
<b>Questões</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>
<b>54.1. Sente-se satisfeito com a vida?</b>	(1)	( 2)
<b>54.2. Interrompeu muitas de suas atividades?</b>	(1)	(2)
<b>54.3. Acha sua vida vazia?</b>	(1)	(2)
<b>54.4. Aborrece-se com frequência?</b>	(1)	(2)
<b>54.5. Sente-se bem com a vida na maior parte do tempo?</b>	(1)	(2)
<b>54.6. Teme que algo ruim lhe aconteça?</b>	(1)	(2)
<b>54.7. Sente-se alegre a maior parte do tempo?</b>	(1)	(2)
<b>54.8. Sente-se desamparado com frequência?</b>	(1)	(2)
<b>54.9. Prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas?</b>	(1)	(2)
<b>54.10. Acha que tem mais problemas de memória do que outra pessoa?</b>	(1)	(2)
<b>54.11. Acha que é maravilhoso estar vivo agora?</b>	(1)	(2)
<b>54.12. Vale apenas viver como vive agora?</b>	(1)	(2)
<b>54.13. Sente-se cheio de energia?</b>	(1)	(2)
<b>54.14. Acha que sua situação tem solução?</b>	(1)	(2)
<b>54.15. Acha que tem muita gente em situação melhor?</b>	(1)	(2)

<b>55. O(A) sr(a) tem se sentido estressado?</b>
(1) Nunca      (2) Quase nunca      (3) Às vezes      (4) Quase sempre      (5) Sempre
<b>56. Como o(a) senhor(a) avalia seu nível de estresse?</b>
(1) Muito Pouco      (2) Pouco      (3) Moderado      (4) Excessivo

**Observações:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## ANEXO C – FICHA DE AVALIAÇÃO FÍSICA E EXAMES LABORATORIAIS

CODIFICAÇÃO:

A - AVALIAÇÃO FÍSICA E DE SAÚDE				Tabulação
Nome:				
1. Peso:	1ª _____, _____ Kg	2ª _____, _____ Kg		
2. Altura	1ª _____, _____ cm	2ª _____, _____ cm		
3. Verificação da Pressão arterial:	1ª medição: 5 min de repouso: _____ x _____ mmHg			
	2ª medição: 2 min após a 1ª: _____ x _____ mmHg			
	3ª medição: 2 min após a 2ª: _____ x _____ mmHg			
4. Frequência cardíaca:	_____ bpm	4.1. (1) rítmico (2) arritmico		
		4.2. (1) forte (2) fraco		
		4.3. (3) cheio (4) fino		
5. Frequência respiratória:	_____ rpm			
6. Qual sua mão dominante?	(1) Mão direita (2) Mão esquerda			
7. O(a) sr(a) já sofreu algum problema no ombro, braço, punho ou mão?	(1) Sim. Em qual dos membros? _____ (2) Não			
8. Dinamometria manual	Mão Direita	1ª aferição _____ kg		
	Mão Direita	2ª aferição _____ kg		
	Mão Direita	3ª aferição _____ kg		
	Mão Esquerda	1ª aferição _____ kg		
	Mão Esquerda	2ª aferição _____ kg		
	Mão Esquerda	3ª aferição _____ kg		
9. Circunferência da cintura:	1ª aferição _____ cm	2ª aferição _____ cm		
10. Circunferência do quadril:	1ª aferição _____ cm	2ª aferição _____ cm		
11. Panturrilha direita:	1ª aferição _____ cm	2ª aferição _____ cm		
12. Braço direito:	1ª aferição _____ cm	2ª aferição _____ cm		
B - RESULTADOS DOS EXAMES LABORATORIAIS				
Exames laboratoriais	Data da coleta	Resultado	Valores de referência	
1. Colesterol HDL				
2. Colesterol LDL				
3. Colesterol total				

<b>4. Glicemia sérica</b>				
<b>5. Triglicerídeos</b>				
<b>6. Hemograma completo</b>				
<b>6.1 Ht</b>				
<b>6.2 Hg</b>				
<b>6.3 Plaquetas</b>				
<b>6.4 Leucócitos</b>				
<b>6.5 Linfócitos</b>				
<b>6.6 Eosinófilos</b>				
<b>6.7 Monócitos</b>				
<b>7. Creatinina sérica</b>				
<b>8. Microalbuminúria</b>				

Observações:

---

---



## ANEXO D – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISAS DA UNIVERSIDADE

FEDERAL DO ACRE  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
ACRE- UFAC



## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

## DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** DOENÇA RENAL CRÔNICA E ALTERAÇÕES CARDIOVASCULARES EM ADULTOS E IDOSOS DE RIO BRANCO, ACRE

**Pesquisador:** THATIANA LAMEIRA MACIEL AMARAL

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 17543013.0.0000.5010

**Instituição Proponente:** Universidade Federal do Acre- UFAC

**Patrocinador Principal:** Universidade Federal do Acre- UFAC

## DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 518.531

**Data da Relatoria:** 30/01/2014

**Apresentação do Projeto:**

A pesquisa tem por propósito "analisar a prevalência e os fatores associados à doença renal crônica (DRC) e as alterações cardiovasculares na população de adultos e idosos residentes em Rio Branco, Acre, durante o período de 2013-2014". Trata-se de um estudo transversal de base populacional no município de Rio Branco. A amostra será obtida por conglomerados, com 1.500 participantes para valores de prevalências para homens e mulheres acima de 18 anos. Os dados a serem coletados são demográficos, antropométricos, clínicos, sobre exposição a contaminantes e relacionadas a alterações cardiovasculares. Também serão coletadas amostras de material biológico de sangue e urina para estipular o estágio da DRC, bem como avaliar possíveis comprometimentos cardiovasculares.

**Objetivo da Pesquisa:**

Analisar a prevalência e os fatores associados à doença renal crônica (DRC) e as alterações cardiovasculares na população de adultos e idosos residentes em Rio Branco, Acre, durante o período de 2013-2014.

 **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Os riscos e benefícios foram apresentados de acordo com a Resolução 466/12.

Continuação do Parecer: 518.531

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O projeto apresenta adequada fundamentação teórica, valor científico.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Foram apresentados todos os termos de apresentação obrigatória.

**Recomendações:**

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Todas as pendências foram readequadas satisfatoriamente.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

O CEP-UFAC informa que:

1- Esta pesquisa não poderá ser descontinuada pelo pesquisador responsável, sem justificativa previamente aceita pelo CEP, sob pena de ser considerada antiética, conforme estabelece a Resolução CNS Nº 466/2012, X.3- 4.

2- Em conformidade com as diretrizes estabelecidas a Resolução CNS Nº 466/2012, XI.2, d; o pesquisador responsável deve apresentar relatórios parcial e final ao CEP. O Relatório parcial deve ser apresentado após coleta de dados, "demonstrando fatos relevantes e resultados parciais de seu desenvolvimento" (Resolução CNS Nº 466/2012, II.20) e o Relatório Final deverá ser apresentado "após o encerramento da pesquisa, totalizando seus resultados" (RESOLUÇÃO CNS Nº 466/2012, II.19).

RIO BRANCO, 30 de Janeiro de 2014

---

Assinador por:  
Luciete Basto de Andrade Albuquerque  
(Coordenador)